

MANUEL DE MISE EN OEUVRE POUR LE DÉVELOPPEMENT D'UN RÉSEAU NATIONAL DE MATERNITÉS

AMÉLIORER LES SOINS OBSTÉTRICAUX
ET NÉONATALS D'URGENCE (SONU)



En collaboration avec:



Auteurs:

Sous la coordination de Michel Brun (Conseiller en Santé de la Reproduction, Division Technique, UNFPA).

Avec la contribution de : Jean-Pierre Monet (Spécialiste Technique en Système de Santé et Santé de la Reproduction, Division Technique, UNFPA), Isabelle Moreira, (Consultante Internationale en Santé Reproductive et Maternelle), Yawo Agbigbi (Conseiller en Santé Maternelle au Bureau de l'UNFPA au Togo), Joan Lysias (Conseillère Santé à la Direction de la Santé de la Famille au Ministère de la Santé Publique et de la Population en Haïti), Marta Schaaf (Directeur adjoint Averting Maternal Death and Disability - AMDD, Columbia University, New York), Nicolas Ray (Chargé de Cours, Groupe GeoHealth, Institut de Santé Globale & Institut des Science de l'Environnement, Université de Genève)

Référence: Brun M, Monet JP, Moreira I, Agbigbi Y, Lysias J, Schaaf M, Ray N. Améliorer les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU). - Manuel de mise en œuvre pour le développement d'un réseau national de maternités de référence. United Nations Population Fund (UNFPA), 2020.

Pour toute information sur ce document, vous pouvez contacter Michel Brun (email : brun@unfpa.org) et Jean-Pierre Monet (email : monet@unfpa.org) de la Division Technique de l'UNFPA.



Créer un monde dans lequel
chaque grossesse est désirée
et chaque accouchement
sans danger. Un monde dans
lequel chaque jeune réalise
pleinement son potentiel.

MANUEL DE MISE EN OEUVRE POUR LE DÉVELOPPEMENT D'UN RÉSEAU NATIONAL DE MATERNITÉS

AMÉLIORER LES
SOINS OBSTÉTRICAUX
ET NÉONATALS D'URGENCE
(SONU)

Septembre 2020

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations	4
Remerciements	5
Avant-Propos	6
Introduction	9
Première Partie: Description du processus de développement du réseau national des maternités de référence (SONU)	17
Chapitre 1 - Plaidoyer pour le développement du réseau national des maternités SONU	18
1. Importance du plaidoyer pour le développement du réseau national des maternités SONU	18
2. Principes du plaidoyer pour le développement du réseau national des maternités SONU	22
Chapitre 2 - Conception du réseau national des maternités de référence SONU	27
1. Objectifs de la « conception » du réseau national des maternités SONU	28
2. Principes de conception du réseau national des maternités SONU	28
3. Approche de mise en œuvre de la phase de conception	34
Chapitre 3 - Identification des formations sanitaires SONU	37
1. Objectifs de la priorisation	37
2. Principes et rationnel de priorisation des formations sanitaires du réseau SONU	38
3. Approche de mise en œuvre de la phase de priorisation	41
4. Les défis	48
Chapitre 4 - Collecte des données	51
1. Objectifs de la collecte	51
2. Principes et outils de collecte	52
3. Approche de mise en œuvre de la phase de collecte	54
4. Les défis	55

Chapitre 5 - Analyse des données	56
1. Objectifs de l'analyse	56
2. Principes et approche de mise en œuvre de la phase d'analyse	57
3. Les défis	60
Chapitre 6 - Réponse et cycle d'amélioration de la qualité	61
1. Objectifs	61
2. Principes et approche de mise en œuvre de la phase de réponse	65
3. Les défis	69
Chapitre 7 - Revue périodique de la performance du développement du réseau SONU	70
Seconde Partie: Description des étapes et outils de mise en œuvre pour le développement du réseau national des maternités de référence SONU)	75
Chapitre 8 - Etapes de mise en œuvre	76
1. Etapes de mise en œuvre pour la phase de plaidoyer	76
2. Etapes de mise en œuvre pour la phase de conception	78
3. Etapes de mise en œuvre pour la phase de priorisation	80
4. Etapes de mise en œuvre pour la phase de collecte	91
5. Etapes de mise en œuvre pour la phase d'analyse	94
6. Etapes de mise en œuvre pour la phase de réponse/amélioration de la qualité	96
Chapitre 9 - Fiches Techniques et Outils de mise en œuvre	98
1. Fiche technique n° 1 : concept de maternités de référence SONUB - missions, structure, et ressources	98
2. Fiche technique n° 2 : Liens de collaboration dans le réseau SONU	104
3. Fiche technique n° 3 : Systèmes d'Information Géographique et modélisation de l'accessibilité (outil AccessMod)	109
4. Fiche technique n° 4 : Fiche de monitoring des services en santé RMN dans les formations sanitaire SONU- modèle standard	118
5. Fiche technique n° 5 : Analyse des données du réseau SONU et tableaux de bord d'analyse national et régional	120
6. Fiche technique n° 6 : Sciences de la mise en œuvre : concept et application au développement du réseau SONU	140
7. Fiche technique n° 7: le Mentorat	151
Annexe	157

ABRÉVIATIONS

AMDD	Averting Maternal Death and Disability Program
AMIU	Aspiration manuelle Intra Utérine
DHIS 2	District Health Information Software (version 2)
ENAP	Every Newborn Action Plan
FHI	Family Health International
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
H6	Mécanisme de Coordination regroupant l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF, la Banque mondiale, l'ONUSIDA et ONU-Femmes
ICM	Confédération Internationale des sages-femmes
MHTF	Fonds Thématique pour la Santé Maternelle et Néonatale
MMR	Ratio de mortalité maternelle
ODD	Objectif de développement durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
SARA	Enquête d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé
SDMR	Surveillance des Décès Maternels et Riposte
SIG	Système d'Information Géographique
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMN	Services de santé maternelle et néonatale
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

REMERCIEMENTS

L'équipe de rédaction de ce manuel de mise en œuvre d'un réseau de maternités SONU tient à remercier les experts et les acteurs de terrain qui ont relu ce document et prodigué commentaires et conseils pour en améliorer la structure et le contenu.

Nous souhaiterions souligner le travail attentif de Luc de Bernis (expert en Santé Sexuelle et Reproductive) pour ses suggestions sur le fond et la forme du document, les commentaires avisés de Vincent de Brouwere, de Thérèse Delvaux (Institut de Médecine Tropicale d'Anvers), et de Steeve Ebener (AeHIN GIS LAB). Nous remercions également Vincent Fauveau (expert en Santé Sexuelle et Reproductive) et Petra ten Hoop-Bender (Conseillère sénior en Sexuelle et Reproductive, UNFPA) pour leurs conseils avisés.

Au-delà des auteurs de ce document, nous voulons remercier tous les décideurs et cadres des ministères de la santé, des associations professionnelles obstétriciens et sages-femmes, des agences onusiennes, et des ONG qui, en Haïti, au Togo, à Madagascar et au Burundi ont contribué par leur travail à mettre en place une dynamique nationale sur le développement des réseaux SONU. Nous souhaitons également saluer le travail de nos collègues du Bureau Régional d'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO), du Bureau Régional des Pays Arabes (ASRO), et du Bureau Régional d'Afrique de l'Est et du Sud (ESARO), particulièrement Sosthene Dougrou, Shible Sahbani, et Muna Abdullah, qui travaillent avec nous sur le terrain, à la dissémination et à l'amélioration de cette approche de développement du réseau des maternités SONU ainsi que nos collègues des Bureaux Pays de l'UNFPA au Bénin, au Burundi, au Congo, en Côte d'Ivoire, en Guinée, à Madagascar, au Mozambique, au Sénégal, au Soudan, et au Tchad. Nous remercions le groupe GeoHealth de l'Institut de Santé Globale de l'Université de Genève pour le soutien technique et les formations en Système d'Information Géographique et AccessMod.

Ce document est le fruit de toutes ces expertises. Il continuera à se nourrir des réflexions de tous ceux qui dans des pays et des contextes bien différents ont pour ambition de sécuriser et d'améliorer la qualité de la prise en charge des femmes enceintes, des premières consultations prénatales à leur suivi post natal.

Nous voulons enfin remercier Laura Laski et Anneka Knutsson, Chefs successives de la Branche Santé Sexuelle et Reproductive de la Division Technique de l'UNFPA pour l'opportunité qu'elles nous ont donnée de développer ce document et pour leurs constants encouragements au cours de ce processus de gestation.

AVANT-PROPOS

La mortalité maternelle décroît, mais trop lentement et très inégalement selon les régions du monde. Décéder lors d'un accouchement est un déni de droit autant qu'une violence faite aux femmes, à une époque où l'immense majorité de ces décès est évitable grâce à des soins appropriés.

Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) a pour mission d'appuyer les États dans leur lutte contre la mortalité maternelle et du nouveau-né. Pour accomplir cette mission, notre organisation fait la promotion de la profession de sages-femmes, fer de lance de ce combat avec les obstétriciens. Elle soutient également la promotion des soins de santé primaires dont les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) sont une des composantes clé. En fournissant des soins de qualité dans des maternités SONU, il est possible de prendre en charge les complications obstétricales au cours de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum. UNFPA encourage également les États à mesurer et suivre les progrès réalisés dans l'amélioration de la qualité des soins en santé maternelle et néonatale à tous les niveaux du système de santé et à corriger les faiblesses identifiées.

Dans son rapport final de 2015, le Groupe d'Expert Indépendant pour la santé des femmes et des enfants (iERG) indiquait que "les acteurs en santé globale ont largement échoué à mobiliser l'action requise pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence". Le déploiement de personnel compétent en obstétrique dans les maternités est une des interventions qui doit retenir toute notre attention. Le manque de ce type de personnel, capable de prendre efficacement en charge les urgences obstétricales et néonatales, est une cause majeure de forte mortalité maternelle et néonatale dans de trop nombreux pays. Les efforts pour former du personnel compétent en santé maternelle et néonatale et organiser correctement des maternités de référence en réseau demeurent insuffisants. Trop de femmes, trop de nouveaux-nés n'ont pas accès à temps à des soins de qualité, en particulier lorsqu'elles/ils font face à une urgence obstétricale ou néonatale qui peut entraîner leur décès.

Ce manuel a pour objectif de répondre aux besoins d'accélérer la mise en oeuvre de soins de qualité pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales. Il décrit une approche innovante pour développer un réseau national de maternités, accessibles à la population et capables de prendre en charge avec la qualité attendue l'ensemble des complications obstétricales et néonatales. Il propose une réorganisation du système de santé basée sur une sélection d'un nombre limité de maternités de référence (SONU) afin d'y concentrer les ressources tout en assurant leur accès par la majorité de la population.

De nouveaux indicateurs permettent de mesurer la couverture de la population par ces maternités, en une ou deux heures de trajet.

Il offre aux décideurs et au cadres de la santé publique une méthodologie pour la mise en œuvre concrète du manuel sur le développement des SONU développé en 2009 par l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF et l'Université de Columbia. Il mobilise les connaissances les plus récentes dans le domaine de la modélisation géographique pour optimiser l'accès physique aux structures de soins. Enfin, il propose de nouvelles approches programmatiques dans la gestion et l'utilisation des données de routine en santé maternelle, et néonatale ainsi qu'en santé de la reproduction. Il utilise les concepts des sciences de la mise en œuvre pour améliorer la qualité des soins dans les maternités de référence.

Son élaboration s'est déroulée sur plusieurs années. L'approche proposée s'est nourrie des leçons apprises dans les pays, au fur et à mesure de sa mise en œuvre dans les pays. Je voudrais remercier les cadres de la Division Technique, et particulièrement de l'équipe du Fond Thématique en Santé Maternelle et Néonatale (MHTF), les cadres des bureaux Régionaux, et des bureaux Pays de l'UNFPA qui ont contribué au développement de cette approche ainsi que les cadres des Ministères de la Santé et des organisations partenaires, particulièrement l'Université de Genève et l'Université de Columbia (AMDD).

En 2020, douze pays utilisent, à l'échelle nationale, cette approche innovante, partie intégrante de la stratégie de l'UNFPA de lutte contre la mortalité maternelle. La formation des sages-femmes, la sécurisation des intrants et l'amélioration de la qualité des services dans ces réseaux de maternités, s'ils sont financés à la hauteur nécessaire, joueront un rôle majeur dans l'atteinte de l'objectif de développement durable 3.1 pour la réduction de la mortalité maternelle. Le traitement de l'ensemble des urgences obstétricales et néonatales et l'évacuation médicalisée des urgences devraient être intégrés dans le paquet de service de la couverture sanitaire universelle. Le monitoring régulier de ces maternités est possible à l'échelle nationale et se révèle essentiel à la gestion efficiente du programme national de santé maternelle et néonatale. Une fois bien organisées, les maternités de référence SONU constituent d'excellentes plateformes d'intégration des services de santé de la reproduction.



Dr. Julitta Onabanjo

Vice-Directrice exécutive de l'UNFPA (Programme) *ad interim*



INTRODUCTION

Importance d'un manuel de mise en œuvre sur le développement des services de santé maternelle et néonatale

CONTEXTE DU MANUEL

L'organisation des soins obstétricaux et néonataux au sein du système de santé des pays et leur accessibilité a fait l'objet de nombreuses réflexions depuis la première Conférence internationale sur la maternité sans risque de Nairobi en 1987¹. Celles-ci se sont notamment traduites par la publication en 1997 par l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA d'un manuel sur le suivi de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux. Ce manuel a été actualisé en 2009² par les mêmes agences des Nations Unies et l'Université de Columbia (Averting Maternal Death and Disability - AMDD). Il détaille les indicateurs qui peuvent être utilisés par les pays, particulièrement ceux à forte mortalité maternelle, pour concevoir le développement de ces maternités dans lesquelles un personnel qualifié est en mesure de fournir des soins de qualité et de prendre en charge les cas d'urgences obstétricales et néonatales. Ce manuel reprend l'approche d'un réseau de maternités de référence à deux niveaux, nécessaire - pour un temps - dans la plupart des pays présentant une forte mortalité maternelle. De l'ensemble des maternités réalisant actuellement des accouchements réguliers doit émerger un premier niveau de maternités prenant en charge les soins de routine et les soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB). Ce premier niveau de référence constitue une stratégie plus périphérique par rapport au second niveau, les maternités offrant des SONU complets (SONUC), en général des hôpitaux situées dans les centres urbains. L'objectif de cette approche est d'augmenter l'accès des femmes aux maternités SONU dans un contexte de ressources limitées. Elle a permis également de renforcer un ensemble de stratégies recommandées par l'OMS et ses partenaires pour améliorer la santé maternelle et néonatale³. Pour atteindre les objectifs 3.1 et 3.2 du développement durableⁱ, il est recommandé qu'un maximum de femmes enceintes puissent accéder à des maternités SONU. Cela doit être rendu possible grâce à un plan d'accouchement, un renforcement des capacités de déplacement de la population et une

i ODD 3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes. Les cibles recommandées pour chaque pays sont décrites dans: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/#
 ODD 3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveaux nés, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus.

référence organisée entre les maternités en périphérie et les maternités SONU. A terme, il est souhaitable que l'ensemble des accouchements se fasse dans une maternité SONU délivrant des soins sécurisés⁴.

Un certain nombre de fonds thématiques d'appui à la santé maternelle comme le Fonds inter agences Muskokaⁱⁱ, le Partenariat H6ⁱⁱⁱ, et le Maternal and Newborn Health Thematic Fund de l'UNFPA^{iv} (MHTF) se sont appuyés sur le manuel de 2009 pour soutenir le développement des maternités dans un certain nombre de pays. Le présent manuel rend compte du travail réalisé grâce à ces fonds thématiques dans certains pays, et décrit plus particulièrement une approche innovante de développement du réseau de maternités de référence mise en œuvre dans certains pays. L'élaboration de ce document a été principalement soutenue par la Branche Santé Sexuelle et de la Reproduction de la Division Technique de l'UNFPA et plus particulièrement, au sein de cette branche, par l'équipe du MHTF. Ce guide a pour vocation d'être évolutif, prenant en compte au fur et à mesure les approches novatrices.

ii Fonds Multilatéral Muskoka, financé par la France et mis en œuvre par l'UNFPA, l'UNICEF, l'ONU FEMMES, et l'OMS, sur la période 2010-2015 pour améliorer la SRMNI dans dix pays d'Afrique subsaharienne et Haïti.

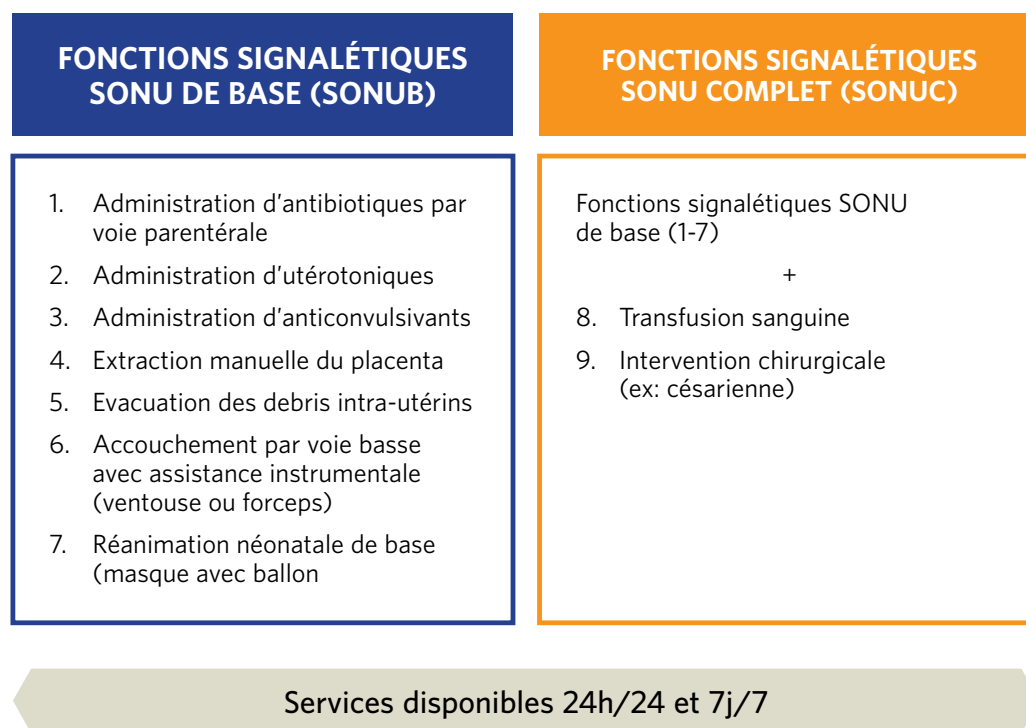
iii Programme Conjoint H6, financé par le Canada et la Suède, et mis en œuvre par l'UNAIDS, l'UNFPA, l'UNICEF, l'ONU FEMMES, l'OMS, et la Banque Mondiale sur la période 2012-2017 pour améliorer la SRMNI dans dix pays d'Afrique subsaharienne.

iv Fonds Thématique en Santé Maternelle et Néonatale (MHTF) créé en 2008 et qui soutient 32 pays à forte mortalité maternelle à améliorer l'accès à des soins de santé sexuelles, reproductive, maternelle et néonatale de qualité. Ce fond est financé par la Suède, l'Allemagne et le Luxembourg et mis en œuvre par l'UNFPA. Le plan de la Phase III du MHTF (2018-2022) est disponible via le lien: <https://www.unfpa.org/fr/node/18565>

OBJECTIFS DU MANUEL

Au moment où commence l'ère des objectifs de développement durable avec la volonté de réduire le ratio de mortalité maternelle au niveau global en dessous de 70 pour 100 000 naissance vivantes (ODD 3.1), il est important de prendre conscience que la majorité des pays à forte mortalité maternelle ont rencontré des problèmes dans la planification et la mise en œuvre de leur réseau national de maternités SONU. Ces maternités de référence ont pour mission de prendre en charge les soins obstétricaux et néonataux essentiels ainsi que les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) ou complets (SONUC) 24h/24 et 7j/7. La présence de ces services se mesure au moyen de traceurs dont les principaux sont appelés « fonctions signalétiques ». Ces traceurs reflètent la capacité d'une maternité à prendre en charge les principales urgences obstétricales responsables des décès maternels et néonataux (hémorragies, éclampsie, infections, dystocie, avortements compliqués). Au nombre de 7 pour les SONUB et de 9 pour les SONUC, ces fonctions signalétiques représentent le premier stade d'analyse de la disponibilité des services et de la qualité des soins (Figure 1).

FIGURE 1 : LES FONCTIONS SIGNALÉTIQUES SONU



Source: AMDD, OMS, UNFPA, UNICEF. Surveillance des soins obstétricaux d'urgence - manuel d'utilisation. 2009.

Les définitions des fonctions signalétiques sont détaillées dans le manuel de mise en œuvre des SONU de 2009. Par ailleurs, la Fiche technique n° 1 décrit les missions attendues des maternités SONUB au sein du système de santé.

L'objectif de ce manuel est de partager une approche innovante mise en œuvre dans plusieurs pays avec une forte mortalité maternelle, et dans des contextes très différents, pour le développement de leur réseau national de maternités de référence SONU. Cette approche a pour ambition de permettre une couverture progressive et réaliste des besoins en SONU de la population, associée à une meilleure qualité des soins obstétricaux et néonataux. Cette approche a commencé, avec le soutien du MHTF, en 2010 en Haïti et a ensuite été mise en œuvre au Togo et à Madagascar en 2014-16. Elle est également mise en œuvre dans d'autres pays en 2017-19, comme au Burundi, au Bénin, en Guinée, au Sénégal, au Soudan, et au Tchad. Ces pays ont traité sur leur route de nombreux problèmes liés au développement d'un réseau de maternités SONU national, et exploré de nombreuses pistes, échoué, recommencé, réussi.

Ce manuel a pour ambition de rassembler ces expériences accumulées durant ces neuf dernières années de travail pour en dégager un processus de développement des réseaux de maternités SONU qui contribuent à améliorer la santé maternelle et néonatale et à atteindre les cibles en santé maternelle et néonatale des objectifs de développement durable.

Ces pays ont en commun d'avoir revu en profondeur leurs stratégies en santé maternelle et néonatale et mis progressivement en place trois interventions :

1. Identification d'un réseau national de maternités devant offrir les SONUB et les SONUC ;
2. Suivi régulier et proactif des services de santé maternelle et néonatale rendus dans ces maternités SONU ;
3. Processus de soutien des professionnels travaillant dans ces maternités afin de favoriser leur potentiel à innover et à résoudre par eux-mêmes de nombreux problèmes liés à l'organisation des services et à la qualité des soins. L'approche proposée permet aux acteurs de devenir, à chaque niveau de la pyramide sanitaire, des agents de changement.

LIMITES DU MANUEL

Ce manuel traite essentiellement de la stratégie de développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les maternités de référence SONU. Les autres stratégies de réduction de la mortalité maternelle ne sont pas traitées en profondeur dans ce document, par exemple :

- Les questions liées au statut des sages-femmes, à la définition de leur mission, à l'organisation de leur formation initiale et à leur déploiement sur le terrain, bien qu'elles revêtent une importance cruciale pour le fonctionnement des maternités.
- Le problème du financement des soins de santé obstétricaux et néonataux, en particulier ceux liés à la prise en charge des urgences et des évacuations sanitaires, qui constitue très souvent un défi pour les pays à ressources limitées.
- Les liens entre les formations sanitaires SONU du réseau national, les formations sanitaires périphériques et leur environnement communautaire. Certes ces questions sont abordées avec les pays lorsque ceux-ci définissent les maternités SONUB, décrivent leurs missions et leurs interactions avec leur environnement. La République du Congo, Madagascar, et la Guinée ont une forte volonté d'agir sur les interactions avec la périphérie du système de santé et communautaire. Cependant, la plupart des pays qui mettent en œuvre l'approche de développement du réseau SONU décrit dans ce guide se sont pour l'instant concentrés sur les liens de référence entre SONUB et SONUC. L'organisation de l'aire d'influence des maternités de référence demeure, pour tous, encore une perspective qui nécessite un plus fort engagement des gouvernements et des moyens financiers accrus.
- L'intégration d'un certain nombre de services clés en santé sexuelle et de la reproduction est également abordée dans la description des missions des maternités SONU (Fiche technique n° 1). Mais la manière d'améliorer cette intégration et la mise en œuvre des programmes de planification familiale, de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME), de prévention du cancer du col de l'utérus n'est pas développée dans ce guide. Ces services de santé de la reproduction s'organisent au fur et à mesure que les éléments de base de l'organisation et de la qualité des soins se mettent en place selon les capacités opérationnelles et techniques des équipes et selon les priorités programmatiques du ministère de la santé. Nous renvoyons le lecteur aux documents de référence les concernant, en particulier ceux de l'OMS et de l'UNFPA.
- Enfin, la santé néonatale, constamment présente dans ce document, nécessite une réflexion plus approfondie. Ce travail est actuellement réalisé par le groupe technique

du Every Newborn Action Plan (ENAP). Les versions ultérieures de ce guide prendront au fur et à mesure en compte ce travail indispensable pour l'amélioration de la prise en charge du nouveau-né. D'un point de vue programmatique, ce guide souligne à plusieurs reprises le caractère intrinsèquement lié de la prise en charge de la mère et de son nouveau-né. L'outil de collecte de donnée proposé (« fiche de monitoring » - Fiche technique n°4) en tient compte, faisant une place plus grande au nouveau-né.

PUBLIC CIBLE

Ce manuel est un complément de mise en œuvre du *Manuel d'utilisation - Surveillance des SONU* développé par les agences des Nations Unies et AMDD en 2009. Il est premièrement destiné aux personnes qui ont la charge de développer et renforcer les soins maternels et néonataux dans les pays, que ce soit au niveau d'un district, d'une région/province ou au niveau national. Il s'adresse également aux cadres et aux conseillers techniques du ministère de la santé, en particuliers ceux des agences des Nations Unies, qui désirent avoir une idée précise de la méthodologie à mettre en œuvre pour développer efficacement un réseau de maternités SONU. Il s'adresse enfin, particulièrement dans sa première partie, aux représentants des agences de développement et plus généralement aux décideurs qui souhaitent voir se développer un réseau de maternités de référence fournissant des soins de qualité aux femmes et aux nouveau-nés et capables de rendre compte de leurs activités.

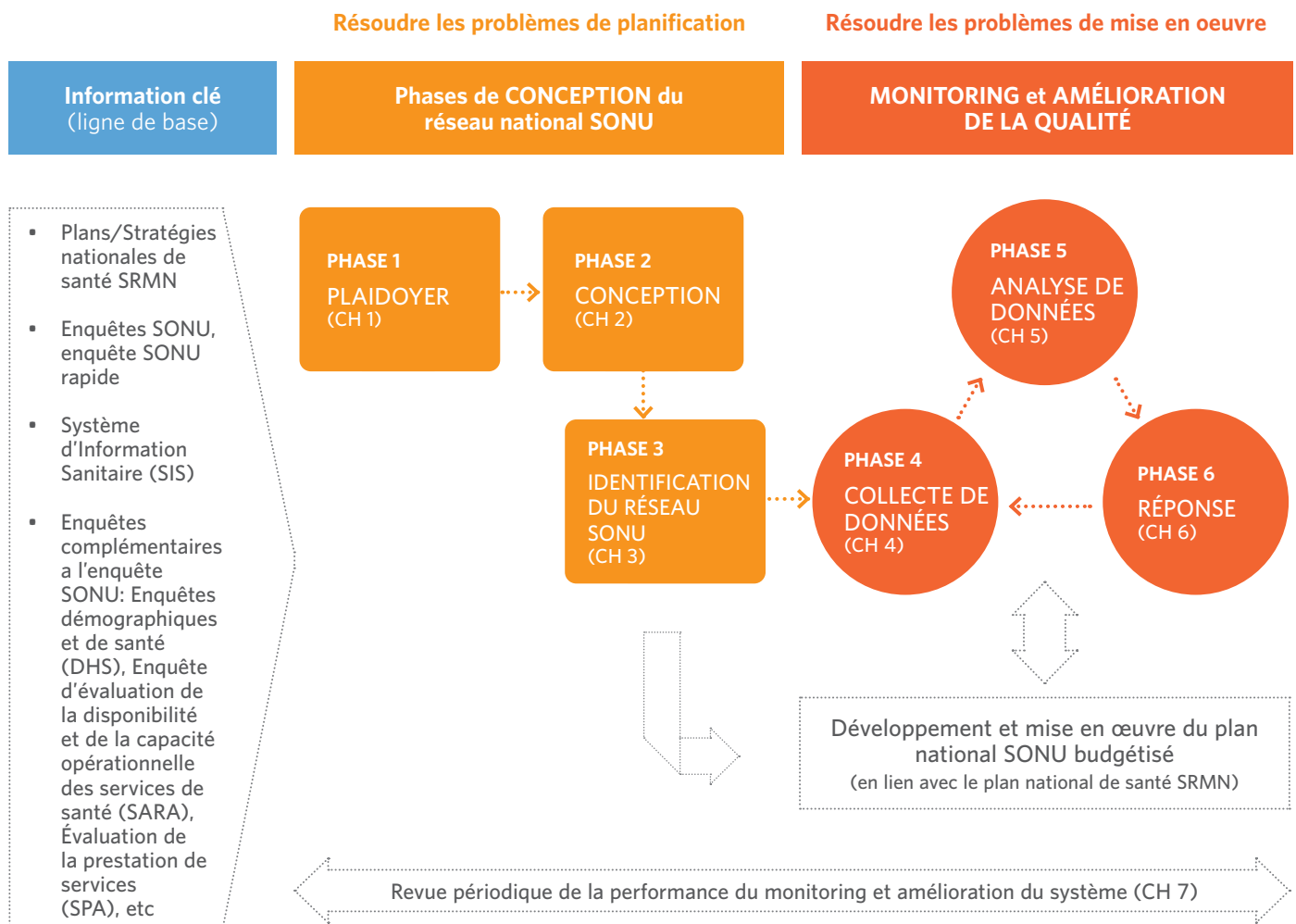
STRUCTURE DU DOCUMENT

Le document est structuré en deux parties. Après un rappel de quelques notions clés, la première partie décrit le processus d'appui au développement du réseau national des maternités SONU. Elle permet au lecteur de comprendre l'approche proposée et les sept phases qui composent son processus de mise en œuvre (cf. Figure 2.):

- Phase 1 : faire le plaidoyer de l'approche pour s'assurer de l'implication des principaux acteurs politiques et des décideurs en santé maternelle et néonatale et de leur adhésion aux principes et au processus proposés;
- Phase 2 : concevoir les processus et les outils nécessaires au développement et au suivi du réseau national SONU ;
- Phase 3 : identifier le réseau national SONU à développer ;
- Phase 4 : collecter les données ;

- Phase 5 : analyser les données ;
- Phase 6 : utiliser ces données pour corriger les faiblesses en disponibilité et en qualité des soins des formations sanitaires considérées, tout en étant capable d'informer le système de santé lui-même sur le bon déroulement du programme de santé maternelle;
- Phase 7 : assurer le suivi du dispositif de mise en œuvre du processus.

FIGURE 2 : LE PROCESSUS D'APPUI AU DÉVELOPPEMENT DU RÉSEAU DE MATERNITÉS SONU



Source: The Maternal Health Thematic Fund. Towards Equality in Access, Quality of Care and Accountability, Annual Report 2016, 2017, p. 26.

Sur base de l'expérience actuelle le coût moyen de la mise en œuvre des phases de planification (phases 1 à 3) de ce processus dans les pays est estimé à 120 000 USD sur une durée de 4 à 6 mois⁵. Celui de la mise en œuvre des phases de collecte et d'analyse des données au niveau national est de l'ordre de 60 000 - 80 000 USD par an (phases 4 et 5) en fonction de la taille du réseau SONU national. Celui de la mise en œuvre des réponses/interventions d'amélioration de la qualité (phase 6) est de l'ordre de 500 000 à 1 000 000 USD par an par région/province (sur base d'estimation de Guinée et du Sénégal qui incluent le mentorat des sages-femmes sur site, l'amélioration des liens de référence SONUB-SONUC, la couverture des manquements en médicaments et équipements essentiels et ressources humaines, le renforcement des liens entre les écoles de sage-femme et le réseau SONU).

La seconde partie du document rassemble les chapitres techniques qui décrivent plus en détail la manière dont ces différentes étapes peuvent être organisées. Elle comprend aussi des fiches techniques consacrées à des aspects importants pour la mise en œuvre de ce guide, à commencer par une présentation de la vision de l'UNFPA d'une maternité SONUB ainsi que la façon dont les systèmes d'information géographique (SIG) et les concepts des sciences de la mise en œuvre peuvent contribuer au développement des maternités SONU du réseau national. Cette seconde partie est plutôt destinée aux conseillers techniques et aux cadres du ministère de la santé en charge de piloter ce processus au niveau national ou sous-national.

Ainsi, le lecteur peut parcourir rapidement l'ensemble du processus ou s'attarder sur une étape en particulier.



PREMIÈRE PARTIE

Description du processus de
développement du réseau national des
maternités de référence (SONU)

CHAPITRE 1

Plaidoyer pour le développement du réseau national des maternités SONU

« Les femmes ne meurent pas de causes qui ne peuvent être traitées... elles meurent parce que les sociétés n'ont pas encore décidé que leurs vies doivent être sauvées »

Professeur Mahmoud Fathalla, ancien président de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO)

1. Importance du plaidoyer pour le développement du réseau national des maternités SONU

1.1. La dimension politique de la mortalité maternelle et néonatale

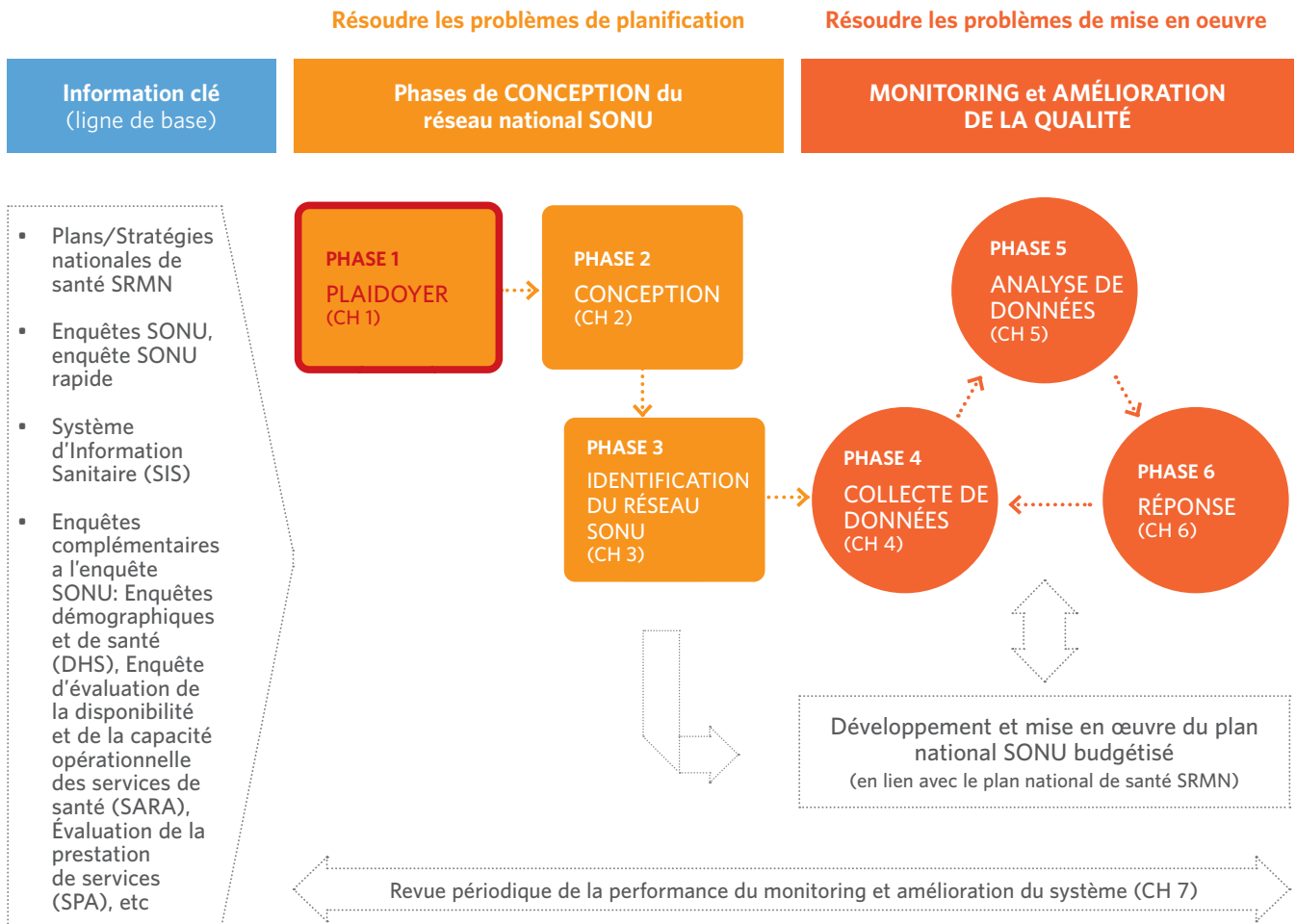
Les plaidoyers des sociétés civiles et de la communauté internationale durant ces trois dernières décennies en faveur de la santé maternelle et néonatale produisent peu à peu leurs effets. La mortalité maternelle et néonatale est de plus en plus un sujet politique d'importance. La mobilisation provoquée par l'objectif du millénaire pour le développement (OMD) 5 sur la santé maternelle et sa cible 5a de réduction du ratio de mortalité maternelle y ont contribué en incitant les pays à définir et à mettre en œuvre des stratégies pour atteindre cet objectif ambitieux de réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

Les objectifs de développement durable (ODD) ne formulent pas d'objectif spécifique sur la santé maternelle mais conservent une cible ambitieuse de réduction de la mortalité maternelle (objectif 3.1). Cette cible a l'avantage d'être intégrée dans un ensemble, plus vaste, de déterminants de la santé. Elle possède néanmoins l'inconvénient d'être diluée parmi d'autres objectifs de santé avec à la clé une baisse possible de l'attention politique et des financements pour la santé maternelle.

1.2. Le difficile passage de la politique publique à la mise en œuvre du programme de santé maternelle

Alors que la plupart des pays affichant les mortalités maternelles les plus élevées ont défini des stratégies pour réduire le nombre de décès de 75% de 1990 à 2015 (cible pour l'OMD 5a),

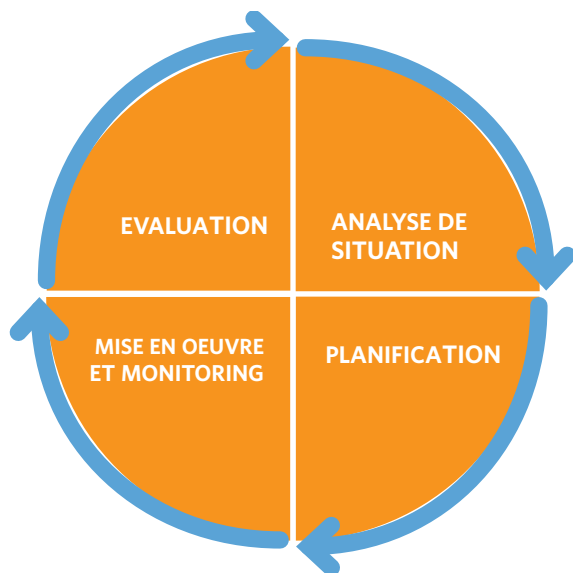
FIGURE 3 : PHASE 1 - PLAIDOYER



la grande majorité d'entre eux n'a malheureusement pas pu atteindre cet objectif. Les raisons de ce relatif échec sont variables et reflètent les difficultés auxquelles les pays se heurtent pour traduire une politique en programme mis en oeuvre de manière effective. Pour rester dans les limites du programme de santé maternelle, on soulignera qu'il a notamment manqué à ces pays des financements suffisants⁶ et un développement efficace des maternités SONU. Il leur a aussi manqué l'ambition de conférer aux sages-femmes un statut professionnel reconnaissant que leurs compétences leur permettent de répondre à 87 % des besoins en services essentiels de santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale, lorsqu'elles sont formées et que leur profession est réglementée selon les normes internationales.⁷

Au-delà des faiblesses évoquées ci-dessus, la mise en œuvre du cycle programmatique (Figure 4) en santé maternelle a lui aussi posé problème dans de nombreux pays, notamment au niveau de :

FIGURE 4 : LE CYCLE PROGRAMMATIQUE



a) Analyse de la situation

Pour se limiter au seul champ des maternités SONU, l'analyse de leurs forces et faiblesses et la manière de les organiser en réseau sont demeurées lacunaires dans de nombreux pays. De même, la prise en compte de l'importance de la qualité des soins en lien avec un curriculum de formation répondant aux standards, basés sur les compétences, recommandés par l'ICM, la FIGO et l'OMS est survenue tardivement au cours de l'ère des OMD. De plus, les analyses de situation ont souvent manqué de profondeur. Depuis 2009, seuls 35 pays ont réalisé une enquête des besoins en SONU développée par AMDD^v leur permettant de faire une véritable analyse de situation, d'établir une base de données sur l'activité de l'ensemble des maternités et de produire les indicateurs de processus décrits dans le Manuel d'utilisation pour la surveillance des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (2009). Nous alertons sur le fait que, pour le moment, les enquêtes SARA et SPA donnent des informations sur la disponibilité des services, pas sur leur utilisation. Seules les enquêtes (rapides) SONU permettent de préparer la phase 3 d'identification du réseau.

^v Disponible sur: <https://www.mailman.columbia.edu/research/averting-maternal-death-and-disability-amdd/toolkit>

b) Planification des ressources

Les plans nationaux ont souvent montré une discordance entre les ambitions programmatiques et les ressources financière et humaines réellement allouées au programme de santé maternelle et néonatale. Ceci est décrit plus en détail dans ce guide avec l'exemple des problèmes de planification rencontrés dans de nombreux pays pour déterminer le nombre de maternités SONU (chapitres 2 et 3).

c) Mise en œuvre et monitoring

En raison d'un système d'information sanitaire lourd, lent et peu fiable dans la plupart des pays à haute mortalité maternelle, la mise en place du programme de santé maternelle dans ces pays n'a en général pas fait l'objet d'un suivi régulier des indicateurs de santé maternelle.

Le Countdown to 2015 - Maternal, Newborn & Child Survival en charge du monitoring mondial des OMD 4 et 5 n'a par exemple pas pu suivre l'évolution des indicateurs SONU dans les 75 pays à forte mortalité maternelle, en particulier la disponibilité des services SONU. De plus, dans son rapport annuel 2013 consacré aux services de santé maternelle et néonatale, le MHTF constate que la plupart des pays affichant les ratios de mortalité maternelle les plus élevés ne sont pas en mesure de documenter annuellement le nombre de maternités offrant les services SONU, ni quelle proportion de son personnel qualifié en soins obstétricaux y travaille⁸. Cette incapacité à mesurer régulièrement ces indicateurs clés n'a pas contribué à rendre suffisamment efficace et réactive la mise en œuvre des programmes de santé maternelle et néonatale.

d) Evaluation

AMDD préconise de faire une enquête des besoins en SONU à chaque fin de cycle programmatique (3 à 5 ans en fonction des pays). Cependant, depuis la mise en œuvre de ces enquêtes au début des années 2000, seuls deux pays ont réalisé deux enquêtes SONU entre 5 et 10 ans d'intervalle. Quelques autres ont complété leurs informations avec un autre type d'enquête - SARA (Evaluation de la préparation et de la disponibilité des services)^{vi} - en général qui, contrairement aux enquêtes des besoins en SONU, est habituellement basée sur un échantillon de formations sanitaires. Cette absence d'enquête SONU à intervalles réguliers a rendu difficile les évaluations de fin de cycle programmatique basées sur des données factuelles.

vi Disponible sur: https://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/

En résumé, bien qu'il soit important pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, les pays et leurs partenaires ne se sont pas suffisamment intéressés à l'organisation d'un réseau national de maternités SONU capables d'offrir des soins obstétricaux et néonataux de qualité et de prendre en charge des situations.

2. Principes du plaidoyer pour le développement du réseau national des maternités SONU

L'analyse de situation en santé maternelle basée sur des données factuelles devrait conduire la discussion dans les pays entre le ministère de la santé, les partenaires techniques et financiers, et la société civile et provoquer, si besoin, une révision des stratégies en place.

Il est important de noter que certains contextes sont plus favorables au plaidoyer pour le développement des maternités SONU, par exemple la publication de nouvelles estimations du ratio de mortalité maternelle, la fin d'un cycle programmatique national ou la fin d'une ère programmatique internationale comme en 2015, avec les OMD. Mais l'opportunité la plus fréquente pour ce plaidoyer est l'atelier national qui clôture et valide les conclusions et les recommandations d'une enquête des besoins en SONU. Cette enquête (ou sa version allégée développée par le Bureau régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre et mise en œuvre dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest^{vii}) mise en œuvre par le ministère de la santé est la seule qui donne les informations indispensables pour enclencher un processus de développement et de suivi solide du réseau de maternités SONU. En effet, contrairement aux enquêtes sur la santé maternelle, elle n'est pas basée sur un échantillon mais sur l'ensemble des maternités actives du pays. C'est pourquoi ce guide recommande aux pays d'utiliser ce type d'enquête afin de disposer d'une base de données très complète incluant chaque maternité. La méthodologie d'enquête mise en place par AMDD (également adoptée dans sa version allégée) offre de surcroît un niveau de qualité des données suffisant pour garantir une base solide à l'analyse des informations collectées.

Cependant, quelles que soient les circonstances ayant amené les agences et le ministère à discuter du développement des maternités SONU, les résultats de l'analyse de la situation varient peu d'un pays à l'autre. La plupart des enquêtes des besoins en SONU mettent en exergue les points suivants :

- a) Les maternités SONU désignées (cf. définition dans la tableau 1) sont nombreuses mais le nombre de maternités SONU fonctionnelles demeure par contre très en dessous de la norme internationale minimale recommandée de 5 SONU pour 500 000 habitants;

vii Disponible sur: <https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-WCAROER-SONU-F5-2%20%282%29.pdf>

TABLEAU 1 : DÉFINITIONS CLÉS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAU DE MATERNITÉS SONU

Formation sanitaire SONU désignée/planifiée	Formation sanitaire SONU fonctionnelle	Formation sanitaire SONU potentielle
<p>Maternité sélectionnée par le ministère de la santé pour faire partie du réseau national de formations sanitaires SONU dans le cycle de programmation considéré (cycle actuel ou prochain dans le court terme). Le réseau des maternités SONU désignées peut être composé de formations sanitaires SONU fonctionnelles et non-fonctionnelles. L'objectif du Ministère devant être de rendre ce réseau désigné totalement fonctionnel à la fin du cycle programmatique considéré.</p>	<p>Maternité fournissant des services en obstétrique 24h/24 et 7j/7, assurés par du personnel qualifié et dans laquelle l'ensemble des fonctions signalétiques prévues (7 pour les SONUB, 9 pour les SONUC) ont été réalisées dans les trois derniers mois.</p>	<p>Maternité ayant le potentiel de devenir une maternité SONU désignée dans un cycle de programmation ultérieur (dans le moyen/long terme).</p>
<p>Autres maternités : formation sanitaire effectuant des accouchements normaux mais qui n'a pas vocation à devenir SONU dans un cycle programmatique futur</p>		

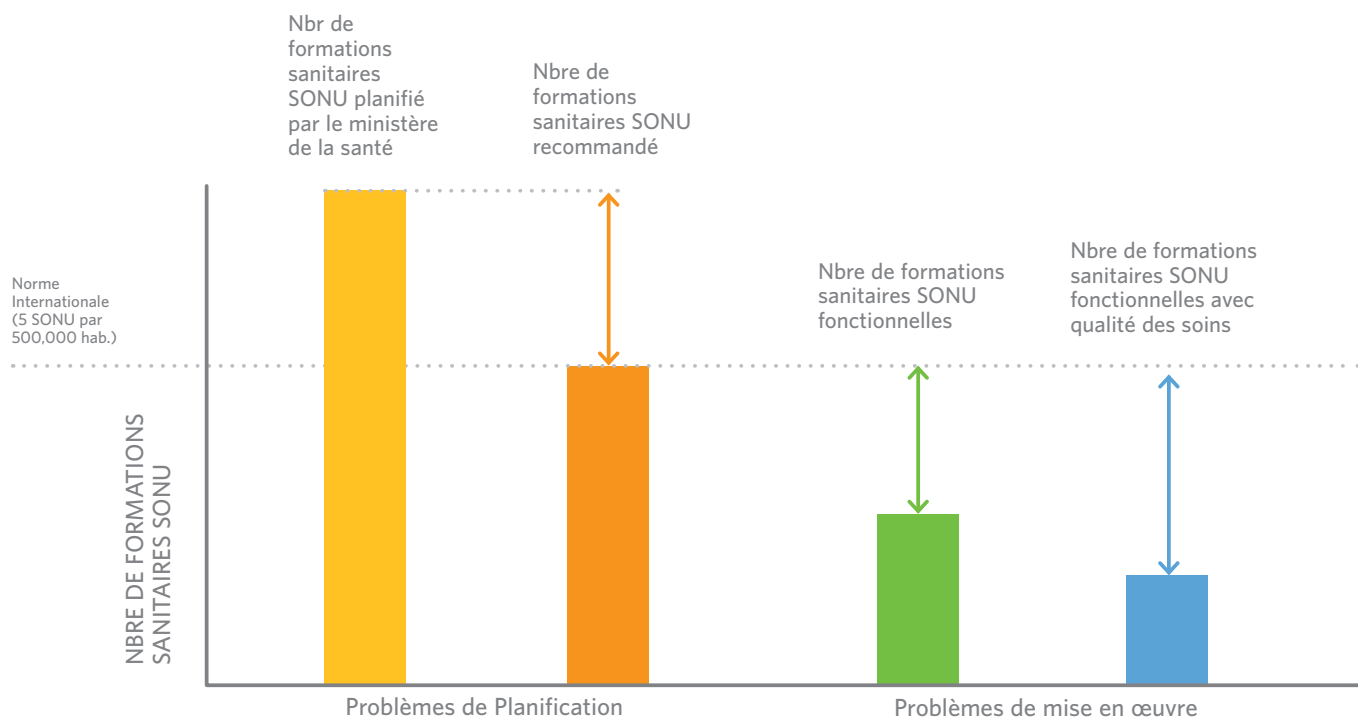
- b) Les maternités SONUB ont le plus grand mal à se développer;
- c) La mesure des indicateurs SONU montre une faible couverture des besoins satisfaits en SONU (très inférieure à 50%), un taux de césarienne souvent inférieur à 5%, un taux de létalité élevé pour les causes obstétricales directes, une mortalité périnatale très élevée;
- d) Un manque important de personnel qualifié dans les SONUC (obstétriciens et anesthésistes) et dans les SONUB (sages-femmes);
- e) Des connaissances en SONU insuffisantes de la part de toutes les catégories de personnels qualifiés ;
- f) D'importantes ruptures de stock d'intrants essentiels qui compromettent le fonctionnement des services obstétricaux et néonataux;
- g) Enfin, comme mentionné ci-dessus, un système d'information sanitaire ne permettant pas de faire un suivi rigoureux et régulier du développement des maternités SONU.

Dans la plupart des pays à forte mortalité maternelle, tout ou partie de ces constats existent et devraient être illustrés avec les données nationales. Sur la base de cette analyse, le ministère de la santé et les partenaires devraient discuter de l'approche proposée ci-dessous, basée sur trois principes clés, pour soutenir le développement du réseau SONU.

2.1. Prioriser/identifier un réseau national de maternités SONU

L'argument principal de cette recommandation repose sur l'analyse de 15 enquêtes SONU réalisées ces dix dernières années qui a mis en évidence la situation schématisée par la figure 5^{viii}. Elle met en évidence des problèmes de planification et de mise en œuvre dans le développement du réseau national de maternités SONU. Nous avons fait les mêmes constats dans les pays appuyés par le Maternal and Newborn Health Thematic Fund (MHTF) de l'UNFPA.

FIGURE 5 : SITUATION DES SONU DANS LES PAYS À HAUTE MORTALITÉ MATERNELLE ET NÉONATALE



Source: Adapté d'un schéma (non-publié) développé en 2016 par Lynn Freedman (AMDD, Columbia University) and Patricia Bailey (FHI360) sur base d'enquêtes SONU dans 15 pays à haute mortalité maternelle..

En général, dans les pays à haute mortalité maternelle, le nombre de formations sanitaires prévues pour être des formations sanitaires SONU fonctionnelles (services SONU offert 24H/7j par du personnel qualifié - colonne jaune) représente 2 à 4 fois la norme internationale recommandée (colonne orange) c'est-à-dire 5 maternités SONU dont au moins un SONUC pour 500 000 habitants². Ce problème de planification dans des pays à

viii Adapté d'un schéma (non-publié) développé en 2016 par Lynn Freedman, AMDD, et Patricia Bailey, FHI.

ressources limitées induit des problèmes de mise en œuvre car il oblige à une trop grande dispersion de moyens qui sont limités, tels que les équipements, les infrastructures, et surtout les ressources humaines (ainsi que des coûts élevés de maintenance et de supervision). Les maternités SONU réellement fonctionnelles sont donc souvent très peu nombreuses (colonne verte). Elles ne représentent en moyenne que 10 à 30% de la norme internationale. Cela constitue un sérieux obstacle à l'accélération des taux de réduction annuels de la mortalité maternelle et néonatale nécessaire pour atteindre les objectifs de développement durable numéros 3.1 et 3.2. Enfin et surtout, il est important de comprendre qu'une maternité SONU fonctionnelle ne garantit pas forcément un niveau suffisant de qualité de soins. Notre expérience montre qu'il s'agit en fait d'une première étape nécessaire vers la qualité des soins (colonne bleu). Cette question est développée dans le chapitre 6 lorsque l'amélioration de la qualité des soins devient le sujet central de l'approche proposée, une fois résolues les questions de base concernant la disponibilité des personnels, des équipements et des intrants.

Ce graphique, alimenté avec des données nationales, peut servir d'outil clé de plaidoyer pour le développement d'un réseau national SONU auprès du ministère de la santé. Il permet d'initier un processus de priorisation pour trouver le meilleur compromis entre maximiser la couverture de la population ayant accès à une formation sanitaire SONU dans une durée définie (typiquement 2 heures de trajet – la durée maximale moyenne entre le début d'une hémorragie sévère du post-partum non traitée et le décès^{58,59}) et l'allocation de ressources suffisantes à chaque maternité SONU afin de constituer, en un ou deux cycles programmatiques, un réseau national de maternités SONU fonctionnelles (faisabilité).

Le processus de priorisation des SONU a généralement une forte composante géographique car le réseau des SONU potentiels retenus doit, théoriquement, pouvoir optimiser l'accessibilité physique de la population à ce réseau. Lorsque cela est possible, l'UNFPA recommande d'utiliser un Système d'Information Géographique (SIG) (détaillé dans la seconde partie de ce document – Fiche technique 3) pour soutenir ce processus de priorisation, notamment en aidant à réaliser une analyse combinant l'accès physique aux maternités SONU (par exemple à 2 heures de trajet) avec leurs bassins de population estimés.

2.2. Organiser un système de collecte et d'analyse régulière des données dans les maternités SONU s'appuyant sur le personnel qualifié de chaque maternité

Comme pour tout programme, la mise en œuvre du programme de santé maternelle requiert un suivi régulier avec des retours rapides d'information à tous les niveaux du système de santé. Ce suivi permet d'ajuster régulièrement les stratégies d'amélioration de la disponibilité

et de la qualité des soins. Ce programme ne peut donc s'en remettre uniquement à des enquêtes réalisées tous les trois à cinq ans ou même annuellement. Il requiert d'établir un processus régulier de collecte (typiquement trimestriel) et d'analyse (typiquement semestriel) d'information en se basant sur le personnel qualifié travaillant dans les maternités et le mieux placé pour produire, collecter et analyser les données dans un délai rapide. Ce processus, ainsi que des outils de mise en œuvre, sont décrits dans ce manuel.

2.3. Responsabiliser le personnel des formations sanitaires et lui confier les clés de l'amélioration de la qualité des soins au niveau local (démarche « bottom-up » ou ascendante)

La plupart des systèmes de santé sont organisés sur un modèle hiérarchisé avec, en général, peu d'autonomie décisionnelle au niveau périphérique, en particulier au niveau des formations sanitaires. En conséquence, les problèmes identifiés au niveau des formations sanitaires sont souvent traités par le district, la région ou même au niveau national. Le risque d'engorgement du système est élevé car cette organisation déresponsabilise puis démotive le personnel dans les maternités. Si au contraire, le système de santé encourage l'autonomie des professionnels de santé travaillant en équipe dans les formations sanitaires, il libère une énorme force d'innovation, motive les gens et fluidifie le fonctionnement du système.

Cette force disponible devrait être utilisée pour gérer le système de suivi de l'activité obstétricale et néonatale. Cette nouvelle attention sur les données a pour but d'encourager le personnel à proposer des améliorations dans l'organisation des services et dans la qualité des soins. Comme décrit dans le chapitre 6, la mise en place de ces cercles vertueux, basés sur le monitoring des informations clés en santé de la reproduction, s'accompagne au départ d'un système renforcé de « coaching » afin de faciliter son démarrage (cf. Fiche technique 7). Ce soutien au sein même de la maternité est une recommandation forte des sciences de la mise en œuvre dont le but est de permettre au personnel d'un système de rechercher constamment les meilleures options pour atteindre ses objectifs. Ce manuel a cherché à appliquer les nombreux enseignements de cette science dans le champ de la santé reproductive des pays à forte mortalité maternelle.

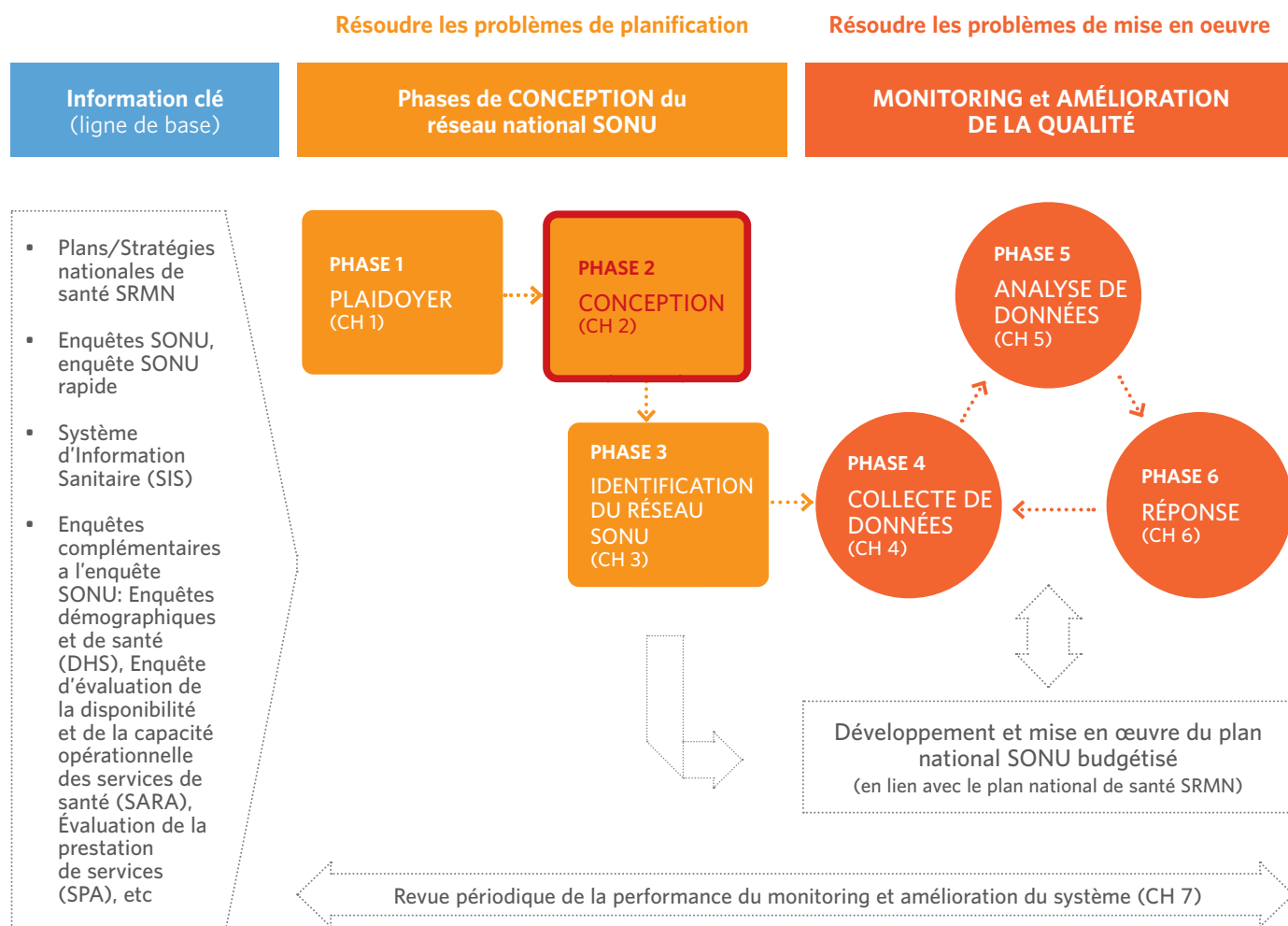
Lorsque les autorités du ministère de la santé souscrivent à ces trois interventions, l'étape suivante du développement du réseau SONU est leur appropriation par les acteurs du système de santé, en particulier ceux travaillant dans les maternités.

Cela se traduit par la conception d'un processus national de développement du réseau de maternités de référence SONU (cf. chapitre 2) dans la partie « santé maternelle et néonatale » du plan stratégique et des plans annuels du ministère de la santé (et des autres ministères concernés).

CHAPITRE 2

Conception du réseau national des maternités de référence SONU

FIGURE 6 : PHASE 2 - CONCEPTION



1. Objectifs de la « conception » du réseau national des maternités SONU

L'approche proposée pour la mise en place d'un réseau national de maternités SONU performants nécessite la collaboration du personnel de santé, des cadres du Ministère de la santé et de ses partenaires. Le premier objectif de l'étape de conception est d'aider les autorités du Ministère de la santé à établir un consensus national sur la nécessité d'améliorer le fonctionnement du réseau de maternités SONU et d'élaborer une façon de le faire. Le second objectif est de définir un processus pour le développement de ce réseau et de mesurer la capacité du système de santé - plus particulièrement du programme de santé maternelle et néonatale - à produire les changements attendus pour améliorer la disponibilité et la qualité des soins.

Une approche adoptée avec succès dans les pays ayant mis en place le processus proposé dans ce manuel, en particulier au Bénin, Burundi, Guinée, Madagascar, Sénégal, Soudan, Tchad et Togo, consiste à organiser un atelier national sur le développement des SONU. Cet atelier structure les étapes de mise en œuvre du processus et en définit par consensus les outils (par exemple l'outil de collecte des données). Un autre résultat de cet atelier est la création d'un comité national ainsi que de comités régionaux pour assurer conjointement, avec l'appui des partenaires technique et financiers, le développement du réseau SONU et son suivi.

Enfin, l'atelier représente une véritable opportunité de (re)définir ce que le système de santé attend des maternités SONUB en décrivant dans un référentiel national ses missions, son niveau d'équipement, ses ressources en personnel, et ses modalités d'organisation.

2. Principes de conception du réseau national des maternités SONU

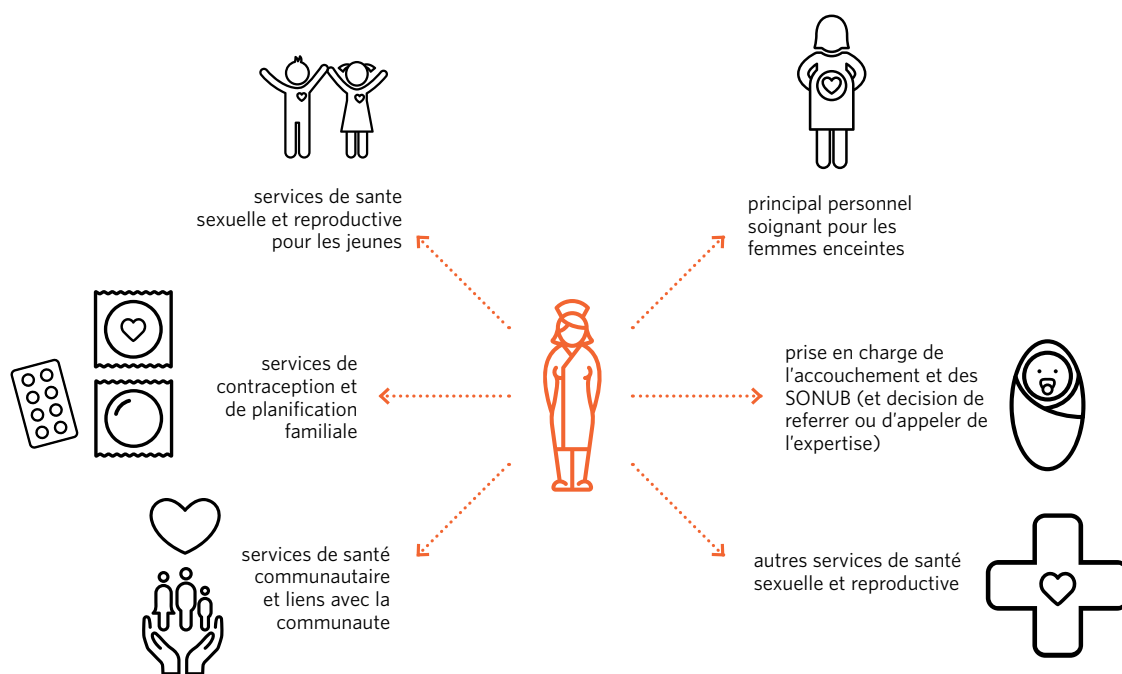
2.1. Limiter le nombre de maternités SONU pour assurer des soins de qualité disponible 24h/24 et 7j/7

Comme on l'a vu au chapitre 1, dans la plupart des pays avec une forte mortalité maternelle et néonatale, le nombre de maternités SONU planifiées par le gouvernement est très au-dessus des standards internationaux. Cette situation ne permet pas de concentrer des ressources suffisantes pour faire émerger un réseau SONU fonctionnel, en particulier des maternités SONUB telles que décrites dans la Fiche technique n° 1. UNFPA recommande de ce fait de limiter le nombre de maternités SONU planifié de manière à déployer de manière judicieuse les rares ressources disponibles (par exemple le personnel qualifié en obstétrique) et de s'assurer que le réseau SONU en place fournit des soins obstétricaux et néonataux de qualité en intégrant d'autres services en santé de la reproduction. Comme

illustré par la Figure 7, les sages-femmes qui sont formées et réglementées selon les normes internationales peuvent fournir la majorité des services de santé sexuelle et reproductive - y compris les services de planification familiale, les soins prénataux, les accouchements normaux et les urgences obstétricales de base (SONUB), les soins essentiels du nouveau-né, la prévention des infections transmissibles sexuellement et de la transmission du HIV de la mère à l'enfant, la prévention des fistules obstétricales et autres morbidités obstétricales, et la prévention des mutilation génitale féminine/excision (MGF/E).

UNFPA recommande donc que les sages-femmes assurent en équipe le fonctionnement des maternités SONUB c'est à dire une bonne prise en charge des accouchements de routine et des complications de base, ceci 24h/7j.

FIGURE 7 : LES CHAMPS DE COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES



VISION - LA SAGE FEMME DOIT POUVOIR:

Prodiguer des soins respectueux et centrés sur la personne

Diriger l'accouchement et décider quand référer ou appeler de l'expertise supplémentaire (obstétricien, médecin)

Assurer la prise en charge des soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB - 7 fonctions signalétiques)

Le nombre de sages-femmes constituant l'équipe d'un SONUB devrait être déterminé par l'activité obstétricale et les missions de la maternité, sur base de normes nationales^{ix}. Dans l'état actuel des ressources humaines disponibles dans les pays à forte mortalité maternelle, UNFPA recommande un minimum de trois sages-femmes (idéalement quatre comme établi au Bénin) dans chaque maternité SONU désignée pour assurer la disponibilité des services 24h/24 et 7j/7. Ce nombre doit augmenter en fonction de l'activité obstétricale, sur la base des normes nationales (ex. une sage-femme par 20 accouchements mensuels supplémentaires au Togo, une sage-femme par 30 accouchements mensuels supplémentaires au Burundi, en Guinée, à Madagascar, au Sénégal, et au Soudan) et des missions qui leur sont attribuées (plus de sages-femmes en cas d'actions communautaires). De cette équipe de sages-femmes devrait aussi émerger la(e) responsable de la maternité SONUB.

Le processus de priorisation de la carte sanitaire SONU qui est à conduire pour identifier ce nombre limité de maternités SONU est décrit dans le chapitre 3.

2.2. Produire et analyser une information régulière, fiable, utile, et utilisable immédiatement

Pour produire l'information nécessaire à la gestion du réseau de maternités SONU, le programme de santé maternelle ne peut pas uniquement s'appuyer sur un Système d'Information Sanitaire (SIS) souvent conçu pour le seul niveau stratégique national. Cette conception du SIS s'est montrée lente et souvent peu fiable dans de nombreux pays à forte mortalité maternelle, collectant un nombre limité d'indicateurs en santé maternelle, à des intervalles de temps irréguliers, ce qui rend l'analyse difficile et tardive pour les équipes du programme.

La vision d'un SIS moderne et efficace devrait plutôt être celle de sous-systèmes d'information intégrés, plus réactifs pour la gestion de programme^x. La mise en œuvre du District Health Information Software 2 (DHIS 2) dans la plupart des pays facilite l'évolution vers cette vision "multi-systèmes intégrés" en permettant la gestion d'une plus grande quantité d'information par le SIS et une collecte régulière (ex. mensuelle) d'information par les rapports des formations sanitaires. Basé sur une logique de gestion de programme, le sous-système d'information du monitoring des maternités SONU a pour vocation de se limiter à une collecte d'information essentielle au programme. Cette information peut varier au cours du temps en fonction des priorités programmatiques.

ix Aucun standard international sur cette question n'est proposé pour le moment par l'OMS. En 2019, La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) a recommandé au moins quatre à six sages-femmes dans une formation sanitaire SONUB faisant 1,000 accouchements par an. Cette recommandation est disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12815>.

x Pour imager, le SIS est comparable à une grosse flottille qui demande du temps pour mettre tout le monde d'accord pour virer de bord. Le monitoring d'un programme correspond plutôt à une petite vedette rapide issue de cette flottille et qui vogue en éclaireur, changeant de cap facilement en fonction des besoins et du contexte.

Le nombre limité d'informations collectées facilite son utilisation par le personnel des formations sanitaires, les responsables de districts et de régions, ainsi que par la Direction Nationale de la santé. L'implication du personnel et des cadres à tous les niveaux du système de santé est capitale pour les responsabiliser tout au long de la pyramide sanitaire. Si l'objectif doit être la collecte des données du monitoring SONU par le SIS/DHIS2, la collecte proactive de données dans le réseau SONU par des équipes d'appuis régionale/district^{xi} peuvent servir pour une période déterminée de contrôle de qualité au SIS. Par exemple, au Burundi, en Guinée, et au Togo, plusieurs données collectées dans les maternités de référence ont été intégrées au SIS/DHIS2 mais la collecte trimestrielle d'information par les équipes d'appui régionale/de district dans les maternités de références a été maintenue. Le ministère a compris la nature profonde de cette collecte, élément complémentaire de son système d'information qui facilite le contrôle de la qualité des données et organisé afin d'améliorer la gestion des maternités du réseau SONU.

Pour respecter le principe de collecter un nombre restreint de données dans les sous-systèmes d'information programmatiques, l'outil de collecte du monitoring SONU doit être limité et respecter une règle d'or : « ne pas concevoir un outil de collecte d'information de plus d'une page ».

Dans l'idéal, cet outil de collecte se construit avec tous les participants de l'atelier national pour établir l'approche SONU, comme cela s'est passé au Bénin, Burundi, Guinée, Madagascar, Sénégal, Soudan, et Tchad. Une alternative (Haïti et Togo) est d'en confier l'élaboration à un comité technique. Dans tous les cas, l'outil national doit être testé, puis validé en assemblée plénière comprenant les partenaires nationaux et sous nationaux. Il est important que l'outil de collecte s'élabore avec les cadres de province et de district qui auront la responsabilité de collecter l'information. Cet outil doit refléter les éléments clés de l'activité obstétricale des maternités, les accouchements eutociques, les complications, les activités de santé de la reproduction (ex : planification familiale).

Chaque pays devrait élaborer son outil de collecte national en fonction des problèmes qu'il veut suivre de manière régulière. Le ministère de la santé s'inspire en général des outils déjà élaborés dans d'autres pays sur les indicateurs SONU et l'outil de collecte de référence proposé dans ce manuel sur la base du travail réalisé en Haïti, à Madagascar, et au Togo (voir Fiche technique n° 4). L'outil de collecte inclut obligatoirement les fonctions signalétiques SONUB et SONUC et documente en général :

- Les principaux indicateurs SONU de disponibilité, d'utilisation et de qualité de soins;

^{xi} Les rôles, responsabilités et composition des équipes d'appui régionales/districts sont décrites au Chapitre 6.

- Le personnel clé pour les accouchements : obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes;
- Ses intrants traceurs: médicaments essentiels posant un problème de disponibilité, (comme le sulfate de magnésium), matériels (ventouses, équipement néonatal de réanimation, etc);
- Les données nécessaires au calcul des indicateurs SONU : nombre d'accouchements, nombre de complications obstétricales, etc.;
- D'éventuelles activités complémentaires : consultations post natales, planification familiale, etc;
- Un suivi des décès maternels et néonataux, un ajout important lors de l'atelier national réalisé à Madagascar.

L'outil de collecte SONU devrait être intégré dans le SIS/DHIS2. Les autres informations du programme de santé maternelle non retenues dans l'outil de collecte SONU sont généralement collectées par d'autres modules du SIS et ses outils de collecte habituels.

2.3 Adopter une démarche nationale

Le monitoring des services de santé maternelle et néonatal est à organiser auprès des maternités SONU formant le réseau national. L'identification de ce réseau est décrite au chapitre 3.

Il est important de noter que la mise en place du monitoring ne devrait jamais débiter par un essai pilote dans une ou quelques régions. Il s'agit d'emblée d'une démarche nationale. Les démarches plus localisées, observées dans un certain nombre de pays, souvent liées aux financements d'un partenaire, ne parviennent généralement pas à atteindre une couverture nationale. Une exception à considérer est le cas d'un grand pays confédéral. Dans ce cas, la mise en œuvre du processus pourrait se faire à l'échelle d'un Etat (comme par exemple dans des pays comme le Bangladesh, la République Démocratique du Congo , l'Inde, ou le Nigéria) qui constitue souvent une entité politique autonome. Cependant, dans des pays d'une superficie aussi importante que le Chad, Madagascar, et le Soudan, un plaidoyer auprès du ministère de la santé et des agences a permis de donner d'emblée un caractère national au processus. Dans les huit pays qui ont mis en œuvre l'approche de développement SONU, le caractère national du processus a renforcé le leadership du ministère de la santé et a facilité la coopération entre les agences de développement.

Dès que les capacités opérationnelles des maternités SONU se renforcent, la recherche d'information en santé de la reproduction devrait s'élargir à l'ensemble de l'aire d'influence de la maternité en coordination avec le ou les districts sanitaires concernés.

2.4 Favoriser la prise de décision du personnel dans les maternités SONU

Le cœur de la démarche proposée dans ce manuel est l'implication effective des personnels des maternités dans l'ensemble des phases du processus.

Sa mise en œuvre dans les pays a révélé l'amorce d'un processus d'amélioration de la qualité des soins en associant collecte et analyse régulières de données par le personnel des formations sanitaires à un « coaching » par une équipe d'appui régionale/de district. Cela a permis d'améliorer la qualité des données disponibles dans les registres et les dossiers des formations sanitaires, du fait du passage régulier des équipes d'appui. Cette recherche d'amélioration de la qualité au niveau local (approche "bottom-up" ou ascendante) se poursuit par le regard nouveau porté par l'équipe sur l'activité de sa maternité lorsque les indicateurs sont analysés et discutés avec une équipe d'appui (leur rôle et leur composition est décrite dans le Chapitre 6 et dans la fiche technique #6).

A partir de 2016, la réflexion et les preuves accumulées dans le monde par les « sciences de la mise en œuvre », particulièrement sur base des expériences d'administrations publiques et d'entreprises aux Etats Unis, ont été intégrées dans la réflexion du développement des SONU décrite dans ce manuel et ont renforcé cette dynamique ascendante (ou "bottom-up"). Capitalisant sur l'expérience acquise dans les administrations publiques et entreprises américaines, ces leçons apprises sont en partie transposables dans le contexte de la santé dans les pays en voie de développement. Elles affirment un état d'esprit, comme « le droit à l'erreur » et permettent des choix, par exemple en formation continue, basés sur les preuves.

En résumé, le personnel dans les maternités doit se réapproprier la collecte, l'analyse des données ainsi que son utilisation pour organiser la réponse en vue d'améliorer la disponibilité et la qualité des SONU. Cette réappropriation s'effectue avec le soutien proactif et régulier d'une équipe d'appui organisée par le niveau région/district. Ces équipes régionales/de districts sont elles-mêmes appuyées par une équipe nationale constituée par le ministère et ses partenaires techniques et financiers, généralement à la suite de l'atelier national. Une fois cette réappropriation réalisée aux différents niveaux du système de santé, cet appui devrait progressivement s'intégrer à une démarche de type supervision formative ou « coaching » (cf. Fiche Technique #7 pour une description des démarches de supervision, de supervision formative, d'équipe d'appui, et de mentorat).

Cette démarche participative est essentielle à la crédibilité et à la pérennité du processus de monitoring SONU et pour obtenir l'adhésion du personnel de la formation sanitaire. Elle est similaire à l'esprit recherché dans le cadre des revues de décès, sans toutefois avoir à gérer le contexte dramatique dans lequel celles-ci se déroulent. C'est pourquoi, il est recommandé que le lien soit fait avec le programme national de surveillance des décès maternels et néonataux et réponse. Elle peut se compléter ultérieurement par un programme d'appui sur place par des mentors qui renforcent ces deux approches, monitoring des services et revue de décès maternels (et nouveaux nés) afin d'améliorer encore la qualité de soins obstétricaux et néonataux et l'organisation des services.

3. Approche de mise en œuvre de la phase de conception (détaillée dans le chapitre 8) - l'atelier national d'analyse de situation et de conception du développement du réseau national des maternités de référence

L'atelier national de développement du réseau des maternités SONU réunit typiquement durant quatre jours les cadres nationaux, les partenaires en santé reproductive et maternelle mais aussi les directeurs régionaux et les responsables, en périphérie, du programme de santé maternelle et néonatale. Il se déroule généralement en trois parties :

- **La première partie de l'atelier** consiste à présenter la situation des SONU dans le pays (si possible sur base des résultats de l'enquête SONU - ou sa version allégée - la plus récente) et à discuter des résultats obtenus et des obstacles perçus au développement du réseau national des maternités SONU. Elle met l'accent sur l'importance des indicateurs de résultat, en particulier ceux concernant la disponibilité et l'accès aux SONU. Cette première partie est aussi l'occasion de clarifier les concepts de réseau SONU, de maternité SONUB, et des liens entre les maternités SONUB et SONUC. Ces concepts sont précisés dans les fiches techniques n° 1 et n° 2.

Cette partie de l'atelier se conclut généralement par une prise de conscience par les différents acteurs du système de santé de la nécessité d'améliorer le fonctionnement du réseau SONU et de la capacité du pays à le faire;

- **La seconde partie de l'atelier** aborde la gestion du développement du réseau autour de trois éléments :
 - Couverture du réseau: combien de formations sanitaires sont intégrées dans le réseau en comparaison avec la norme recommandée de 5 formations sanitaires SONU pour 500 000 habitants dont au moins une formation SONUC? Comment sont-

elles réparties sur le territoire? Quelle proportion de la population couvrent-elles? Combien sont fonctionnelles et comment sont organisés leurs liens de référence?

- Capacité du réseau et l'utilisation des services: quels sont les progrès réalisés par ce réseau de maternités pour la couverture des accouchements et la prise en charge des urgences obstétricales? Avec quel personnel?
- Capacité du système d'information sanitaire (SIS) à produire de l'information utile et régulière à la gestion du programme, et en particulier sa capacité à répondre, dans de brefs délais, aux questions soulevées ci-dessus.

Cette partie de l'atelier conclut souvent sur la nécessité d'améliorer la gestion du développement du réseau SONU et pour ce faire de disposer de manière continue de l'information clé en santé reproductive, maternelle et néonatale.

- **La troisième partie de l'atelier** consiste à trouver un consensus entre les participants pour fixer des objectifs de développement du réseau national des maternités SONU puis gérer les étapes de sa mise en œuvre. Une difficulté majeure pour gérer de manière efficace un réseau SONU est de produire régulièrement des informations sur l'activité des maternités SONU et de mettre en place un système de réponse pour combler les manquements en termes de disponibilité et de qualité des soins. Les pays affichant une forte mortalité maternelle et qui parviennent à relever ce défi ont pris les décisions suivantes :

1. Limiter le nombre de maternités SONU pour y affecter plus facilement du personnel de santé qualifié, organisé en équipe pour l'offre de soins 24h/7j, pour mieux les équiper, mieux les approvisionner en intrants et mieux les suivre - cette sélection d'un nombre restreint de maternités SONU facilite également leur suivi et la mise en oeuvre de réponses pour adresser les manquements en disponibilité et qualité des soins ;
2. Etablir la production et l'analyse régulière d'une information fiable, utile, immédiatement disponible et utilisable - en lien avec le système d'information sanitaire (SIS) et/ou avec d'autres systèmes existants de collectes régulières d'informations sur le programme de santé;
3. Favoriser dans ces maternités la prise de décision du personnel pour résoudre leur problème d'organisation des services et de qualité des soins.

Pourquoi ne pas demander à un obstétricien de réaliser ce monitoring?

L'idéal est d'avoir un obstétricien dans l'équipe d'appui régionale/de district pour aborder les aspects clinique, technique et analytique du monitoring des maternités SONU. Cependant, dans la plupart des pays, il est en pratique difficile de mobiliser un obstétricien pour ce type d'activité. Un accord avec l'association de gynécologie obstétrique nationale pourrait permettre à un obstétricien de superviser les SONUC les plus importants (hôpitaux universitaire et régionaux). En pratique, les obstétriciens sont en général remplacés par des médecins qui pratiquent les SONU ou par des sages-femmes expérimentées. Des évaluations (réalisées dans quelques pays par l'UNFPA mais non publiées) montrent que les médecins ou les sages-femmes sont parfois plus performants que les obstétriciens pour réaliser ce type d'appui qui requiert d'autres qualités (ex: de gestion, d'analyse etc.) en plus de l'expertise clinique. Il est donc important d'être pragmatique et de se ménager des options en s'assurant que le personnel qui les réalisera est correctement formé.

Pourquoi ne pas monitorer les autres formations sanitaires réalisant des accouchements ?

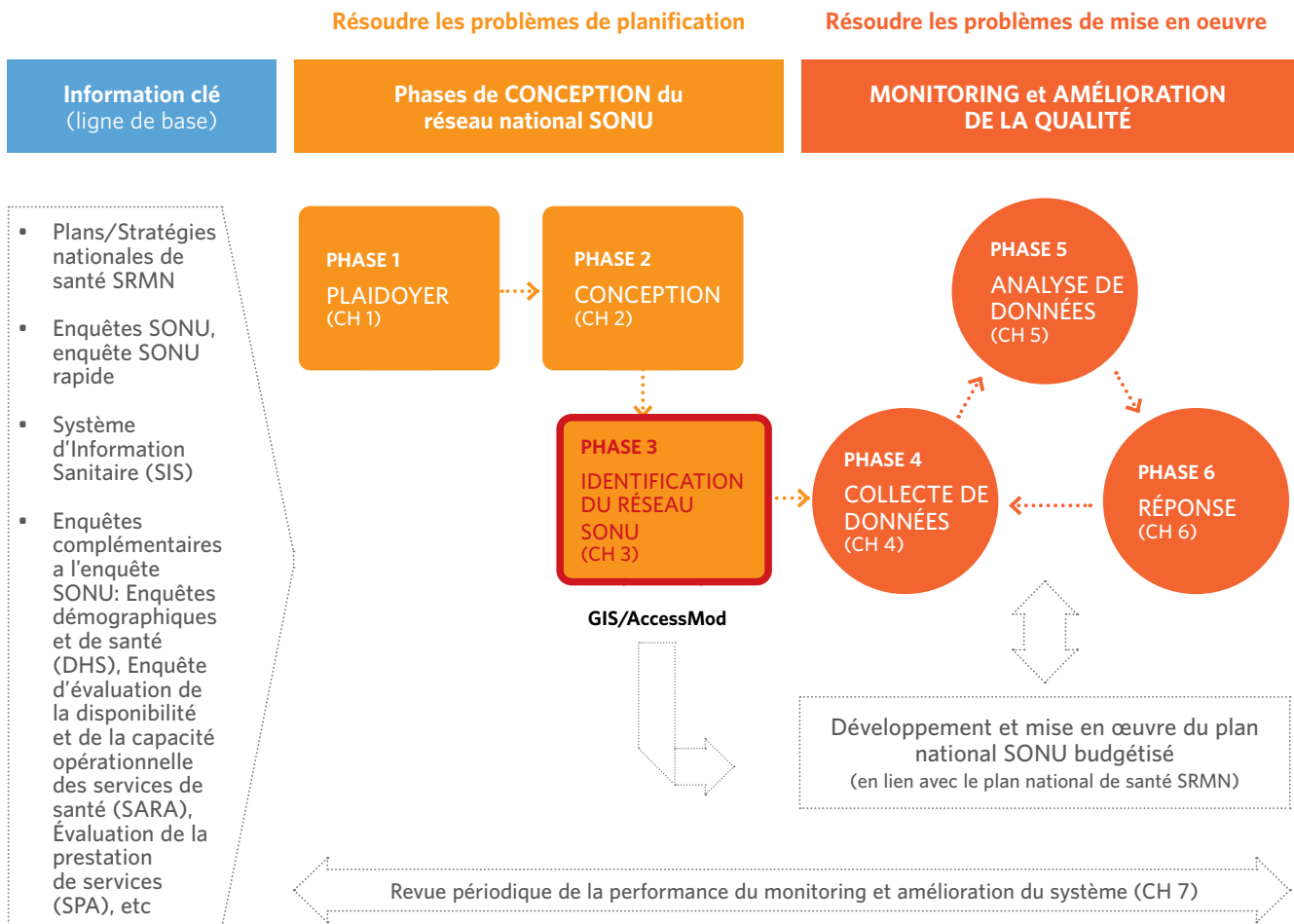
L'objectif premier de l'approche décrite dans ce guide étant de mesurer les progrès et de corriger les lacunes des formations sanitaires désignées pour offrir les services SONU (SONUB et SONUC), cette approche n'a pas vocation à suivre des formations sanitaires qui n'ont pas pour mission de gérer l'ensemble des complications obstétricales et néonatales et n'en possèdent en conséquence pas les moyens (en termes de ressources humaines, matériel, volume d'activités, distance, etc). Les formations sanitaires qui ne sont pas incluses dans le réseau SONU réalisent souvent peu d'accouchements par mois (les plus actives étant sélectionnées pour intégrer le réseau). Le coût / bénéfice d'un tel monitoring couvrant un nombre très important de formations sanitaires pratiquant peu fréquemment des accouchements serait beaucoup trop élevé. Mieux vaut se contenter de les suivre au moyen du rapport mensuel d'activité institué par le Ministère de la santé.

Cependant, une fois que le monitoring dans les formations sanitaires SONU ciblées est en place et bien maîtrisé, non seulement en termes de collecte de données mais aussi d'analyse et de réponse, le ministère et ses partenaires techniques et financiers peuvent décider d'organiser un meilleur suivi des formations sanitaires qui ne sont pas dans le réseau. Cette intervention en périphérie du réseau SONU devrait alors être conduite par les responsables du district sanitaire avec l'appui technique du personnel qualifié du SONU concerné. Toutefois, la faisabilité en termes de coût et de ressources humaines de cette décision devra être bien pesée.

CHAPITRE 3

Identification des formations sanitaires SONU

FIGURE 8 : PHASE 3 - IDENTIFICATION DU RÉSEAU NATIONAL DE FORMATIONS SANITAIRES SONU



1. Objectifs de la priorisation

La phase de priorisation a pour objectif d'aider les pays à forte mortalité maternelle à identifier et développer dans chaque région / province, au cours d'un ou deux cycles de programmation nationale, un réseau de maternités SONU qui maximise l'accessibilité physique aux SONU avec une bonne qualité de soin. Du fait des contraintes auxquelles font face les pays à forte mortalité maternelle en termes de ressources, ce réseau de maternités de référence devrait correspondre (au maximum) à la norme internationale de "5 maternités SONU fonctionnelles pour 500 000 habitants dont au moins 1 SONUC". Dans la plupart des pays, la taille de population nécessite de penser le réseau à l'échelle de premier niveau sous-national (région/province) pour en considérer les liens de référence, notamment entre SONUB et SONUC.

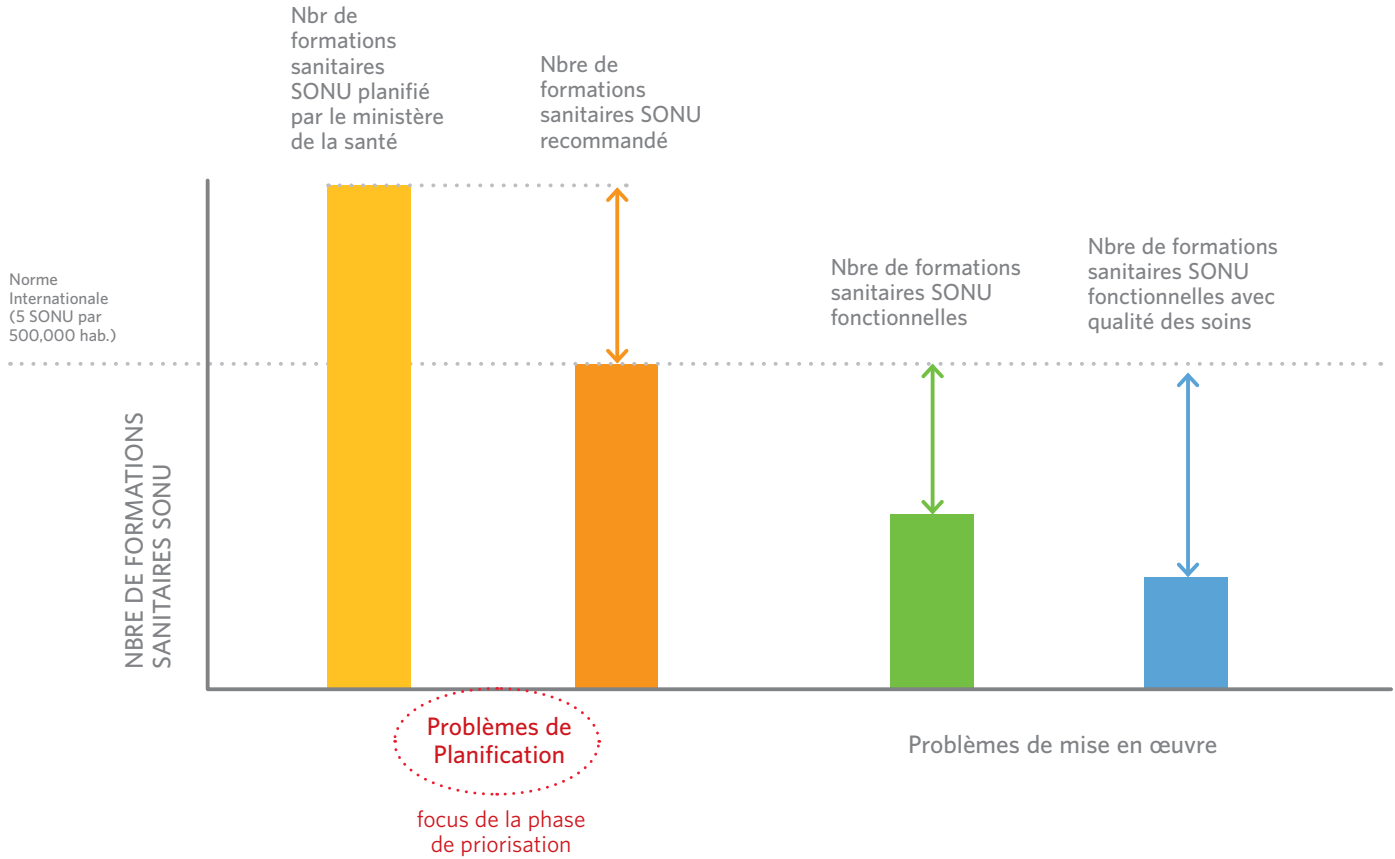
Le processus de priorisation doit aboutir à une sélection d'un réseau national de maternités SONU. Cette priorisation permet de :

- s'assurer que la localisation des formations sanitaires choisies permette la meilleure couverture d'accès physique possible de la population;
- réaliser une planification et une distribution efficace des ressources, souvent limitées, aux formations sanitaires SONU désignées ;
- définir les liens entre SONUB et SONUC mais aussi entre SONUB et institutions périphériques ;
- faciliter le suivi et la supervision de ce réseau de référence ;
- améliorer la qualité des soins dans ces maternités.

2. Principes et rationnel de priorisation des formations sanitaires du réseau SONU

Le schéma présenté dans l'introduction de ce guide (cf. Figure 9 pour référence) met en évidence l'ampleur du problème posé par une mauvaise planification du réseau de maternité de référence, en particulier des SONUB.

FIGURE 9 : SITUATION DES SONU DANS LES PAYS À HAUTE MORTALITÉ MATERNELLE ET NÉONATALE

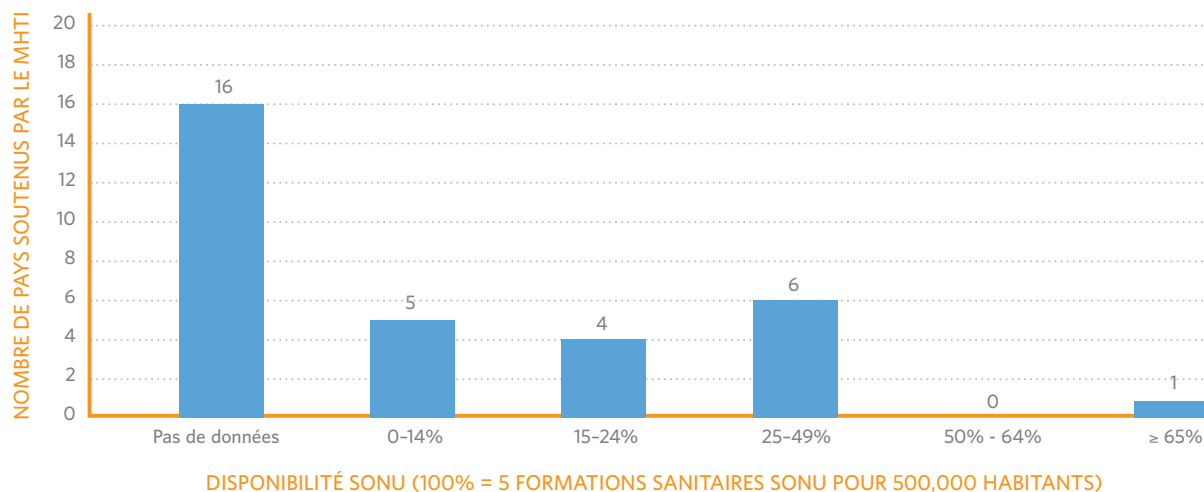


Source: Adapté d'un schéma (non-publié) développé en 2016 par Lynn Freedman (AMDD, Columbia University) and Patricia Bailey (FHI360) sur base d'enquêtes SONU dans 15 pays à haute mortalité maternelle..

Pour rappel, dans la plupart des pays à forte mortalité maternelle, le nombre trop élevé de maternités sélectionnées pour devenir SONU (colonne jaune) par rapport au nombre recommandé de maternités SONU en fonction de la population (colonne orange) reflète un 'problème de planification' qui a fortement contribué au faible nombre de maternités SONU fonctionnelles (colonne verte). Le manque de suivi régulier et de mécanisme de réponses pour améliorer l'accès et la qualité des soins (colonne bleu) reflète un "problème de mise en œuvre".

Ce constat se retrouve dans de nombreux pays à forte mortalité maternelle. Par exemple, parmi les 32 pays appuyés par le MHTF (représentant globalement 78% des décès maternels), en 2018, seul Timor Leste⁹ a atteint la barre des 100% de maternités fonctionnelles SONU par rapport à la norme internationale (5 SONU pour 500 000 habitants) et la moitié des pays soutenus par le MHTF n'ont pas de données sur la disponibilité des SONU - cf. Figure 10.

FIGURE 10 : PROPORTION DE MATERNITÉS SONU FONCTIONNELLES PAR RAPPORT AU STANDARD ATTENDU (5 SONU POUR 500,000 HABITANTS) DANS 32 PAYS A HAUTE MORTALITE MATERNELLE - 2018)¹⁰



Parmi ces 32 pays, seulement neuf pays ont priorisé un réseau national de formations sanitaires SONU en ligne avec leurs ressources limitées disponibles.

La leçon à tirer de ces données est que la sélection par un pays d'un trop grand nombre de formations sanitaires rend très difficile la création d'un réseau de maternités SONU fonctionnelles. Une trop grande dispersion des rares ressources disponibles, des coûts d'équipement de gestion trop élevé rendent difficile la mise sur pied de trop nombreuses maternités SONU. D'autant plus que leur fonctionnement est complexe du fait de leur mission d'organiser une réponse aux situations d'urgence. Les cas de bâtiments vétustes, mal équipés où une seule infirmière ou une auxiliaire sage-femme fait ce qu'elle peut avec le peu de ressources disponibles sont nombreux dans les pays à haute mortalité maternelle.

Le développement anarchique des formations sanitaires finit toujours par poser le problème de la qualité des soins offerts par ces maternités. Ces questions de qualité des soins et de coût / efficacité font également débat dans les pays développés¹¹.

La phase de 'priorisation' des formations sanitaires a pour ambition de traiter le problème de "planification" (cf. Figure 9): développer, dans un ou deux cycle(s) de programmation, un réseau national de maternités SONU ne dépassant pas la norme internationale de 5 SONU pour 500 000 habitants et accessible au plus grand nombre tout en assurant une couverture correcte de la population dans un délai raisonnable (ex. 2 heures maximum). Le succès de la suite du processus, qui a pour vocation de mettre en place un réseau national de formations sanitaire SONU fonctionnel et fournissant des soins de qualité, dépend de la capacité des acteurs à trouver ce juste équilibre.

3. Approche de mise en œuvre de la phase de priorisation (détaillée dans le Chapitre 8)

3.1 Ateliers régionaux de priorisation et critères de priorisation

Cet exercice a été réalisé pour la première fois au Burundi en utilisant le logiciel AccessMod (fiche technique # 3 sur AccessMod) et un logiciel SIG gratuit^{xii}. Une approche similaire a ensuite été mise en œuvre avec succès dans sept autres pays (Benin, Côte d'Ivoire, Guinée, Madagascar, République du Congo, Sénégal, Soudan, Tchad, Togo).

Le ministère de la santé organise un ou plusieurs ateliers régionaux de priorisation (regroupant maximum 4-5 régions sanitaires qui sont appuyées par une équipe nationale d'experts en SIG préalablement formée à AccessMod) afin d'identifier avec les équipes régionales un réseau de référence de maternités SONU devant toutes devenir fonctionnelles dans le et les cycles de programmation considéré(s). L'objectif de ce processus est d'identifier un nombre limité de maternités SONU qui permettent une couverture acceptable de la population^{xiii}. Ces maternités doivent être capables de prendre en charge les urgences obstétricales et néonatales, fournir des soins et des services de santé reproductive, maternelle et néonatale de qualité, centrés sur la personne, respectueux, adaptés aux cultures locales, continus et intégrés. Ces maternités SONU doivent être géographiquement et financièrement accessibles (les maternités à but lucratif devraient donc être exclues, excepté dans des pays avec des systèmes de couvertures sanitaires abordables).

Pour chaque formation sanitaire considérée, cette sélection prend en compte plusieurs paramètres tels que : (1) l'activité obstétricale, (2) l'importance du bassin de population et de son aire de captage (estimé avec le logiciel AccessMod), (3) la capacité à référer vers une autre maternité (particulièrement le lien SONUB vers SONUC) dans un délai raisonnable, (4) le niveau d'infrastructure et de ressources humaines en adéquation avec les standards SONU (cf. Fiche technique #2 sur les maternités SONUB). Les maternités SONUC et les maternités déjà fonctionnelles sont sélectionnées d'office.

Chaque exercice de priorisation doit faire l'objet d'un rapport technique détaillé dans lequel le réseau de chacune des régions sanitaires est décrit par des cartes et des indicateurs. A partir de ce rapport, le ministère de la santé valide la carte nationale des maternités SONU désignées et l'utilise comme ligne de base pour les planifications régionale et nationale

xii QGIS - <https://www.qgis.org/fr/site/>

xiii Nous considérons comme couverture acceptable une couverture de la population par le réseau SONU désigné de plus de 50% endéans les deux heures de trajet (deux heures correspondant à la durée estimée entre le début d'une hémorragie du postpartum et le décès - en l'absence de prise en charge). L'objectif étant d'atteindre une couverture de la population par le réseau SONU désigné d'au moins 80% de la population couverte par le réseau SONU désigné endéans les deux heures de trajet. Chaque pays devant définir ses objectifs intermédiaires.

(ex : plan stratégique national santé et plans opérationnels santé maternelle et néonatale). Il est extrêmement important que les partenaires techniques et financiers contribuent au développement du réseau SONU et aux plans stratégiques et opérationnels afin d'accélérer les progrès en santé maternelle et néonatale.

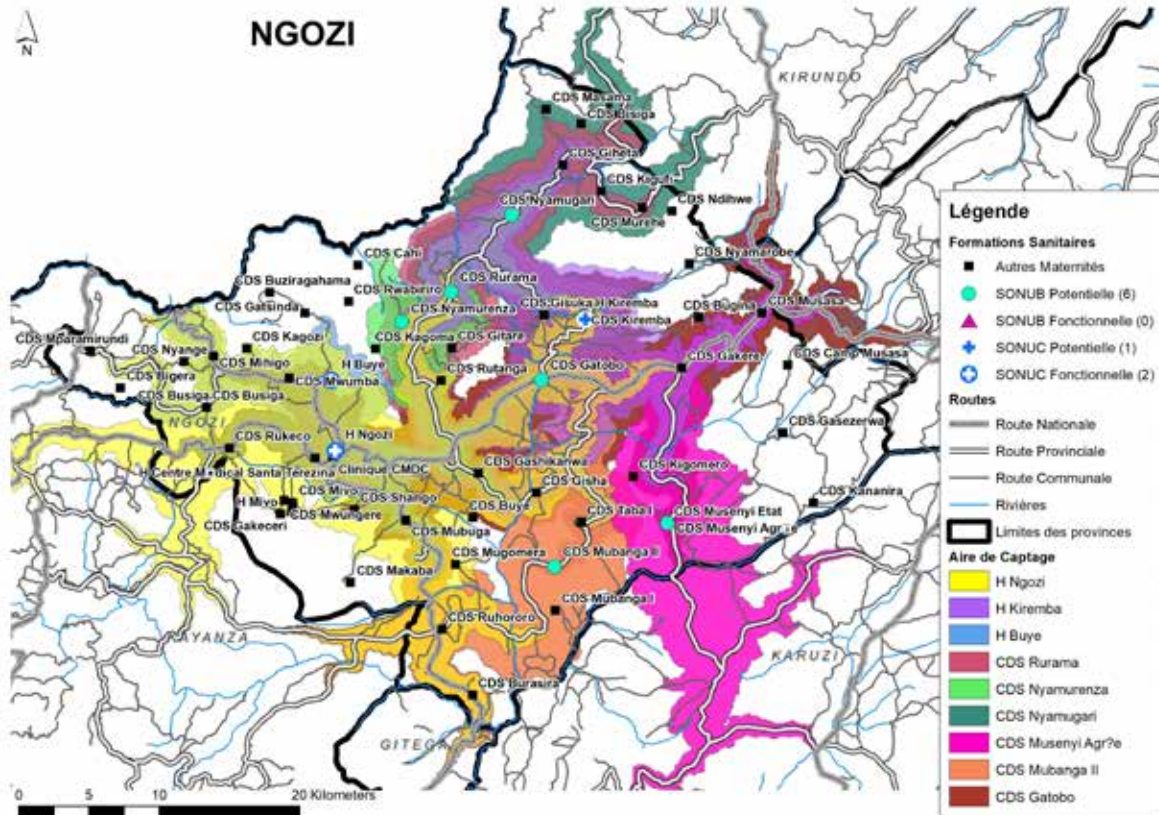
Le monitoring du réseau national SONU permet de suivre les progrès et d'établir une cartographie dynamique des services de santé maternelle (et plus largement de santé de la reproduction) qui peut contribuer à améliorer le réseau de maternité de référence et d'en optimiser l'accès et la qualité.

3.2 L'apport d'AccessMod dans la conduite de la priorisation

Les estimations de couverture de population par les SONU que permet AccessMod, un logiciel open source (décrit dans la fiche technique #3), modifie profondément la manière de planifier un réseau de maternités de référence. Il en facilite également la conduite en guidant de manière documentée la sélection d'un nombre limité de formations sanitaires tout en conservant une bonne couverture de population et en renforçant le caractère objectif de la sélection des formations sanitaires du réseau SONU. De plus, il permet avec l'appui d'un SIG de facilement visualiser le réseau SONU et les couvertures de population sur des cartes, ce qui rend la conduite des ateliers de priorisation très participatives.

En effet, durant ces ateliers, chaque région présente à ses pairs sa proposition de réseau de maternités SONU avec trois cartes : (1) une carte combinant les maternités du réseau SONU proposé, les maternités hors de ce réseau, et la densité de la population; (2) une carte représentant l'accès géographique de la population à une heure, deux, trois, quatre heures et plus de la maternité SONU proposée la plus proche; et (3) une carte montrant les aires de captage (en général à 2 heures de trajet) de chacune des maternités du réseau proposé – cf. Figure 11. D'autres exemples de cartes sont donnés dans le Chapitre 8.

FIGURE 11 : CARTE DES AIRES DE CAPTAGE DE LA POPULATION À 2 HEURES DE TRAJET DES MATERNITÉS DU RÉSEAU SONU DÉSIGNÉ DANS UNE DES 18 PROVINCES DU BURUNDI (NGOZI).



Il apparaît clairement sur cette carte que les aires de captage des maternités du réseau et les découpages administratifs ne concordent pas. C'est vrai au niveau des districts et au niveau des provinces. Cela peut également être le cas au niveau des frontières internationales. Ces constatations doivent avoir des implications pratiques quant à la mise en œuvre du programme de santé maternelle dans les districts sanitaires. Chaque pays trouvera des réponses adaptées à sa propre situation.

Au cours de la mise en œuvre de cette approche de priorisation dans les pays, de nouveaux indicateurs ont émergés et leur intérêt opérationnel nous semble considérable. Certains de ces indicateurs sont introduits dans une publication du British Medical Journal (BMJ) Global Health⁵⁵. Dès notre travail au Burundi, ces indicateurs de couverture ont pu être affinés avec la collaboration des ministères de la santé du Bénin, Guinée, Madagascar, Sénégal, Soudan et du Togo.

Un premier indicateur, lié à la nature de l'exercice, identifie la qualité des liens de référence dans un réseau de maternités:

- **Indicateur REF:** proportion de liens de référence du SONUB vers le SONUC bien organisés (c'est-à-dire moyen d'évacuation disponible et fonctionnel, coût acceptable, temps mis pour mobiliser les moyens nécessaires à l'évacuation puis pour réaliser cette évacuation inférieure à deux heures). Cet indicateur permet d'évaluer la qualité de la référence au sein du réseau SONU en analysant les barrières physiques mais aussi financières et organisationnelles. Il donne une indication importante sur la fonctionnalité du réseau SONU (cf. Chapitre 8). L'objectif opérationnel est d'atteindre 100% de liens bien organisés

Un autre indicateur trace le nombre de maternités désignées dans le réseau SONU:

- **Indicateur RXSONU:** proportion de formations sanitaires SONU désignées par rapport au nombre recommandé par la norme internationale de 5 SONU pour 500 000 habitants que nous fixons comme un maximum (et non comme un minimum, comme proposé antérieurement). L'objectif étant donc d'être en dessous de 100%.

Enfin, un nouvel indicateur a été développé pour mesurer l'accès physique de la population aux formations sanitaires SONU:

- **Indicateur ACC1:** proportion de la population nationale pouvant en théorie accéder à une formation sanitaire (SONU) dans un temps donné de déplacement selon les moyens de transports habituellement utilisés par la population.

Cet indicateur peut être utilisé au niveau sous-national (région/province/département). Dans le cadre du développement des SONU, cet indicateur peut être utilement subdivisé en trois indicateurs, chacun reflétant une partie importante de la question de la couverture de la population mais aussi de la réussite objective de l'exercice de priorisation :

- **Indicateur ACC1a:** proportion de la population pouvant en théorie accéder à une maternité réalisant des accouchements de manière routinière (ex. plus de 20 accouchements par mois);
- **Indicateur ACC1b:** proportion de la population pouvant en théorie accéder à une maternité du réseau SONU désigné;
- **Indicateur ACC1c:** proportion de la population pouvant en théorie accéder à une maternité SONU fonctionnelle.

La couverture de la population par l'ensemble des maternités (ACC1a) est un indicateur extrêmement utile dans la discussion avec le ministère car il permet de garder à l'esprit qu'un service minimum de soins de santé reproductive existe et couvre une proportion en générale importante de la population.

La couverture de la population par le réseau SONU désigné (ACC1b), c'est à dire un nombre beaucoup plus réduit de formations sanitaires est bien sûr inférieure. C'est aussi une couverture théorique reflétant un exercice de planification. Son intérêt est de fixer un objectif opérationnel.

L'indicateur le plus important est celui qui mesure la couverture de la population par des maternités SONU fonctionnelles (ACC1c). Cette proportion est encore faible dans tous les pays à forte mortalité maternelle.

Ces indicateurs combinés donnent une idée de la qualité de l'exercice de priorisation car ils reflètent en général le compromis nécessaire entre la maîtrise des moyens à investir dans le réseau pour obtenir (dans le cycle de programmation) des maternités SONU fonctionnelles offrant des soins de routine et de prise en charge des urgences ET la proportion de femmes enceintes ayant accès à ces services (indicateur ACC1c) dans un temps donné. Nous répondons ainsi en partie avec cette approche aux questions pertinentes soulevées par Gabrysch et al. et ses collaborateurs sur un certain nombre d'indicateurs SONU recommandés par les agences onusiennes et AMDD (Columbia University)¹². La fiche technique numéro 5 apporte également des éléments de réflexions et des recommandations sur ces indicateurs. Il reste ensuite à poursuivre la démarche avec la couverture de la population par des maternité SONU produisant des soins de qualité.

D'une manière générale dans les pays qui ont mise en œuvre l'approche de développement SONU, l'utilisation d'AccessMod couplée à l'analyse programmatique permet de réduire de manière significative le nombre de maternités SONU sans réduire de manière importante leur couverture de la population (cf. Tableau 2 et Figures 12 & 13).

TABLEAU 2 : COMPARAISON DES RÉSEAUX SONU AVANT ET APRÈS PRIORISATION AU BURUNDI, SÉNÉGAL ET TOGO

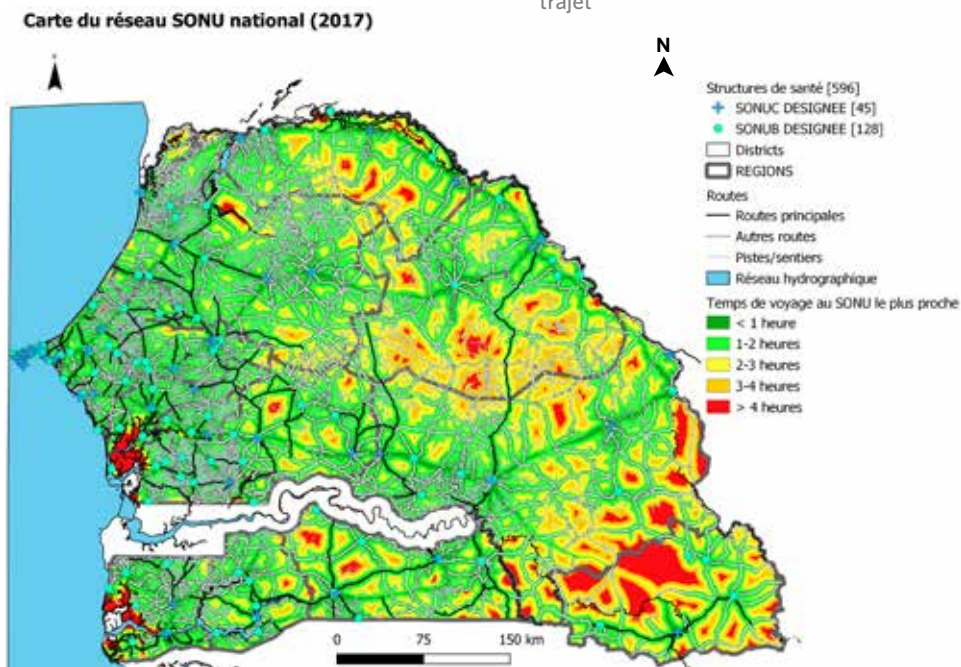
Pays	Norme internationale (5 SONU/ 500,000 habitants)	Réseau national SONU avant priorisation		Réseau national SONU national après priorisation	
		nombre de maternités SONU désignées	couverture de la population	nombre de maternités SONU	couverture de la population
Burundi	115	152	72%*	112	68%*
Sénégal	157	173	91%*	142	92%*
Togo	72	109	81%**	67 (réseau SONU en cours de validation par le Ministère de la Santé)	81%**

(* à deux heures de trajet, ** à une heure de trajet)

FIGURE 12 : FORMATIONS SANITAIRES SONU DÉSIGNÉES ET COUVERTURE DE LA POPULATION ENDÉANS 2H DE TRAJET VERS LE SONU DÉSIGNÉ LE PLUS PROCHE AU SÉNÉGAL

MATERNITÉS DE RÉFÉRENCE EN 2017
(avant priorisation avec SIG/AccessMod)

173 formations sanitaires de référence (SONU) couvrant 91% de la population endéans 2 heures de trajet



MATERNITÉS DE RÉFÉRENCE EN 2018
(après priorisation avec SIG/AccessMod)

142 formations sanitaires de référence (SONU) couvrant 92% de la population endéans 2 heures de trajet

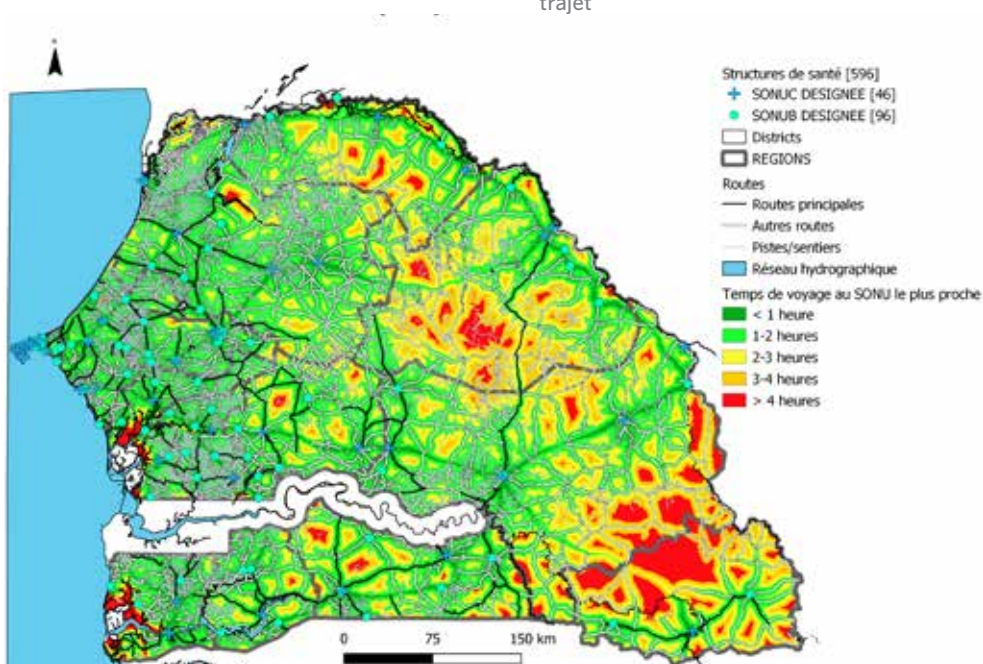


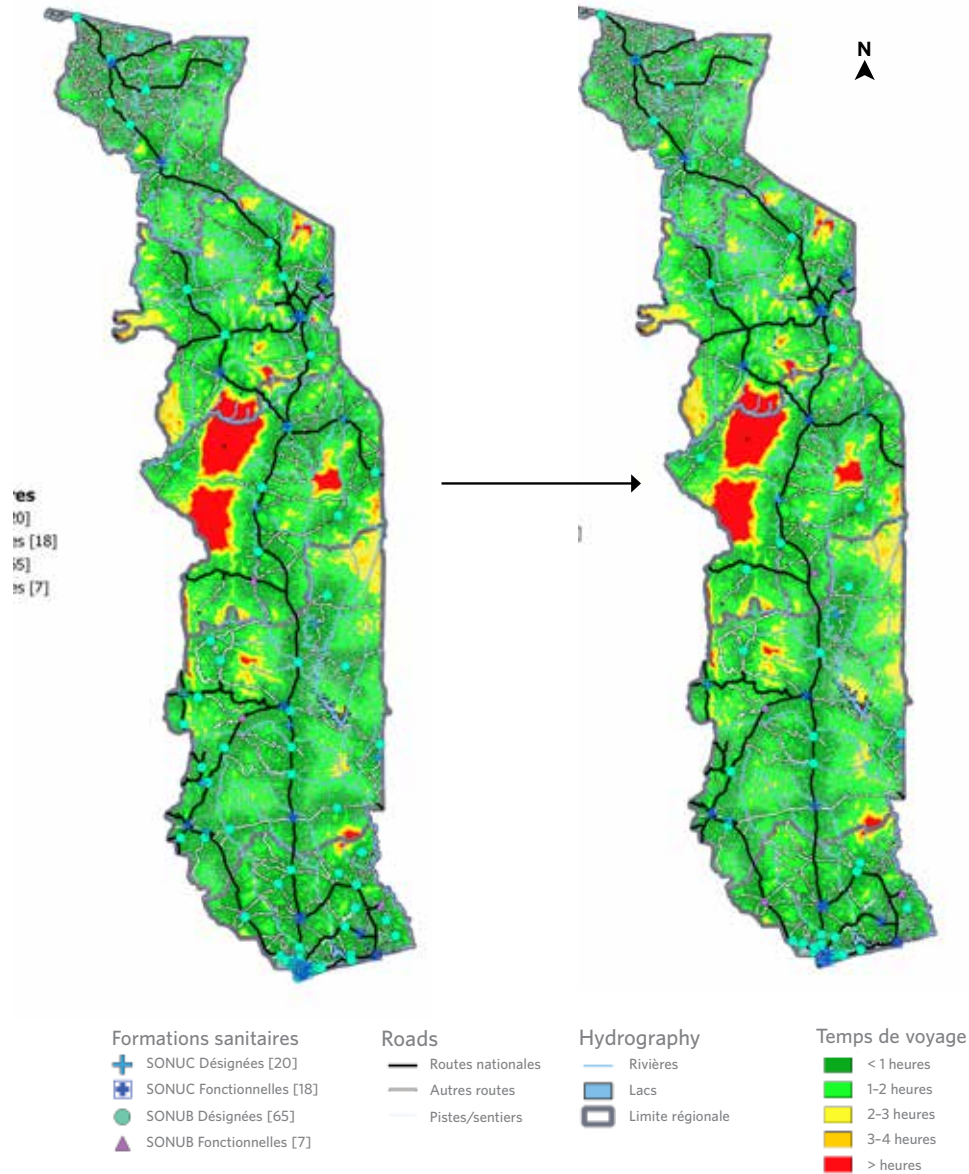
FIGURE 13 : FORMATIONS SANITAIRES SONU DÉSIGNÉES ET COUVERTURE DE LA POPULATION ENDÉANS 1H DE TRAJET VERS LE SONU DÉSIGNÉ LE PLUS PROCHE AU TOGO

**MATERNITÉS DE RÉFÉRENCE EN 2017
(avant priorisation avec SIG/AccessMod)**

109 formations sanitaires de référence (SONU) couvrant 81% de la population endéans 1 heure de trajet

**MATERNITÉS DE RÉFÉRENCE EN 2018
(après priorisation avec SIG/AccessMod)**

67 formations sanitaires de référence (SONU) couvrant 81% de la population endéans 1 heure de trajet



Tout l'effort de planification et toute l'importance de cet exercice consiste à élaborer des plans opérationnels permettant de rendre la couverture de la population par des maternités SONU fonctionnelles (ACC1c) égale à la couverture du réseau des maternités SONU désignées (ACC1b). Les rapports sur la priorisation du réseau SONU au Burundi¹³, au Togo¹⁴ et au Sénégal¹⁵ détaillent ce processus dans chacune des régions sanitaires et au niveau national. Cette approche a depuis été répliquée en Guinée, à Madagascar, au Soudan, au Bénin, au Tchad, et en Côte d'Ivoire.

Cette approche met enfin en lumière l'influence de certains déterminants multisectoriels de la santé maternelle et néonatale, en particulier ceux liés aux questions d'aménagement du territoire. Les scénarios d'amélioration de la couverture de la population par le réseau SONU peuvent dès lors se baser sur trois stratégies pouvant se combiner entre elles:

- ajouter une maternité SONU dans un bassin de population important et non encore couvert;
- améliorer le temps de déplacement de la population dans l'aire de captage des maternités SONU en améliorant le réseau routier
- améliorer l'accès de la population aux moyens de transports, particulièrement les transports publics.

La modélisation de l'aire d'influence théorique des SONU, en prenant en compte les contraintes de déplacement (ex. réseau des routes, relief, présence de forêts et de zones infranchissables) et les moyens de locomotion (ex. femme transportée à pied, véhicule à moteur, ou une combinaison de ceux-ci), ainsi que les cartes et les scénarios produits par AccessMod sont un formidable outil de plaidoyer et de planification (voir Fiche technique n° 3). Les décideurs peuvent dès lors mesurer l'impact de telle ou telle mesure d'aménagement du territoire sur la couverture SONU.

4. Les défis

Pour les cadres qui considèrent chaque formation sanitaire du système de santé comme un SONU potentiel, il ne leur est pas toujours facile de s'approprier le changement de paradigme proposé. Cette question doit être gérée par l'autorité politique que nous aidons en lui fournissant des outils adaptés. L'adhésion des autorités à cette approche doit elle se discuter lors de la première étape, celle du dialogue politique (cf. Chapitre 1), lorsque le Ministère de la santé et le gouvernement constatent que les indicateurs de santé maternelle évoluent trop lentement et que le réseau des maternités SONU ne parvient pas à se développer comme prévu. Elles sont alors à la recherche de solutions innovantes et ouvertes à des changements de stratégies.

L'utilisation d'un SIG et d'AccessMod est d'une grande aide dans la démarche puisqu'elle permet une meilleure objectivité en prédisant la couverture théorique de population par les trois réseaux de maternités (toutes les maternités, SONU désignés, et SONU fonctionnels). Il est également efficace de présenter le réseau SONU comme dynamique au cours du temps avec un premier réseau de SONU désignés à transformer en SONU fonctionnelles dans le(s) prochain(s) cycle(s) de programmation et des maternités SONU potentielles qui seront considérées dans un cycle de programmation ultérieur (à plus moyen/long terme).

L'expérience montre qu'un expert international capable de modérer ce débat est un atout dans ces discussions régionales où les experts nationaux sont plus exposés à la critique de partialité.

Un autre défi pour les planificateurs et les managers du système de santé est de concilier l'approche de la carte sanitaire par aire de captage des formations sanitaires (SIG/ AccessMod) et leur possible mauvaise congruence avec le découpage administratif. Cette question est illustrée dans de très nombreuses situations (cf. Figure 11 section 3 ci-dessus).

Enfin, comme mentionné précédemment, l'exercice de la cartographie fournit au Ministère de la Santé un solide dossier de plaidoyer en faveur d'actions intersectorielles pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Nous savons malheureusement que ces actions intersectorielles, pourtant indispensable, est encore très souvent difficile à traduire en réalité opérationnelle.

Toutes les formations sanitaires ne sont-elles pas des SONUB potentielles ?

La confusion est très courante et impacte négativement le développement des SONU fonctionnelles. Le constat que nous avons fait montre que si la plupart des maternités proposent quelques SONU, la majorité d'entre elles ne sont pas en mesure de les proposer toutes et tout le temps (24h/24). Les maternités SONUB ont vocation à être des maternités d'excellence. Dans les conditions présentes dans les pays à forte mortalité maternelle, elles sont aussi, temporairement, une première référence. Elles assurent des accouchements eutociques mais ont également pour mission de prendre en charge des urgences de base et d'assurer une référence de qualité vers les SONUC. Elles nécessitent des infrastructures et des équipements appropriés, des ressources humaines qualifiées et organisées en équipe. Elles nécessitent aussi d'avoir une activité obstétricale significative pour maintenir un niveau de qualité de soins suffisant. Dans de nombreux pays, l'option de considérer chaque lieu d'accouchement comme un SONUB potentiel a provoqué une dispersion des rares ressources et empêché le développement de réels plateaux techniques de type SONUB, voire de SONUC, aboutissant à l'effet contraire de celui recherché : un réseau trop restreint de formation sanitaire SONU fonctionnel. La décision de réaliser un travail de priorisation est une réponse à ce constat. Il en résulte une amélioration de la couverture de la population par des maternités SONU fonctionnelles à un coût raisonnable.

Faut-il positionner un SONU dans une zone enclavée ?

Cette question revient presque systématiquement au cours de l'exercice de planification et entraîne parfois de longs débats. Par définition, une zone enclavée révèle un problème d'aménagement du territoire. La réponse se trouve donc généralement hors du secteur santé. Est-il soutenable de placer un hôpital (un SONUC ?) chaque fois qu'il manque une route ou un pont? Économiquement, rationnellement, la réponse est non. Sur un plan éthique, la question se discute beaucoup plus. Notre expérience terrain montre qu'il est très difficile de maintenir une structure complexe de type SONUB ou SONUC en zone enclavée. Seules de riches ONG ou coopérations bilatérales y parviennent, mais ces solutions ne sont souvent pas pérennes.

A défaut de réussir un plaidoyer auprès du gouvernement pour désenclaver la zone, des solutions alternatives sont possibles. Bien que discutée, la plus convaincante est l'organisation de maisons d'attentes près d'un SONUB ou SONUC où se rendent les parturientes avant leur terme. Pour être acceptées, ces maisons d'attentes doivent faire l'objet d'une coopération approfondie, être respectueuses de la culture de la population et des besoins de l'ensemble de la famille de la parturiente et bien évidemment être financièrement abordables. L'utilisation d'un outil SIG/AccessMod peut aider à scénariser les différentes options pour améliorer l'accès au soins dans les zones enclavées.

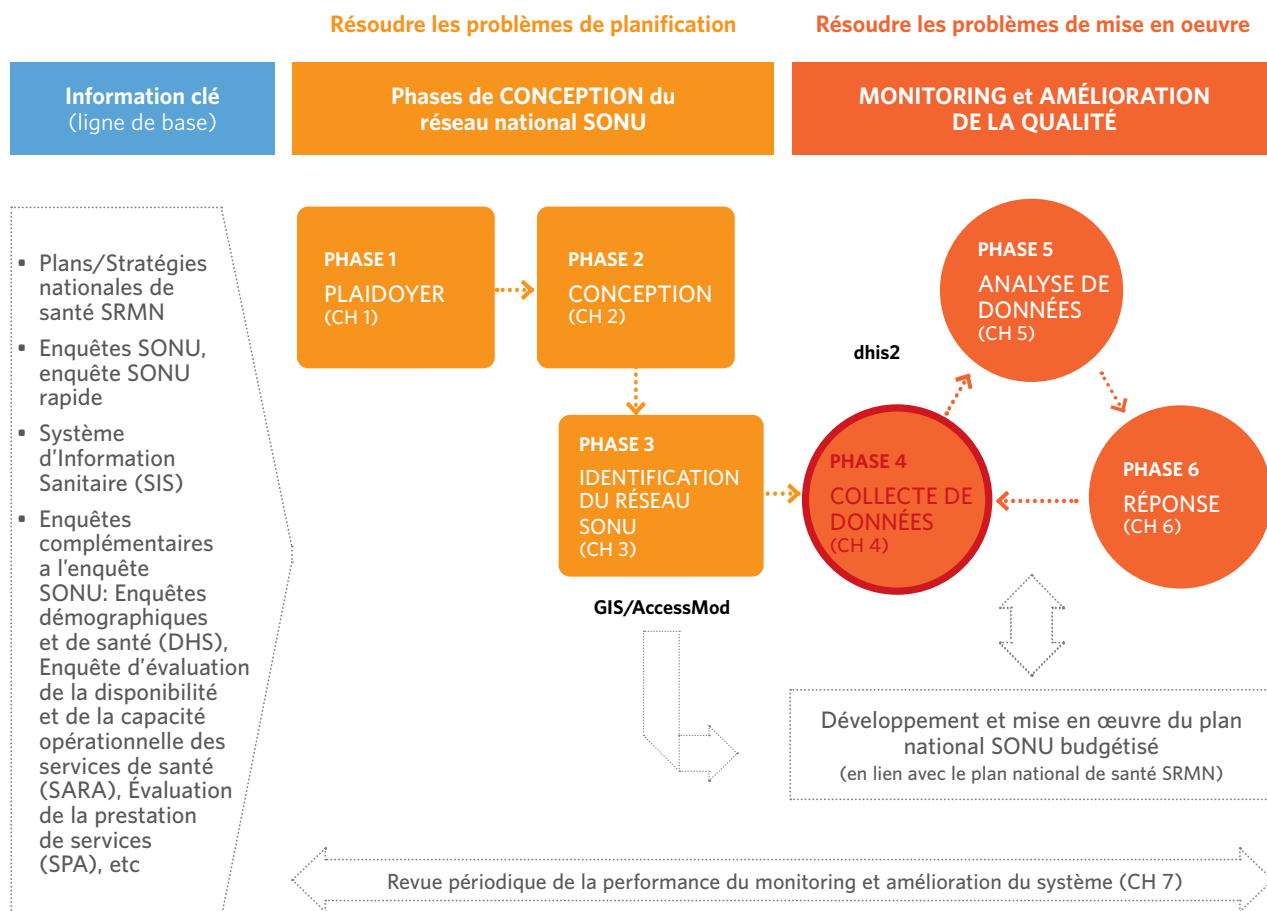
Faut-il prendre en compte des formations sanitaires privées dans la priorisation des SONU ?

Cette question nous est très souvent posée. Dans certains pays, la contribution du secteur privé dans l'offre de soins de santé maternelle et néonatale n'est pas négligeable. On ne saurait de toute façon occulter les structures sanitaires privées à but non lucratif lors de la priorisation. D'autant plus que les patientes qui fréquentent ces structures courent le même risque de décès (et parfois plus) que celles qui fréquentent les structures publiques. Une démarche de sensibilisation et surtout l'instauration/renforcement du dialogue avec les administrations des formations sanitaires privées dans le but uniquement de renforcer la qualité des soins permettra la participation de maternités privées au réseau.

CHAPITRE 4

Collecte des données

FIGURE 14 : PHASE 4 - COLLECTE



1. Objectifs de la collecte

Une fois la ligne de base nationale sur les SONU établie (par exemple par une enquête des besoins en SONU ou une enquête SONU rapide), les formations sanitaires identifiées pour constituer le réseau national de maternités de référence SONU (phase "priorisation" de la démarche de planification), le ministère de la santé dispose des données clés pour planifier le développement du réseau SONU et sa mise en œuvre. Ce réseau doit impérativement

faire l'objet d'un monitoring des services de santé maternelle et néonatale afin de collecter régulièrement (généralement sur une base trimestrielle) les données jugées essentielles par les acteurs du programme de santé maternelle et néonatale. Ce monitoring, qui se base sur l'outil national de collecte élaboré durant la phase "conception" (cf. Chapitre 2), a pour objectif de mesurer la disponibilité, l'utilisation, et la qualité des services de santé maternelle et néonatale (SMN) et à évaluer la capacité des maternités SONU à remplir leurs missions et répondre aux besoins des populations dans leur zone de couverture. L'originalité de la démarche proposée dans ce manuel consiste à organiser une collecte et analyse proactive de données où une équipe d'appui du niveau région/district appuie les prestataires de service des formations sanitaires SONU du réseau (au moins durant le(s) premier(s) cycle(s) de programmation suivant la mise en place du monitoring MNH des maternités du réseau SONU).

2. Principes et outils de collecte

2.1. Les équipes d'appui

L'objectif principal de la démarche de monitoring est d'aider les cadres de la formation sanitaire et le personnel de la maternité à s'approprier leurs données d'activité obstétricale et néonatale. Pour en assurer l'efficacité et la pérennité, il est important que cette approche proactive aux données inclut un appui technique formatif, à la manière d'un coach. Les équipes d'appui ont pour vocation d'assurer cet appui technique pour permettre à terme l'appropriation par les prestataires de soins de l'ensemble du processus de collecte, d'analyse et de réponse.

Ces équipes d'appui devraient se structurer, au fur et à mesure du développement et de la maîtrise du processus de monitoring des services de santé maternelle et néonatale (SMN) par le ministère de la santé publique et ses partenaires. Elles se créent autour des points focaux en santé de la reproduction des directions régionales du ministère auxquels se joint un cadre du district sanitaire concerné, lorsque cela est possible. A ce groupe initial composé de deux à trois personnes avec des profils et expertises différents, devrait s'ajouter un expert technique en SONU, tel un obstétricien, en particulier pour la visite des maternités SONUC, ou une sage-femme expérimentée pour la visite des maternités SONUB. L'équipe d'appui doit être distinguée de l'équipe de supervision (la fiche technique n°7 décrit la différence entre supervision, équipe d'appui, et mentorat) et doit inclure des membres en dehors du système hiérarchique du Ministère.

Dans tous les cas, cette équipe d'appui région/district, doit être perçue comme plus expérimentée par le personnel de la formation sanitaire. En fonction des pays, sa composition

peut varier de 3 à 5 personnes. Au Burundi, les équipes d'appui sont composées de trois prestataires cliniques (sages-femmes, médecins et chirurgiens) formés en SONU comme formateurs et comme superviseurs/coach SONU.

L'équipe d'appui région/district a pour vocation d'être temporaire pour soutenir la mise en œuvre initiale du monitoring dans les formations sanitaires SONU. Cette équipe a pour première mission de collecter les données de la fiche de monitoring en y associant le personnel de la maternité. Cette collecte s'appuie sur la revue complète, pour le trimestre considéré, des registres, des fiches de stocks, et d'un échantillon de dossiers médicaux. Elle s'appuie aussi sur des discussions avec le personnel de la formation sanitaire et l'observation de l'environnement de travail. Cette démarche proactive de collecte de données et le soutien de l'équipe d'appui ont pour objectif d'améliorer progressivement la qualité des données recueillies, leur analyse (cf. Chapitre 5), ainsi que d'aider les prestataires à élaborer des réponses (cf. Chapitre 6) pour résoudre des problèmes de disponibilité et de qualité des soins. L'effet recherché à terme de cette démarche ascendante étant une meilleure autonomie du personnel des formations sanitaire SONU, une meilleure qualité de l'organisation des services et une meilleure qualité de soins basée sur l'utilisation des données au niveau local.

Les équipes d'appui région/district devraient elles-mêmes être soutenues par une équipe d'appui nationale également chargée d'impulser et de suivre l'ensemble du processus. Composée de cadres de la santé de la direction en charge de la santé maternelle, de cadres du SIS, de conseillers des partenaires techniques et financiers et des organisations professionnelles (obstétriciens et sages-femmes), l'équipe d'appui nationale a pour rôle de favoriser le bon fonctionnement des équipes d'appuis région/district, avec au besoin un appui technique, et aider à organiser des ateliers régionaux en santé maternelle et néonatale dans lesquels les résultats consolidés des collectes devraient être discutés.

En complément à ces équipes d'appui technique, le développement du réseau des maternités SONU a besoin, au sein du système de santé, d'un soutien actif au niveau politique (par exemple des ministres, premières dames, chefs d'agence, directeurs régionaux de la santé) et administratif (par exemple des responsables des services administratifs, des ressources humaines et financières, de la logistique, les directeurs des formations sanitaires). Le rôle des équipes techniques est d'alimenter ces décideurs en information sur la disponibilité et la qualité des SONU et de les solliciter pour lever des obstacles.

La mise en œuvre dans plusieurs pays de cette collecte proactive et régulière de données, soutenue par des groupes d'appui, montre qu'elle permet d'obtenir des informations complètes (excellent taux de complétude) et rapide dans toutes les formations sanitaires du réseau, ainsi qu'une amélioration à court terme de la tenue des registres.

2.2. Outil national de collecte - fiche de monitoring

Comme mentionné précédemment, la fiche de monitoring (Fiche technique n° 4) est un outil national, élaboré par les cadres du ministère de la santé et ses partenaires (à l'occasion de l'atelier national évoqué dans le chapitre 2). L'information collectée par cet outil doit être contenue dans une seule page. L'outil doit être validé par la haute direction du ministère. Il est utilisé de manière proactive par l'équipe d'appui région/district au sein de la formation sanitaire. Cette démarche contribue au renforcement du ministère dans son rôle de régulateur et de coordinateur du développement du réseau des maternités SONU comme cela a été vu au Togo ou à Madagascar.

3. Approche de mise en œuvre de la phase de collecte (détaillée dans le chapitre 8)

Sur décision de la direction en charge de la santé maternelle et en concertation avec les directeurs régionaux, l'organisation de la collecte de données au niveau sous-national devrait être confiée aux équipes d'appui région/district. Celles-ci devraient construire le calendrier de collecte en concertation avec les formations sanitaires concernées. Les propositions de calendriers et les plans de visite des maternités SONU devraient ensuite être transmis au niveau central du ministère et à l'équipe d'appui nationale. Le rôle de ce niveau central est de financer et de coordonner la mise en œuvre de l'ensemble du processus de collecte : du suivi de la mise en œuvre de la collecte des données (respect du calendrier, mise à disposition des budgets) à, si besoin, un appui technique dans la mise en œuvre de la collecte.

Pour les premiers monitorings, afin de "rôder" l'activité, il est conseillé de réaliser une collecte avec une fréquence trimestrielle. Cette fréquence permet un meilleur encadrement de l'équipe de la maternité et améliore plus rapidement la qualité des données ainsi collectées. Après cette phase de rodage, la plupart des pays adoptent un rythme de collecte semestriel où les données des deux trimestres précédents sont collectées ensemble. Cependant, quelle que soit la fréquence de la collecte, une fiche de monitoring doit être remplie pour chaque trimestre. La périodicité de la collecte est une décision nationale prise en concertation avec les directions régionales.

Le niveau central a aussi pour mission de vérifier la qualité des données transmises par les régions avec une attention particulière pour les maternités de référence qui passent de non-fonctionnelles à fonctionnelles. Cette vérification est en premier lieu réalisée à partir des fiches de monitoring mais aussi avec des visites ponctuelles de terrain.

Une fois la qualité des données vérifiée, le niveau central a pour rôle de consolider les données au niveau national afin de les analyser (cf. Chapitre 5) et de prendre les mesures corrigeant les problèmes identifiés comme étant du ressort national (cf. Chapitre 6).

A la fin de la collecte de données dans une formation sanitaire SONU, on doit disposer d'une fiche de monitoring complètement remplie. Lorsque la phase réponse se met en place, il s'ajoute à cette fiche un second document : une fiche d'identification des principaux problèmes et les mesures correctives proposées (cf. Chapitre 6).

4. Les défis

Un des principaux défis auxquels font face de nombreux pays à forte mortalité maternelle est la multiplicité des mécanismes de collecte de données, souvent en parallèle au système national d'information sanitaire. Il est donc nécessaire de s'assurer que les indicateurs du programme de santé maternelle et néonatale collectés dans la fiche de monitoring sont bien intégrés dans le système d'information sanitaire national et, si applicable au pays, dans le DHIS2. Ce processus peut être discuté de manière constructive et ouverte lors des ateliers régionaux et nationaux en santé maternelle et néonatale.

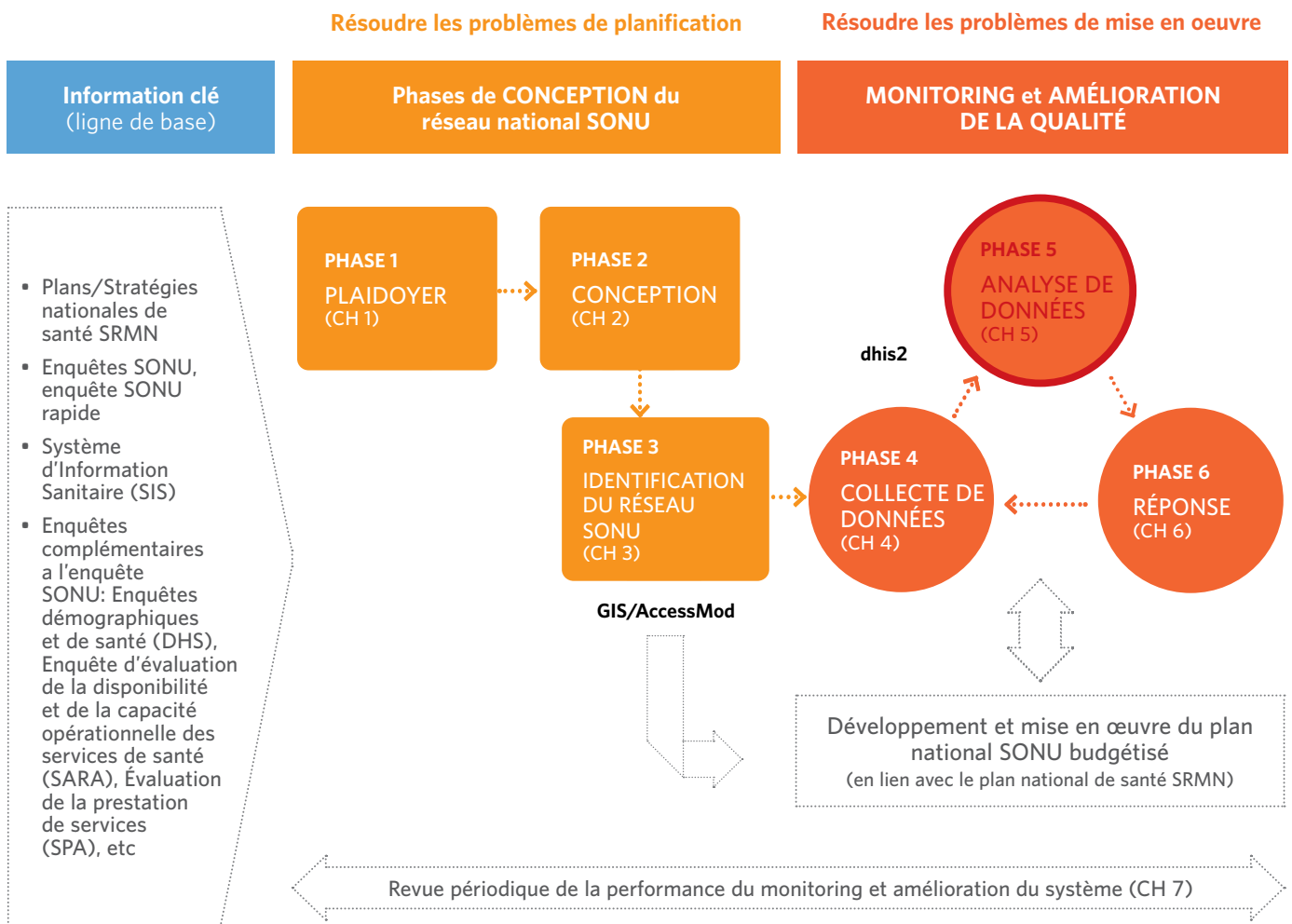
De plus, une collecte régulière de données s'avère souvent difficile à maintenir sur une longue durée. Pour soutenir ce processus sur le long terme et renforcer l'appropriation du monitoring par le personnel des formations sanitaires, il est indispensable que des délégués des prestataires de service des maternités du réseau participent à des ateliers d'analyse (cf. Chapitre 5). De plus, le ministère doit ensuite rapidement organiser la phase de réponse (cf. Chapitre 6) afin d'amorcer les boucles d'amélioration de qualité dans les formations sanitaires et de donner un objectif concret à la collecte et l'analyse régulière de données.

Enfin, le niveau central du ministère et les directions régionales doivent veiller à maintenir un bon niveau technique au sein des équipes d'appui région/district et limiter la rotation du personnel pour ne pas perdre l'expérience acquise dans ces équipes (voir Fiche technique n° 6).

CHAPITRE 5

Analyse des données

FIGURE 15 : PHASE 5 - ANALYSE



1. Objectifs de l'analyse

Les systèmes d'information sanitaire dans les pays à mortalité maternelle élevée n'ont souvent pas de données récentes et de qualité pour soutenir le programme de santé maternelle et néonatale. En déchargeant les personnels des programmes de la collecte et de l'analyse des données pour la confier à des spécialistes en données, de nombreux pays ont

rendu leur gestion de plus en plus administrative et de moins en moins utile au programme. Le processus décrit ci-dessous vise à responsabiliser le personnel du programme de santé maternelle et néonatale pour qu'il s'approprie et analyse les données de routine.

Pour être soutenable et pour impliquer les prestataires de services, ses premiers bénéficiaires, l'analyse des données doit demeurer simple. Pour cette raison, comme souligné dans le chapitre précédent, le nombre de données à analyser doit rester limité (une seule page de données collectées).

Par ailleurs, l'analyse des données par les prestataires de services et les gestionnaires du programme de santé maternelle et néonatale ne doit pas devenir un rapport statistique d'activité à transmettre au niveau supérieur. Elle doit surtout permettre aux équipes locales d'identifier les obstacles à l'offre de service de santé maternelle et néonatale de qualité, en particulier dans les formations sanitaires SONU, et y apporter des solutions.

Pour les maternités, l'approche proposée n'a donc pas pour objectif de faire des analyses statistiques poussées à partir d'une longue liste de données mais de permettre aux acteurs du niveau opérationnel de s'approprier des outils de base, de les utiliser pour analyser les données et de réfléchir et mettre en œuvre des solutions à leurs problèmes.

Les données à analyser, les modalités, les rythmes, et les résultats attendus de l'analyse de données sont différents à chaque niveau du système de santé. Cependant, les niveaux régionaux et nationaux devraient également utiliser des outils simples, le temps d'analyse à chaque niveau devant rester court pour que le système d'information sanitaire en place demeure réactif. Les principaux outils d'analyse des données devraient être définis lors d'un atelier national avec la participation des représentants des régions/districts et des équipes d'appui. L'analyse des données sera facilitée par l'implication d'experts en données et par la mise en place d'équipes d'appui pour faciliter la participation des prestataires de services.

2. Principes et approche de mise en œuvre de la phase d'analyse (détaillée dans le chapitre 8)

L'analyse des données devrait se faire au niveau de la formation sanitaire puis au niveau régional/district et enfin au niveau national. L'analyse doit se baser sur la fiche de collecte - conforme au modèle national - qui doit donc être disponible à tous les niveaux en version papier et/ou électronique (par exemple intégrée au DHIS2).

2.1 Au niveau de la formation sanitaire

L'analyse des données devrait se faire par l'équipe cadre de la formation sanitaire à l'issue de la séance de collecte des données, avec le soutien de l'équipe d'appui régional/district.

L'équipe cadre devrait regrouper tous les responsables de la formation sanitaire et le personnel qualifié de la maternité.

La présence ou l'absence des fonctions signalétiques, la prise en charge des complications et la façon dont se déroulent les références, et les problèmes de personnel devraient être systématiquement analysés, de même que d'autres éléments clés de la fiche de monitoring comme la disponibilité des médicaments traceurs, et de l'équipement minimum pour l'offre de SONU. Le groupe en charge de l'analyse fera une comparaison avec la situation précédente pour analyser les progrès ou les reculs.

Au terme de la séance de travail animée par l'équipe d'appui, le personnel de la formation sanitaire devrait proposer des solutions pour corriger un nombre limité (1 à 3) de problèmes identifiés à partir de l'analyse (cf. Chapitre 6).

2.2 Au niveau région/district

Au niveau régional/district, l'analyse des données consiste en trois étapes clés:

- **Une première étape consiste en la consolidation et le contrôle qualité des données:**

L'équipe d'appui régional/district devrait consolider et vérifier la complétude de l'ensemble des fiches de collecte au niveau régional et saisir ces données dans un logiciel, si possible en ligne. Ce travail devrait s'effectuer en collaboration avec des statisticiens.

- **Une seconde étape consiste à développer les indicateurs et tableaux de bord:**

Une fois les données des fiches de monitoring validées, l'équipe d'appui régional/district devrait développer les indicateurs et tableaux de bord convenus au niveau de la région.

Pour chaque formation sanitaire du réseau, les données les plus importantes pour le niveau régional devraient être affichées dans un tableau de bord et analysées (cf. Fiche technique n° 5). L'ensemble de ce travail peut être facilité par l'équipe nationale en soutien à l'équipe régionale/district et à la direction régionale du ministère.

- **Une troisième étape consiste à organiser l'atelier régional en santé maternelle et néonatale (chaque semestre):**

à ce stade de développement du processus, il est important d'organiser un atelier régional sur un rythme annuel ou semestriel dans lequel les responsables du réseau de formation sanitaire SONU, les cadres des régions, les ONG et les représentants de la société civile discutent des progrès et des résultats sur la base des données et des indicateurs collectés. Cet atelier doit être renforcé et enrichi ultérieurement avec la mise en œuvre de la phase « réponse » (cf. Chapitre 6).

2.3 Au niveau national:

Au niveau national, l'analyse des données consiste également en trois étapes clés:

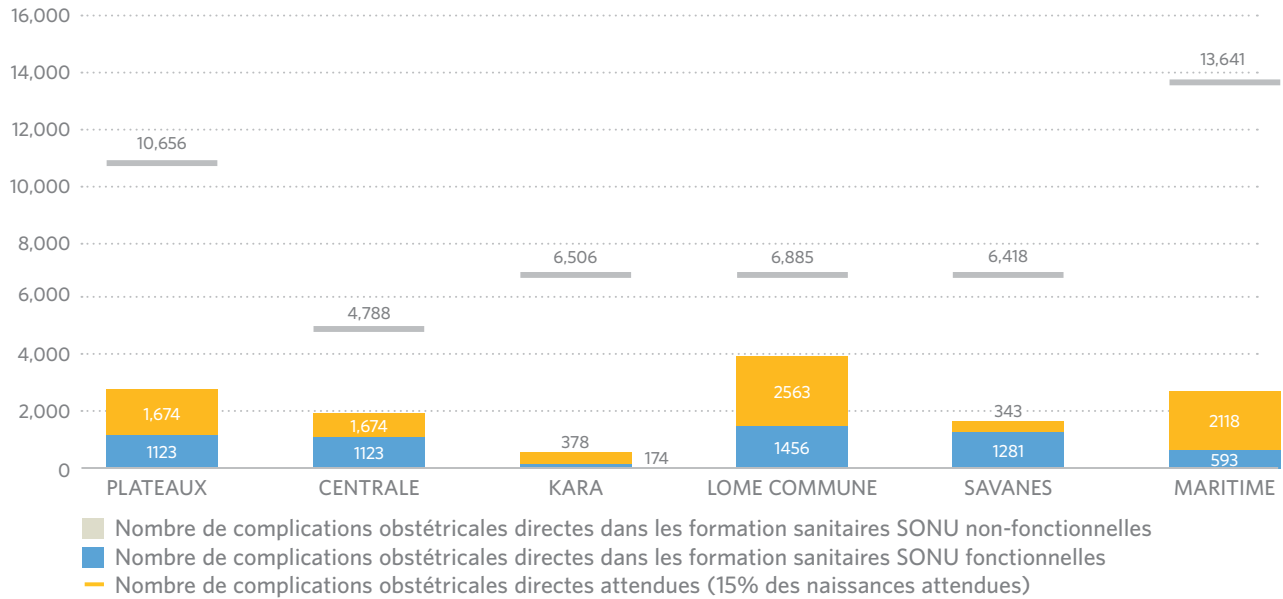
- **Une première étape consiste à réceptionner la version électronique des fiches de collecte** en provenance des régions ainsi que leur base de données consolidées et leurs indicateurs régionaux. Comme pour les niveaux décentralisés, la première opération réalisée par l'équipe d'appui nationale est la consolidation et le contrôle de données des fiches de monitoring.
- **Une seconde étape consiste à analyser les données régionales pour obtenir les indicateurs et tableaux de bord nationaux** du programme de santé maternelle et néonatale dans les formations sanitaires SONU, désagrégées par région afin d'en permettre la comparaison. Ces indicateurs devraient être analysés à la suite de chaque monitoring ainsi qu'en fin d'année. Un outil d'analyse développé par l'UNFPA peut être utilisés par l'équipe d'appui national (cf. Chapitre 6).

Certains indicateurs peuvent varier d'un pays à l'autre, en fonction des priorités programmatiques. D'autres indicateurs et tableaux de bord sont plus standards comme le besoin en soins obstétricaux d'urgence satisfait (cf. Figure 16), régulièrement suivi au Togo depuis 2015, qui permet de visualiser par région la prise en charge des complications obstétricales dans les maternités SONU fonctionnelles et non fonctionnelles du réseau, par rapport aux complications attendues.

- **Enfin, chaque année, un atelier national en santé maternelle et néonatale devrait être organisé** afin d'analyser les progrès réalisés dans les régions et de prendre les décisions permettant d'améliorer le fonctionnement du programme de santé maternelle et néonatale, en particulier la disponibilité et la qualité des SONU. Il vient compléter le traitement des problèmes identifiés par les équipes au niveau des formations sanitaires et des régions/districts. Cet atelier national devrait également s'ouvrir aux autres composantes du programme de santé maternelle et néonatale, en particulier à la Surveillance des Décès Maternels, Périnataux, et de la Riposte (SDMPPR). Cette démarche est présentée dans le chapitre suivant (cf. Chapitre 6).

FIGURE 16 : BESOIN EN SOU SATISFAITS - TOGO 2016

**Nombre de cas de complications obstétricales directes -
réseau national SONU par région - Togo Q1-Q4 (2016)**



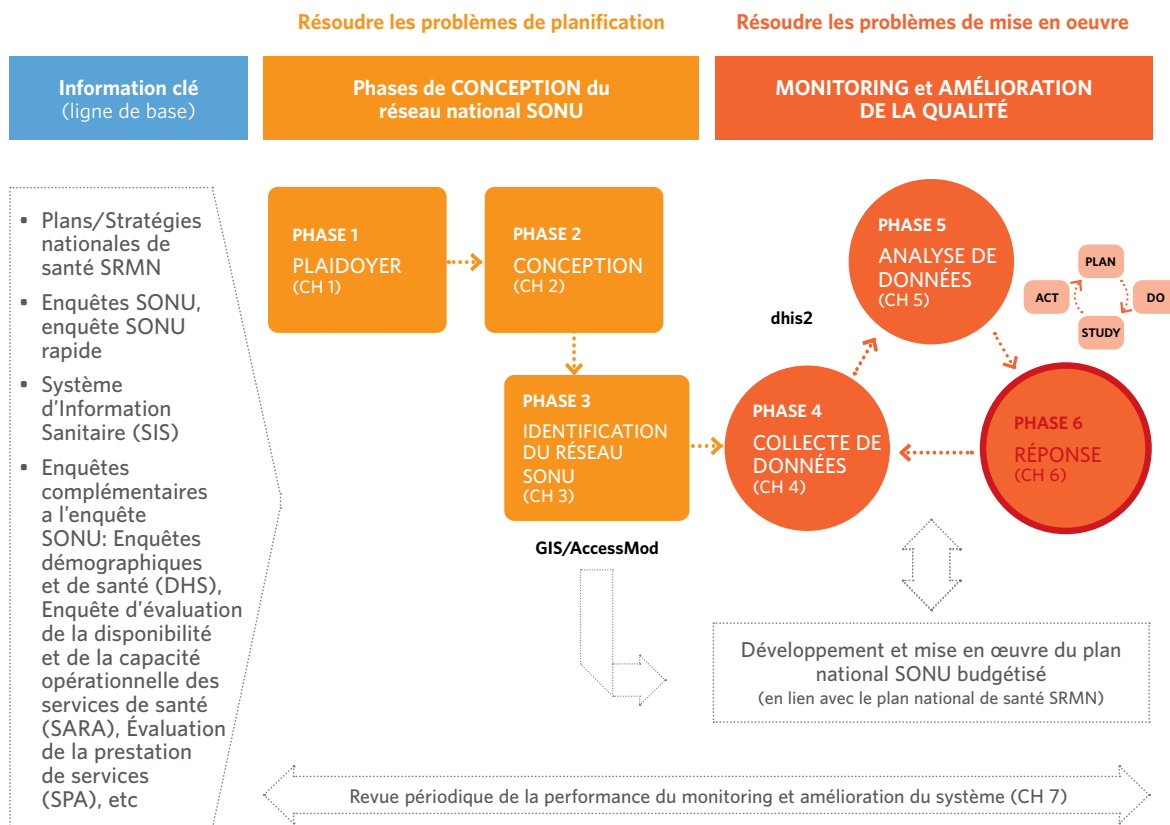
3. Les défis

L'analyse des données au niveau des formations sanitaires et des régions/districts peut requérir un changement de paradigme significatif dans les pays dont le système de santé est centralisé avec peu d'autonomie au niveau sous national. Ce changement peut nécessiter des efforts importants de plaidoyers à tous les niveaux du système de santé pour clarifier les gains, illustré par ce manuel, liés à l'autonomisation et l'appropriation des données et des décisions d'amélioration de la qualité des soins au niveaux sous national (approche « ascendante »). Par ailleurs, la vérification de la qualité des données à tous les niveaux du système de santé peut requérir une formation spécifique.

CHAPITRE 6

Réponse et cycle d'amélioration de la qualité

FIGURE 17 : PHASE 6 - RÉPONSE ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ



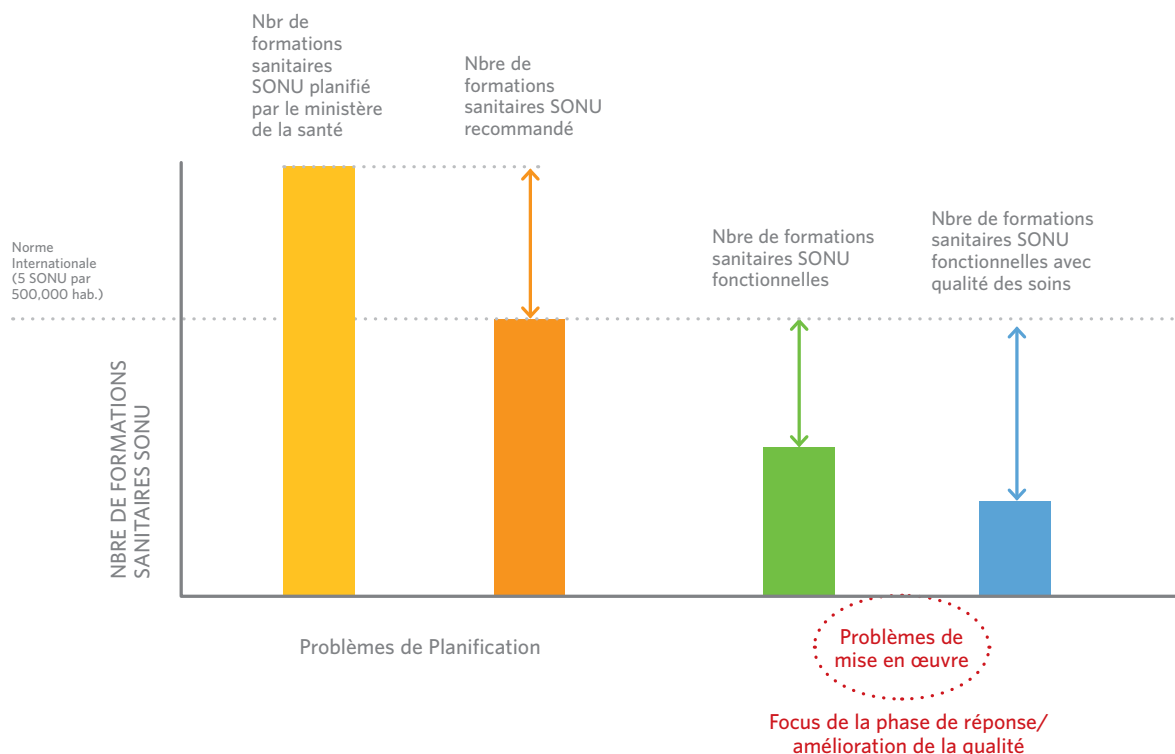
1. Objectifs

La phase de réponse a pour objectif d'identifier et de mettre en œuvre à tous les niveaux du système de santé (formations sanitaires, districts, régions et niveau national) des solutions réalistes aux « problèmes de mise en œuvre » pour améliorer la disponibilité et de qualité des soins de santé maternelle et néonatale, en particulier les SONU.

Ces solutions doivent permettre à terme d'augmenter le nombre de formations sanitaires de référence SONU effectivement fonctionnelles et en mesure d'offrir des services de qualité.

En un ou deux cycles programmatiques, elles doivent aider les pays à améliorer la part de la population ayant accès à des maternités SONU fonctionnelles. C'est à ce stade du processus que l'étape de priorisation initiale du réseau prend tout son sens. Plus encore que pour la phase d'analyse des données, l'identification des problèmes prioritaires, la formulation et la mise en œuvre de réponses nécessitent une mobilisation suffisante de ressources dans les plans opérationnels pour appuyer les équipes des formations sanitaires. Cet appui doit soutenir des cercles vertueux d'amélioration de l'organisation des services et de la qualité des soins pour augmenter le nombre de formations sanitaires SONU fonctionnelles offrant des soins de qualité (colonne bleu dans la Figure 18).

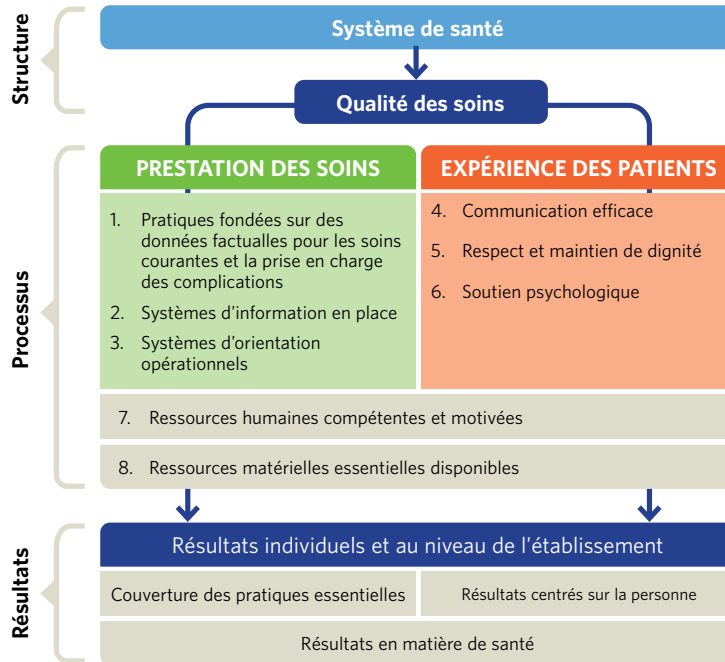
FIGURE 18 : SITUATION DES SONU DANS LES PAYS À HAUTE MORTALITÉ MATERNELLE ET NÉONATALE



Source: Adapté d'un schéma (non-publié) développé en 2016 par Lynn Freedman (AMDD, Columbia University) and Patricia Bailey (FHI360) sur base d'enquêtes SONU dans 15 pays à haute mortalité maternelle..

Les interventions pour améliorer la qualité des soins dans les formations sanitaires SONU désignées devrait renforcer à la fois la prestation des soins et l'expérience des patients, en ligne avec le cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux (cf. Figure 19).

FIGURE 19 : CADRE DE RÉFÉRENCE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) POUR LA QUALITÉ DES SOINS MATERNELS ET NÉONATALS

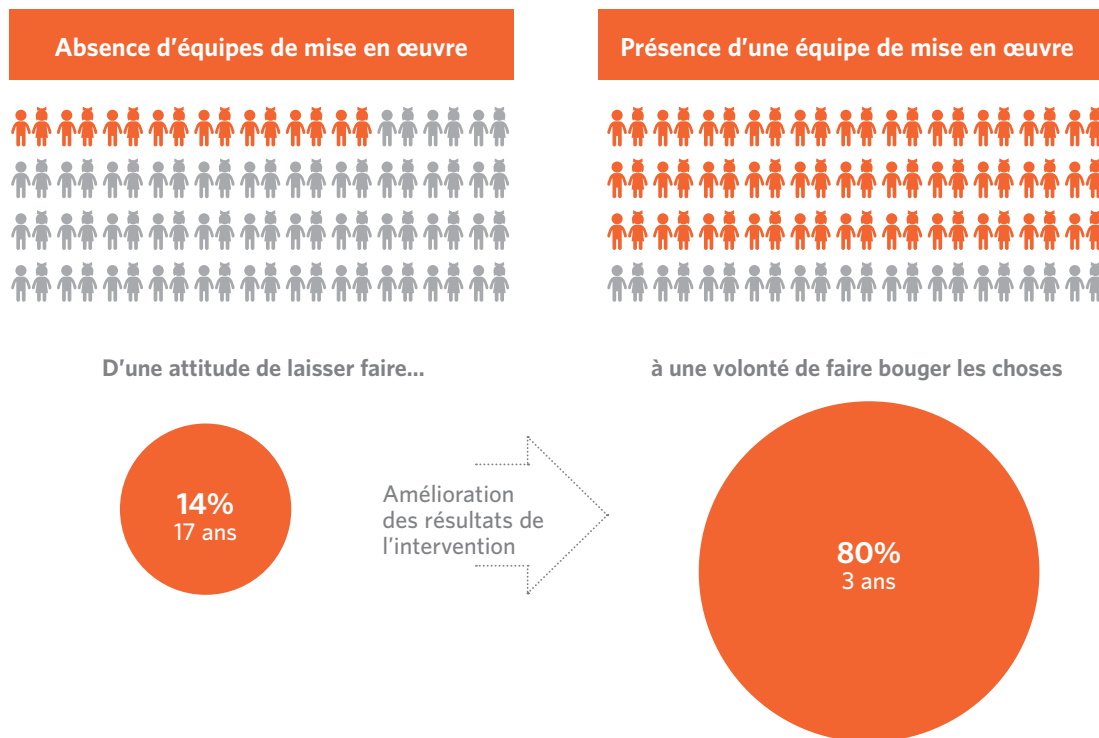


Source: World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. WHO. 2016

La réponse s'élabore aux différents niveaux du système de santé, en commençant par le personnel des formations sanitaires du réseau des maternités SONU. Elle s'appuie sur le principe fondamental selon lequel le succès du développement des services de santé repose sur le personnel des formations sanitaires et leur capacité à innover et à devenir des agents de changement pour l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des soins (approche ascendante dite « bottom-up »). Comme mentionné précédemment, ce personnel devrait être soutenu par des équipes d'appui aux niveaux régional/district avec pour rôle de faciliter et d'accompagner le processus d'élaboration et de mise en œuvre des réponses dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des SONU. Ces équipes d'appui régionales/district devraient elles-mêmes être soutenues par une équipe d'appui au niveau national. Comme décrit plus en détail dans la section dédiée aux concepts de la « science de la mise en œuvre » (cf. Fiche technique n° 6), l'expérience montre qu'une « équipe d'appui à la mise en œuvre » est déterminante pour assurer le succès de la mise en œuvre d'une approche innovante ou l'introduction de changements dans un système. Cette équipe permet une appropriation plus efficace et dans des délais plus rapides d'une innovation.

Par exemple, Fixsen et al.³² estime que la présence d'une équipe fonctionnelle de soutien à la mise en œuvre permet une mise en œuvre d'interventions innovantes à 60-80% de leur couverture attendue en trois ans comparé à une couverture de 5-15% de mise en œuvre après 17 ans en l'absence d'équipe de soutien à la mise en œuvre (cf. Figure 20).

FIGURE 20 : L'EFFICACITÉ COMPARÉE D'UNE ÉQUIPE D'APPUI POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE INNOVATION



Source : Fixsen, Blase, Timers, & Wolf, 2001; Balas & Boren, 2000; Green & Seifert, 2005

Comme indiqué au Chapitre 5, l'équipe d'appui devrait être composée d'au moins trois personnes avec une diversité de profils et d'expérience professionnelle (y compris de l'expertise en matière de programmes, connaissent les principes de la mise en œuvre, les cycles d'amélioration, et les méthodes de changements organisationnels) et pour assurer une pérennité du soutien aux formations sanitaires en gérant les mouvements éventuels de personnel au sein de l'équipe d'appui. Ce travail d'appui qualitatif sera d'autant plus aisé qu'en parallèle, les protocoles de soins sont définis et utilisés comme référence. Il est aussi facilité par la définition d'un référentiel national pour les SONUB et du SONUC au sein du système de santé (décrivant leurs missions, moyens, infrastructure, mode d'organisation, mode d'établissement des rapports – cf. Fiche technique n° 1).

Ce soutien à la mise en œuvre devrait compléter d'autres soutiens plus techniques pour améliorer les compétences cliniques, en gestion et la capacité à innover et à s'améliorer de l'équipe de la formation sanitaire, tel que la supervision formative et le mentorat sur site déjà présents dans de nombreux pays. (cf. Fiche technique n° 7).

2. Principes et approche de mise en œuvre de la phase de réponse (détaillée dans le chapitre 8)

1.1. Approche méthodologique pour l'élaboration et la mise en œuvre de la réponse - cycle « PDSA » (PLAN - Planifier, DO - Réaliser, STUDY - Analyser, ACT - Agir)

Pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de réponses, il est suggéré d'adopter le cycle PDSA¹⁶ qui est une démarche d'amélioration continue et de résolution de problèmes symbolisée par la roue de Deming (cf. Figure 21). Cette approche méthodologique est fondée sur la mise en place d'une culture de l'innovation basée sur le « droit à l'erreur » et permet de tester des réponses pour l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des SONU.

FIGURE 21: CYCLE PDSA - « ROUE DE DEMING »



Le cycle PDSA comporte quatre étapes, chacune entraînant l'autre.

- La première étape, « PLAN », consiste à planifier les actions à réaliser. Elle se déroule généralement en trois temps lors de chaque période de mise en œuvre du monitoring (par exemple chaque semestre):
 1. Identifier et formuler des problèmes (1 à 3 maximum) qui semblent pouvoir être résolus (par exemple à l'aide de questions clés : qui est impacté ?, par quoi ?, dans quel(s) service(s), à quel(s) moment(s), dans quelle(s) condition(s), avec quel(s) impact(s) ?, pour quelle(s) raison(s)?)
 2. Rechercher les causes de chaque problème identifié (par exemple à l'aide d'un diagramme de Pareto, d'un diagramme d'Ishikawa ou de la méthode des « cinq pourquoi » - Fiche technique n° 6).
 3. Identifier et formuler des réponses aux problèmes identifiés. Ces réponses devront s'efforcer d'être « SMART », c'est-à-dire : (i) cibler spécifiquement un

manquement/problème identifié (Spécifique), (ii) avoir des résultats mesurables (Mesurable), (iii) être directement liées à l'action de l'individu ou de l'équipe en charge de la réponse (Attribuable), (iv) être faisable au vu des ressources disponibles (Réalizable), (v) être inscrites dans le temps, avec une date de fin et éventuellement des livrables intermédiaires (Temporellement définie). L'identification et la formulation de réponses devraient se baser sur l'analyse des données, sur un ou plusieurs modèles conceptuels de référence (par exemple les normes nationales SONU) et sur les leçons apprises d'expériences passées, liées notamment aux facteurs de succès et d'échecs de la mise en œuvre d'actions dans le contexte spécifique de la formation sanitaire ou de la région/district.

- La seconde étape, « DO » (Réaliser), consiste à mettre en œuvre les réponses identifiées.
- Elle est suivie de l'étape « STUDY » (Analyser) qui consiste à analyser les progrès de la mise en œuvre des réponses, les résultats observés, et la pertinence et faisabilité des réponses visant à résoudre les problèmes identifiés. Des indicateurs de performance peuvent être utilisés pour analyser l'efficacité des actions menées et des ajustements devraient être réalisés (si nécessaire en revenant à l'étape « PLAN ») lorsque des actions se révèlent inefficaces, non réalistes ou ne correspondant pas aux résultats attendus.
- Enfin, la dernière étape, « ACT », permet de finaliser la démarche afin d'assurer la pérennité des actions mises en œuvre. Il s'agit alors d'institutionnaliser ces actions, notamment en élaborant ou mettant à jour des procédures, processus, ou guides de bonnes pratiques.

2.2. Rôle des différents niveaux du système de santé dans la phase de réponse

Au niveau de la formation sanitaire :

L'élaboration de la réponse devrait être réalisée en premier lieu par l'équipe de la maternité, à laquelle peuvent contribuer les autres cadres de la formation sanitaire en fonction des problèmes identifiés (1 à 3). Priorité devrait être donnée aux solutions locales à un problème donné, en général lié à des dysfonctionnements d'ordre organisationnel. Lors de l'élaboration de la réponse au niveau de la formation sanitaire, l'équipe d'appui régional/ district a pour rôle de faciliter la revue, avec le personnel, des progrès de mise en œuvre des actions définies lors du cycle de monitoring précédent ainsi que la réflexion sur la pertinence, la faisabilité et les résultats attendus des solutions proposées par l'équipe de la formation sanitaire. Elle a également pour rôle de partager avec l'équipe de la formation sanitaire les nouvelles évidences et les innovations en santé maternelle et néonatale ainsi que les expériences (bonnes et mauvaises) de réponses mises en place dans d'autres formations sanitaires.

L'équipe régionale/de district devrait également discuter avec l'équipe de la formation sanitaire des réponses qui pourraient être du ressort du niveau régional/de district.

Au niveau régional / de district :

L'équipe d'appui régional/de district a pour mission de consolider et d'analyser les réponses proposées par les formations sanitaires et d'aider à leur mise en œuvre. Elle devrait par exemple favoriser la mobilisation d'appuis techniques/financiers auprès du ministère de la santé (aux niveaux national/régional) et/ou de partenaires techniques et financiers impliqués dans la région. Bien que comprenant des cadres du ministère de la santé, l'équipe d'appui doit absolument travailler dans une relation de confiance avec le personnel des maternités en mettant en avant le partage d'expérience plutôt que les liens hiérarchiques.

L'équipe d'appui devrait également consolider et documenter les expériences (bonnes et mauvaises), les évidences et innovations en santé maternelle et néonatale et faciliter leur dissémination aux formations sanitaires. Enfin, elle devrait identifier à son tour des solutions à un nombre limité (1 à 3) de problèmes en termes de disponibilité et de qualité des SONU mis en évidence par l'analyse des données régionales. La réponse au niveau régionale a pour objectif de soutenir au maximum les réponses proposées au niveau des formations sanitaires. Ces réponses peuvent être discutées à l'occasion d'ateliers régionaux en santé maternelle et néonatale organisés chaque semestre.

Au niveau national :

L'équipe d'appui national a pour mission de consolider et d'analyser les réponses proposées par les régions, les expériences (bonnes et mauvaises), les évidences et innovations en santé maternelle et néonatale et de faciliter leur diffusion dans les régions. Elle devrait également organiser un atelier national annuel en santé maternelle et néonatale pour débattre des progrès du réseau et développer un rapport annuel de mise en œuvre des SONU. Enfin, l'équipe d'appui nationale devrait à son tour identifier les problèmes récurrents (1 à 3) à travers les régions et ceux qui requièrent une attention nationale, avec éventuellement des implications pour les politiques, stratégies et protocoles nationaux en santé maternelle et néonatale. Les plans et les résultats des initiatives nationales pour l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des soins devraient être discutés lors de l'atelier national annuel.

Les ateliers régionaux et nationaux devraient également être l'occasion de distinguer les équipes performantes du réseau, les champions et créer de ce fait l'émulation entre formations sanitaires et entre régions/districts.

ETUDE DE CAS

AMÉLIORER LA DISPONIBILITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS DANS LE RÉSEAU NATIONAL SONU AU TOGO

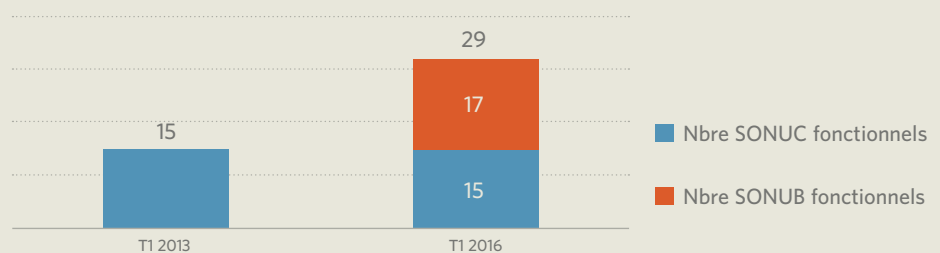
Depuis 2012, la République Togolaise a mis en œuvre des interventions pour améliorer la disponibilité et la qualité des SONU. Suite aux résultats et aux recommandations de l'enquête nationale SONU de 2012, le Ministère de la Santé a décidé de revoir sa stratégie en santé maternelle et de mettre en place un réseau national de maternités de référence SONU afin d'y déployer des ressources suffisantes (sages-femmes, médicaments essentiels, etc) pour y assurer des soins de qualité disponibles 24h/7j.

En 2013, avec le soutien technique et financier de l'UNFPA, le Ministère de la santé a priorisé un nombre restreint de formations sanitaires SONU sur base de la norme internationale de 5 SONU pour 500,000 habitants et des données disponibles sur les formations sanitaires. 109 formations sanitaires ont été désignées (71 SONUB et 38 SONUC). En 2014, le Togo a initié le monitoring trimestriel d'indicateurs clés en santé reproductive, maternelle, et néonatale et, sur base de ces données, a renforcé les compétences du personnel des formations sanitaires SONU et a amélioré la disponibilité d'équipements et intrants pour améliorer la gestion de la pré-éclampsie ou de l'éclampsie, du travail prolongé ou dystocie d'obstacle, de la réanimation néonatale de base, et la planification familiale du post-partum immédiat.

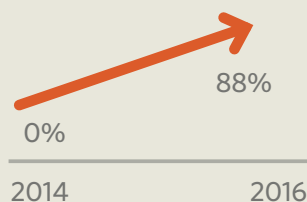
En 2015, le Togo est devenu le premier pays d'Afrique sub-saharienne à définir la mission, les rôles, et le modèle opérationnel d'une maternité SONUB au sein du système de santé national. Ce standard SONUB a pour objectif de servir de référence aux professionnels de santé, aux acteurs nationaux et régionaux/districts, et aux partenaires pour soutenir l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des SONU.

Finalement, en 2019, le Ministère de la santé a décidé de réduire d'avantage le nombre de formations sanitaires SONU afin de renforcer les efforts et ressources pour améliorer la qualité des soins dans le réseau SONU. Ce réseau national SONU est passé de 109 SONU désignés à 67 SONU désignés tout en conservant une couverture de la population endéans 1 heure de trajet à 81%.

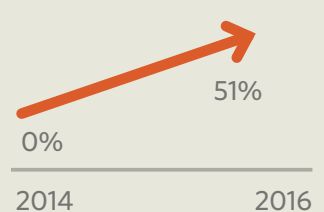
Nombre de formations sanitaires SONU fonctionnels (24h/7j) entre 2013 et 2016 (parmi les 109 SONU désignés)



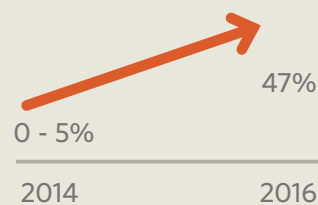
Proportion de formations sanitaires SONU avec du Sulfate de Magnésium



Proportion de formations sanitaire SONU avec Dispositif intra-utérin (DIU)



Proportion de formations sanitaires SONU avec la fonction ventouse réalisée



2.3. Parrainage des formations sanitaires

La phase de réponse et son approche ascendante (« bottom-up ») étant souvent innovante dans les pays à forte mortalité maternelle, sa mise en œuvre initiale peut être difficile, notamment du fait de l'absence de structures et de lignes budgétaires spécifiques pour de tels appuis. Cette approche pourrait donc être facilitée par un système de parrainage qui engage les partenaires techniques et financiers du ministère à appuyer chacune des maternités du réseau de référence SONU. Ces parrains, les partenaires du Ministère de la Santé capables d'appuyer une ou plusieurs maternités SONU en particulier ceux regroupés au sein de la plateforme H6+ nationale (UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, World Bank Group, WHO ainsi que les autres partenaires techniques et financiers importants), pourraient contribuer au fonctionnement des formations sanitaires parrainées et aux réponses proposées par les équipes sur place pour améliorer la disponibilité et la qualité des soins. Il s'agirait d'un appui technique/financier temporaire en complément des ressources nationales. Chaque parrain devrait recevoir du ministère de la santé toute l'information disponible sur les activités des maternités qu'il soutient, ses objectifs et ses résultats.

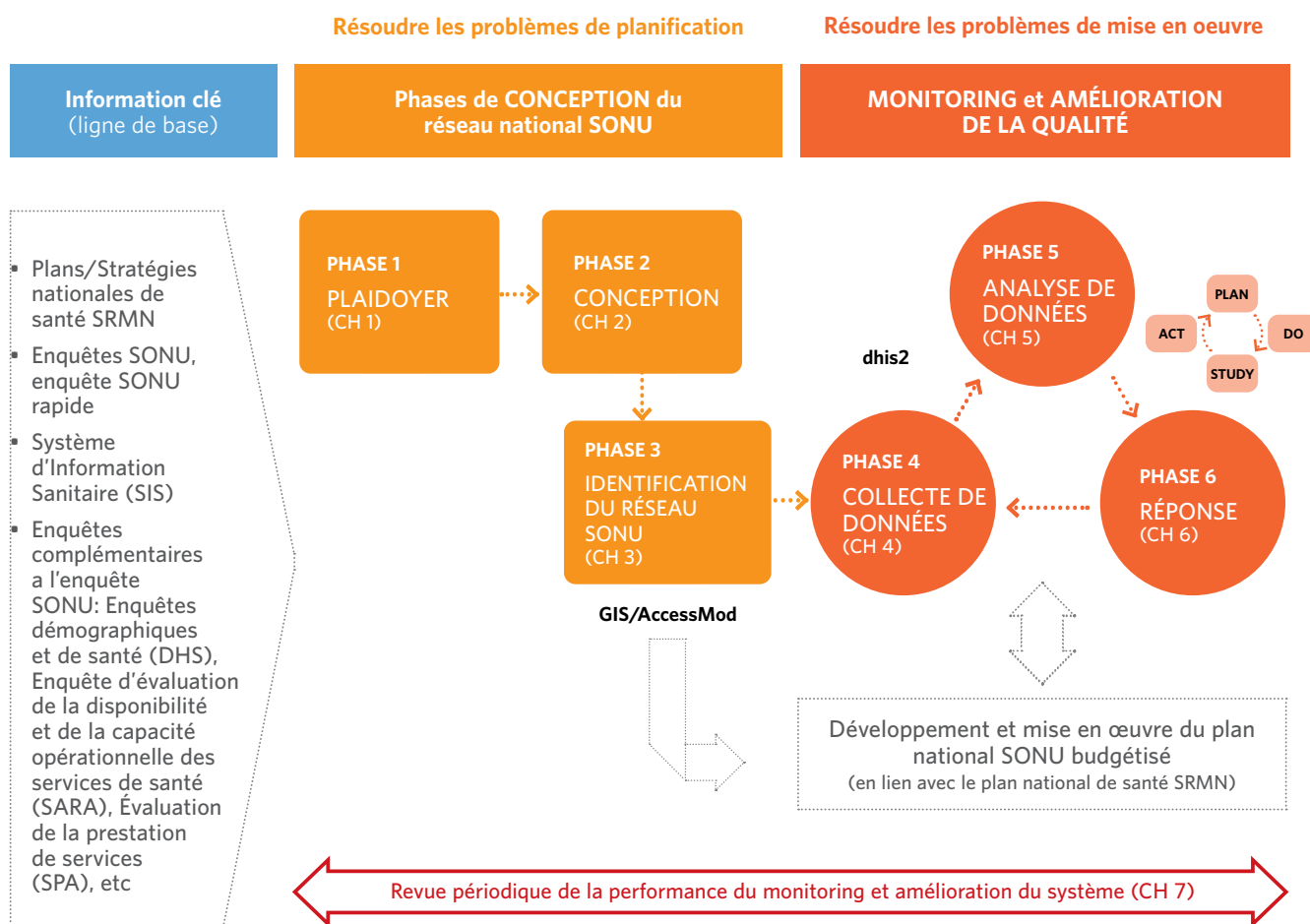
3. Les défis

Comme pour les phases précédentes, l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires requiert un changement de paradigme dans les pays, particulièrement les pays avec un système de sante centralise afin d'assurer l'autonomie nécessaire au niveau des régions/districts et des formations sanitaires pour améliorer la qualité des soins (« bottom-up approach »). L'amélioration de la qualité des soins requiert des fonds disponibles au niveau des formations sanitaires et une culture non répressive pour favoriser l'innovation.

CHAPITRE 7

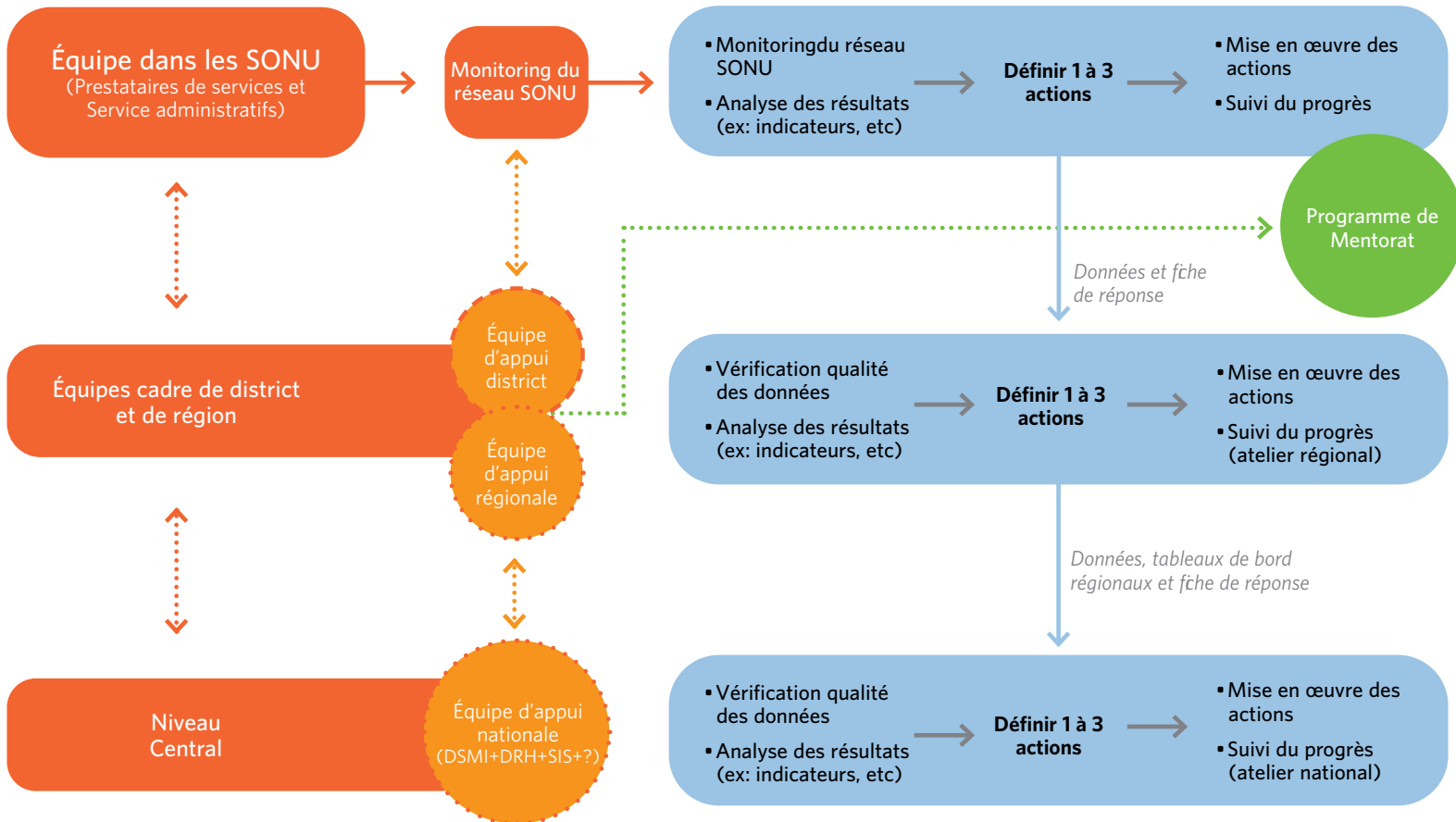
Revue périodique de la performance du développement du réseau SONU

FIGURE 22 : PHASE 7 – SUIVI DE LA PERFORMANCE DU PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT DU RÉSEAU SONU



Le processus de développement des maternités de référence devrait faire l'objet de revues périodiques afin d'améliorer son efficacité et sa durabilité au cours du temps. Ces revues devraient porter sur l'ensemble des phases du processus, et plus particulièrement sur les phases de collecte, d'analyse et de réponse, dont les principales étapes sont résumées dans la figure 23 ci-dessous.

FIGURE 23 : PROCESSUS DE SUIVI ET D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS DANS UN RÉSEAU NATIONAL DE MATERNITÉS DE RÉFÉRENCE SONU



Le suivi et évaluation du développement des maternités de référence devrait être réalisés par les équipes d'appuis nationale et régionales/de districts, éventuellement en collaboration avec des partenaires techniques. Les processus mis en place au niveau régional/provincial devraient faire l'objet d'une revue par l'équipe d'appui nationale.

Un cadre de suivi-évaluation assorti d'indicateurs de processus et de résultats devrait être défini et les indicateurs suivis de manière régulière (c.-à-d. semestrielle) par les directions régionales et la direction centrale en charge du programme de santé maternelle et néonatal. Des exemples d'indicateurs de suivi du développement des SONU sont disponibles dans le tableau 3 ci-dessous.

TABLEAU 3 : EXEMPLES D'INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT D'UN RÉSEAU NATIONAL DE MATERNITÉS DE RÉFÉRENCE SONU

INDICATEURS	CIBLES RECOMMANDÉES
1. Indicateurs généraux du processus de développement d'un réseau de maternités de référence	
1.1 Il existe une équipe d'appuis fonctionnelle au niveau :	
- National	Oui
- Régional (% régions avec une équipe d'appui fonctionnelle d'au moins 3 personnes)	100%
1.2. Des ateliers sur la santé maternelle et néonatale sont organisés au niveau :	
- National (atelier annuel)	Oui
- Régional (nombre de régions dans lesquelles sont organisés des ateliers semestriels)	100%
1.3 Il existe une cartographie SIG mise à jour du réseau SONU (géolocalisation, liens de référence, couverture de population, parrainage)	Oui
1.4 Un rapport annuel national sur le développement du réseau SONU est publié (incluant les indicateurs SONU, le nombre de sages-femmes déployées dans les SONU selon les normes nationales et la proportion des SONUB avec un lien de référence fonctionnel (vert) avec un SONUC	Oui
1.5 Il existe un référentiel national SONU (date de la dernière actualisation)	Oui (année)
1.6 Des objectifs chiffrés relatifs aux indicateurs clés du développement du réseau SONU sont formulés dans les plans d'action annuels	Oui
2. Indicateurs de collecte dans les formations sanitaires du réseau SONU (données trimestrielle et annuelle)	
2.1 Proportion de formations sanitaires appuyées par l'équipe d'appui (selon le calendrier de collecte)	100%
2.2 Proportion des formations sanitaires du réseau pour lesquelles la fiche de monitoring est remplie (données collectées)	100%
2.3 Proportion des formations sanitaires pour lesquelles la fiche de monitoring est transmise à l'équipe d'appui nationale	100%

3. Indicateurs d'analyse (données semestrielle et annuelle)	
3.1 Proportion de régions disposant des indicateurs SONU pour le dernier semestre	100%
3.2 Proportion de régions ayant organisé un atelier d'analyse des données avec les responsables des formations sanitaires du réseau SONU	100%
3.3 Proportion des formations sanitaire du réseau SONU ayant participé à un atelier régional d'analyse des données	100%
4. Indicateurs de réponse	
4.1 Proportion des formations sanitaires du réseau SONU parrainées par un partenaire technique/financier	A définir par le Ministère de la santé au niveau régional/provincial
4.2 Proportion des formations sanitaires du réseau SONU pour lesquelles des réponses sont élaborées	> 80%
4.3 Proportion des réponses définies/mises en œuvre au niveau (selon le calendrier défini) : <ul style="list-style-type: none"> - Formation sanitaire (restitution des résultats pour chaque formation sanitaire et l'écart à la moyenne régionale) - Régional/de district (restitution des résultats pour chaque région et l'écart par rapport à la moyenne nationale) - National 	> 75%

Par ailleurs, en complément des indicateurs qualitatifs et quantitatifs, des grilles d'observations peuvent être utilisées par les équipes d'appui nationale et régionales/district pour réaliser une analyse qualitative plus détaillée des processus et des résultats. Les conclusions de ces analyses (bonne pratique, manquement, faiblesses) et les indicateurs de suivis devraient être partagées lors des ateliers nationaux et régionaux.

Enfin, ces indicateurs de base pourront être complétés par des enquêtes à domicile auprès d'un échantillon de femmes ayant accouché dans les formations sanitaires du réseau considérées et/ou dans leur aire de captage. Ces enquêtes, conduites par des enquêteurs indépendants des formations sanitaires, devraient porter sur l'accès physique et financier aux soins, la qualité de l'accueil, la qualité perçue des soins et la qualité du suivi du post partum après le retour à domicile.

A l'instar du Maroc¹⁷, l'ensemble de ces éléments devrait être synthétisé dans un rapport annuel national sur le développement du réseau des maternités de référence SONU.





SECONDE PARTIE

Description des étapes et outils de mise en œuvre pour le développement du réseau national des maternités de référence SONU

CHAPITRE 8

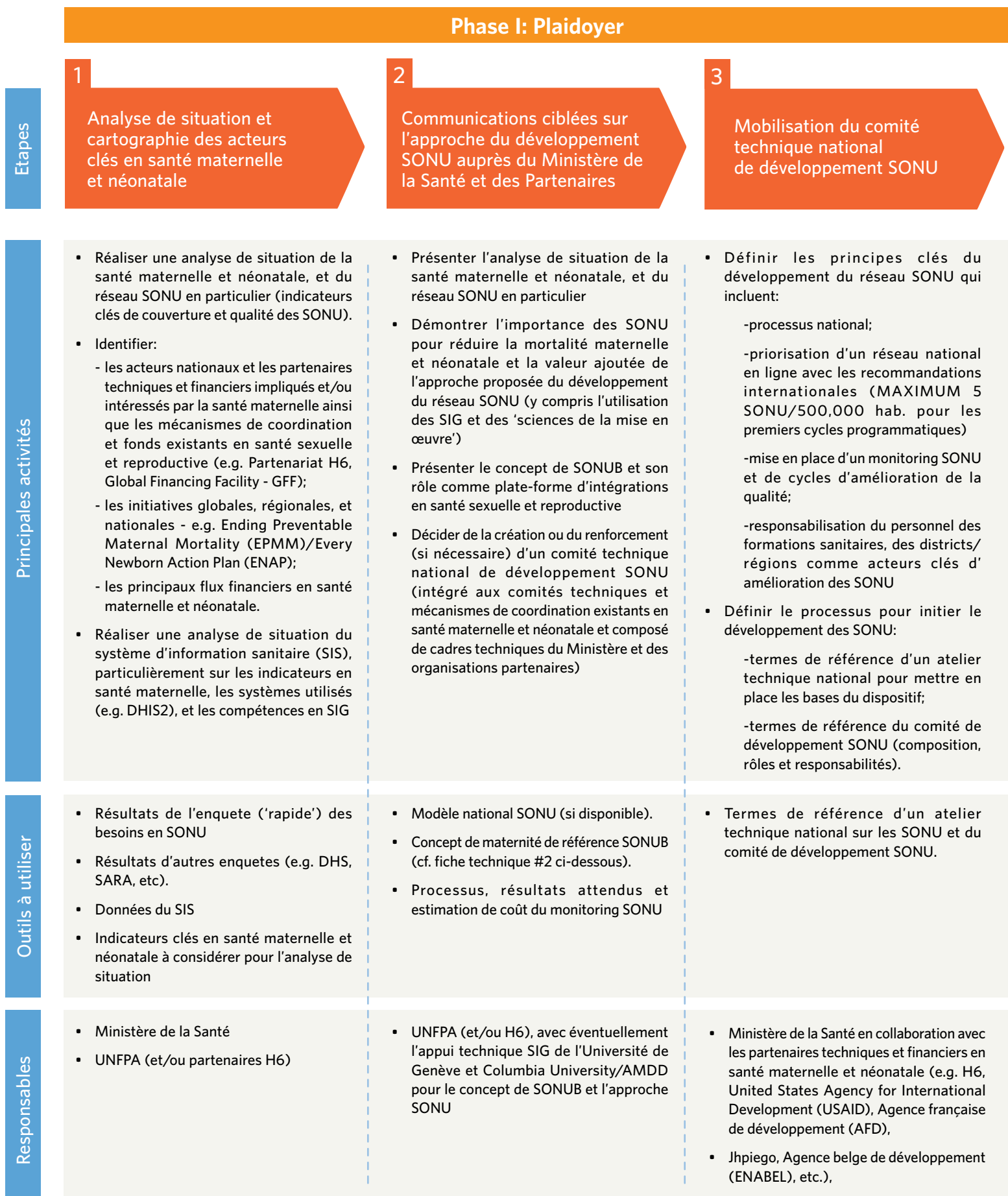
Etapas de mise en œuvre

Ce chapitre décrit le processus de développement du réseau national de formations sanitaires SONU étape par étape, en spécifiant les outils recommandés pour chaque étape et les rôles et responsabilités des différents acteurs du système de santé.

1. Etapes de mise en œuvre pour la phase de plaidoyer

Le plaidoyer pour le développement du réseau de maternités de référence consiste en trois étapes qui se déroulent typiquement sur une durée d'un mois avec un possible appui technique à distance d'experts internationaux concernant l'approche proposée dans ce guide (par exemple de la division technique de l'UNFPA, du bureau régional de l'UNFPA, de la Columbia University /AMDD, de l'Université de Genève) :

FIGURE 24 : ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE POUR LA PHASE 1 - PLAIDOYER



2. Etapes de mise en œuvre pour la phase de conception

A la suite de la phase de plaidoyer, lorsque le Ministère de la santé a pris la décision de renforcer le réseau des maternités de référence SONU, il est important d'organiser un atelier national pour impliquer les directeurs et cadres techniques des niveaux national et régional, les associations professionnelles, les ONG clés, et les cadres des partenaires techniques et financiers. Cet atelier devrait être géré par le comité technique national de développement des SONU et devrait avoir trois résultats principaux: (1) la définition du processus pour l'identification du réseau national SONU et pour la mise en œuvre du monitoring SONU et des cycles d'amélioration de qualité, (2) la fiche nationale de monitoring SONU, et (3) la formation de l'équipe d'appui nationale. Cette équipe devrait inclure des personnes issues des services en charge des statistiques et de l'information sanitaire, un spécialiste SIG ayant des compétences techniques sur « Accessmod », des cadres de la Direction des ressources humaines, de la Direction de la Santé de la Famille, des obstétriciens et des sages-femmes (représentants des associations professionnelles) ainsi qu'un enseignant de l'école nationale de formation des sages-femmes et, si possible, des responsables des organisations de la société civile.

Dans la mesure où la démarche est innovante, il est fortement conseillé de solliciter l'appui technique en personne d'experts internationaux (ex. un expert en santé sexuelle et reproductive, un expert en gestion et analyse de données, un expert en SIG/AccessMod, un expert en mise en œuvre de programme et processus d'amélioration de la qualité). Dans notre expérience, cet atelier national comprend trois étapes et se déroule sur quatre jours:

FIGURE 25 : ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE POUR LA PHASE 2 - CONCEPTION

Phase II: Conception – Atelier Technique National (4 jours)

Étapes	1	2	3
Principales activités	<p>Présentation de l'analyse de situation et de l'approche du développement SONU auprès des cadres techniques du niveau national et régional</p> <ul style="list-style-type: none"> Présenter l'analyse de situation nationale et régionale de la santé maternelle et néonatale, et du réseau SONU en particulier Démontrer l'importance des SONU pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, présenter le concept de maternité de référence SONU (particulièrement SONUB) Présenter le SIS (avec un focus sur les données SMN) et ses outils (eg. DHIS2) Présenter l'approche de développement du réseau SONU (y compris l'utilisation des SIG et des concepts des 'sciences de la mise en œuvre') et les principes clés du développement du réseau SONU (processus national, mise en place d'un monitoring SONU, responsabilisation du personnel des formations sanitaires, des districts/régions) 	<p>Elaboration de l'outil national de collecte ('fiche de monitoring')</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboration de la fiche nationale de monitoring (d'une page maximum) sur base de la fiche de collecte générique (cf. fiche technique #4). Test de la fiche nationale de monitoring dans au moins un SONUB et un SONUC – remplissage de la fiche par différentes équipes durant 3 heures. Validation de la fiche nationale de monitoring sur base des résultats du test 	<p>Définition des standards nationaux SONU, identification des critères nationaux de priorisation et planification des ateliers régionaux de priorisation</p> <ul style="list-style-type: none"> Définir le standard national de maternité de référence SONU (missions, structures des SONUC et SONUB) – possibilité de finalisation du standard national par le Ministère de la Santé après l'atelier Identification des critères nationaux de priorisation qui devraient inclure (cf. Chapitre 3 et Section 3 ci-dessous): <ul style="list-style-type: none"> Les bassins de population (aires d'influence) Le nombre d'accouchements La distance d'un SONUB par rapport à un SONUC et la qualité du lien SONUB-SONUC (cf. fiche technique #2) (optionnel) Le nombre et la qualité du personnel présent (optionnel) Le nombre de déficit en fonctions signalétiques (optionnel) La qualité du management en place dans la formation sanitaire (optionnel) L'infrastructure existante Planification des ateliers régionaux de priorisation et d'éventuelles enquêtes pour compléter l'analyse de situation (eg. enquête SONU, ou enquête 'rapide' SONU) Mise en place de l'équipe d'appui nationale pour le développement des SONU
Outils à utiliser	<ul style="list-style-type: none"> Indicateurs clés en santé maternelle et néonatale à considérer pour l'analyse de situation Concept de maternité de référence SONU (cf. fiche technique #1) Concept d'organisation d'un réseau SONU et liens de référence (cf. fiche technique #2) 	<ul style="list-style-type: none"> Fiche de collecte générique (développée par UNFPA sur base de l'expérience SONU des pays) Processus, résultats attendus et estimation de coût du monitoring SONU 	<ul style="list-style-type: none"> Base de données de l'activité obstétricale de chaque formation sanitaire et liste des SONU fonctionnels Modèle national SONU (si disponible) Concept de maternité de référence SONU (cf. fiche technique #1) Concept d'organisation d'un réseau SONU et liens de référence (cf. fiche technique #2)
Responsables	<ul style="list-style-type: none"> Ministère de la Santé pour l'analyse de situation UNFPA (et/ou partenaire H6) pour l'importance des SONU pour réduire la mortalité maternelle et néonatale Experts internationaux pour le concept de SONU et l'approche de développement du réseau SONU 	<ul style="list-style-type: none"> Participants à l'atelier pour la conception et le test de la fiche nationale de monitoring Ministère de la Santé pour la validation de la fiche nationale de collecte 	<ul style="list-style-type: none"> Ministère de la Santé pour la définition du standard, l'identification des critères nationaux de priorisation et la planification des ateliers régionaux. Expert international pour la présentation des critères de priorisation génériques

3. Etapes de mise en œuvre pour la phase de priorisation

Le processus de priorisation conduisant à l'identification des formations sanitaire SONU est généralement placé sous l'autorité du Directeur général de la santé ou du Ministre qui délègue sa mise en œuvre à un Directeur du niveau national, en général celui en charge de la santé de la famille. Pour rendre l'exercice de priorisation possible et utile, la discussion doit absolument être conduite sur la base de critères objectifs tel que décrit ci-dessous (et définis durant l'atelier technique national - Phase 2).

3.1 Critères principaux guidant l'exercice de priorisation des formations sanitaires

Au regard des principes de fonctionnalité des services 24h/7j et de qualité des soins, le choix des formations sanitaires SONU est avant tout basé sur son emplacement dans un bassin de population important et, s'agissant d'un SONUB, sa capacité à référer à un SONUC. Les participants aux ateliers sélectionnent les formations sanitaires sur la base de **deux critères principaux**:

- Le nombre d'accouchements réalisés et potentiels

Une partie du niveau de qualité des soins dans une formation sanitaire SONU dépend du volume d'activité auquel l'équipe de prestataires en place est confrontée régulièrement. C'est surtout vrai en ce qui concerne le maintien des compétences pour la qualité de la gestion des situations d'urgence obstétricale ou néonatale. Dans la plupart des pays, un nombre minimum de 30 accouchements par mois par formation sanitaire SONU a été défini par le Ministère de la santé comme un critère de sélection pour le choix des maternités de référence et inscrit dans le référentiel national pour les SONUB. Certains experts au Togo pensent que ce minimum est trop bas et envisagent de le relever à 50 accouchements par mois. Ce chiffre représenterait la possibilité pour l'équipe de la formation sanitaire de gérer environ 22 complications obstétricales par trimestre (15% de 150 accouchements par trimestre).

Ce paramètre, exprimé en moyenne mensuelle pour une formation sanitaire SONU, doit être décidé au niveau national (et en l'absence d'une norme internationale de référence) durant l'atelier national SONU (cf. phase de conception) sur la base du nombre d'accouchements institutionnel existant au cours de la dernière année, et compte tenu des ressources disponibles. Cette approche nécessite de disposer d'une information fiable, fournie par le système d'information sanitaire ou une enquête.

Une fois ce paramètre national défini, l'activité obstétricale existante et potentielle de chaque maternité de l'enquête de base, devrait être mesurée mais aussi analysée au vue du bassin de population estimé^{xiv}. L'utilisation d'AccessMod est d'une très grande utilité pour estimer et scénariser l'aire d'influence des formations sanitaires considérées (fiche technique #3).

- Le temps de référence entre un SONUB et un SONUC

Les maternités SONUB sont conçues pour assurer la gestion de situations d'urgence de base. Elles dépendent des SONUC pour les indications opératoires (césarienne, hystérectomie, etc), les transfusions sanguines, les urgences médicales complexes (polypathologies) et la prise en charges des prématurés. La question de la gestion des petits poids par les SONUB fait encore débat. Des fonctions signalétiques pour les nouveaux nés malades et de petits poids vont être définies à partir de 2019 par la communauté internationale pour être réalisées au niveau de quelques SONUC (niveau tertiaire). Une enquête globale a déjà été réalisée en 2019 auprès de professionnels de la santé maternelle et néonatale pour catégoriser 18 interventions cliniques qui pourraient être définis comme des fonctions signalétiques pour les nouveaux nés malades et de petits poids⁵⁷.

La qualité du lien SONUB-SONUC est en conséquence cruciale pour le fonctionnement effectif d'une maternité SONUB en tant que premier niveau de référence pour les urgences obstétricales et néonatales. En assurant la continuité des soins dans la pyramide sanitaire, ce lien, lorsqu'il s'avère efficace, constitue un facteur important de la crédibilité d'une maternité SONUB aux yeux de la population. Pour permettre une prise en charge acceptable de la plupart des urgences obstétricales, un SONUB ne devrait pas se situer à plus de quatre heures de trajet de son SONUC de référence (préférentiellement à moins de 2 heures). Voilà pourquoi le lien administratif entre un SONUB et un SONUC ne devrait pas être considérée comme le critère principal dans la gestion des évacuations sanitaires. En cas d'urgence, seule la rapidité compte. Une formation sanitaire SONUB donnée pourrait en conséquence être rattachée à un SONUC d'une autre zone géographique et administrative si son accès est plus rapide. L'importance du lien administratif a fréquemment été retrouvé dans la plupart des pays mais les directions régionales sont en train de les corriger.

Plus secondaires, car plus facilement ajustables au contexte, **les critères suivants** peuvent également être considérés dans le cadre de la priorisation:

- Le nombre et la qualité du personnel présent, en particulier le personnel qualifié en obstétrique et en soins au nouveau-né: prioriser les formations sanitaires avec le moins de déficits en personnel compétent

^{xiv} Le bassin de population estimé d'une formation sanitaire couvre la population qui devrait en théorie avoir accès à cette formation sanitaire endéans une durée de voyage définie (ex. deux heures de trajet)

Les besoins d'équipes de personnel compétent (particulièrement le besoin en sages-femmes formées selon les standards d'ICM/OMS) en nombre suffisant pour assurer une disponibilité des soins 24h/7j constituent un des principaux facteurs limitant le développement des maternités SONU dans la plupart des pays¹⁸. Cette seule contrainte peut suffire au ministère de la santé pour établir le nombre de SONU qu'il peut réellement développer.

- Le nombre de déficits en fonction signalétique: prioriser les formations sanitaires avec le moins de déficits en fonctions signalétiques

Plus il y a de déficits en fonction signalétique, plus l'effort à fournir pour la mise à niveau d'une maternité en maternité SONU fonctionnelle est important. Pour les SONUB, ce déficit est toutefois souvent un facteur lié au déficit de personnel qualifié et à la gouvernance en place. Il peut donc s'améliorer rapidement grâce à une politique de déploiement du personnel (en particulier de sages-femmes) en priorité dans ces formations sanitaires, à condition que la formation initiale du personnel qualifié réponde aux standards de l'OMS/ICM.

- La qualité du management en place dans la formation sanitaire: privilégier les formations sanitaires avec de bonnes pratiques managériales

Une bonne gestion de la maternité et de la formation sanitaire est un facteur très important de disponibilité et de qualité des SONU. Elle favorise une bonne mise en œuvre des politiques publiques et des protocoles, l'utilisation rationnelle des ressources et une organisation efficace des services et des soins. Une mauvaise gestion est très préjudiciable au fonctionnement correct d'une maternité SONU.

- Le niveau de l'infrastructure: privilégier les formations sanitaires avec une bonne infrastructure pour l'offre de SONU

Une maternité dont une des missions est la prise en charge de situation d'urgence doit disposer de suffisamment d'espace et de salles. Elle doit aussi avoir accès à un laboratoire, une unité de stérilisation, une buanderie ainsi que d'un moyen de communication. Elle doit aussi être en mesure d'organiser des évacuations sanitaires. La description plus détaillée d'une maternité SONUB est présentée dans le fiche technique 1.

3.2 Organisation des ateliers de priorisation

Le Directeur du Ministère de la Santé en charge des ateliers régionaux de priorisation doit s'appuyer sur l'équipe d'appui nationale constituée lors de l'atelier national sur les SONU (cf. Phase 2).

Les données à réunir en préparation aux ateliers régionaux de priorisation incluent :

- a) Les données concernant l'activité obstétricale et néonatale et les ressources humaines des maternités, en exploitant les données disponibles les plus récentes (enquête des besoins en SONU, enquête rapide SONU, monitoring des activités des formations sanitaires, SIS);
- b) Les données démographiques, comme le nombre de femmes en âge de procréer, le nombre de naissances attendues pour l'année considérée, si possible spatialisées à une haute résolution. Le jeu de données WorldPop^{xv} a souvent été utilisé puisqu'il fournit des données de population spatialisées à 100 mètres de résolution. Cependant, nous conseillons d'utiliser plutôt les données très récentes (2019) de Facebook/CiESIN^{xvi} (High Resolution Settlement Layer) qui prennent en compte l'empreinte géographique des bâtiments pour y répartir les données de recensement, et sont donc plus appropriés pour les analyses d'accessibilité géographique faites avec AccessMod);
- c) Les données géo spatiales suivantes: latitude et longitude des formations sanitaires (avec si possible leur identifiant national unique), limites administratives, réseau routier, réseau hydrographique, topographique et couverture du sol. Connaître la disponibilité et la qualité de ces données est particulièrement important car cela affecte énormément le modèle dans AccessMod. Le réseau routier, souvent mal documenté, doit faire l'objet d'une attention toute particulière (réseau tertiaire, état des routes, vitesses de déplacement). Il est important de faire évaluer la qualité de l'ensemble de ces données par des experts en démographie et en SIG.

En amont des ateliers, un groupe de trois à quatre experts SIG et/ou cartographie doit être formé à l'utilisation d'AccessMod. Leur mission durant l'atelier est d'établir en temps réel les cartes à partir des sélections de maternités réalisées par les groupes régionaux. Ils ont également pour mission de préparer toutes les données et de vérifier leur qualité, notamment avec une cartographie précise sur l'état des routes nationales (et éventuellement secondaires).

En fonction de la taille du pays, un ou plusieurs ateliers de priorisation - regroupant chacun jusqu'à quatre à cinq régions - doivent être organisés. D'une durée de quatre jours chacun, ils permettent d'établir, à travers un processus rigoureux, la carte SONU de chaque région, en réunissant les acteurs concernés. Cette approche inclut bien sûr le personnel du niveau local (entre 8 à 12 participants par région/province, selon les contextes) afin de renseigner la carte sanitaire SONU, et d'en assurer l'appropriation par les acteurs en charge de son

xv <http://www.worldpop.org.uk>

xvi <https://ciesin.columbia.edu/data/hrsl>

développement. La réussite d'un atelier régional de priorisation est basée sur l'active participation des acteurs régionaux qui éclairent les discussions avec leur connaissance du terrain, et dialoguent avec le niveau central du ministère et ses partenaires sur la base des critères nationaux de priorisation définis lors de l'atelier national. Pour chaque région/province, les participants sont le Directeur Régional/Provincial et les gestionnaires des programmes de santé maternelle, les responsables des statistiques et du SIS, les responsables des ressources humaines, les médecins-chefs des services de gynéco-obstétrique des hôpitaux de référence, et les sages-femmes de l'équipe régionale/des districts.

Basés sur des informations objectives, ces échanges entre les cadres des niveaux national, régional et local permettent d'arriver à des choix réalistes et acceptés par consensus des formations sanitaires SONU désignées. Au Bénin, en Guinée, des maires de villes ont participé à l'exercice. Nous recommandons cette approche qui permet la participation des collectivités territoriales au développement du réseau. L'expérience vécue dans tous les pays suggère aussi d'inviter à chaque atelier régional un Directeur régional ou un obstétricien ayant déjà réalisé et compris l'exercice de priorisation.

En résumé, les éléments suivants devraient être couverts en 3 étapes durant les ateliers régionaux (cf. Figure 27).

Etape 1. Sensibilisation des participants aux notions de réseau SONU et de système d'information géolocalisée

Durant les ateliers, les participants discutent des concepts de SONU (missions respectives des SONUC et SONUB), de réseau SONU et de la démarche de priorisation sur la base d'une restitution de l'enquête d'évaluation SONU et des concepts décrits au chapitre 2. Ils se familiarisent aussi avec les principes de base du SIG et d'AccessMod. Il est important de prévoir une journée pour cette étape et de s'assurer que les représentants du Ministère de la santé des niveaux central et périphérique contribuent aux présentations effectuées.

Etape 2. Sélection des formations sanitaires SONU et analyse des liens de référence SONUB-SONUC

Les participants organisés en groupes de travail par région devraient (chaque groupe) :

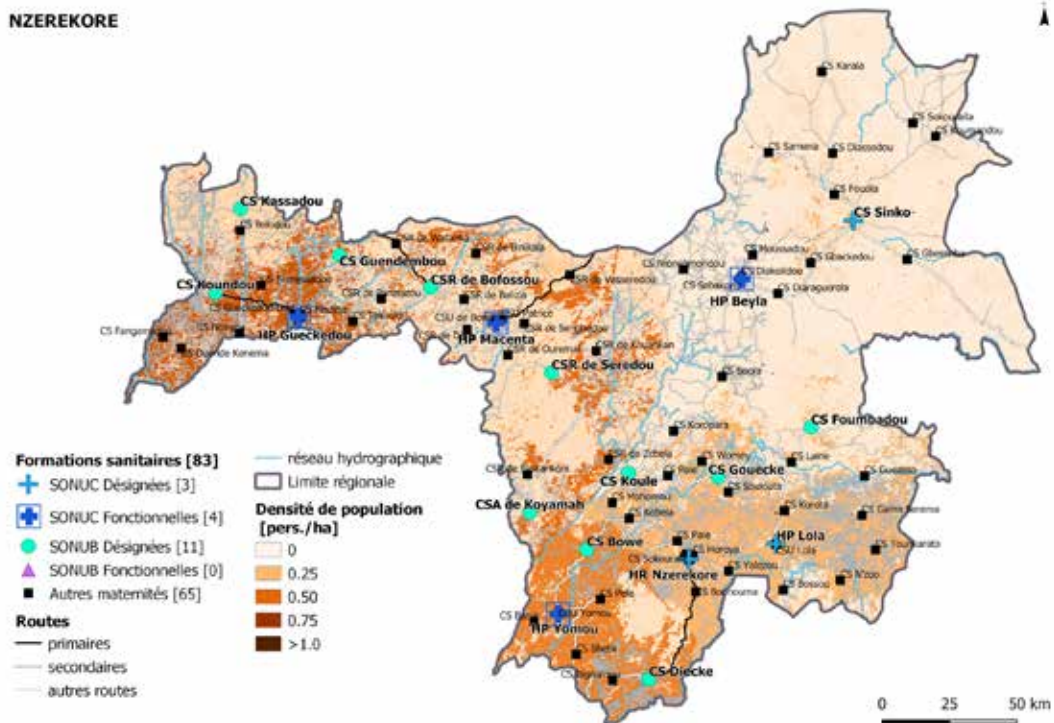
- Calculer les besoins en SONU de leur région selon les normes internationales (utilisées comme un MAXIMUM). Chaque groupe utilisant pour ce faire les données

démographiques pour le premier niveau sous national (région/province) et pour le second niveau sous national (district).

- La norme internationale de 5 SONU pour 500 000 habitants (arrondi à l'unité inférieure) est utilisée pour fixer le nombre maximum théorique recommandé de SONU pour chaque entité géographique. Dans le cas du Togo, la taille de la région (1^{er} niveau de subdivision administratif et sanitaire) varie entre 650,000 et 1,9 million d'habitants, ce qui a constitué une base correcte pour calculer les besoins théoriques en maternités SONU. Haïti a utilisé la même approche (département sanitaire) ainsi que Madagascar, le Burundi, le Sénégal la Guinée, la Côte d'Ivoire, et le Bénin (région) mais aussi le Soudan (Etat). Dans d'autres contextes, cette taille de populations peut correspondre à celle d'un 2^e niveau de subdivision sanitaire (ex : le district).
- Etablir une première liste de formations sanitaires SONU potentielles selon les critères (nationaux) expliqués lors de la première journée de l'atelier régional (et défini durant l'atelier national SONU - cf. phase de conception).

Des logiciels tel qu'AccessMod (cf. Fiche technique 3) peuvent modéliser les aires de captages individuelles des formations sanitaires SONU et estimer la proportion de la population y ayant accès dans un temps donné (ex. en 2 heures de trajet). L'utilisation d'un SIG permet de visualiser des formations sanitaires sélectionnées sur une carte de densité de population (Figure 26A), sur une carte montrant les zones couvertes à une heure (et plus) par le réseau (Figure 26B) et sur une carte montrant les aires d'influence individuelles de chacune des formations sanitaires proposées (à 1h ou 2 h de trajet) (Figure 26C). Ce logiciel permet également de calculer les couvertures de population par le réseau SONU pour un temps de trajet donné (voir fiche technique n° 3). Chaque région sanitaire réalise trois cartes. A la suite du Burundi, la Guinée a été le second pays à se lancer dans cette exercice (2018). L'exemple de la région de N'Zérékoré ci-dessous donne un aperçu de ce travail.

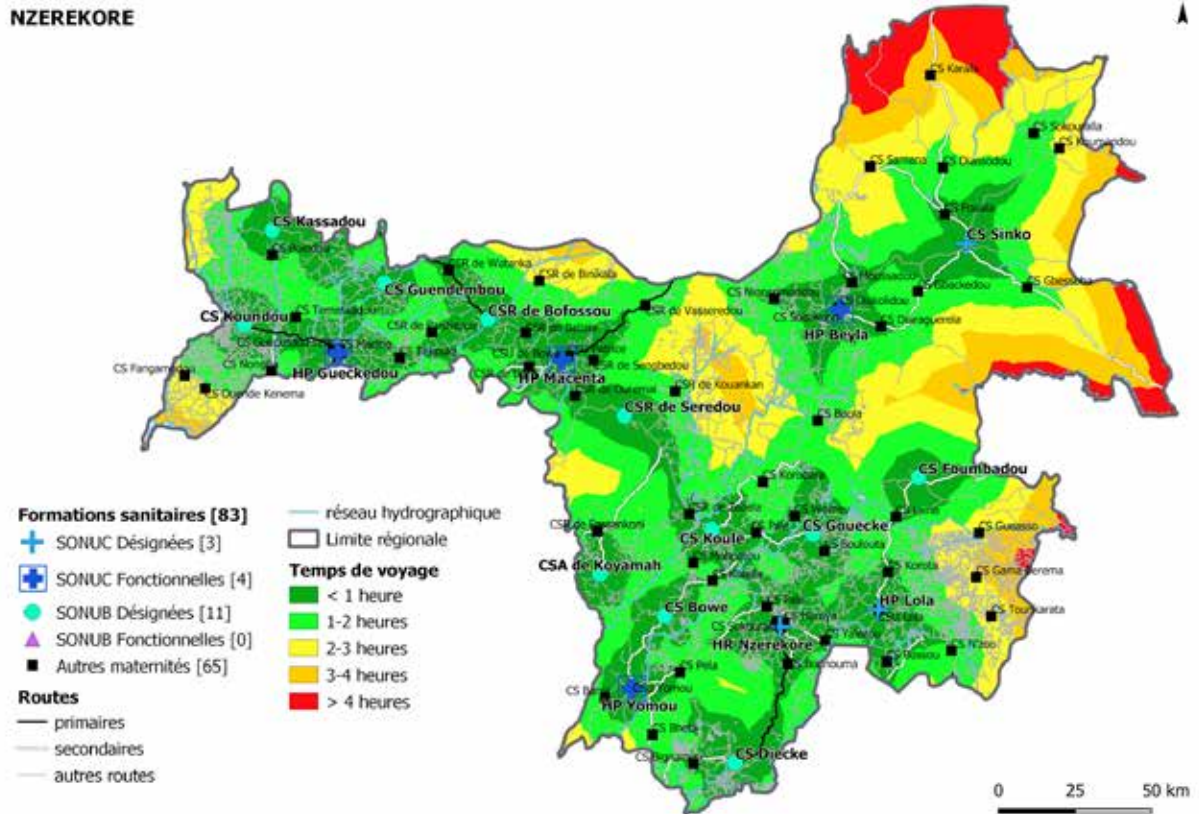
FIGURE 26A : CARTE DE DENSITÉ DE POPULATION ET LOCALISATION DES MATERNITÉS DE LA PROVINCE (SONUB ET SONUC DÉSIGNÉES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL RÉGIONAL, ET AUTRES MATERNITÉS) - RÉGION DE N'ZÉRÉKORÉ, GUINÉE



La Région de Nzérékoré est caractérisée par une répartition de la population essentiellement au niveau de la zone Sud et Ouest. Ces zones correspondent aux zones prioritisées pour le réseau SONU par l'équipe de la région. Les autres maternités (non SONU) couvrent assez bien le reste du territoire avec toutefois une présence moindre dans le quart Nord Est.

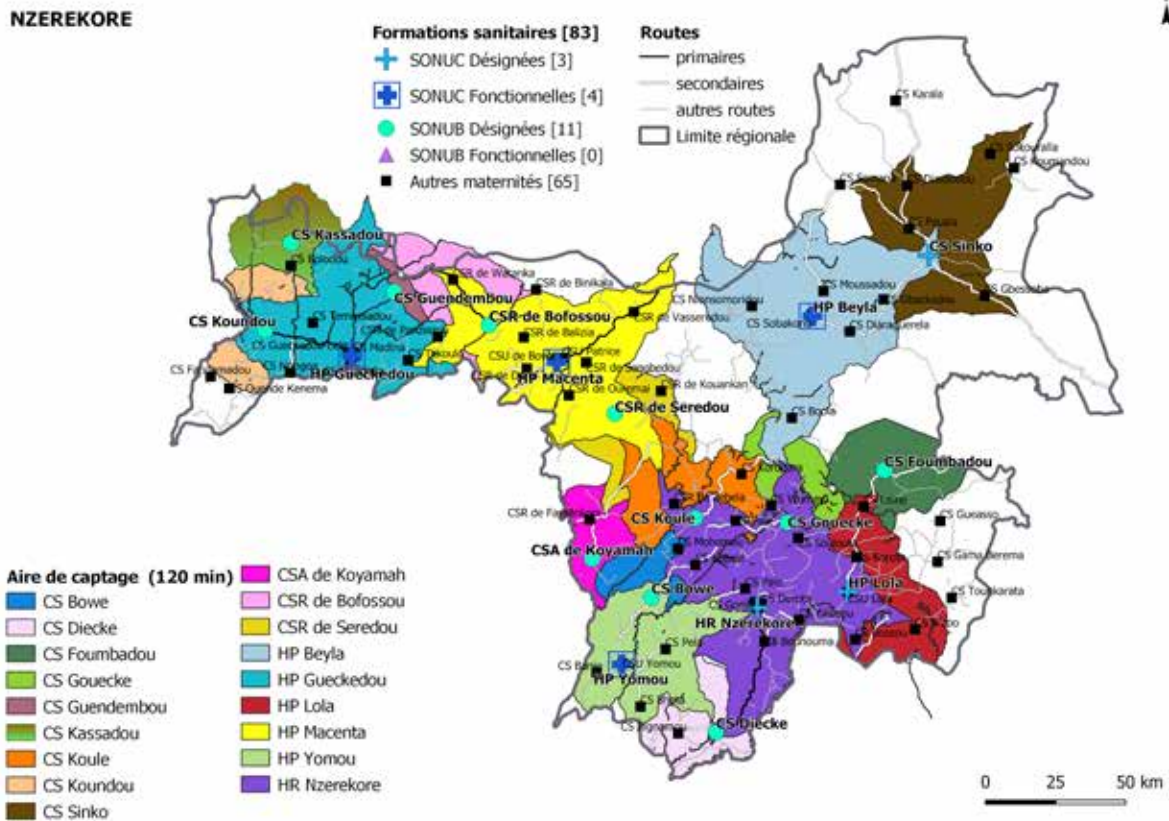
La région est desservie par plusieurs routes nationales qui desservent assez bien les zones de densité de population.

FIGURE 26B : CARTE D'ACCESSIBILITÉ PHYSIQUE (ENDÉANS 1, 2, 3 ET >4H DE VOYAGE DU SONU LE PLUS PROCHE) AUX MATERNITÉS SONUB ET SONUC DÉSIGNÉES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL RÉGIONAL - RÉGION DE N'ZÉRÉKORÉ, GUINÉE



Selon la carte d'accessibilité, la grande majorité de la population de la région se situe à moins 2 heures d'une des structures du réseau SONU proposé par la région. Les zones qui sont à plus de 2 heures sont situées dans la zone Est et Nord-Est, les moins peuplées de la région. Cette carte illustre la moindre densité du réseau routier régional dans la zone Nord Est.

FIGURE 26C : CARTE DES AIRES D'INFLUENCE DE CHACUNE DES MATERNITÉS DU RÉSEAU SONU DÉSIGNÉ - RÉGION DE N'ZÉRÉKORÉ, GUINÉE

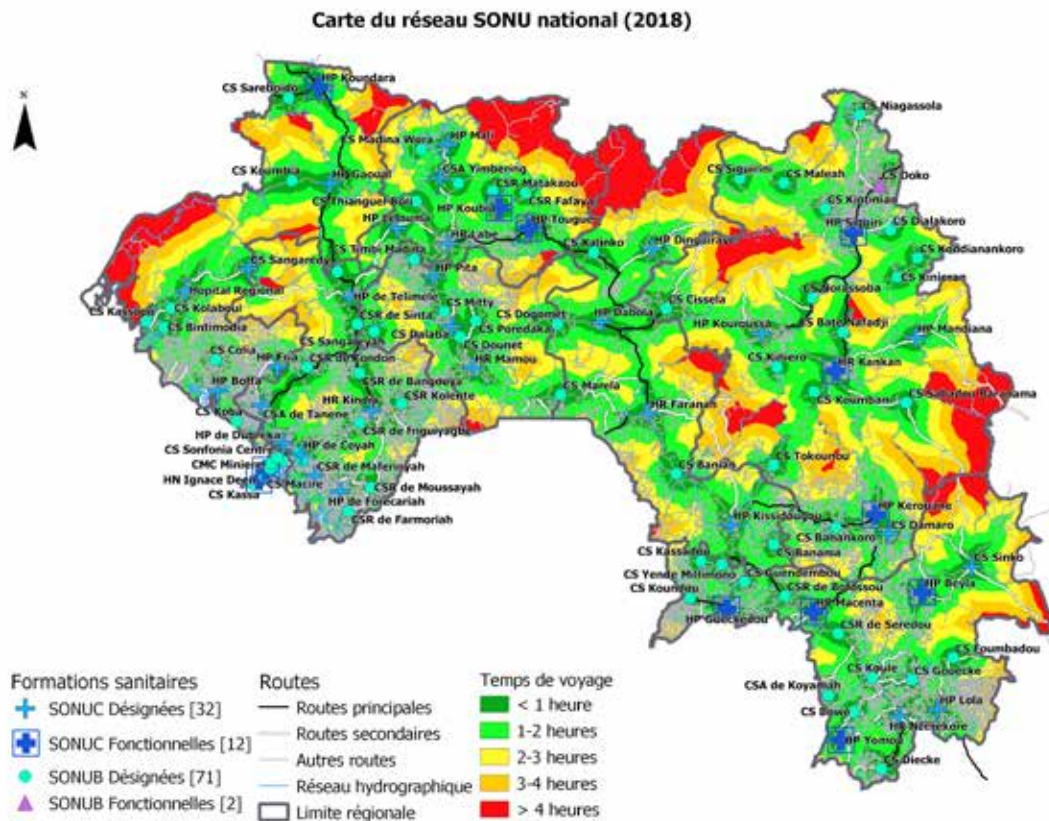


Les aires de captage des maternités priorisées pour le réseau SONU prennent en compte la majorité de la superficie de la région. La plupart des maternités du réseau sont complémentaires les unes des autres, les maternités SONUB assurant soit une mission de décharge des maternités SONUC soit une mission d'extension des services afin d'accroître la capacité du système de santé à améliorer la proportion de la population couverte par une maternité SONU.

Chaque région est également en mesure de produire le calcul du besoin en sages-femmes dans le réseau et la proportion de liens de référence satisfaisants (délai de transfert inférieur à 2 heures, sans barrière financière significative).

La carte nationale est la consolidation des cartes régionales. Elle intègre les interactions entre les réseaux des régions limitrophes (figure 26D). Dans l'ensemble des pays qui ont mis en œuvre l'approche de priorisation proposée, le réseau national SONU désigné couvre une bonne proportion de la population en deux heures de trajet avec moins de formations sanitaires SONU désignées. C'est également le cas en Guinée.

FIGURE 26D : CARTE D'ACCESSIBILITÉ PHYSIQUE (À 1, 2, 3 ET >4H DE VOYAGE DU SONU LE PLUS PROCHE) AUX MATERNITÉS SONUB ET SONUC SÉLECTIONNÉES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL - GUINÉE



Au niveau national, l'ensemble des 446 maternités couvrent 91% de la population endéans 2 heures. Et, comme illustré par la Figure 26D, au terme du processus de priorisation, les équipes régionales ont identifié un réseau national de 117 maternités SONU qui couvre 82% de la population endéans 2 heures. On remarquera donc l'intérêt opérationnel et l'économie de moyens que permet cette forte réduction du nombre de maternités en se concentrant sur 117 maternités couvrant la majorité de la population au lieu des 446 maternités SONU désignées de 2012 et des 229 maternités SONU désignées de 2015 (le Ministère de la Santé ayant déjà procédé à une priorisation en 2015 avec l'appui de l'UNFPA mais sans utiliser les SIG/AccessMod). Cette approche est nécessaire car pour le moment, seulement 32% de la population est couverte par une maternité SONU fonctionnelle endéans 2 heures de trajet. En conséquence, l'objectif opérationnel en Guinée est d'augmenter, dans le cycle de programmation, la proportion de la population couverte par une maternité SONU fonctionnelle endéans 2 heures de trajet de 32% à 82%.

- Analyser les liens entre formations SONUB et SONUC

Chaque groupe décrit ensuite les liens de référence en :

- Rattachant les formations SONUB sélectionnées à un SONUC en prenant en compte les habitudes de la population. Il faut insister ici sur la nécessité d'être pragmatique et d'accepter qu'un SONUB réfère à un SONUC d'une autre région si les références sont plus efficaces;
- Examinant les conditions de référence entre chaque SONUB et son SONUC, renseignées au moyen d'un canevas d'analyse (voir fiche technique n° 2). La qualité du lien est objectivée par un code couleur (vert = satisfaisant, orange = nécessite des améliorations par le système de santé, rouge = difficile, nécessite en général une intervention intersectorielle).

L'analyse des conditions logistiques de référence permet d'identifier les interventions nécessaires pour assurer une référence prompte entre le SONUB et son SONUC. Quel que soit le moyen de transport à utiliser, et le chemin approprié à prendre, l'objectif est d'assurer une référence la plus rapide possible, pour accéder à une intervention adaptée, dans l'idéal inférieure à deux heures et dans tous les cas inférieurs à quatre heures.

Analyser les besoins en personnel (particulièrement les sages-femmes) et les forces et faiblesses

Pour chacune des formations sanitaires SONU sélectionnées, le groupe de travail régional/provincial doit documenter le nombre de sages-femmes et d'infirmières travaillant effectivement dans la maternité (faisant partie du shift) et les manquements en sages-femmes sur base du standard national défini lors de l'atelier national SONU. Le groupe de travail doit également documenter les forces et les faiblesses de chaque formation sanitaire proposée en terme d'infrastructure (y compris le laboratoire), d'équipements (y compris le laboratoire et la banque de sang), les ressources humaines, les pratiques de gestion, et si la formation sanitaire est appuyée par un partenaire technique ou financier.

Une fois l'ensemble de ces paramètres pris en compte, le réseau SONU régional proposé par chaque groupe de travail est soumis pour discussion en réunion plénière. A la suite des commentaires produits par les pairs, les groupes de région révisent leur réseau, confirment ou infirment leurs choix initiaux en s'aidant des cartes produites en cours d'atelier.

Le Directeur de la direction de la Santé de la Famille a la responsabilité de trancher les débats ou de reporter certains arbitrages aux hautes autorités du ministère au niveau central qui décidera en dernier ressort.

Etape 3. Rapport d'atelier et validation des formations sanitaires SONU sélectionnées

La direction responsable de la conduite de(s) atelier(s) de priorisation devrait élaborer un rapport de(s) atelier(s) avec l'appui du consultant en charge du suivi de ce processus. Ce rapport décrit l'analyse de chaque région à travers les cartes et les indicateurs, en particulier la proportion de la population couverte par l'ensemble des maternités de chaque région, par le réseau désigné et par le réseau des maternités SONU fonctionnelles (en utilisant AccessMod). Il fait également l'analyse consolidée au niveau national. Les rapports du processus de priorisation du réseau SONU au Burundi, en Guinée, au Sénégal, et au Togo illustrent bien l'importance de ces indicateurs dans le processus de décision. Ce rapport peut proposer des modifications par rapport au réseau initial proposé par les groupes de travail des régions/provinces. Cette analyse post atelier peut prendre en compte des aspects négligés lors de l'atelier comme des faiblesses structurelles trop importantes ou un temps de référence trop long.

Le Ministère de la santé se sert de ce rapport pour valider la carte du réseau de chacune des régions. Cette carte devrait être officialisée par le ministre au minimum par un arrêté ou une circulaire et elle devrait ensuite être prise en considération dans les plans stratégiques, les plans d'action du ministère et de ses partenaires, ainsi que dans les plans consacrés au déploiement des ressources humaines et des équipements.

Cette carte du réseau SONU sert ensuite de référence à tous les acteurs pour planifier, gérer le développement du réseau et apporter les ressources nécessaires pour rendre l'ensemble de ces formations sanitaires fonctionnelles avec une qualité des soins dans le cycle de programmation considéré.

4. Etapes de mise en œuvre pour la phase de collecte

Une fois la carte nationale des formations sanitaires SONU validée par le Ministère de la santé, celui-ci devrait organiser la mise en œuvre de la collecte régulière (généralement sur base trimestrielle, puis tous les six mois, une fois la démarche maîtrisée) des données de la « fiche de monitoring » (cf. fiche technique #4) développée lors de l'atelier national de conception du réseau SONU (cf. phase 2). Cela lui permettra une gestion rapprochée de la mise en œuvre des plans d'action pour le développement du réseau. L'équipe de soutien nationale devrait être mobilisée et formée afin qu'elle forme les équipes de soutien régionales. Les termes de référence de ces équipes ainsi qu'un guide opérationnel détaillé de mise en œuvre du monitoring et du soutien aux formations sanitaires SONU devrait être développé, avec une définition précise de chaque élément de la fiche de monitoring. Sur base de notre expérience, la mise en œuvre de la collecte de données devrait consister en trois étapes décrites dans la figure 28.

FIGURE 27 : ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE POUR LA PHASE 3 - PRIORISATION/IDENTIFICATION DU RÉSEAU SONU

Phase III: Priorisation – Ateliers Régionaux de Priorisation (4 jours pour chaque atelier régional/provincial)

Étapes

Principales activités

Outils à utiliser

Responsables

1

Sensibilisation des participants aux notions de réseau SONU et de priorisation des formations sanitaires

- Présenter l'analyse de situation nationale et régionale de la santé maternelle et néonatale, et du réseau SONU en particulier
- Démontrer l'importance des SONU pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, présenter le concept de maternité de référence SONU (particulièrement SONUB)
- Présenter l'approche de développement du réseau SONU (y compris l'utilisation des SIG et des concepts des 'sciences de la mise en œuvre') et les principes clés du développement du réseau SONU (processus national, mise en place d'un monitoring SONU, responsabilisation du personnel des formations sanitaires, des districts/régions – approche ascendante d'amélioration de la qualité des soins)
- Présenter en détail le concept de priorisation et les critères nationaux de priorisation

- Indicateurs clés en santé maternelle et néonatale à considérer pour l'analyse de situation
- Concept de maternité de référence SONU (cf. fiche technique #1).
- Concept d'organisation d'un réseau SONU et liens de référence (cf. fiche technique #2).

- Ministère de la Santé pour l'analyse de situation
- UNFPA (et/ou partenaire H6) pour l'importance des SONU pour réduire la mortalité maternelle et néonatale
- Experts internationaux (de préférence) ou nationaux pour le concept de SONU, l'approche de développement du réseau SONU, et le concept de priorisation

2

Sélection des formations sanitaires SONU et analyse des liens de référence SONUB-SONUC

- Groupe de travail par region:
- Calculer des besoins en SONU de la région selon les normes internationales
 - Etablir une première liste de formations sanitaires SONU potentielles pour la région (avec un nombre de formations sanitaires proche des normes internationales) selon les critères nationaux selon le processus suivant:
 1. Faire la liste des formations sanitaires réalisant plus de 20 accouchements par mois (limite identifiée au niveau national) et sélectionner de préférence les formations sanitaires avec plus de 30 accouchements par mois
 2. Analyser ces maternités SONU potentielles à l'aune des autres critères nationaux définis (selon l'ordre de priorité établis);
 - Analyser les liens entre formations SONUB et SONUC
 - Analyser les formations sanitaires de cette première liste sur base du canevas d'analyse des forces et des faiblesses en SONU
 - Présenter et discuter cette sélection de SONU en plénière (y compris le nombre de formations sanitaires sélectionnées qui devrait être inférieur ou égal à la norme internationale) et finaliser le nombre de formations sanitaires désignées sur base des discussions

- Outil de données démographiques pour le premier niveau sous régional (région/province) et pour le second niveau sous national (district) – pour le calcul des besoins MAX en SONU
- Base de données récente (e.g. enquête sur les besoins en SONU) de l'activité obstétricale et néonatale par formation sanitaire (avec coordonnées géographiques et un numéro d'identification national unique), base de donnée démographique (spatialisée), limites administratives, données topographiques et infrastructures – pour établir la liste des SONU
- Outil "AccessMod" et SIG

- Participants à l'atelier pour la conception de la carte régionale des formations sanitaires
- Expert international ou national en santé publique et SONU pour l'animation de l'atelier
- Expert SIG et AccessMod pour les simulation cartographiques du réseau SONU

3

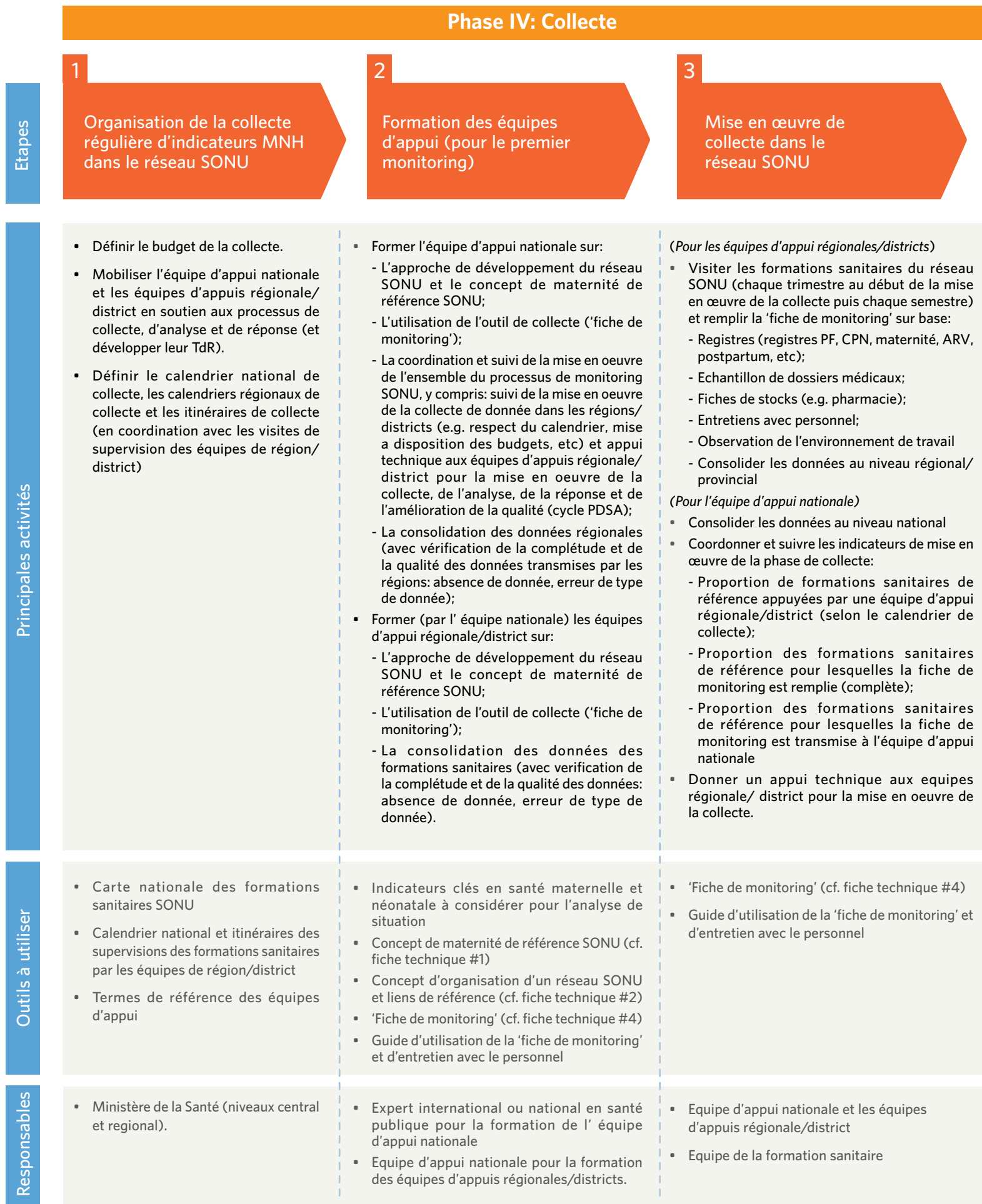
Rapport d'atelier et validation des formations sanitaires SONU sélectionnées

- Développer un rapport d'atelier à transmettre au niveau central du Ministère de la Santé et aux partenaires techniques et financiers
- Valider la carte nationale des formations sanitaires (par le niveau central du Ministère de la Santé)
- Présenter la carte nationale validée des formations sanitaires SONU aux différents niveaux du Ministère de la Santé et aux partenaires techniques et financiers.

- Cartes nationale et régionales des formations sanitaires SONU
- Analyse et propositions des groupes de travail des régions/provinces

- Expert international ou national en santé publique et SONU pour le développement du rapport technique
- Ministère de la Santé pour la validation de la cartes nationale des formations sanitaires SONU

FIGURE 28 : ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE POUR LA PHASE 4 - COLLECTE DE DONNÉES



5. Etapes de mise en œuvre pour la phase d'analyse

A la suite de la collecte, les données récoltées par le biais de la « fiche national de monitoring » devraient être analysées à tous les niveaux du système de santé, en commençant par le personnel de la formation sanitaire (avec l'appui des équipes régionales/district), puis au niveau des régions/districts, et enfin au niveau national. Les indicateurs produits et analysés à chaque niveau (définis lors de la phase de conception - cf. fiche technique #5) devraient être visualisés sous forme de tableaux de bord pour faciliter l'analyse et la prise de décision pour améliorer la disponibilité et la qualité des SONU. Sur base de notre expérience, la mise en œuvre de la collecte de données devrait consister en trois étapes décrites dans la figure 29.

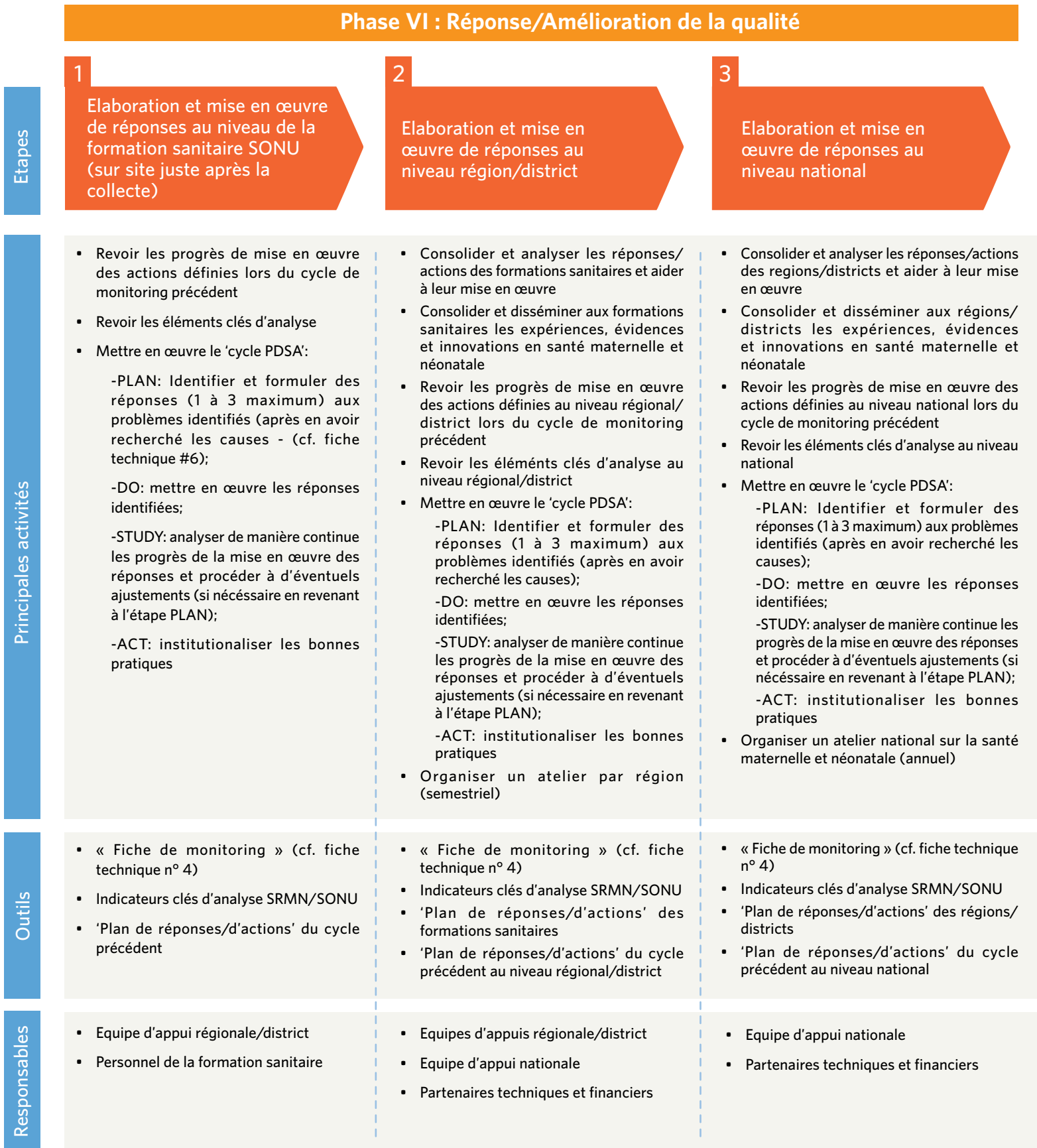
FIGURE 29 : ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE POUR LA PHASE 5 – ANALYSE DES DONNÉES



6. Etapes de mise en œuvre pour la phase de réponse/amélioration de la qualité

Finalement, comme la collecte et l'analyse, la réponse s'élabore aux différents niveaux du système de santé en commençant par le personnel des formations sanitaires du réseau des maternités SONU. Sur base de notre expérience, la mise en œuvre de la collecte de données devrait consister en trois étapes décrites dans la figure 30.

FIGURE 30 : ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE POUR LA PHASE 6 – RÉPONSE/AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ



CHAPITRE 9

Fiches Techniques et Outils de mise en œuvre

1. Fiche technique n° 1 : concept de maternités de référence SONUB – missions, structure, et ressources

1.1 Définition d'une maternité SONUB

Le concept de maternité SONU est issu du nouveau concept concernant la survenue des complications obstétricales: la plupart des complications obstétricales ne sont ni prévisibles ni évitables, mais la grande majorité peut être prise en charge efficacement. Il faut donc organiser des plateaux techniques capables de traiter ces urgences obstétricales. Les hôpitaux existants et disposant d'un bloc opératoire sont logiquement la réponse adéquate. Le renforcement des plateaux techniques et des ressources humaines dans ces hôpitaux devait permettre une prise en charge de l'ensemble des complications obstétricales et néonatales, les Soins Obstétricaux et Néonataux Urgents Complets (SONUC).

Le nombre de ces hôpitaux étant cependant limité et coûteux à faire fonctionner 24h/7j, les organisations internationales ont proposé d'utiliser des formations sanitaires situées plus en périphérie du système de santé ou des hôpitaux sans capacité chirurgicale pour apporter, plus à proximité de la population, une prise en charge des urgences obstétricales de base (médicales), les Soins Obstétricaux et Néonataux Urgents de Base (SONUB), et une capacité à référer vers les maternités SONUC.

Comme décrit dans l'introduction de ce document, la capacité d'une formation sanitaire à fournir les services SONUB est suivie par les 7 fonctions signalétiques. Les maternités SONUB sont en conséquence des lieux de première référence en mesure de fournir l'ensemble de services obstétricaux et néonataux attendus:

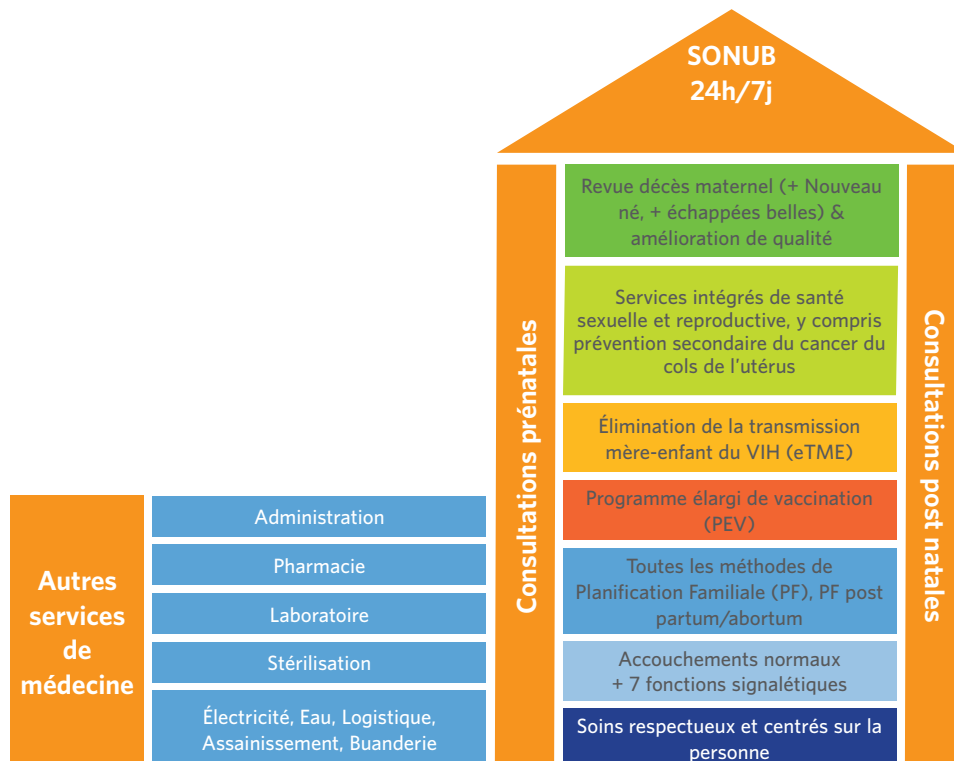
- qualité de la prise en charge de chaque femme enceinte et des membres de la famille l'accompagnant, soins respectueux et centrés sur la personne inclus;
- prise en charge sécurisée de la mère et de son nouveau-né pour les accouchements non compliqués ;
- prise en charge sécurisée de la mère et de son nouveau-né pour les accouchements avec des complications non chirurgicales simples et stabilisation des complications

- à indication chirurgicale ou autres nécessitant une référence à un SONUC ;
- coordination des soins anténatals et postnatals.

Comme illustré par la Figure 31, le Ministère de la Santé devrait également intégrer d'autres services de santé de la reproduction et néonatale aux missions du SONUB⁵⁶, comme:

- la planification familiale, y compris la planification familiale du post-partum et du post- abortum ;
- la vaccination (BCG, tétanos...);
- l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH;
- la prise en charge des cas de violences basées sur le genre ;
- la revue de décès maternels et néonataux ;
- le dépistage visuel et cryothérapie pour la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus.

FIGURE 31 : LES MISSIONS INTÉGRÉES D'UNE MATERNITÉ SONUB



Une maternité SONUB doit posséder le plateau technique et le personnel de santé en adéquation avec ses missions. Nous recommandons que les sages-femmes formées selon les standards définis par l'OMS/FIGO/ICM^{xvii} soient en charge de ces maternités de

xvii <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/poster-icm-competencies-fr>

référence, en nombre suffisant pour assurer une continuité des services 24h/24 et 7 jours sur 7. Nous recommandons aussi que les sages-femmes ayant de l'expérience et ayant montré des capacités de leaders soient nommées à la tête de ces maternités.

Nous recommandons également de définir des critères d'accréditation permettant d'établir des maternités SONUB liées à des écoles de sages-femmes et pouvant servir de lieu de stage pratique pour les élèves sages-femmes. Ces maternités bénéficieront alors d'un appui matériel et technique supplémentaire leur permettant de réaliser cette mission de formation.

1.2 Organisation d'une maternité SONUB

Dispenser des services obstétricaux et néonataux de qualité s'appuie sur une équipe de professionnels de santé qui utilise un plateau technique (locaux, équipement, intrants, normes, protocole) ainsi qu'un budget d'investissement et de fonctionnement de la manière la plus optimale possible.

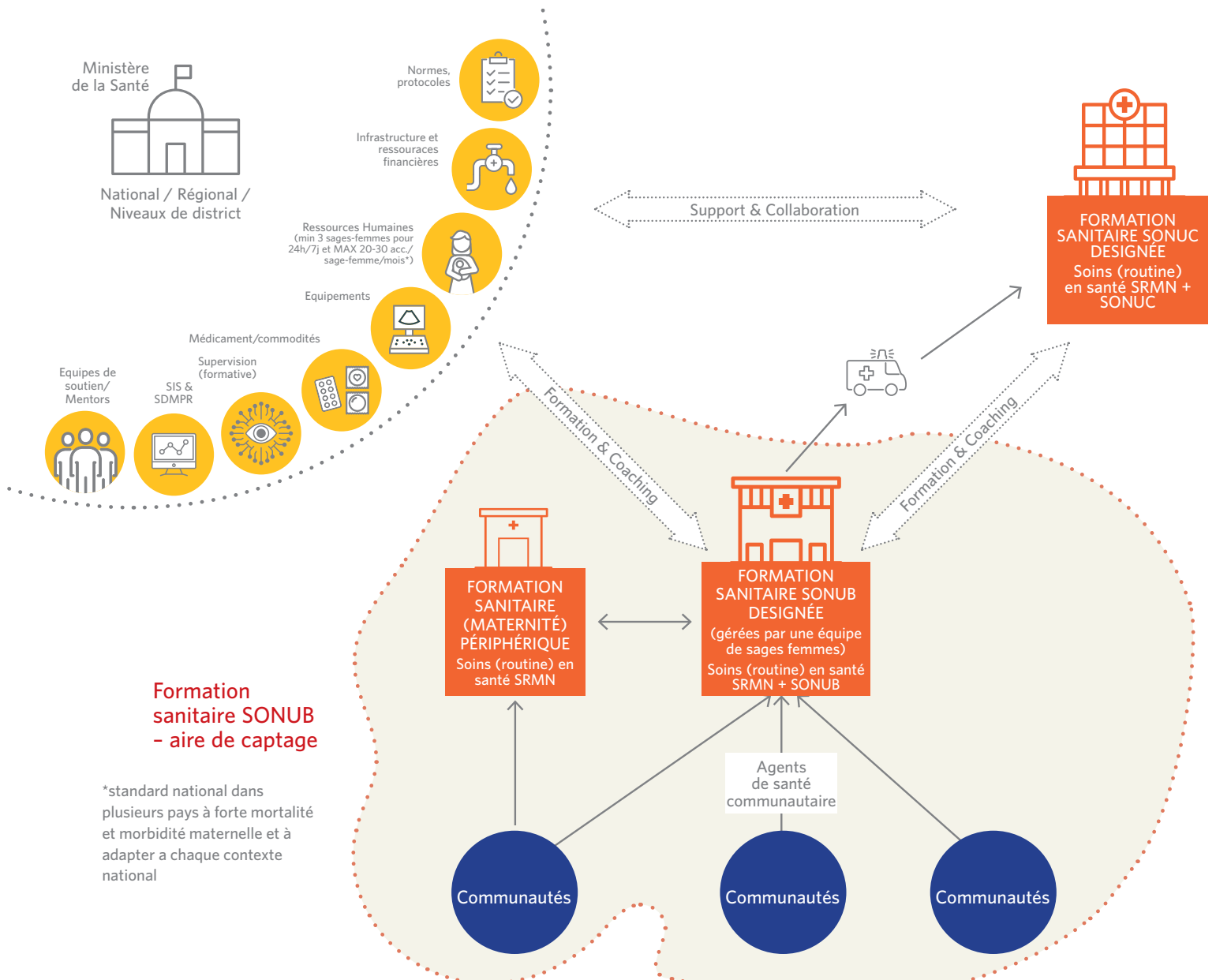
La création d'une équipe suppose une capacité à définir une vision commune (p. ex. « pas de décès maternels dans cette maternité ») et des missions à accomplir 24h/7j (p. ex. accouchements sécurisés, autres services en santé sexuelle et de la reproduction, appuis techniques à l'extérieur de la maternité). Elle nécessite une gestion efficace (qualité de leader du chef de la maternité, définition de poste du personnel, communication interpersonnelle, réunion du personnel, tenue des dossiers des patientes, respect des protocoles). Elle implique l'engagement de toutes et tous à rechercher sans cesse les moyens d'améliorer la qualité des soins offerts, par exemple formation continue au sein de la formation sanitaire (ex : mentorat) ou au sein du SONUC auquel le SONUB est lié (cf. fiche technique n° 2), revue des décès maternels et néonataux, analyse de l'activité obstétricale et des indicateurs de processus et de résultats, appui par supervision formative et/ou mentorat. Par ailleurs, une maternité SONUB nécessite l'organisation d'une supervision (formative) de la part du district sanitaire et/ou de la région sanitaire.

Une maternité SONUB est par définition liée aux autres services de la formation sanitaire. Un SONUB requiert un laboratoire pour obtenir les analyses de bases requises par les protocoles nationaux (basés sur les protocoles de l'OMS), un service de stérilisation et une pharmacie. La maternité bénéficie également des infrastructures de la formation sanitaire comme l'eau et l'électricité, la gestion des déchets et rapporte en général à la direction de la formation sanitaire.

Comme illustré par la figure 32, la maternité SONUB devrait entretenir des liens privilégiés avec la maternité SONUC la plus proche (en temps de trajet) pour organiser des références

de patientes vers le SONUC et recevoir en retour des contre-références de qualité (cf. fiche technique n° 2). Elle devrait aussi bénéficier d'appuis techniques sur place ou à distance et d'un programme de formation continue mis en place par les obstétriciens et les sages-femmes de la maternité SONUC. Le personnel qualifié de la maternité SONUB peut lui même être mobilisé par le district sanitaire en appui technique auprès des formations sanitaires en périphérie pour améliorer leurs connaissances et leurs pratiques en santé de la reproduction ou auprès des réseaux communautaires (agents de santé, leaders communautaires et religieux) ou dans le cadre de stratégies avancées (ex. planification familiale, revue de décès communautaire, consultation postnatale, dépistage des fistules obstétricales ou autres morbidités obstétricales, promotion de l'accouchement institutionnel).

FIGURE 32 : MATERNITÉ SONUB ET SON ENVIRONNEMENT



La maternité SONUB doit enfin définir et connaître son aire d'influence (cf. fiche technique n° 3) de manière à s'assurer - en lien avec le district sanitaire - que l'ensemble des femmes enceintes aient accès à ses services dans la zone des 2h de temps de voyage, qu'elles soient au minimum identifiées et bénéficient d'un plan d'accouchement prévoyant un moyen d'évacuation sanitaire en cas de survenue d'une complication obstétricale ou néonatale.

1.3 Définition d'un référentiel national pour les maternités SONUB

Au-delà du cadre proposé par cette fiche technique, il est difficile de proposer une norme internationale pour les maternités SONUB qui s'adapterait à tous les contextes. En conséquence, nous recommandons aux pays de **définir un référentiel SONUB national**.

Ce référentiel devrait préciser les missions, le plateau technique, l'organisation et les modalités de référence clinique des formations sanitaires périphériques (non SONU) vers les SONUB ou les SONUC et des SONUB vers les SONUC, ainsi que les modalités de monitoring de l'activité obstétricale et néonatale.

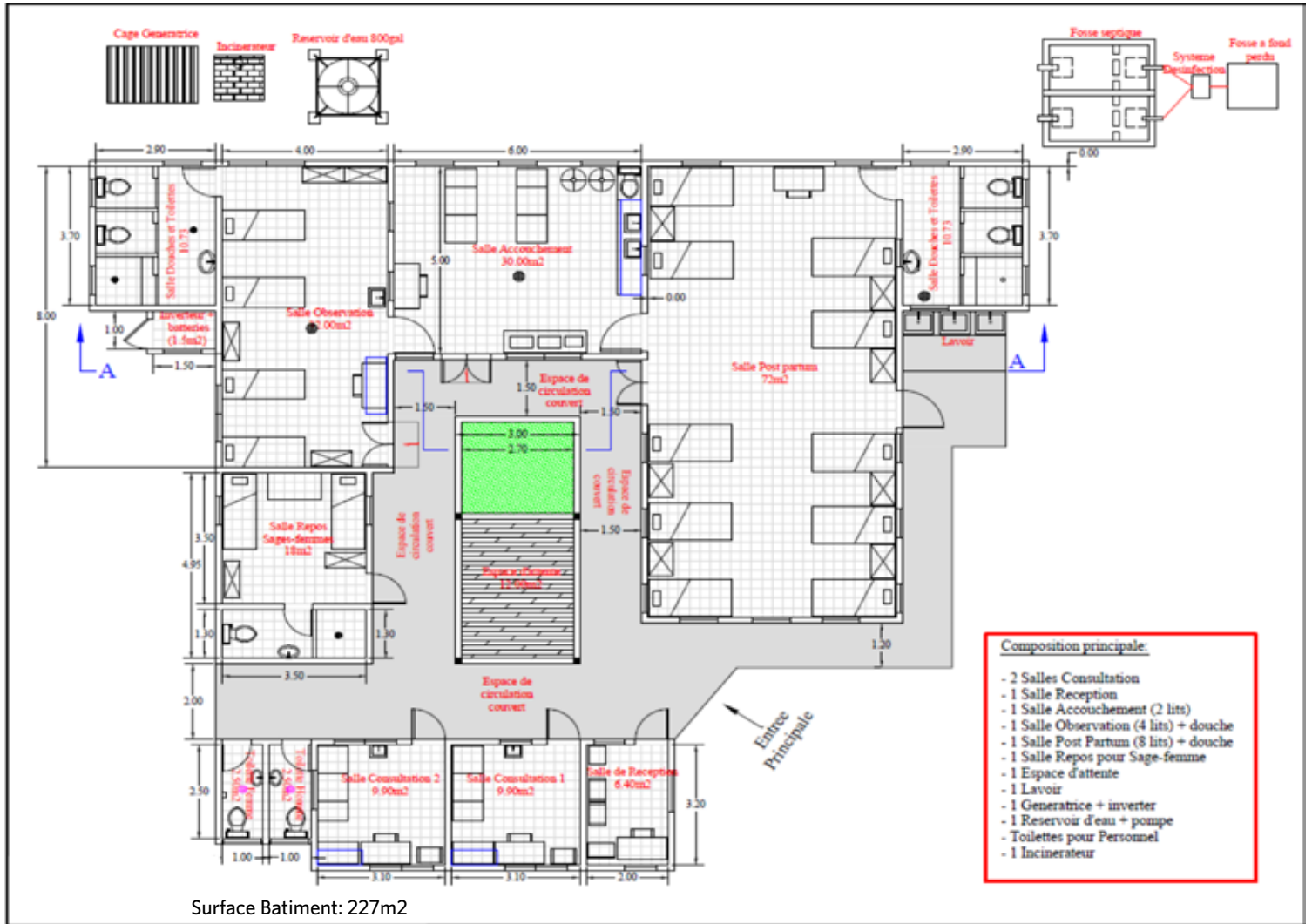
Il devrait également définir le nombre et la qualité du personnel travaillant dans une maternité SONUB pour assurer un service 24h/24 et 7j/7. Les ressources humaines affectées devraient également dépendre de l'activité obstétricale et des autres missions confiées aux maternités SONUB du pays. La question du nombre de sages-femmes requises par une maternité SONUB est cruciale pour planifier les besoins en ressources du réseau SONU.

En l'absence actuelle de recommandations claires au niveau international, à l'exception de la recommandation de la FIGO (cf. note ix), les pays devraient établir une norme nationale en fonction des deux questions suivantes :

- compte tenu des autres missions qui lui sont confiées au sein d'une maternité SONUB, combien d'accouchements maximum par mois une sage-femme devrait-elle faire ?
- quel est le nombre minimum de sages-femmes nécessaire à une maternité SONUB pour assurer des soins obstétricaux et néonataux 24h/24 et 7j/7 ?

Nous recommandons également aux pays de définir un **plan d'infrastructure type de SONUB au niveau national**, adapté aux missions du SONUB, qui optimise la fonctionnalité du cadre de travail du personnel. En Haïti, un architecte de l'UNOPS (Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets) mandaté par le Ministère de la santé a élaboré durant un an un tel plan en recherchant un consensus coût/fonctionnalité en concertation avec la Direction de la Santé de la Famille, la Direction de l'Organisation des Services de Santé, les associations professionnelles (obstétriciens et sages-femmes), des cadres des directions des départements sanitaires, l'UNFPA, l'OMS et l'UNICEF (voir Figure 33).

FIGURE 33 : PLAN-TYPE D'UNE MATERNITÉ SONUB. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. HAÏTI



Ce référentiel est très utile pour forger une vision nationale sur les maternités SONUB et intégrer un standard national SONU quel que soit la situation de la formation sanitaire dans la pyramide sanitaire, pour la planification des ressources et des infrastructures ainsi que pour organiser les évaluations/audits du réseau. En Haïti, le Ministère de la santé délivre des autorisations de réhabilitation ou de construction sur la base de ce modèle. Celui-ci doit bien évidemment s'adapter aux réalités de terrain, notamment les superficies disponibles en zone urbaine.

2. Fiche technique n° 2 : Liens de collaboration dans le réseau SONU

2.1. L'organisation du réseau SONU

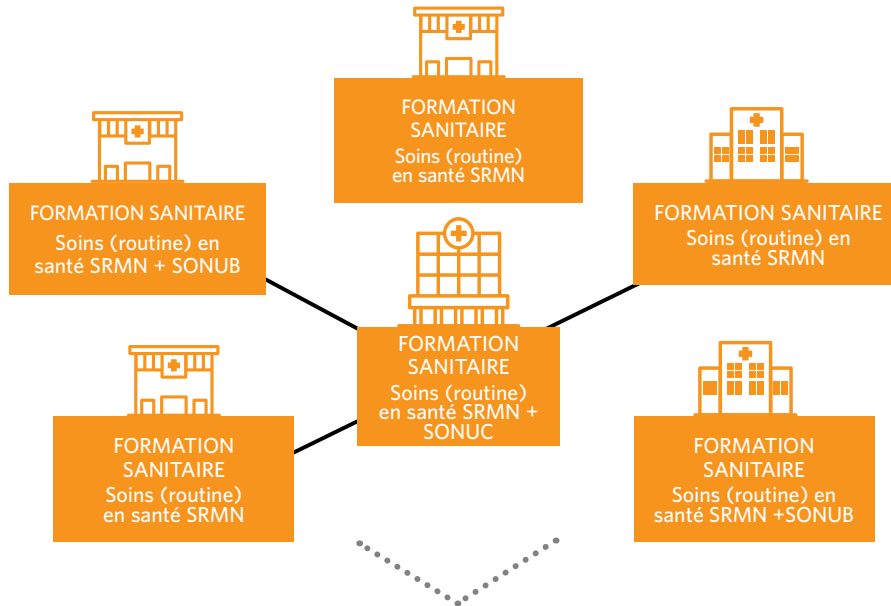
Comme déjà mentionné dans ce document, les maternités SONU devraient être organisées en réseau selon un système pyramidal classique. En assurant une bonne référence des urgences obstétricales et néonatales et un soutien technique au personnel, ce réseau doit avoir pour vocation de fournir à une majorité de femmes enceintes et de nouveau-nés la qualité de soin attendue par le Ministère de la santé du pays; elle même alignée sur les recommandations de l'OMS¹⁹. Cela requiert des références fonctionnelles pour les urgences obstétricales et néonatales et un soutien continu au staff des maternités.

Le facteur temps (second délai) représente un paramètre décisif dans la prise en charge des urgences obstétricales au niveau adéquat du réseau²⁰. Ce temps de référence dépend de l'état des routes, de l'accès aux moyens de transport et du nombre de formations sanitaires SONU qui assurent la couverture de la population. Et ce nombre lui-même dépend des ressources financières et humaines nécessaires à l'organisation d'un SONU (voir par exemple les ressources à consacrer à un SONUB dans la fiche technique n° 1).

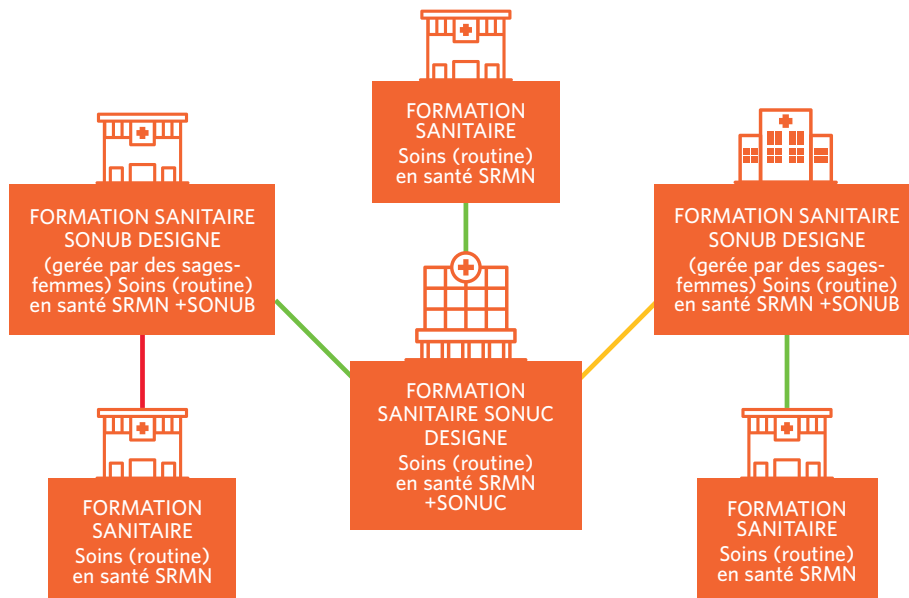
Il faut en conséquence trouver le bon compromis entre ces différents paramètres afin d'être en mesure d'atteindre l'objectif de développement durable 3.1 sur la réduction de la mortalité maternelle fixé par le pays. Cet exercice, décrit dans le chapitre 4 sur la priorisation, est décisif pour l'efficacité du réseau SONU. De l'ensemble des formations sanitaires, chaque pays doit faire émerger un système dans lequel se distinguent: (a) le niveau des formations périphériques réalisant encore des accouchements occasionnels ou à une faible fréquence, (b) les maternités SONUB réalisant des accouchements eutociques et urgences obstétricales et néonatales de base (premier niveau de référence faisant partie du système de santé primaire) et (c) les SONUC, qui en plus de réaliser les accouchements eutociques et des urgences de base, servent de référence pour les urgences complexes ou chirurgicales (second niveau de référence). Cette évolution est schématisée par la figure 34.

FIGURE 34 : ORGANISATION D'UN RÉSEAU DE MATERNITÉS DE RÉFÉRENCE SONU

D'un réseau SONU non-structuré...



A un réseau de formations sanitaires SONU désignées



LÉGENDE :

- Liens de référence sans obstacles majeurs et parcours en moins de 2h
- Liens de référence avec obstacles à adresser par le secteur santé et parcours entre 2-4h
- Liens de référence avec obstacles à adresser par d'autres secteurs et parcours en plus de 4h

2.2. Les références cliniques du SONUB vers le SONUC

Une fois le réseau SONU défini, il est recommandé de préciser vers quel SONUC une maternité SONUB donnée va préférentiellement référer ses urgences obstétricales. Ainsi, il sera possible de caractériser ce lien selon un certain nombre de paramètres dont l'information de base est la suivante :

- Temps d'évacuation SONUB/SONUC en saison sèche/en saison des pluies
- Moyen de locomotion habituellement utilisé
- Obstacles principaux identifiés qui freinent une évacuation sanitaire efficace (délai et qualité, barrière financière)
- Recommandations pour améliorer la situation.

Il est recommandé de définir la qualité du lien de référence par un code couleur simple, comme illustré par le tableau 4:

- « vert » pour une référence habituellement sans problème, réalisée en moins de 2 heures^{xviii};
- « orange » pour indiquer des difficultés de référence liées à des problèmes pouvant être résolus assez simplement, en général par le système de santé lui-même ou liées à une durée de référence entre 2 et 4 heures;
- « rouge » pour indiquer des problèmes de référence majeurs, en général liés à un temps de référence supérieur à 4 heures ou liés à des problèmes d'état des routes, de franchissement de rivières, qu'il est difficile de résoudre à moyen terme et qui implique souvent d'autres secteurs que la santé.

Ce code couleur permet d'établir une ligne de base sur la fonctionnalité de la référence au sein du réseau SONU. Trop de liens rouges signent un réseau peu fonctionnel. On peut ainsi assez facilement réaliser un suivi de l'évolution du réseau en mesurant la proportion de liens verts. Cette proportion doit tendre à augmenter. La proportion de liens verts entre les SONUB et le SONUC fournit une appréciation du fonctionnement du réseau des maternités SONU. Cet indicateur devrait être renseigné chaque année par les régions/provinces.

^{xviii} Dans certains pays, le réseau routier et les moyens de transports permettent de paramétrer le temps de référence à 1 heure de trajet. Dans les capitales, on retiendra souvent un temps de trajet de 20 minutes.

Cet outil a été utilisé par les pays qui ont mis en œuvre l'approche de développement SONU pour établir leur ligne de base du réseau. L'information permet aussi d'analyser l'occurrence des obstacles rencontrés pour améliorer les liens de référence. Dans de nombreux pays, la barrière financière que représente le coût de l'évacuation sanitaire pour les familles génère souvent un lien « orange », voire « rouge ». Cette situation impose une réponse de niveau national sur la prise en charge de ces références.

TABLEAU 4 : EXTRAIT DU DOCUMENT DE TRAVAIL D'UN GROUP DE TRAVAIL RÉGIONAL DE GUINÉE DURANT UN ATELIER DE PRIORISATION SONU EN 2018.

SONUC	SONUB	Délai saison sèche	Délai saison des pluies	Moyen de locomotion principal	Coût estimé de l'évacuation sanitaire	Obstacles	Recommandations
SONUC 1	SONUB 1	4 H	6 H	Ambulance, Taxis brousse	50,000 CFA	Mauvais état des pistes, distance (87 km), problèmes socio-culturels	Subvention pour les pauvres, , mettre en place des mutuelles de santé, implication des personnes nanties ou de bonne volonté
SONUC 2	SONUB 2	2 H	2,5 H	Taxi	30,000 CFA	Mauvaise gestion de l' l'ambulance et difficulté de prise en charge financière des femmes pour le transport	Assurer une meilleure gestion de l'ambulance, mettre en place des mutuelles de santé
	SONUB 3	3 H	4 H	Taxi	30,000 CFA	Mauvais état de la et difficulté de prise en charge financière des femmes pour le transport	Mettre en place des mutuelles de santé

La qualité du lien de référence entre le SONUB et son SONUC peut également être appréciée au vu de la qualité de la contre-référence du SONUC vers le SONUB.

2.3 Les références cliniques des formations sanitaires périphériques vers le SONUB ou SONUC

La connaissance de la fonctionnalité des liens en périphérie du système entre les formations sanitaires et leur SONUB ou SONUC de référence reste à développer dans la plupart des

pays. On peut utiliser les mêmes outils pour décrire ces liens que ceux utilisés pour décrire les liens SONUB/SONUC. L'outil AccessMod permet d'établir l'aire d'influence (ou bassin de population) des SONUB.

Cette information devrait permettre au district sanitaire et au SONU d'estimer de manière plus précise la population de cette aire d'influence en s'affranchissant des délimitations administratives, commodités d'utilisation, mais souvent trop théoriques. Il est généralement bien plus réaliste de considérer un temps de parcours plutôt qu'une distance pour délimiter une aire d'influence car les contraintes de voyage (par ex. présence et état des routes, barrières telles que les rivières, relief) peuvent faire varier très fortement les temps de trajet et d'accès aux formations sanitaires.

Une fois l'aire d'influence des maternités SONUB/SONUC définie, il est alors possible d'estimer la population en dehors de cette zone mais aussi la population habitant dans la zone des 2h de temps de voyage du SONU mais n'utilisant pas la maternité SONUB/SONUC. Ces informations devraient permettre de définir des actions pour améliorer la couverture des populations par les SONU (sensibilisation des populations et des leaders communautaires, plan d'accouchement identifiant un moyen d'évacuation sanitaire, maison d'attente, amélioration des relations entre le personnel de la formation sanitaire et la population, etc.).

2.4 L'organisation des appuis techniques dans le réseau SONU

Dans le réseau, le personnel le plus qualifié devrait participer à la formation continue et au conseil technique du personnel moins qualifié (ou moins spécialisé). Nous suggérons d'organiser des roulements de personnel entre chaque maternité SONUC et ses partenaires SONUB. Par exemple, une sage-femme d'un SONUB apprendra en séjournant dans un SONUC à connaître un autre environnement de travail, à améliorer ses pratiques mais aussi à nouer des liens professionnels utiles. Ainsi, de retour dans son SONUB, elle devrait par exemple être plus en confiance pour téléphoner à l'équipe du SONUC et leur demander un conseil à distance ou organiser une référence (et recevoir ultérieurement une contre-référence). Inversement, une sage-femme travaillant dans un SONUC aura avantage à séjourner dans un SONUB partenaire pour en comprendre les réalités (et contraintes) et transmettre à ses collègues des pratiques apprises dans son SONUC.

De la même manière, le personnel qualifié de la maternité SONU(B) doit être en mesure de réaliser des appuis techniques en santé de la reproduction pour le personnel en périphérie moins qualifié.

3. Fiche technique n° 3 : Systèmes d'Information Géographique et modélisation de l'accessibilité (outil AccessMod)

3.1. La géographie et les Systèmes d'information Géographique en santé publique

La géographie est une dimension importante. Elle est présente au travers de toutes les fonctions que la santé publique couvre : (1) la formulation de politiques publiques conçues pour résoudre les problèmes de santé locaux et nationaux qui ont été identifiés et priorisés; (2) assurer que toutes les populations ont accès à des soins appropriés, y compris des services de promotion de la santé et de prévention des maladies;)3) l'évaluation et le suivi de la santé des communautés et des populations à risque pour identifier les problèmes et priorités sanitaires.

La géographie offre également une « plate-forme » neutre pour l'intégration, la visualisation et l'analyse de données provenant de différentes sources. La prise de décisions basée sur la géographie est donc une approche plus systémique pour résoudre les problèmes de santé publique.

Les Systèmes d'Information Géographique (SIG) sont des outils informatiques qui permettent de rassembler, organiser, gérer, visualiser, et analyser les informations localisées géographiquement. Leurs applications dans le domaine de la santé publique en général, et le domaine de la santé maternelle en particulier, sont nombreuses^{21,22}: cartes thématiques montrant la distribution géographique d'indicateurs, localisations des structures sanitaires, analyses spatiales croisées entre données provenant de la santé et d'autres domaines (par ex. planification territoriale, environnement, infrastructures), modélisation des risques épidémiologiques, modélisation de l'accessibilité.

Afin de pouvoir bénéficier de la géographie et des SIG, les Systèmes d'Information Sanitaire (SIS) mis en œuvre dans les pays doivent tout d'abord intégrer de façon efficace les dimensions spatiales (géographie) et temporelles (temps)^{21,22,23}. Cette intégration se fait au travers de différentes actions^{22,23} comprenant l'établissement d'un registre unique, officiel, centralisé, standardisé, complet et mis à jour des structures sanitaires et autres objets géographiques clefs observés dans le pays²⁴. Afin de pouvoir être utilisé dans un SIG et soutenir une bonne gestion des données, un tel registre doit également contenir un code d'identification unique et la localisation géographique (latitude et longitude) pour chacune des structures sanitaires qui le composent^{24,25}.

La mise en œuvre du développement d'un réseau national de maternités de référence peut grandement bénéficier de l'apport des SIG et d'outils de modélisation de l'accessibilité

comme AccessMod, et ceci dans les différentes phases de mise en œuvre. Nous abordons ci-dessous les bénéfices de l'utilisation de cet outil en lien avec ces différentes phases et donnons nos recommandations d'application à ce sujet.

3.2. Modélisation de l'accessibilité géographique : outil AccessMod

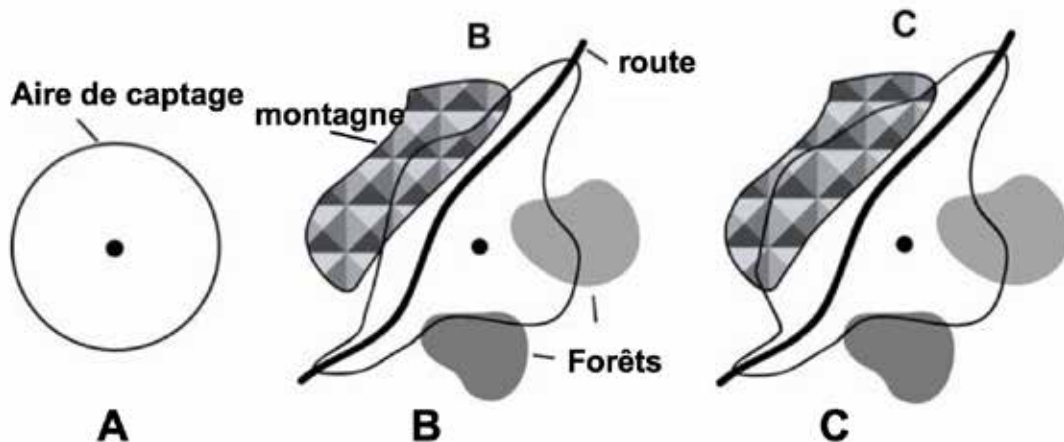
L'accessibilité géographique (ou accessibilité physique) peut être définie comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut accéder physiquement aux services de santé dont elle a besoin. Bien que les barrières physiques puissent être très importantes dans certaines régions, il est important de se rappeler que d'autres facteurs peuvent venir conjointement limiter (ou faciliter) l'accès aux soins, notamment la présence (ou l'absence) de barrières économiques, culturelles, et autres.

Une modélisation réaliste de l'accessibilité géographique à un réseau de structures sanitaires est centrale pour la compréhension de l'étendue de la couverture de la population et de la mise en évidence des zones et populations adéquatement desservies. Un modèle d'accessibilité est également important pour modéliser les temps des parcours entre localisation, et particulièrement lorsqu'on s'intéresse à la référence entre structures sanitaires en cas de complications lors de l'accouchement par exemple.

Un concept central à la modélisation de l'accessibilité est celui de l'aire d'influence (ou aire de captage) autour d'une structure sanitaire. Cette aire est censée contenir la population dont on fait l'hypothèse qu'elle peut avoir accès physique à la structure. Beaucoup d'études et d'analyses utilisent encore soit une aire d'influence circulaire (par ex., avec un rayon de 5km), soit une aire correspondante au district sanitaire que la structure est censée couvrir avec ses services. Cette façon de procéder peut mener à des erreurs et à de grande sous- ou surestimations de la population ayant effectivement un accès physique à la structure pour un temps donné. Comme l'illustre la Figure 35 ci-dessous, les contraintes de mouvement (par ex. zone montagneuse, forêts, rivières, zones infranchissables), les facilitateurs de mouvements (par ex. réseau routier), et les moyens de transport (par ex. marche et/ou véhicule motorisé) peuvent conjointement produire une aire d'influence effective dont la forme et la surface peuvent être extrêmement différentes d'une zone circulaire, lorsqu'on définit l'aire d'influence avec un temps de parcours maximum (par ex. 2 heures)²⁶.

On préférera donc une approche basée sur le temps de parcours, plutôt que sur la distance, pour estimer de manière réaliste quel pourcentage de la population a un accès physique théorique au réseau.

FIGURE 35 : DIFFÉRENTES MODÉLISATION D'UNE AIRE DE CAPTAGE AUTOUR D'UNE STRUCTURE SANITAIRE (POINT NOIR)



Légende : A) Cercle à une distance donnée. B) Prise en compte des contraintes des mouvements des patients (routes, forêts, montagne, etc...) définissant un bassin plus réaliste pour un temps donné. C) Prise en compte additionnelle de la direction de voyage (en direction d'une structure sanitaire) par laquelle la vitesse de voyage à pied ou à vélo peut changer en fonction de la pente du terrain.

L'outil AccessMod^{xix} (version 5) permet de modéliser l'accessibilité physique en prenant en compte la répartition de la population, la disponibilité des services et les contraintes de déplacement de manière réaliste. AccessMod 5 est un outil libre d'accès, gratuit et open-source qui a été initialement développé par l'OMS en 2005 et qui est maintenant maintenu par le groupe *GeoHealth* de l'Université de Genève^{xx}, en collaboration avec le Health GeoLab Collaborative^{xxi}. AccessMod est développé sous la forme d'une machine virtuelle qui peut tourner sous différentes plateformes (Windows, Linux, Mac), et peut être utilisé conjointement avec n'importe quelle application SIG (par ex. QGIS, ESRI ArcGIS, etc.).

AccessMod est composé de cinq fonctions principales qui permettent d'obtenir les résultats suivants :

- **Analyse d'accessibilité :** modèle l'accessibilité physique aux structures sanitaires, c'est-à-dire la possibilité qu'a la population cible d'atteindre le service de santé le plus proche en un temps donné (et cela en considérant des scénarios de voyage pouvant combiner la marche, le vélo, ou les véhicules motorisés, avec des vitesses définies par l'utilisateur, et considérant les contraintes physiques de mouvement telles que rivières, forêts, montagnes, routes, zones difficiles d'accès, etc.).

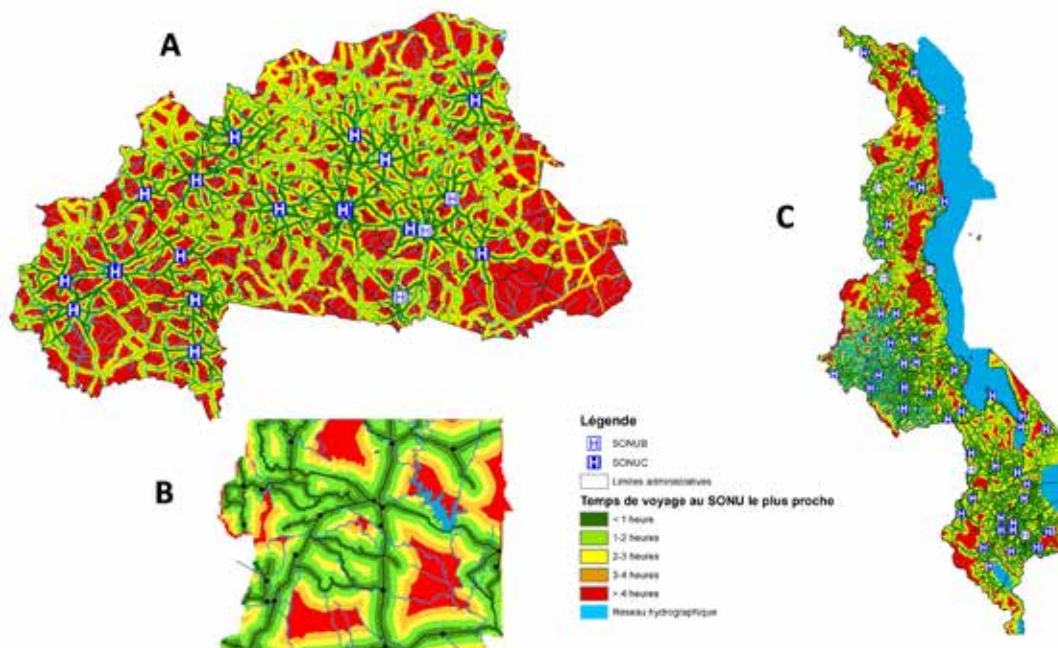
xix Software download, user guide and tutorial are available at: <http://accessmod.org>

xx EnviroSPACE Lab / Institute for Environmental Sciences, <http://www.unige.ch/enviroSPACE>

xxi Health Geolab Collaborative, <http://www.healthgeolab.net/>

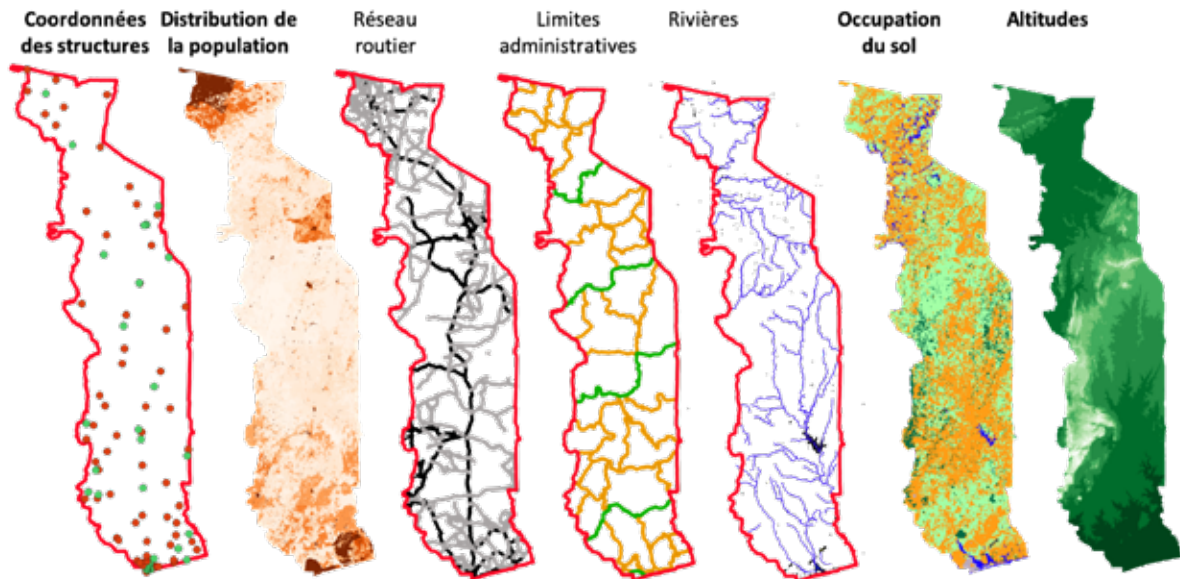
- Analyse de couverture géographique : modèle l'accessibilité en prenant également en compte la disponibilité des services (ou la capacité des structures sanitaires à prodiguer les soins, par exemple en termes de nombre de lits, du nombre de personnel qualifié, etc.). Le résultat est la localisation de la population qui peut en même temps atteindre la structure sanitaire la plus proche en un temps maximum choisi (par ex. 2 heures), mais jusqu'au nombre en mesure d'être pris en charge par la structure sanitaire.
- Statistiques zonales : permet d'obtenir le pourcentage de la population totale qui a accès au réseau de structures sanitaires en un temps de voyage maximum donné. Ces pourcentages peuvent être obtenus également par sous-unité administrative.
- Analyse de la référence : permet de calculer les temps de voyage et les distances entre différents types de structures sanitaires (par ex. entre SONUB et SONUC).
- Scénarios de mise à l'échelle : identifie les localisations optimales de nouvelles structures sanitaires de façon à optimiser la couverture de la population avec le réseau mis à l'échelle, et ceci basé sur un scénario de priorisation défini par l'utilisateur.

FIGURE 36 : DIFFÉRENTS RÉSULTATS DE MODÉLISATION DE L'ACCESSIBILITÉ PHYSIQUE OBTENUS AVEC ACCESSMOD : A) BURKINA FASO B) RÉGION DU TOGO C) MALAWI^{27,28,29}



Il est important de noter qu'AccessMod doit utiliser un certain nombre de jeux de données géo spatiales pour la modélisation, résumés dans la Figure 37.

FIGURE 37 : DONNÉES GÉOSPATIALES EN ENTRÉE D'ACCESSMOD POUR MODÉLISER L'ACCESSIBILITÉ PHYSIQUE, LA COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE, ET LA RÉFÉRENCE.



AccessMod a déjà été appliqué dans une vingtaine de pays et rencontre un intérêt croissant des pays, particulièrement pour l'instant en Afrique et en Asie. Les avantages de son application ont été liés non seulement à l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé, mais également à l'amélioration de la qualité des jeux de données géographiques et de la capacité des acteurs à utiliser les approches SIG et l'analyse au-delà de la simple cartographie thématique. L'utilisation d'AccessMod contribue également à la mise en œuvre des ODD 3.7 et 3.8, ainsi qu'à celle des indicateurs de couverture de service qui font partie de la liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base de l'OMS.³⁰

3.3. SIG et AccessMod - applications au processus d'appui au développement du réseau de maternités SONU

Besoin en données et informations clés pour l'utilisation des SIG et d'AccessMod

Le processus d'appui au développement du réseau de maternité SONU doit pouvoir s'appuyer sur des données et informations clés récentes et de qualité. Ceci est particulièrement important pour permettre une utilisation effective d'un SIG et d'AccessMod.

Même si une partie de ces données et informations peuvent être récoltées durant la phase de plaidoyer (voir section suivante), il est important de s'assurer que les dimensions géographiques et temporelles sont correctement capturées dans chaque enquête conduite sur le terrain avant le début du processus, en particulier lors des enquêtes SONU. Les personnes concernées peuvent s'appuyer sur l'existence d'un guide traitant de ce sujet³¹.

Afin de pouvoir effectuer une analyse de l'accessibilité réaliste, les enquêtes SONU devraient également récolter les informations suivantes pour chacun des centres de soin couverts par l'enquête:

- la présence sur le site d'un moyen de télécommunication en état de fonctionnement (téléphone fixe ou portable)
- la disponibilité d'un véhicule motorisé en état de fonctionnement en cas de référence.

Utilisation des SIG et d'AccessMod dans la phase de plaidoyer

Durant la phase de plaidoyer (cf. Chapitre 1), l'utilisation des SIG peut venir en soutien au plaidoyer principalement par l'utilisation de cartes thématiques illustrant la situation actuelle du développement des SONU (par exemple localisation géographique des centres SONU, ratio du nombre de SONU / population et par unité administrative, répartition de la population). Ce plaidoyer est également une occasion de mettre en avant de manière positive les efforts faits en matière de SIS national, mais également de mettre en lumière les lacunes potentielles (le registre des structures sanitaires/ SONU est-il exhaustif? La localisation de ces structures est-elle exhaustive? Est-ce qu'une codification unique et logique des structures est utilisée?). Une sensibilisation à l'importance de la composante géographique pour le développement du réseau des maternités SONU, et notamment l'accessibilité physique et la couverture de la population, viendra naturellement compléter le plaidoyer. On pourra montrer quelques exemples d'autres pays (par ex. le Burundi, le Bénin, la Guinée, Madagascar, le Sénégal, le Soudan, le Togo) plus avancés dans le processus et comment ces pays ont pu bénéficier du SIG pour les phases de priorisation, de planification et d'optimisation de leurs réseaux SONU.

La présence d'un expert SIG n'est pas indispensable pour cette phase, dans l'hypothèse où le présentateur peut maîtriser les concepts de base des approches géographiques et présenter de manière informée les exemples des autres pays.

Utilisation des SIG et d'AccessMod dans la phase de conception

La phase de conception (cf. Chapitre 2) implique typiquement un plus grand nombre de partenaires lors d'un atelier national qui permet de structurer, par consensus, la mise en œuvre de l'amélioration du réseau SONU.

Il est particulièrement utile qu'un expert SIG connaissant AccessMod puisse participer à un tel atelier, avec les buts suivants :

- Présenter les concepts des SIG et l'importance de la considération de la dimension géographique et de l'accessibilité physique pour la planification du réseau SONU.
- Présenter plusieurs exemples dans d'autres pays, les avantages qu'ils ont obtenus et les obstacles auxquels ils se sont heurtés.
- Faire une évaluation de l'état d'avancement du SIS national, des compétences SIG présentes au Ministère et chez ses partenaires, et de la disponibilité/accessibilité des données géospatiales nécessaires pour modélisation de l'accessibilité. Le but principal étant d'identifier dans le pays quelques personnes compétentes en SIG et motivées par l'apprentissage de nouveaux outils, afin de participer pleinement à la modélisation dans les phases suivantes.
- Mener si besoins des réunions bilatérales avec les fournisseurs des données (par ex. cadastre, planification, bureau géomatique, Universités).

Si les coordonnées géographiques des SONU fonctionnels et potentiels, ainsi que les données géospatiales pour le pays (et particulièrement le réseau des routes), sont disponibles avant l'atelier de la phase de conception, il est conseillé d'envisager de faire des analyses préliminaires d'accessibilité (en utilisant AccessMod) à montrer pendant l'atelier. L'expérience a démontré que les participants sont alors plus impliqués pour discuter des enjeux de l'accessibilité dans le pays, et ils peuvent mieux comprendre l'intérêt d'incorporer la dimension géographique dans la phase suivante de la priorisation. Cependant, il est alors très important de faire comprendre que les résultats de l'accessibilité sont très préliminaires, et qu'une concertation future avec les experts de la santé maternelle d'une part, et les experts des données géospatiales du pays d'autre part, est absolument nécessaire pour affiner les valeurs des paramètres des scénarios de déplacement.

Utilisation des SIG et d'AccessMod dans la phase de priorisation et carte SONU

Un des extrants principaux de la phase de priorisation (cf. Chapitre 3) est la carte des structures sanitaires (par exemple les maternités SONU potentielles identifiées dans les enquêtes des besoins en SONU) à prioriser selon certains critères. Un des deux critères principaux, à savoir le nombre d'accouchements institutionnels potentiel, dépend fortement du bassin de population existant autour de la structure sanitaire. Comme nous l'avons vu plus haut, obtenir un bassin de population réaliste est extrêmement important. C'est donc dans cette phase (et en préparation de celle-ci) que l'utilisation des outils SIG/AccessMod s'avère particulièrement utile et informative.

En plus du critère lié à la population dans le bassin de population, il est possible de modéliser les temps de références entre structures sanitaires avec l'outil AccessMod lorsqu'il n'existe pas, ou de manière non exhaustive, une connaissance empirique des temps de référence effectifs entre structures. A noter que ces temps de référence effectifs sont cependant toujours préférés aux temps de référence modélisés, car ils prennent en compte les contraintes de voyage souvent très locales, et parfois même des effets saisonniers (par ex. saison humide / saison sèche).

Les résultats de la modélisation de l'accessibilité doivent être obtenus avec les meilleures données géospatiales à disposition et avec, idéalement, une concertation préliminaire des experts locaux (e.g. professionnels de santé des régions) concernant les scénarios des voyages typiques (moyens de transports, vitesse de transport sur les différents types de routes et occupation du sol, etc.). Il est donc recommandé qu'un atelier dédié à la préparation des données SIG et de la modélisation de l'accessibilité soit mené avant l'atelier de priorisation. Faute de pouvoir mener un tel atelier, l'alternative est de demander à un consultant national ou international opérationnel avec l'outil AccessMod de produire ces résultats. L'avantage d'un atelier AccessMod dans le pays est qu'il peut aussi être l'occasion de former quelques experts techniques nationaux sur l'outil, qui pourront alors soutenir les ateliers de priorisation.

La présence d'experts SIG/AccessMod pendant les ateliers est importante car elle permet de produire des cartes, scénarios alternatifs, et représentations cartographiques très rapidement pendant l'atelier. Cela permet d'informer au mieux les discussions et scénarios envisagés par les participants.

Le SIG et le système d'information sanitaire (SIS) dans les phases de mise en œuvre du réseau

Les phases de mise en œuvre concernent la collecte de données, leurs analyses, et l'élaboration de la riposte (cf. Chapitres 4, 5, 6). Dans ces différentes phases, le SIG vient naturellement en support au travers de cartes thématiques permettant de visualiser les différentes données de la fiche de monitoring au niveau des structures sanitaires. Ces cartes peuvent faciliter une comparaison entre structures sanitaires et entre unités administratives, tout en mettant en évidence des tendances temporelles lorsque des données provenant de monitorings successifs sont disponibles.

Avec ces données, il peut également être très utile de mettre à jour les résultats d'analyses d'accessibilité régulièrement. Cela serait particulièrement informatif lorsque le nombre de formations SONU change, ou lorsque de nouveaux scénarios de mise-à-l'échelle sont envisagés. Certaines contraintes de mouvement peuvent aussi changer au cours du temps, comme par exemple le réseau des routes, les moyens de transport, la répartition de la population, la saison, etc. Les effets de ces changements sur les statistiques liées à l'accessibilité et la couverture de la population pourraient alors être modélisés.

C'est également dans cette phase de mise en œuvre que le lien entre le SIS national, les données géospatiales à disposition pour les analyses, et les données SONU doit être assuré et optimisé. Il faut d'une part s'assurer que les analyses utilisent les données géospatiales les plus à jour possibles, mais également que les données clés issues de chaque campagne de monitoring puissent être stockées de manière standardisées dans le SIS.

4. Fiche technique n° 4 : Fiche de monitoring des services en santé RMN dans les formations sanitaire SONU- modèle standard

La fiche de monitoring présentée ci-dessous doit servir de modèle qu'il s'agit d'adapter à chaque contexte lors d'un atelier national pour les pays qui décident de suivre les indicateurs clés en SRMN dans le réseau SONU désigné. Ce modèle a été développé sur base des fiches de monitoring d'Haiti, Togo, Madagascar, Guinée, et Bénin. La fiche de monitoring doit faire au maximum 1 page et les éléments 1.1 à 1.9, 2.1, 2.9, 4, 7, 8.1 à 8.9, 11.1 à 12.2 ne peuvent être modifiés. Une fois validée par le Ministère de la Santé, chaque élément de la fiche de monitoring doit être clairement définis. L'équipe d'appui nationale doit élaborer un document de description de la fiche et le disséminer aux équipes régionales/districts et des formations sanitaires. Ces définitions doivent être utilisées par les équipes d'appui pour collecter des données de qualité sur chaque élément de la fiche. Un point focal au niveau national devrait être disponible, surtout durant les périodes de monitoring, pour répondre aux questions relatives à ces définitions.

FIGURE 38 : FICHE DE MONITORING DES SERVICES EN SANTÉ REPRODUCTIVE, MATERNELLE, ET NEONATALE DANS LES FORMATIONS SANITAIRE SONU- MODÈLE STANDARD

niveau des formations sanitaires SONU

Nom Formation Sanitaire (FS) :		Identifiant FS :		Population (aire d'influence):								
Région :		District:		Date de la collecte :		Type : SONUB/SONUC		Trimestre collecté :		Année de collecté :		
1	Les fonctions SONU ont-elles été réalisées au cours des 3 mois précédents ?	<i>Oui</i>	<i>Non*</i>	2	Disponibilité d'autres services SMN au cours des 3 mois précédents	<i>Oui</i>	<i>Non *</i>					
1.1	Administration d'antibiotique par voie parentérale			2.1	Prise en charge obstétricale 24h/24h et 7j/7							
1.2	Administration d'ocytocique par voie parentérale (ocytocine)			2.2	Utilisation systématique du partogramme							
1.3	Administration d'anticonvulsivant par voie parentérale (sulph. mg)			2.3	GATPA							
1.4	Extraction manuelle du placenta			2.4	Service ETME/Syphilis/VIH selon protocole							
1.5	Evacuation de débris intra utérin (AMIU, curetage)			2.5	Prise en charge GBV selon protocole							
1.6	Accouchement par voie basse avec assistance Instrumentale (ventouse)			2.6	Vaccination BCG, Polio 0 pour le nouveau-né							
1.7	Réanimation néonatale de base (avec ballon et masque)			2.7	Service pour nouveau-né malade							
1.8	Réalisation de césarienne			2.8	Nombre de nouveau-né avec examen dans 48h							
1.9	Réalisation de transfusion sanguine			2.9	Nombre de réanimations néonatales de base							
<p>* Si Non, préciser la ou les causes parmi les raisons ci-après (1 à 7) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problème de disponibilité des ressources humaines : Insuffisance (ou absence totale) des professionnels de santé; 2. Problème de formation : Personnel non formé pour exécuter cette fonction ; 3. Problème d'équipements / matériel / médicaments : non disponibles, ou non utilisables, 4. Problème de politique/procédures : La politique sanitaire ou le niveau de l'établissement n'en permet pas la pratique ; 5. Problèmes de gestion : manque de supervision, chaîne de froid, autres ; 6. Pas d'indication : aucun cas ne s'est présenté au cours de cette période nécessitant l'exécution de cette fonction ; 7. Autres (préciser, au dos de la feuille si besoin) 												
3	Disponibilité de médicaments traceurs durant le trimestre enquêté pour les SONU (mettre Oui ou Non dans la case correspondante)											
	Ocytocine	Misoprostol	Sulphate Magnésium	Métronidazole injectable	Kit césarienne							
4	Nombre de personnel clé travaillant dans maternité (mettre le nombre disponible ou 'ND')			Obstétricien	Chirurgien	Anesthésiste	Médecin	Sage-femme	Infirmier(e)			
5	Au moment de la visite, la FS dispose de (entourer la réponse)			Eau Oui Non		Electricité Oui Non		Laboratoire adapté aux besoins Oui Non		Ambulance en marche Oui Non		
6	Autres services santé de la reproduction				Nbre de cas		Autres services santé de la reproduction				Nbre de cas	
6.1	Nombre de femmes quittant la maternité avec une contraception						6.3		Nombre d'implants posés			
6.2	Nombre de dispositifs intra-utérin (DIU) posés						6.4		Nombre de soins post-avortement			
7	Nombre d'accouchements dans la FS au cours du trimestre			# Total		Voie vaginale		césarienne		Cas référés		
						sans ventouse avec ventouse						
8	Complications obstétricales directes			Nombre de cas		Nombre de décès		Nombre de décès notifiés		Nombre de décès revus		
				Pris en charge Référé								
8.1	Hémorragie ante partum											
8.2	Hémorragie post partum											
8.3	Rupture utérine											
8.4	Pré éclampsie sévère ou éclampsie											
8.5	Infection sévère du post-partum											
8.6	Travail prolongé ou dystocies											
8.7	Complications de l'avortement											
8.9	Autres complications obstétricales directes											
9	Complications indirectes											
10	Décès maternels de causes inconnues ou non-précisées											
11	Complications néonatales			Nombre de cas		Nombre de décès		Nombre de décès notifiés		Nombre de décès revus		
				Pris en charge Référé								
11.1	Asphyxie											
11.2	Détrresse respiratoire											
11.3	Petit poids de naissance (≤ 2500g)											
12.1	Décès néonataux précoces (≥24H et ≤2500g)											
12.2	Décès néonataux très précoces (≤24H et ≥2500g)											
13.1	Appui aux FS périphériques en SRMN (oui / non)			13.2		Activités de sensibilisation communautaire en SRMN (oui / non)						

Elaboré par :Approuvé par : Date d'approbation:

5. Fiche technique n° 5 : Analyse des données du réseau SONU et tableaux de bord d'analyse national et régional

5.1 Contrôle de la qualité des données du réseau SONU

Comme décrit au Chapitre 8, la première étape de la phase d'analyse à tous les niveaux du système de santé consiste à vérifier la qualité des données récoltées par le biais de la fiche de monitoring. Nous recommandons de procéder aux vérifications suivantes à chaque niveau du système de santé - au niveau de la formation sanitaire par une vérification des fiches de monitoring et aux niveaux district / régional et national par une vérification de la base de données SONU :

- 1) Vérification de la complétude des données: l'ensemble des éléments de la fiche sont-ils remplis?
- 2) Vérification de la validité des données: chaque élément de la fiche de monitoring est-il respecté en termes de format, de type de données, et de valeur conformément à sa définition?
- 3) Vérification de la cohérence des données (avec le concept de maternités de référence SONU - cf. fiche technique n° 1) - nous recommandons particulièrement les vérifications suivantes:
 - a) Cohérence entre l'activité obstétricale de la formation sanitaire et le nombre minimum d'accouchement défini dans le référentiel national SONU (par exemple, le référentiel SONUB du Togo définit qu'un SONUB doit au minimum réaliser 30 accouchements par mois). Si la formation sanitaire a une trop faible activité obstétricale, son statut de maternité de référence SONU devrait être reconsidéré notamment en analysant son aire de captage potentielle;
 - b) Cohérence entre les fonctions signalétiques indiquées comme réalisées durant les trois derniers mois et l'activité obstétricale ou néonatale correspondante : par exemple, si une fonction signalétique est indiquée comme réalisée (p.ex. « oui » pour la fonction « accouchement assisté par ventouse ») mais que l'activité obstétricale correspondante (p.ex. « nombre d'accouchements par voie vaginale avec ventouse dans la formation sanitaire au cours du trimestre ») est nulle, alors la fonction signalétique n'a pas été réalisée. Des exemples additionnels de vérification de cohérence est disponible dans le tableau 5;
 - c) Cohérence entre les fonctions signalétiques indiquées comme réalisées durant les trois derniers mois et les intrants correspondants : si une fonction signalétiques est indiquée comme réalisée (p. ex. « oui » pour la fonction « administration d'anticonvulsants par voie parentérale ») mais que l'intrant correspondant (p.ex.

« sulfate de magnésium ») n'est pas disponible, alors la fonction signalétique n'a pas été réalisée. Des exemples additionnels de vérification de cohérence est disponible dans le tableau 5;

- d) Cohérence entre le concept de maternité de référence SONU relatif à une ouverture 24h/24 et 7j/7 et le nombre minimum de personnel qualifié pour la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat (équipe de sage-femme, médecin, infirmier) tel que défini dans le référentiel national SONU pour l'offre de soins 24h/24 et 7j/7.

Ces analyses peuvent être réalisées en utilisant un logiciel statistique, l'outil DHIS2, ou l'outil d'analyse du réseau SONU développé par la Division technique de l'UNFPA (outil Excel automatisé développé en complément de ce guide et disponible sur le site internet de l'UNFPA).

TABLEAU 5 : EXEMPLES DE VÉRIFICATION DE LA COHÉRENCE DES DONNÉES - UTILISATION DES FONCTIONS SIGNALÉTIQUES SONU

Fonctions signalétiques SONU	Vérifications croisées: disponibilité		Vérification de l'utilisation: nombre de cas pris en charge
	Disponibilité des médicaments essentiels	Disponibilité des équipements	
Administration parentérale d'antibiotiques	Ampicilline et Métronidazole et Gentamicine (ou protocole national) durant les 3 derniers mois		
Administration d'utérotoniques	Ocytocine durant les 3 derniers mois		Nombre d'hémorragie >0
Administration parentérale d'anticonvulsivant	Sulfate de magnésium durant les 3 derniers mois		Nombre de (pré) éclampsie >0
Révision utérine			
Evacuation produits utérins	Mifépristone et Misoprostole (ou protocole national)	Kit d'Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU)	Nombre de femmes recevant des soins post avortement >0
Accouchement assisté par ventouse (ou forceps)		Ventouse	Nombre d'accouchement réalisé avec ventouse >0
Réanimation néonatale (avec ballon et masque) de base		Ballon et masque pour nouveau né	Nombre de réanimation néonatale >0
Intervention chirurgicale (Césarienne)			Nombre de césarienne >0
Transfusion sanguine	Produits sanguins		Nombre d'hémorragie >0

5.2 Indicateurs clés en santé maternelle et néonatale pour l'analyse et le suivi du développement du réseau SONU

Les indicateurs d'analyse à utiliser au niveau national et aux niveaux régional/de district devraient être définis lors de l'atelier national de conception (cf. Chapitre 2) sur base des données définies dans la « fiche de monitoring ». Nous recommandons d'utiliser les indicateurs clés en santé maternelle et néonatale suivants aux niveaux national et régional/ de district pour l'analyse de situation, la phase d'analyse et le suivi du développement du réseau SONU:

TABLEAU 6 : INDICATEURS CLÉS EN SMN DANS LES FORMATIONS SANITAIRES SONU

INDICATEURS CLÉS	CIBLES RECOMMANDÉES
1. Nombre de formations sanitaires SONUC fonctionnelles (fonctionnel = pas de déficit pour les 9 fonctions signalétiques <u>et services maternels et néonatals disponible 24h/7j</u>).	Au maximum 5 SONU dont au moins un SONUC pour 500 000 habitants
2. Nombre de formations sanitaires SONUB fonctionnelles (fonctionnel = pas de déficit pour les 7 fonctions signalétiques <u>et services maternels et néonatals disponible 24h/7j</u>).	
3. Proportion des maternités SONU fonctionnelles: - Numérateur = nombre de maternités SONU fonctionnelles; - Dénominateur = nombre de maternités SONU désignées dans l'aire considérée (dans le ou les cycles de programmation)	Au moins 80% des maternités SONU planifiées doivent devenir fonctionnelles dans le ou les cycles de programmation considérés
4. Proportion des accouchements attendus réalisés dans les maternités SONU fonctionnelles: - Numérateur = nombre d'accouchements réalisés dans les maternités SONU fonctionnelles; - Dénominateur: nombre d'accouchements attendus dans l'aire considérée (dans le ou les cycles de programmation)	A terme, l'ensemble des accouchements devrait avoir lieu dans les maternités du réseau SONU fonctionnel. Une cible intermédiaire réaliste nous paraît être 30-50% d'accouchements dans les maternités fonctionnelles du réseau national SONU, dans le ou les cycles de programmation considérés.

<p>5. Proportion des accouchements avec complications obstétricales directes attendues pris en charge dans le réseau national SONU fonctionnel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numérateur = nombre de complications obstétricales directes prises en charge dans les maternités SONU fonctionnelles; - Dénominateur: nombre de complications obstétricales directes attendues - 15% des naissances attendues dans l'aire considérée (dans le cycle de programmation) 	<p>A terme, l'ensemble des accouchements avec complications obstétricales directs doit avoir lieu dans les maternités du réseau SONU fonctionnel. Une cible intermédiaire réaliste nous paraît être au moins 50% de prise en charge des complications attendues dans les maternités fonctionnelles du réseau national SONU dans le ou les cycles de programmation considérés.</p>
<p>6. Proportion de la population capable d'accéder à une maternité SONU désignée dans les 2 heures, dans l'aire considérée</p>	<p>Au moins 80%</p>
<p>7. Proportion de la population capable d'accéder à une maternité SONU fonctionnelle dans les 2 heures, dans l'aire considérée</p>	<p>Au moins 80% avec des cibles intermédiaires de type supérieur à 50% puis 60% et 70%,selon la ligne de base et ressources disponibles dans le cycle de programmation considéré</p>
<p>8. Proportion de la population capable, dans les 2 heures, d'atteindre une maternité SONU fonctionnelle fournissant des soins de la qualité attendue, dans l'aire considérée</p>	<p>Au moins 50% avec des cibles intermédiaires de type supérieur à 20% puis 30% et 40%, selon la ligne de base et ressources disponibles dans le cycle de programmation considéré</p>
<p>9. Proportion de régions ou provinces atteignant une couverture suffisante par les SONU fonctionnels:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numérateur = nombre de régions ou provinces atteignant une couverture suffisante; - Dénominateur = nombre de régions ou provinces dans le pays 	<p>100%</p> <p>Idéalement, l'ensemble des régions devraient atteindre une couverture de 80% de la population à 2h par des maternités SONU fonctionnelles dans le ou les cycles de programmation considérés</p>
<p>10. Taux de césariennes</p> <ul style="list-style-type: none"> - numérateur = nombre de césariennes dans les maternités SONU fonctionnelles; - dénominateur = nombre de naissances attendues (dans l'aire considérée) 	<p>Au moins 5% (complétée par une analyse qualitative sur échantillon des indications des césariennes selon classification de Robson)</p>

<p>11. Taux de létalité des complications obstétricales directes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numérateur = nombre de femmes présentant une complication obstétricale directe et qui décèdent dans les maternités SONU de l'aire considérée - Dénominateur = nombre de femmes traitées pour complications obstétricales directe, dans ces mêmes maternités et sur la même période 	<p>inférieur à 1 %</p>
<p>12. Taux de décès intrapartum et de décès néonataux très précoces:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numérateur = Nombre de décès intrapartum (morts nés frais ; $\geq 2,5$ kg) et décès néonataux très précoces (≤ 24 h ; $\geq 2,5$ kg) dans les maternités SONU de l'aire considérée - Dénominateur = nombre d'accouchements dans ces mêmes maternités et sur la même période 	<p>inférieur à 12/1000</p>
<p>13. Déficit en sages-femmes dans le réseau SONU:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numérateur = nombre de sages-femmes travaillant effectivement dans les maternités du réseau - Dénominateur = nombre de sages-femmes dont le réseau national de maternités SONU a besoin pour atteindre ses normes nationales 	<p>0 %</p>
<p>14. Proportion de liens SONUB/SONUC du réseau national « bon »</p> <ul style="list-style-type: none"> - numérateur: nombre de liens - dénominateur = nombre total de liens SONUB/SONUC à l'échelle du pays 	<p>90%</p>

La mise en place d'un monitoring capable de suivre par trimestre l'évolution de l'utilisation des fonctions signalétiques amène des changements sur la façon de définir à quel moment une maternité est fonctionnelle. Une maternité SONU est-elle fonctionnelle pour une année si elle est fonctionnelle pour les quatre trimestres de l'année ou seulement pour trois des quatre (dont le dernier). Ces questions se posent maintenant dans des pays qui réalisent le monitoring de leur réseau SONU, comme le Burundi, Madagascar, le Sénégal et le Togo.

Par ailleurs, l'utilisation d'AccessMod pour calculer la proportion de la population couverte par un SONU fonctionnel à 2h ou à 1 heure de trajet paraît être un indicateur plus intéressant que l'indicateur "disponibilité des SONU", lié au nombre de SONU fonctionnels par 500.000 habitants. Il devrait, selon les auteurs de ce manuel, le remplacer comme traceur international.

Enfin, un nouvel indicateur devrait être considéré, la population couverte en 1 ou 2 heure par une maternité SONU fonctionnelle et produisant des soins de qualité. La définition de la qualité devrait se baser sur un index traduisant les critères cliniques et de perception préconisés par l'OMS.

5.3 Tableaux de bord d'analyse

Les indicateurs d'analyse retenus aux niveaux national et régional/de district devraient être visualisés sous forme de tableaux de bord composés d'indicateurs clés (avec tableaux et graphiques) pour faciliter l'analyse et la prise de décision. Ces tableaux de bords devraient être définis durant l'atelier national de conception en identifiant en séance plénière les indicateurs à retenir pour les tableaux de bord - cf. Tableau 7 qui illustre les indicateurs retenus dans les tableaux de bord nationaux et régionaux au Togo.

TABLEAU 7 : TABLEAUX DE BORD NATIONAL ET RÉGIONAL EN SANTÉ REPRODUCTIVE, MATERNELLE ET NÉONATALE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES SONU - TOGO

INDICATEURS		DÉFINITION	1. Inclus dans le tableau de bord national (représentation graphique des tendances nationales et des indicateurs de l'ensemble des régions)	2. Inclus dans le tableau de bord régional/district (représentation graphique des tendances régionales/districts et des indicateurs de l'ensemble des formations sanitaires de la région/district)
Partie I: Indicateurs de résultats SONU				
1. Planification et couverture du réseaux SONU	1.1. Proportion de SONUB/SONUC fonctionnels pour la zone géographique considérée:	<p>- numérateur = nombre de formations sanitaires SONU fonctionnelles;</p> <p>- dénominateur = nombre de formations sanitaires SONU désignées dans la zone géographique considérée (et pour le cycle programmatique considéré)</p> <p>Critères pour la fonctionnalité d'une formation sanitaire SONU (pour un trimestre mais cette analyse devrait aussi être réalisée pour un semestre et une année)</p> <p>'- critères pour SONUB fonctionnel: 7 fonctions signalétiques effectivement réalisées (durant les 3 derniers mois pour l'analyse trimestrielle; ou durant deux trimestres pour être fonctionnel sur le semestre; ou durant au moins trois trimestres y compris sur le dernier trimestre pour être fonctionnel sur une année) + ouverture 24h/7j</p> <p>- critères pour SONUC fonctionnel: 9 fonctions signalétiques effectivement réalisées (durant les 3 derniers mois pour l'analyse trimestrielle; ou durant deux trimestres pour être fonctionnel sur le semestre; ou durant au moins trois trimestres y compris sur le dernier trimestre pour être fonctionnel sur une année) + ouverture 24h/7j</p> <p>Cet indicateur peut être désagrégé par SONUB et SONUC.</p>	oui	oui
	1.2. Nombre d'accouchements dans les formations sanitaires SONU fonctionnelles; SONU non-fonctionnelles; dans les maternités périphériques, et en dehors du système de santé (accouchements non-institutionnels)	<p>Nombre d'accouchements dans les formations sanitaires SONU fonctionnelles; SONU non-fonctionnelles; dans les maternités périphériques (= nombre d'accouchements institutionnels calculés sur base du taux d'accouchement institutionnel - nombre d'accouchements dans le réseau SONU); et en dehors du système de santé (= nombre de naissances attendues - nombre d'accouchements institutionnels)</p>	oui	oui

INDICATEURS		DÉFINITION	1. Inclus dans le tableau de bord national (représentation graphique des tendances nationales et des indicateurs de l'ensemble des régions)	2. Inclus dans le tableau de bord régional/district (représentation graphique des tendances régionales/districts et des indicateurs de l'ensemble des formations sanitaires de la région/district)
Partie I: Indicateurs de résultats SONU				
1. EmONC availability and coverage	1.3. Proportion des accouchements dans les formations sanitaires SONU fonctionnelles; SONU non-fonctionnelles; dans les maternités périphériques, et en dehors du système de santé (accouchements non-institutionnels)	<u>Calcul de la proportion:</u> '- numérateur = nombre d'accouchements dans les formations sanitaires SONU fonctionnelles; dans les formations sanitaires SONU non-fonctionnelles; dans les maternités périphériques; et en dehors du système de santé '- dénominateur = nombre de naissances attendues pour la zone géographique considérée (et pour le cycle programmatique considéré) (population * taux brut de natalité/1000)	oui	oui
	1.4. Proportion des formations sanitaires SONU désignées avec moins de 30 accouchements par mois	- numérateur = nombre de formations sanitaires SONU désignées avec moins de 30 accouchements par mois '- dénominateur - nombre de formations sanitaires SONU désignées	oui	oui
	1.5. Nombre de fonctions signalétiques manquantes (et description des fonctions manquantes)	L'analyse de la performance des fonctions signalétiques sur le dernier trimestre	non	oui
	1.6. Nombre de formations sanitaires SONU avec des fonctions signalétiques manquantes	Nombre de formations sanitaires SONU avec des manquements (par fonction signalétique)	oui	oui

INDICATEURS		DÉFINITION	1. Inclus dans le tableau de bord national (représentation graphique des tendances nationales et des indicateurs de l'ensemble des régions)	2. Inclus dans le tableau de bord régional/district (représentation graphique des tendances régionales/districts et des indicateurs de l'ensemble des formations sanitaires de la région/district)
Partie I: Indicateurs de résultats SONU				
1. Planification et couverture du réseaux SONU	1.7. Nombre de complications obstétricales directes majeures traitées dans les formations sanitaires SONU fonctionnelles et non-fonctionnelles	Nombre de complications obstétricales directes majeures traitées dans les formations sanitaires SONU fonctionnelles et non-fonctionnelles	oui	oui
	1.8. Besoins satisfaits en SOU: proportion des complications obstétricales directes majeures attendues qui sont traitées dans une formation sanitaire SONU fonctionnelle	- numérateur = nombre de complications obstétricales directes majeures traitées dans les formations sanitaires SONU fonctionnelles - dénominateur = nombre attendu de complications obstétricales majeures dans la zone géographique considérée (15% des naissances attendues)	oui	oui
	1.9. Proportion de la population (dans la zone géographique considérée) pouvant accéder à une formation sanitaire SONU désignée (la plus proche) en 2 heures de trajet	Calculé avec le logiciel AccessMod (https://www.accessmod.org/). Peut être désagrégé au niveau national et régional (avec ou sans la contribution des régions limitrophes) et le temps de trajet maximum peut être réduit (ex. 1h ou 30 min) en fonction du contexte	oui	oui
	1.10. Proportion de la population (dans la zone géographique considérée) pouvant accéder à une formation sanitaire SONU fonctionnelle (la plus proche) en 2 heures de trajet	Calculé avec le logiciel AccessMod (https://www.accessmod.org/). Peut être désagrégé au niveau national et régional (avec ou sans la contribution des régions limitrophes) et le temps de trajet maximum peut être réduit (ex. 1h ou 30 min) en fonction du contexte	oui	oui

INDICATEURS		DÉFINITION	1. Inclus dans le tableau de bord national (représentation graphique des tendances nationales et des indicateurs de l'ensemble des régions)	2. Inclus dans le tableau de bord régional/district (représentation graphique des tendances régionales/districts et des indicateurs de l'ensemble des formations sanitaires de la région/district)
Partie I: Indicateurs de résultats SONU				
1. Planification et couverture du réseaux SONU	1.11. Proportion de la population (dans la zone géographique considérée) pouvant accéder à une formation sanitaire SONU fonctionnelle avec qualité des soins (la plus proche) en 2 heures de trajet	Calculé avec le logiciel AccessMod (https://www.accessmod.org/). Peut être désagrégé au niveau national et régional (avec ou sans la contribution des régions limitrophes) et le temps de trajet maximum peut être réduit (ex. 1h ou 30 min) en fonction du contexte. Seulement les formations sanitaires avec un taux de létalité des complications obstétricales directes inférieur à 1% sont considérées pour cet indicateur.	oui	oui
	1.12. Proportion des régions/provinces ayant une couverture suffisante de la population par le réseau SONU fonctionnel	- numérateur: nombre de régions/provinces ayant une couverture suffisante de la population par le réseau SONU en 2h de trajet (à définir au niveau national mais devrait atteindre au moins 80% avec des cibles intermédiaires possibles de 50%, 60%, 70% selon le contexte) - dénominateur: nombre de régions/provinces du pays	oui	non
	1.13. Taux de césariennes (taux calculé pour les formations sanitaires SONU fonctionnelles et non-fonctionnelles)	- numérateur = nombre de césariennes réalisées dans les formations sanitaires SONU fonctionnelles - dénominateur = nombre de naissances attendues pour la zone géographique considérée Limite minimale pour taux de césarienne est 5%.	oui	oui
	1.14. Proportion des décès maternels (dans les formations sanitaires désignées)	- numérateur = nombre de décès maternels dans les formations sanitaires SONU désignées qui sont notifiés via le système SDMPR - dénominateur = nombre de décès maternels dans les formations sanitaires SONU désignées	oui	oui
	1.15. Proportion des décès maternels (dans les formations sanitaires désignées)	- numérateur = nombre de décès maternels dans les formations sanitaires SONU désignées qui sont revus via le système SDMPR - dénominateur = nombre de décès maternels dans les formations sanitaires SONU désignées	oui	oui

INDICATEURS	DÉFINITION	1. Inclus dans le tableau de bord national (représentation graphique des tendances nationales et des indicateurs de l'ensemble des régions)	2. Inclus dans le tableau de bord régional/district (représentation graphique des tendances régionales/districts et des indicateurs de l'ensemble des formations sanitaires de la région/district)	
Partie I: Indicateurs de résultats SONU				
2. Qualité des soins dans le réseau SONU	2.1. Nombre décès maternels dans les formations sanitaires SONU désignées	Nombre décès maternels dans les formations sanitaires SONU désignées	oui	oui
	2.2. Taux de létalité liée à une cause obstétricale directe dans les formations sanitaires SONU désignées (taux aussi calculé pour les SONU fonctionnels et non-fonctionnels)	<p>- numérateur = nombre de décès maternels dans les formations sanitaires SONU par suite de complications obstétricales directes</p> <p>- dénominateur = nombre de femmes traitées pour des complications obstétricales directes dans les mêmes formations sanitaires SONU pour la même période</p> <p>Norme maximale de 1% - recommandation internationale.</p> <p>Le taux de létalité devrait être mesuré chaque trimestre dans les formations sanitaires SONU désignées avec une importante activité obstétricale. Pour les formations sanitaires avec une activité plus faible, la période de calcul devrait être étendue (ex. calcul sur base semestrielle ou annuelle).</p>	oui	oui
	2.3. Taux de létalité intrapartum et néonatal précoce dans les formations sanitaires SONU désignées	<p>- numérateur = nombre de décès intrapartum (mort né frais \geq 2.5 kg) et décès néonatal précoce ($<$ 24 h; \geq 2.5 kg) dans les formations sanitaires SONU</p> <p>- dénominateur = nombre d'accouchements dans les formations sanitaires SONU pour la même période</p>	oui	oui
	2.4. Proportion des morts nés frais qui sont réuscités dans les formations sanitaires SONU désignées	<p>- numérateur = nombre de réanimations néonatales de base (masque avec ballon)</p> <p>- dénominateur = nombre de mort né frais \geq 2.5 kg dans les formations sanitaires SONU pour la même période</p>	non	oui

INDICATEURS	DÉFINITION	1. Inclus dans le tableau de bord national (représentation graphique des tendances nationales et des indicateurs de l'ensemble des régions)	2. Inclus dans le tableau de bord régional/district (représentation graphique des tendances régionales/districts et des indicateurs de l'ensemble des formations sanitaires de la région/district)	
Partie II: Liens de references et indicateurs de processus SONU				
3. Liens de references	3.1. Nombre de formations sanitaires SONUB dont le lien de référence vers le SONUC est suivi (désagrégé par la qualité du lien - cf. définition)	<ul style="list-style-type: none"> - lien vert - référence non problématique qui s'effectue en moins de 2h de trajet; - lien orange - référence avec des difficultés qui peuvent être résolues dans le court/moyen terme, en général par le secteur santé, et/ou une référence entre 2-4h de trajet; - lien rouge - référence avec des difficultés majeures (par exemple liées à l'état des routes ou à l'absence de pont) qui ne peuvent être résolues dans le court/moyen terme et qui requiert souvent l'intervention d'autres secteurs que le secteur santé, et/ou une référence au-delà de 4h de trajet 	non	oui
	3.2. Proportion des liens de référence SONUB-SONUC de qualité (vert)	<ul style="list-style-type: none"> - numérateur = nombre de liens de référence SONUB-SONUC de qualité (vert) - liens non problématiques et qui s'effectue en moins de 2h de trajet - dénominateur = nombre total de liens de référence SONUB-SONUC pour l'aire géographique considérée 	oui	oui
	3.3. Proportion des patients (femme et/ou nouveau né) avec des complications obstétricales ou néonatales majeures référés des formations sanitaires SONUB vers SONUC	<ul style="list-style-type: none"> - numérateur = nombre de patients avec des complications obstétricales ou néonatales majeures référés des formations sanitaires SONUB vers SONUC - dénominateur = nombre total de patients traités dans les formations sanitaires SONUB pour des complications obstétricales ou néonatales majeures 	oui	oui
4. Disponibilité des services de santé de la reproduction, maternel, et néonatal	4.1. Disponibilité des services SONU 24h/7j	Maternité ouverte 24h/7j et le nombre minimum requis de sages-femmes selon la norme nationale pour assurer des services 24h/7j (ex: minimum 3 sages femmes)	non	oui

INDICATEURS		DÉFINITION	1. Inclus dans le tableau de bord national (représentation graphique des tendances nationales et des indicateurs de l'ensemble des régions)	2. Inclus dans le tableau de bord régional/district (représentation graphique des tendances régionales/districts et des indicateurs de l'ensemble des formations sanitaires de la région/district)
Partie II: Liens de references et indicateurs de processus SONU				
4. Disponibilité des services de santé de la reproduction, maternel, et néonatal	4.2. Ventouses réalisées	Nombre de ventouses réalisées par formation sanitaire SONU	non	oui
	4.3. Prévention des infections	Paquet national d'interventions pour la prévention des infections est mis en oeuvre (l'ensemble du paquet de prévention prévu par le programme national de lutte contre les infections)	non	oui
	4.4. Partographe	Utilisation systématique du partographe	non	oui
	4.5. Eau courante	Disponibilité d'eau courante en salle d'accouchement	non	oui
	4.7. Planning familial/contraception du post-partum immédiat	Nombre et proportion de femme ayant accouché recevant une méthode moderne de contraception dans les 48 heures après l'accouchement	oui	oui
	4.8. Implants et dispositifs intra-utérin (DIU)	Nombre d'implants et nombre de DIU	non	oui
	4.9. Élimination de la transmission mère-enfant du VIH	Disponibilité de service d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH	non	oui

INDICATEURS		DÉFINITION	1. Inclus dans le tableau de bord national (représentation graphique des tendances nationales et des indicateurs de l'ensemble des régions)	2. Inclus dans le tableau de bord régional/district (représentation graphique des tendances régionales/districts et des indicateurs de l'ensemble des formations sanitaires de la région/district)
Partie III: Intrants (Ressources Humaines et Médicaments Essentiels)				
5. Ressources Humaines (sages-femmes)	5.1. Déficit en sages femmes dans le réseau SONU	<p>- numérateur = nombre de sages-femmes travaillant effectivement dans les formations sanitaires SONU (dans le shift)</p> <p>- dénominateur = nombre de sages-femmes requises dans les formations sanitaires SONU</p> <p>Le calcul du nombre de sages femmes requis dans les formations sanitaires SONU doit être calculé sur base du standard national qui doit inclure le nombre minimum de sages-femmes requises pour assurer des services 24h/7j et un nombre maximum d'accouchements par sage femme par mois. Par exemple, minimum 3 sages-femmes pour assurer la disponibilité des services 24h/7j et maximum 30 accouchements par sage-femme par mois pour permettre aux sages-femmes d'assurer les autres services de santé de la reproduction et les liens avec les autres maternités et les communautés. Un SONUB effectuant 130 accouchements par mois devrait avoir: 3 sages-femmes (pour services 24h/7j) + 1 sage-femme (pour couvrir les accouchements 91 à 120) + 1 sage femme (pour couvrir les accouchements à partir de 121) = 5 sages-femmes.</p>	oui	oui
6. Médicaments essentiels	6.1. Nombre de formations sanitaires SONU désignées avec des ruptures de stock en médicaments essentiels	-Ruptures en Ocytocine, Misoprostol, Sulfate Mg	oui	oui
		-Autres ruptures: ampicilline, vitamine K1, rifamycine collyre, etc	non	oui

Le tableau de bord national devrait inclure une sélection d'indicateurs clés en santé maternelle et néonatale du réseau SONU sous forme de tableaux et de graphiques. Ce tableau de bord devrait être interactif et l'utilisateur devrait pouvoir générer automatiquement ces graphiques en utilisant des filtres.

Nous recommandons les représentations graphiques suivantes pour certains indicateurs clés en santé reproductive, maternelle et néonatale du réseau SONU (cf. Figures 39 à 44).

FIGURE 39 : NOMBRE DE FORMATIONS SANITAIRES DE RÉFÉRENCE DANS LE RÉSEAU NATIONAL SONU AU TOGO. DONNÉES DU MONITORING EN SRMN POUR LES TRIMESTRES 1 À 4 2016. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, TOGO.

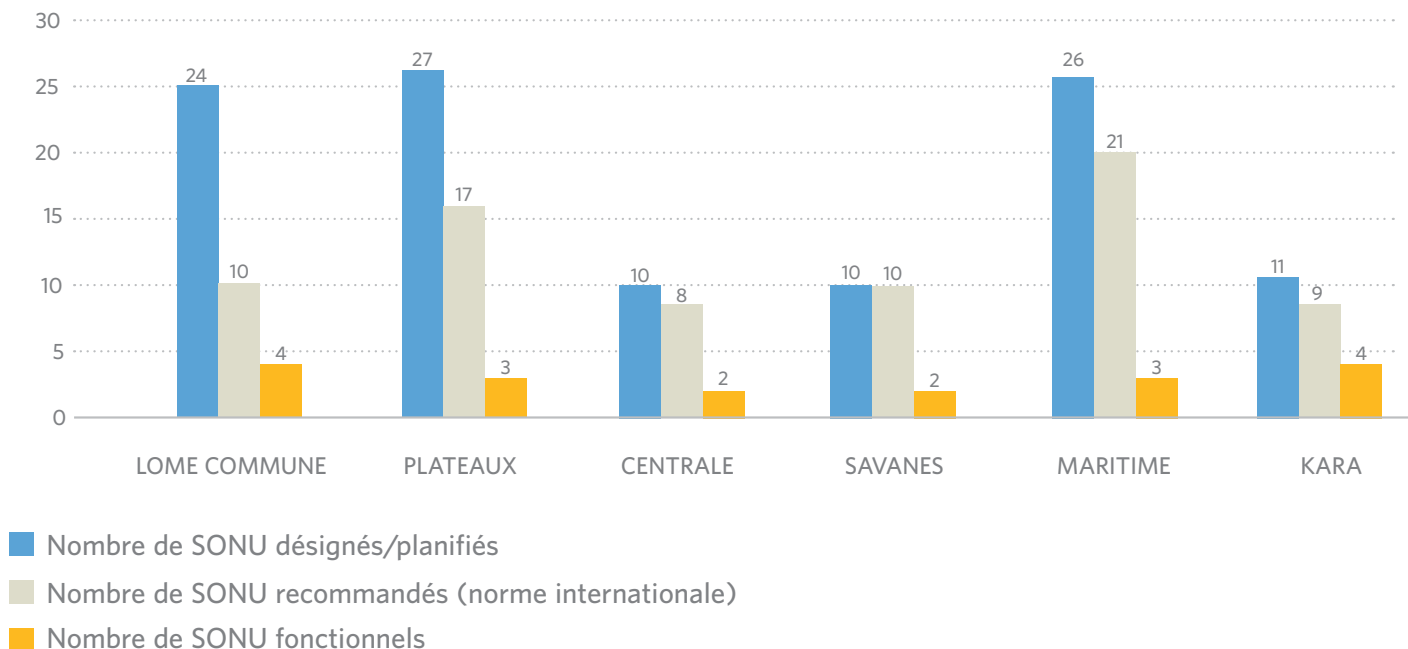


FIGURE 40 : NOMBRE DE NAISSANCES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE RÉFÉRENCE DU RÉSEAU NATIONAL SONU AU TOGO. DONNÉES DU MONITORING SRMN POUR LES TRIMESTRES 2016. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, TOGO.

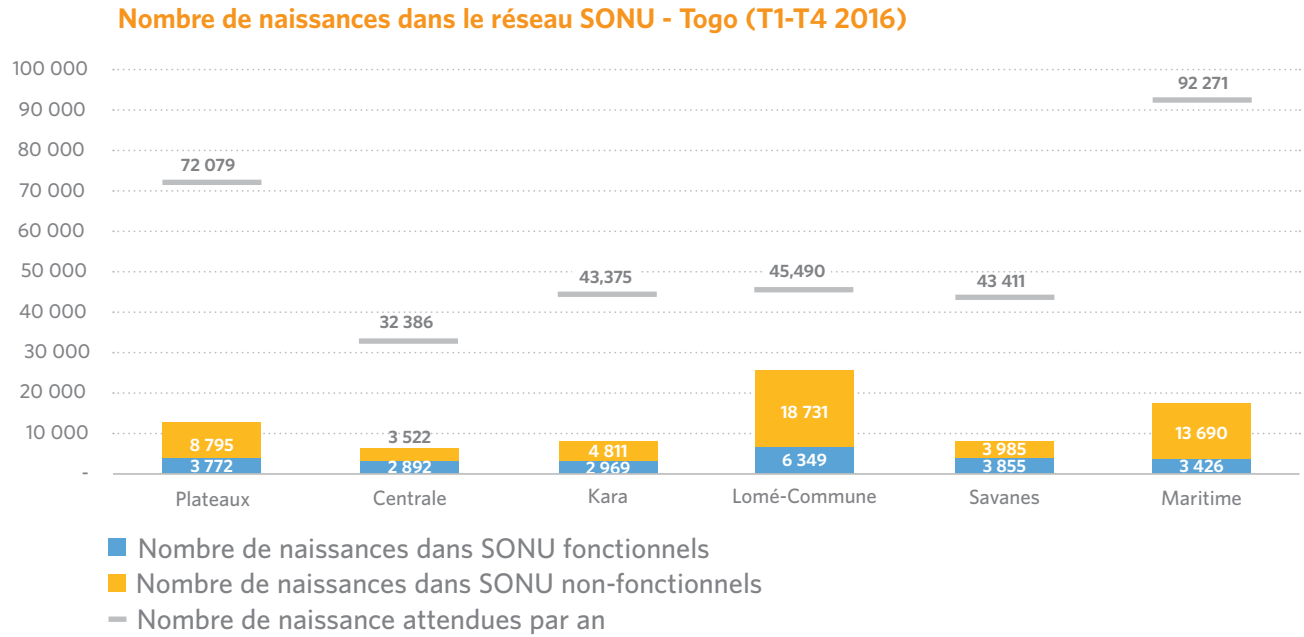


FIGURE 41 : NOMBRE ATTENDU DE FEMMES AVEC COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES DIRECTES DANS LE RÉSEAU NATIONAL SONU AU TOGO. DONNÉES DU MONITORING SRMN POUR 2016. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, TOGO.

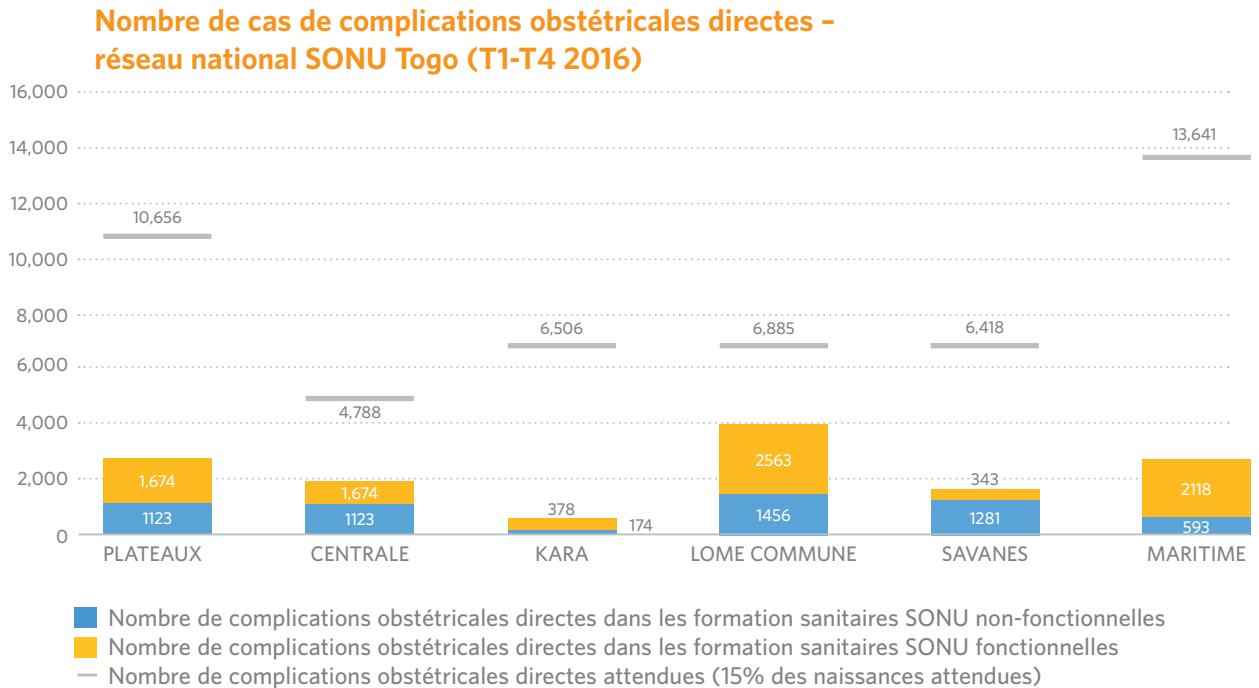


FIGURE 42 : TAUX DE LÉTALITÉ DES CAUSES OBSTÉTRICALES DIRECTES DANS LE RÉSEAU NATIONAL SONU AU TOGO. DONNÉES DU MONITORING SRMN POUR 2016. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, TOGO.

Taux de létalité des complications obstétricales directes (dans les formations sanitaires SONU fonctionnelles) - Togo (T1-T4 2016)

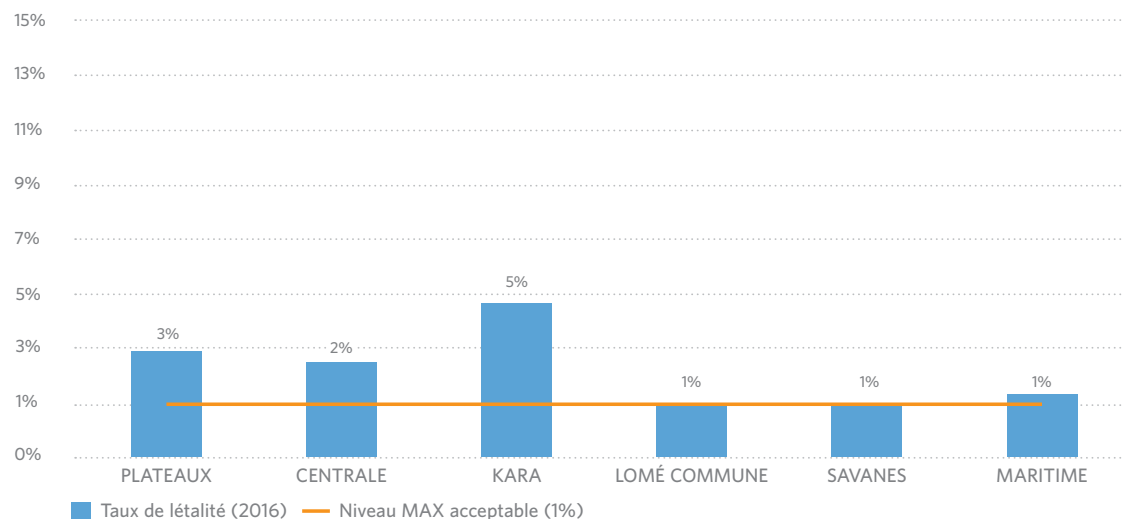


FIGURE 43 : NOMBRE DE MATERNITÉS DE RÉFÉRENCE SONU AVEC FONCTIONS SIGNALÉTIQUES DÉFICITAIRES - RÉSEAU NATIONAL SONU AU TOGO. DONNÉES DU MONITORING SRMN POUR 2016. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, TOGO.

Nombre de formations sanitaires SONU désignés avec fonctions signalétiques déficitaires - Réseau national SONU Togo (T1-T4 2016)

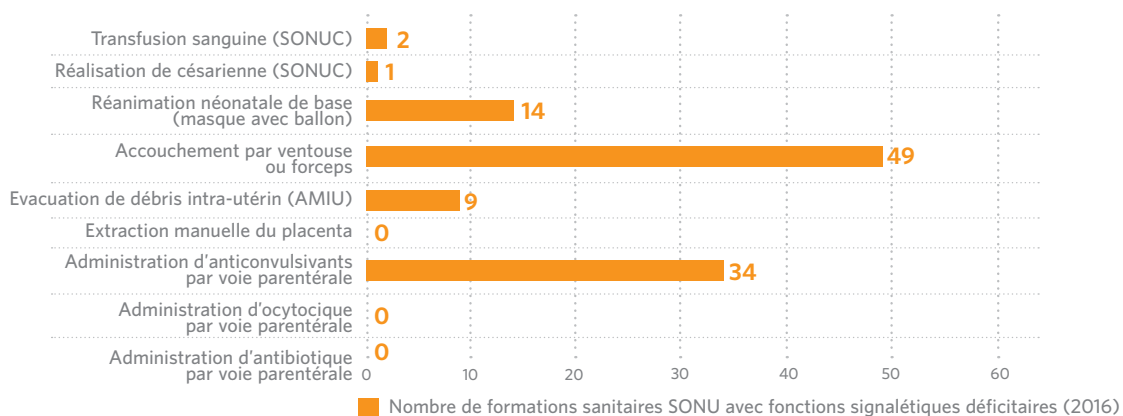
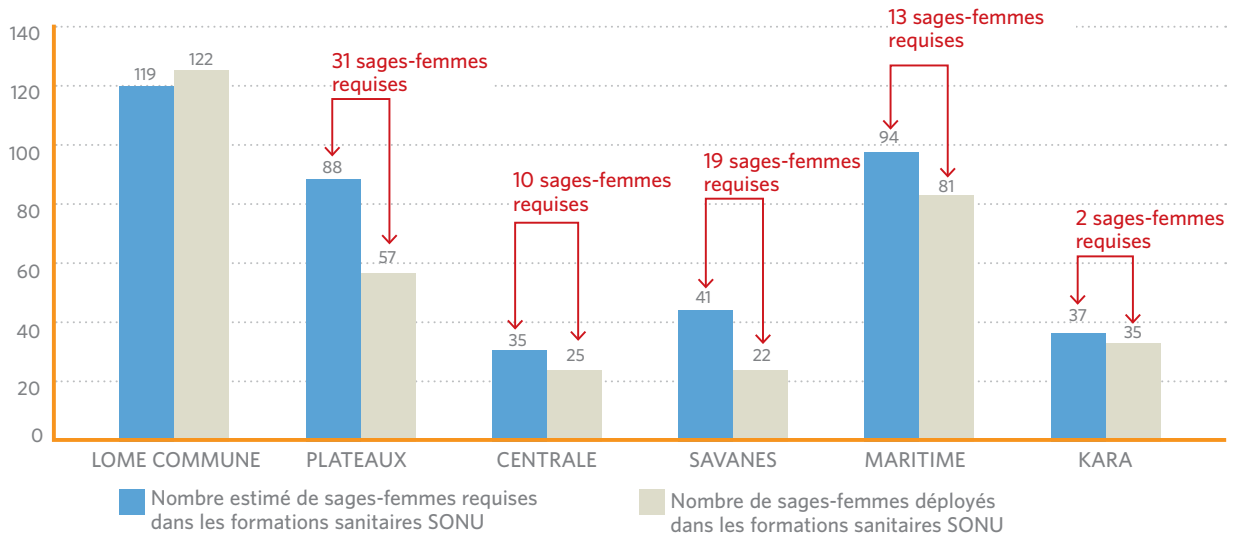


FIGURE 44 : ESTIMATION DES DÉFICITS EN SAGES-FEMMES DANS LE RÉSEAU NATIONAL SONU AU TOGO (NOMBRES SOUS- ESTIMÉS POUR LOMÉ COMMUNE). DONNÉES DU MONITORING SRMN POUR 2016. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, TOGO.

Estimation des déficits en sages-femmes dans le réseau national SONU par région - Togo (T4 2016)



Les tableaux de bord régionaux devraient inclure une sélection d'indicateurs clés en santé reproductive, maternelle et néonatale des formations sanitaires SONU (de chaque région) sous forme de tableau avec un code couleur d'analyse pour rapidement repérer les points forts et les manquements en terme de disponibilité et de qualité des SONU (par exemple « vert » pour les bonne pratiques, « rouge » pour les manquements), comme illustré dans le tableau 8.

TABLEAU 8 : EXEMPLE DE TABLEAU DE BORD RÉGIONAL DU TOGO - RÉGION SANITAIRE DE KARA POUR LE TRIMESTRE 4 2015

Ces tableaux de bord peuvent être réalisés en utilisant un logiciel statistique, l'outil DHIS2, ou l'outil d'analyse du réseau SONU développé par la Division Technique de l'UNFPA (outil Excel automatisé développé en complément de ce guide et disponible sur le site internet de l'UNFPA).

Nom des formations sanitaires SONU désignées	Type de formation sanitaire SONU	Qualité du lien de référence SONUB-SONUC (2013)	Qualité du lien de référence SONUB-SONUC (2015)	Status de la formation sanitaire SONU - trimestre précédent (T3 2015)	Status de la formation sanitaire SONU (T4 2015)	Status de la formation sanitaire SONU (T3-T4 2015)	Nombre de fonction(s) signalétique(s) manquante(s) (T4 2015)	Principale(s) fonction(s) signalétique(s) manquante(s) (T4 2015)	Disponibilité des services 24h/7j	Disponibilité de l'eau (T4 2015)	Ruptures de stock en médicaments essentiels (T4 2015)	Utilisation systématique du partogramme (T4 2015)	Mesures de prévention des infections (T4 2015)
CHP A	SONUB	Bon	Bon	Non fonctionnel	Non fonctionnel	Non fonctionnel	1	Ventouse	Non	Oui	Rifamycine collyre	Oui	Non
CHP B	SONUB	Contraintes financières	Contraintes financières	Fonctionnel	Fonctionnel	Fonctionnel	0	-	Oui	Oui	Misoprostol	Oui	Non
CMS C	SONUB	Bon	Bon	Fonctionnel	Non fonctionnel	Non fonctionnel	1	Ventouse	Non	Oui		Oui	Oui
CHP D	SONUB	Bon	Bon	Non fonctionnel	Non fonctionnel	Non fonctionnel	1	Ventouse	Oui	Oui		Oui	Non
CHP E	SONUB	Bon	Bon	Fonctionnel	Fonctionnel	Fonctionnel	0	-	Oui	Oui		Oui	Non
CMS F	SONUB	Bon	Bon	Non fonctionnel	Non fonctionnel	Non fonctionnel	1	Ventouse	Oui	Oui	Ocytocine, Misoprostol, Vit K1, Rifamycine collyre	Oui	Non
CHP G	SONUC			Non fonctionnel	Non fonctionnel	Non fonctionnel	1	Ventouse	Non	Oui		Oui	Oui
CHP H	SONUC			Non fonctionnel	Non fonctionnel	Non fonctionnel	0	-	Non	Oui		Oui	Non
CHR I	SONUC			Non fonctionnel	Non fonctionnel	Non fonctionnel	1	Ventouse	Oui	Oui		Non	Non
CHU J	SONUC			Non fonctionnel	Non fonctionnel	Non fonctionnel	1	Ventouse	Oui	Oui	Ocytocine, Misoprostol, Vit K1, Rifamycine collyre	Oui	Non
HME K	SONUC			Fonctionnel	Fonctionnel	Fonctionnel	0	-	Oui	Oui		Non	Oui
Indicateurs				Disponibilité SONU:	Disponibilité SONU:	Disponibilité SONU:		Fonction signalétique avec le plus de déficit:		Prop. des SONU avec eau courante:	Ruptures de stock majeures:	Prop. des SONU avec utilisation systématique du partogramme:	Prop. des SONU avec mesures de prévention des infections:
				36% (4/11)	33% (3/11)	33% (3/11)		Ventouse		100%	Ocytocine, Misoprostol, Rifamycine collyre	82%	27%

Activité obstétricale (# accouchements) par mois (T4 2015)	... y compris nombre de ventouses (T4 2015)	... y compris nombre de césariennes (T4 2015)	Nombre de complications obstétricales directes majeures (T4 2015)	Nombre de décès maternels (T4 2015)	Nombre de décès maternels notifiés (T4 2015)	Nombre de décès maternels revus (T4 2015)	Taux de létalité liée à une cause obstétricale directe (T4 2015)	Nombre de nombre de réanimations néonatales de base (masque avec ballon) / Nombre de mort né frais \geq 2.5 kg (T4 2015)	Nombre de sages-femmes déployées dans les formations sanitaires SONU (T4 2015)	Nombre de sages-femmes requises dans les formations sanitaires SONU (norme nationale: min 3 sages-femmes pour 24h/7j et MAX 30 accouchements/sage-femme/mois)	Besoin estimé en sages-femmes (T4 2015)	Nombre d'implants (T4 2015)	Nombre de DIU (T4 2015)
29	0		1	0	0	0	Pas assez de données pour le calculer	1,75	1	3	2	123	2
54	4		7	0	0	0	Pas assez de données pour le calculer	3,00	3	3	0	168	39
38	0		41	0	0	0	Pas assez de données pour le calculer	18,00	1	3	2	60	1
31	0		9	0	0	0	Pas assez de données pour le calculer	8,50	6	3	0	53	7
19	4		5	0	0	0	Pas assez de données pour le calculer	7,00	3	3	0	53	6
37	0		9	0	0	0	Pas assez de données pour le calculer	18,00	3	3	0	126	3
25	0	22	70	0	0	0	Pas assez de données pour le calculer	5,00	1	3	2	215	11
92	5	41	58	0	0	0	Pas assez de données pour le calculer	5,67	3	4	1	188	8
86	0	141	180	1	1	1	0,56%	2,80	7	4	0	24	6
112	0	148	175	0	0	0	0%	2,79	4	5	1	22	13
74	5	22	36	0	0	0	Pas assez de données pour le calculer	0,75	3	3	0	18	8
Total:	Total:	Total:	Total:	Total:	Taux de notification des décès maternels:	Taux de revue des décès maternels:			Nombre total de sages-femmes déployées dans les formations sanitaires SONU	Nombre de sages-femmes requises dans les formations sanitaires SONU	Total besoin estimé en sages-femmes:	Total:	Total:
597	18	374	591	1	100%	100%			35	37	8	1,050	104

6. Fiche technique n° 6 : Sciences de la mise en œuvre : concept et application au développement du réseau SONU

6.1. Qu'est-ce que la science de la mise en œuvre des programmes?

La science de la mise en œuvre se définit comme l'étude scientifique des méthodes pour promouvoir l'adoption des résultats de recherche et d'autres pratiques fondées sur des preuves dans les pratiques courantes.⁶⁰ Elle a pour objectif d'identifier les facteurs facilitant l'adoption et la mise en œuvre d'interventions basées sur les évidences. La science de la mise en œuvre est multisectorielle et s'applique aussi bien aux programmes dans le domaine des soins de la santé et du bien-être, de l'éducation que de la prévention de la criminalité.

L'un des prérequis d'une mise en œuvre réussie repose aussi sur la clarté du programme et de son opérationnalisation: plus les composantes clés du programme sont clairement explicitées et la formation et l'assistance technique sont disponibles, plus les responsables pourront mettre l'accent sur les composantes clés associés à une mise en œuvre de qualité et favoriser une réplique adéquate du programme dans d'autres contextes.

Par ailleurs, il est démontré que le niveau et la qualité de la mise en œuvre des programmes affectent les résultats obtenus.^{32,33,34,35,36} Une mise en œuvre efficace augmente les probabilités de succès du programme et conduit à de meilleurs résultats. De plus, un contexte dynamique, engagé, ouvert et flexible aux changements facilite une mise en œuvre réussie. La formule suivante illustre cela:

$$\begin{array}{c} \text{Programme efficace + Mise en œuvre efficace + Contexte dynamique} \\ = \\ \text{Augmentation des probabilités de résultats positifs} \end{array}$$

Ces différents éléments contribuant au succès d'un programme sont importants à prendre en considération. Par exemple, une intervention pourrait sembler inefficace alors que le problème réside dans sa mise en œuvre.

Les défis de la mise en œuvre des programmes de santé maternelle et de renforcement des SONU sont largement documentés, y compris par l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF et dans de nombreuses publications^{37,38}. La mise en œuvre de programmes d'amélioration des SONU est complexe car ces programmes présentent:

- une activité intense: les accouchements et les complications obstétricales et néonatales à gérer par le personnel de santé peuvent être importants

(particulièrement dans les formations sanitaires à forte activité obstétricale et avec peu de personnel);

- une approche systémique (basée sur le système de santé) : l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services en santé reproductive, maternelle, et néonatale requiert le renforcement de l'ensemble des composants du systèmes de santé (du personnel aux médicaments essentiels, les stratégies, politiques de santé et gouvernance, standards et protocoles, et les données) et une demande suffisante de services (qui est liée à l'accès physique, financier, à la qualité des soins, et l'égalité des genres)
- une intensité de jugement: chaque accouchement requiert une décision de la part du personnel de santé;
- des intérêts "contraires" à la mission: le contexte peut pousser le personnel de santé a créé des barrières à l'accès au SONU, comme des barrières financières pour l'accès aux soins.

6.2. L'importance grandissante de la science de la mise en œuvre des programmes

Historiquement, la mise en œuvre des programmes a été réalisée de manière intuitive ou passive reposant sur la "diffusion" et la "dissémination" d'information ou d'interventions basées sur les évidences aux dirigeants et professionnels de santé avec l'hypothèse que ces derniers les mettraient en pratique. Cependant, les évaluations de nombreux programmes basés sur des évidences montrent que les innovations et interventions ne sont pas mises en œuvre de manière automatiques. Comme illustré par la figure 45, il faut compter environ 17 ans avant que des pratiques de santé basées sur les évidences ne soient mises en œuvre et seulement 14% de ces pratiques issues de la recherche sont intégrées dans la pratique clinique journalière.

"Il faut compter environ 17 ans avant que des données probantes en santé se reflètent dans la pratique clinique."

Balas, E. A., & Boren, S. A. Yearbook of Medical Informatics: Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement. Stuttgart, Germany, 2000.

"Seulement 14% des données probantes provenant de la recherche sont prises en compte dans la pratique clinique au jour le jour."

Westfall, J. M., Mold, J., & Fagnan, L. Practice-based research - "Blue Highways" on the NIH roadmap. JAMA, 297(4), p. 403, 2007.

En réponse aux échecs de mise en œuvre de programme à l'échelle, la "science de la mise en œuvre des programmes" a connu un développement important ces dernières années et la mise en pratique effective d'interventions basées sur les évidences est devenue une priorité majeure pour les pays. Par exemple, dans son cas d'investissement national pour la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (2015), le gouvernement Ougandais déclare que "la mortalité maternelle et infantile élevée [du pays] n'est pas principalement due au manque de politique de santé appropriée aux niveaux national et sous-national mais plutôt à la mise en œuvre inadéquate de ces politiques de santé".

De plus, comme indiqué précédemment, la disponibilité des services SONU reste limitée dans la majorité des pays à bas revenus, reflétant des problèmes de planification et de mise en œuvre du réseau de maternité SONU. L'étude récente de l'UNFPA et de l'OMS sur la mise en œuvre des systèmes de surveillance des décès maternelle et riposte (SDMR) indique également des disparités entre la disponibilité du cadre programmatique pour la SDMR et sa mise en œuvre effective. Par exemple, le Bangladesh, le Burkina Faso, et le Sénégal ont un cadre complet pour la SDMR mais les taux de notification de décès maternels dans ces pays sont respectivement de 15%, 19%, et 4% alors que d'autres pays ayant un cadre programmatique pour la SDMR comme le Congo, le Niger et le Rwanda ont respectivement des taux de notification de 42%, 25%, et 31%.

Une analyse méthodique des expériences de mise en œuvre de programmes de services dans différents secteurs³² a permis de définir des concepts clés pour faciliter la mise en œuvre de programme, comme la présence d'une équipe de soutien à la mise en pratique; les facteurs de mise en œuvre; et les cycles de mise en œuvre. Ces concepts, décrits dans la section suivante, peuvent être appliqués aux programmes d'amélioration des SONU pour faciliter leur mise en pratique.

6.3.. Les concepts de la science de la mise en œuvre des programmes

6.3.1. Équipes de soutien à la mise en œuvre

La mise en œuvre est un processus actif et il est important que des personnes soient entièrement dédiées à cette fin. Les recherches récentes démontrent l'importance d'avoir dans l'organisation des personnes attirées à la réalisation des activités centrales pour une mise en œuvre proactive et efficace des programmes.

Malgré ces évidences, les équipes de mise en œuvre ne sont typiquement pas incluses dans les programmes de santé maternelle. Il y a rarement un budget spécifique pour soutenir la mise en œuvre de programme à travers ces équipes.

Les équipes de soutien à la mise en œuvre peuvent avoir différentes structures et missions mais elles ont pour objectif principal de fournir de l'expertise technique pour renforcer la mise en pratique d'un programme. Elles se composent généralement de trois à cinq personnes.

Certaines équipes de mise en œuvre sont constituées des développeurs et des fournisseurs de programmes; d'autres sont formées avec le soutien de groupes extérieurs à l'organisation. L'important est de disposer de l'expertise et des ressources nécessaires afin : (1) de suivre le processus de mise en œuvre; (2) utiliser les données pour contribuer à l'amélioration continue de la mise en œuvre du programme; (3) établir les connections entre les partenaires; (4) faciliter les changements nécessaires pour intégrer le programme à la structure actuelle de l'organisation; et, (5) coacher les acteurs du programme à la mise en œuvre³².

Dans le cadre du développement du réseau national des formations sanitaires SONU, les équipes du monitoring SONU (les équipes régionales/districts et l'équipe nationale) peuvent constituer les équipes de soutien à la mise en œuvre du monitoring SONU et de la phase de réponse. Une recommandation est d'avoir une équipe de soutien à la mise en œuvre au niveau national et une équipe par région/province. Selon les contextes et les expertises disponibles, ces équipes de monitoring SONU devraient dans un premier temps elles-mêmes être coachées par des experts en mise en œuvre avant de pouvoir soutenir les équipes des formations sanitaires dans la mise en pratique de l'approche de développement SONU. Ce soutien à la mise en œuvre devrait compléter d'autres soutiens plus techniques tel que la supervision formative et le mentorat, déjà présents dans de nombreux pays. Le tableau 10 dans la Fiche technique 7 décrit ces différents types de soutiens. Dans le cadre du développement des SONU, les équipes de soutien à la mise en œuvre devraient :

- **Etre composées d'au moins trois personnes (pour la pérennité de l'équipe) avec une diversité de connaissances et d'expertise :**
 - Clinique
 - De mise en œuvre programmatique (y compris de suivi et évaluation)
 - De changement organisationnel
 - Pédagogique.
- **Etre en contacts réguliers avec les équipes des formations sanitaires pour les appuyer dans les phases de collecte, d'analyse, et de réponse/amélioration de la qualité (y compris le cycle PDSA)**

La valeur ajoutée des équipes de soutien à la mise en œuvre a été démontrée dans un programme national de la santé de l'enfant au Ghana. Les équipes de mise en œuvre ont permis de mettre en œuvre des bonnes pratiques, y compris le fait d'assurer que les visites des formations sanitaires ciblent les besoins spécifiques des formations sanitaires et la mise en place d'une culture de l'utilisation des données pour l'amélioration de la qualité des soins.³⁹

6.3.2. Les facteurs clés du processus de mise en œuvre

Les facteurs/composantes clés du processus de mise en œuvre se définissent comme les éléments qui influencent positivement la réussite d'un programme. Leur présence permet d'augmenter les probabilités de succès dans la mise en œuvre et la réplique des programmes.

Les facteurs clés font référence aux capacités, à l'infrastructure et au fonctionnement des organisations et se retrouvent dans trois catégories (comme illustré sur la Figure 46):

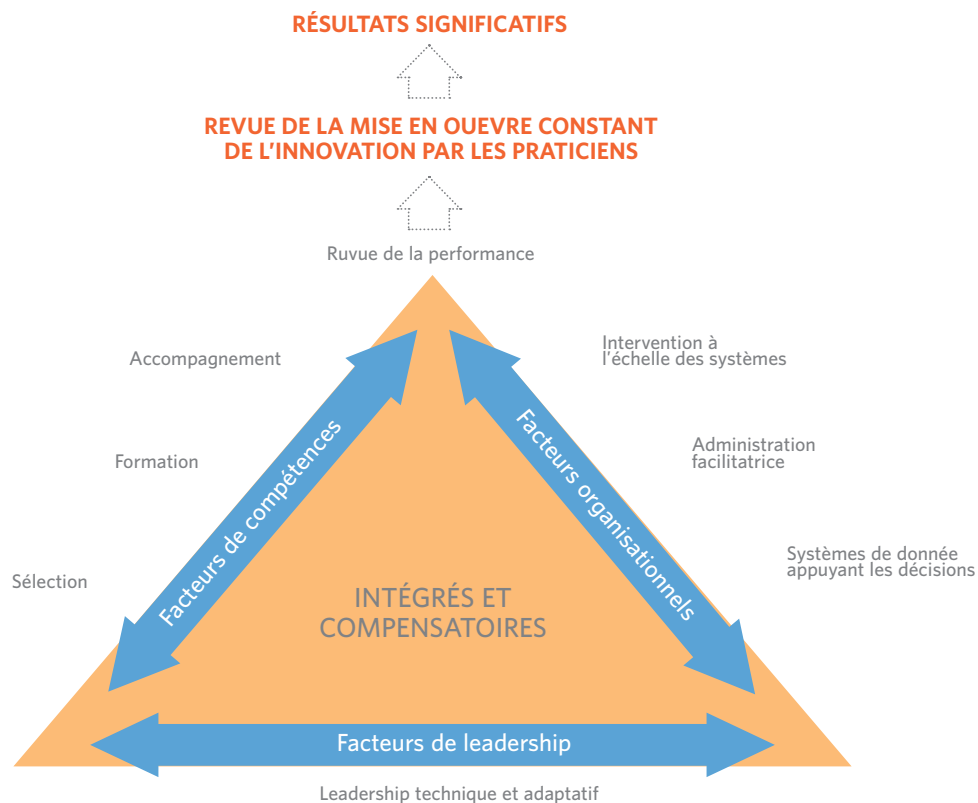
1. les facteurs clés liées aux compétences: il s'agit des mécanismes pour mettre en œuvre, maintenir et livrer une intervention telle que prévue afin d'en faire bénéficier la clientèle visée et la communauté. Les facteurs clés en lien avec cette catégorie sont: (a) la sélection du personnel, (b) la formation, (c) le coaching/mentorat. Trop souvent négligée est l'importance de l'intégration de ces composantes clés. Les personnes formées sur des nouvelles pratiques ne sont souvent pas soutenues par leurs superviseurs alors que dans le cadre d'une approche intégrée, les superviseurs devraient être préparés à soutenir et renforcer les nouvelles connaissances et pratiques apprises en formation.

2. les facteurs clés liées aux organisations: il s'agit des mécanismes pour créer et maintenir des conditions propices dans lesquelles le programme sera développé et ainsi favoriser l'obtention de résultats. Les facteurs clés en lien avec cette catégorie sont: (e) une approche systémique, y compris l'importance d'assurer le soutien et l'implication de tous les niveaux du système/de l'organisation au changement et de s'appuyer sur des 'champions' et personnes d'influence pour travailler ensemble à mettre en place et institutionnaliser les conditions favorables - culture, politiques, processus, mécanismes de financement - à la mise en œuvre de programme ou d'innovation), (f) une administration facilitatrice, y compris les processus et procédures internes d'analyse et de prise de décision, les changements de procédures, les allocations de budgets, et la culture qui facilitent la mise en œuvre - par exemple en minimisant la charge administrative et en assurant que les problématiques de charge de travail, de rémunérations, de communication sont adressées de manière proactive par l'administration pour soutenir les prestataires), (g) un système de gestion de l'information et de données en support aux prises de décisions afin de soutenir les processus d'amélioration de la qualité. Comme mentionné ci-dessus, les équipes d'appui à la mise en œuvre ont pour rôle de soutenir les prestataires et gestionnaires des formations sanitaires à mettre en place et utiliser les données récentes pour la planification et l'amélioration de la qualité clinique et organisationnelle.

3. les facteurs clés liées au leadership: il s'agit des stratégies de leadership à mettre en place pour soutenir les processus de changement et la mise en œuvre d'un programme ou d'une innovation. Des leaders compétents sont essentiels à tous les niveaux du système ou de l'organisation pour soutenir le changement et il est rare que des descriptions de changements n'identifient pas le leadership comme facteur clé de succès ou d'échec. Un (h) leadership technique et (i) adaptatif est requis pour soutenir la mise en pratique de programme ou d'innovation. Le leadership technique correspond à la bonne gestion. Dans ce cas, le leader est engagé, identifie rapidement les problèmes, organise des groupes de travail pour résoudre des problèmes spécifiques, et produit des résultats sur base des objectifs régulièrement fixés. Ce type de leader convient particulièrement à des environnements stables ou il y a un consensus sur les actions à prendre. Le leadership adaptatif est requis dans des environnements complexes

et moins stables ou il y a peu de consensus sur les actions à mettre en œuvre. Ce type de leader est capable de gérer les différents niveaux de complexité liés aux changements de paradigme dans des systèmes avec différents niveaux d'intervenants et d'interventions. Par exemple, les leaders adaptatifs savent faire la différence entre "l'autorité" (une position formelle de pouvoir) et "le leadership" (l'action de soutenir le changement). Heifetz & Linsky (2002)⁴⁰ décrivent "l'autorité" comme le moyen de procurer de la direction, de la protection, de l'ordre et de maintenir un système stable. Quand ce système est face à un changement, la réaction naturelle des membres de ce système/de cette organisation est de se référer à cette "autorité" afin de minimiser le changement. Cependant, si le changement est l'objectif, "l'autorité" peut entraver le leadership technique qui a pour vocation de maintenir le système et donc le leadership adaptatif est requis pour permettre ce changement. Comme mentionné ci-dessus, les équipes d'appui à la mise en œuvre ont pour rôle de soutenir les leaders et leurs équipes à se familiariser avec les techniques du leadership adaptatif afin de faciliter et de soutenir la mise en pratique de nouveaux programmes ou d'innovations, notamment dans le cadre de cycle d'améliorations de la qualité qui requiert une remise en question continue des pratiques.

FIGURE 46: LES FACTEURS CLÉS DU PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DE CHANGEMENTS ET D'INNOVATIONS



Source: Fixsen D.L, Karen A. Blase K.A, Naoom S.F, Duda M.A, Implementation Drivers: Assessing Best Practices, National Implementation Science Network (NIRN), University of North Carolina Chapel Hill, 2015

Ce concept est en ligne avec la littérature en santé maternelle. Par exemple, concernant les composantes clés liées aux compétences, les recherches en santé maternelle montrent que la formation continue n'est pas suffisante pour assurer le maintien des compétences mais que ce maintien requiert également une bonne sélection des candidats à la formation³⁷, un coaching/mentorat et une supervision continu^{41,42}.

Comme illustré par le Tableau 9, la capacité des professionnels de santé à appliquer une pratique dans leur propre environnement de travail peut augmenter de 5% à 95% si la formation continue (théorie + démonstration pratique en formation + mise en pratique hors site) est complétée par un mentorat/coaching sur site⁶¹.

TABLEAU 9 : EFFICACITÉ DES APPROCHES DE FORMATION POUR LA MISE EN PRATIQUE DE NOUVELLES CONNAISSANCE

COMPOSANTS DE LA FORMATION	RÉSULTATS		
	% de participants qui ont acquis les connaissances, qui ont acquis les compétences, et qui les appliquent sur le lieu de travail		
	CONNAISSANCES	DEMONSTRATION DES COMPÉTENCES	UTILISATION EN MILIEU PROFESSIONNEL
Cours et Discussion	10%	5%	0%
...+Démonstration en formation	30%	20%	0%
...+ mise en pratique & correction/feedback	60%	60%	5%
...+Coaching sur le lieu de travail	95%	95%	95%

Concernant les composantes clés liées aux organisations et au leadership, les recherches en santé maternelle montrent également l'importance des pratiques managériales pour faciliter le changement et son impact sur la capacité d'une formation sanitaire à fournir des soins respectueux de la personne et de qualité⁴³. Cependant, comme mentionné ci-dessous, ces composantes doivent être renforcées à tous les niveaux du système de santé, des formations sanitaires aux districts/régions et au niveau national⁴⁴. L'expérience du Cambodge, qui a atteint l'objectif de l'OMD 5A en est une bonne illustration⁴⁵. En

effet, en plus du renforcement de la qualité des soins dans les formations sanitaires, le gouvernement et ses partenaires ont systématiquement renforcé les systèmes de références pour la gestion des complications obstétricales. Ce renforcement ne s'est pas limité à des directives administratives mais a renforcé en profondeur les liens personnels et organisationnels entre les formations sanitaires et les équipes de districts/régions. Ce type d'approche est également soutenu par le renforcement du système d'information sanitaire pour permettre la disponibilité régulière de données servant à informer les décisions à tous les niveaux en termes de vision stratégique et de plans opérationnels d'amélioration de l'offre de services⁴⁶. Un autre exemple est celui d'un projet au Zimbabwe qui a démontré l'impact positif possible de système décisionnel basé sur les données. Un tableau de bord mensuel a été développé dans un hôpital, ce qui a permis, avec l'implication des gestionnaires de l'hôpital et des sages-femmes d'améliorer certains indicateurs cliniques et de formuler et mettre en œuvre des actions correctives.⁴⁷

6.3.3. Les cycles d'améliorations de la qualité

Les facteurs/composants clés du processus de mise en œuvre contribuent donc à la mise en œuvre de programme et aux cycles d'améliorations de la qualité (ex: PDSA) décrits ci-dessous et qui ont été utilisés avec succès en santé maternelle et néonatale pour adresser les manquements en terme de disponibilité et de qualité des soins^{48,49,50}. Ainsi, un hôpital régional au Ghana a mis en place avec succès les cycles d'améliorations de la qualité pour réduire la mortalité maternelle entre 2007 et 2011. Malgré une augmentation de 50% du nombre d'accouchements dans cet hôpital durant cette période, le ratio institutionnel de mortalité maternelle a baissé de 22,4%⁵¹. Une initiative d'amélioration de la qualité des soins au Niger basée sur le mentorat a permis une meilleure adhésion aux standard pour les soins obstétricaux et néonataux essentiels, comme démontré par l'analyse des données et des observations directes⁵².

“L'amélioration de la qualité est l'effort d'améliorer le niveau de performance d'un processus clé. Il requiert de mesurer le niveau de performance initial, d'identifier les moyens d'améliorer cette performance, et de mettre en œuvre de nouvelles et meilleure méthodes et interventions.” (Donald M. Berwick, et al. *Curing health care*. Jossey-Bass Publishers, 1990).

Méthodes et outils d'améliorations de la qualité

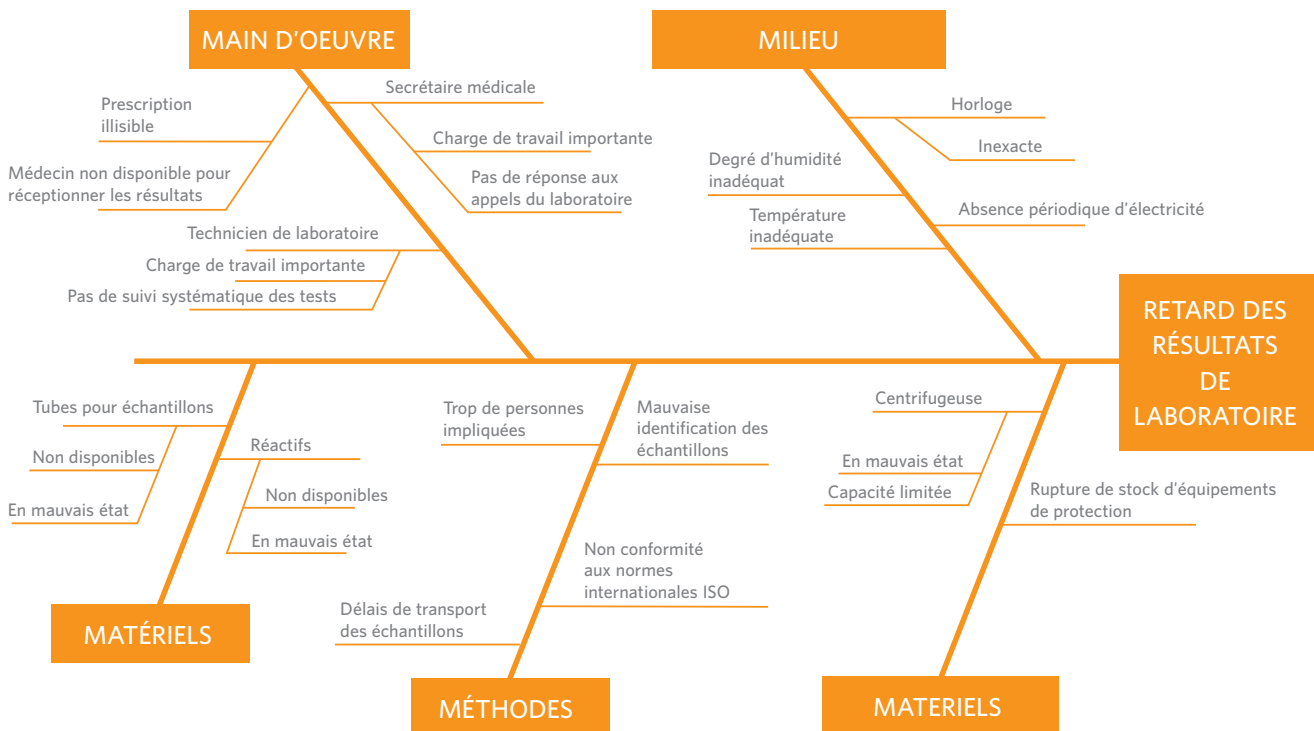
La section suivante décrit brièvement quelques méthodes et outils qui peuvent être utilisées par les équipes d'appui et les équipes des formations sanitaires, des districts/régions et au niveau national dans le cadre des cycles d'amélioration de la qualité des soins dans le réseau SONU désigné.

Diagramme de Ishikawa ou diagramme en arêtes de "poisson" (cf. Figure 47): aussi appelé diagramme de causes et effets, il représente de façon graphique les causes aboutissant à un effet. Comme illustré dans l'exemple ci-dessous, ce type de diagramme se structure habituellement autour du concept des "5 M": Matière (les matières et matériaux utilisés et l'information); Matériel (l'équipement, les machines, le matériel informatique, les logiciels et les technologies); Méthode (les processus); Main-d'œuvre (les interventions humaines); et le Milieu (l'environnement, le contexte). Chaque branche correspond à un de ces éléments et les causes les plus directes sont placées les plus proches de l'arête centrale.

Un diagramme de causes et effets permet:

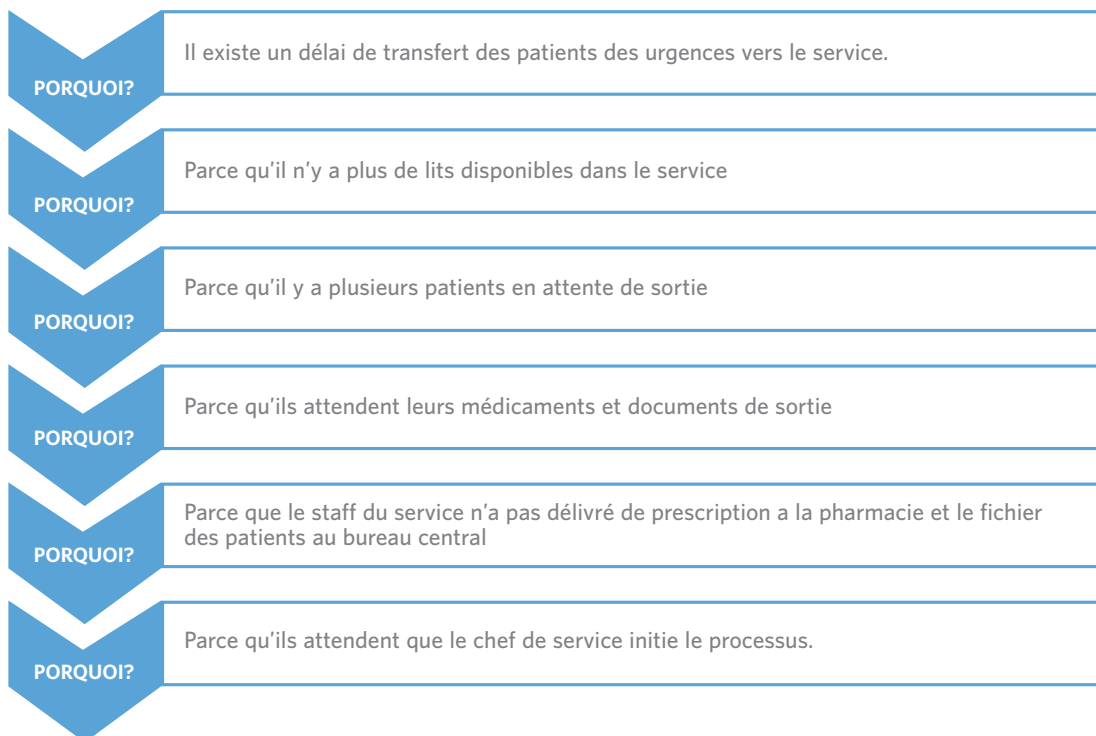
- D'aider les équipes à identifier les différentes causes qui contribuent à un effet
- De représenter graphiquement les relations entre les causes et l'effet et entre chaque cause
- D'aider à identifier des domaines d'amélioration et les prioriser.

FIGURE 46: EXEMPLE DE DIAGRAMME DE ISHIKAWA OU DIAGRAMME EN ARÊTES DE "POISSON" - RETARD DE RÉSULTATS DE LABORATOIRE



La méthode des “5 pourquoi” (cf. Figure 47): est la base d’une méthode de résolution de problèmes pour trouver la(es) cause(s) principale(s) d’un problème rencontré. Elle consiste dans un premier temps à définir le problème à analyser et à poser la question de pourquoi ce problème existe. Ce processus peut requérir de poser la question de « pourquoi ce problème existe » plus ou moins cinq fois. Ce principe est utilisé pour approfondir les causes d’un effet. Cette méthode se prête bien à la conduite d’une revue de décès maternelle.

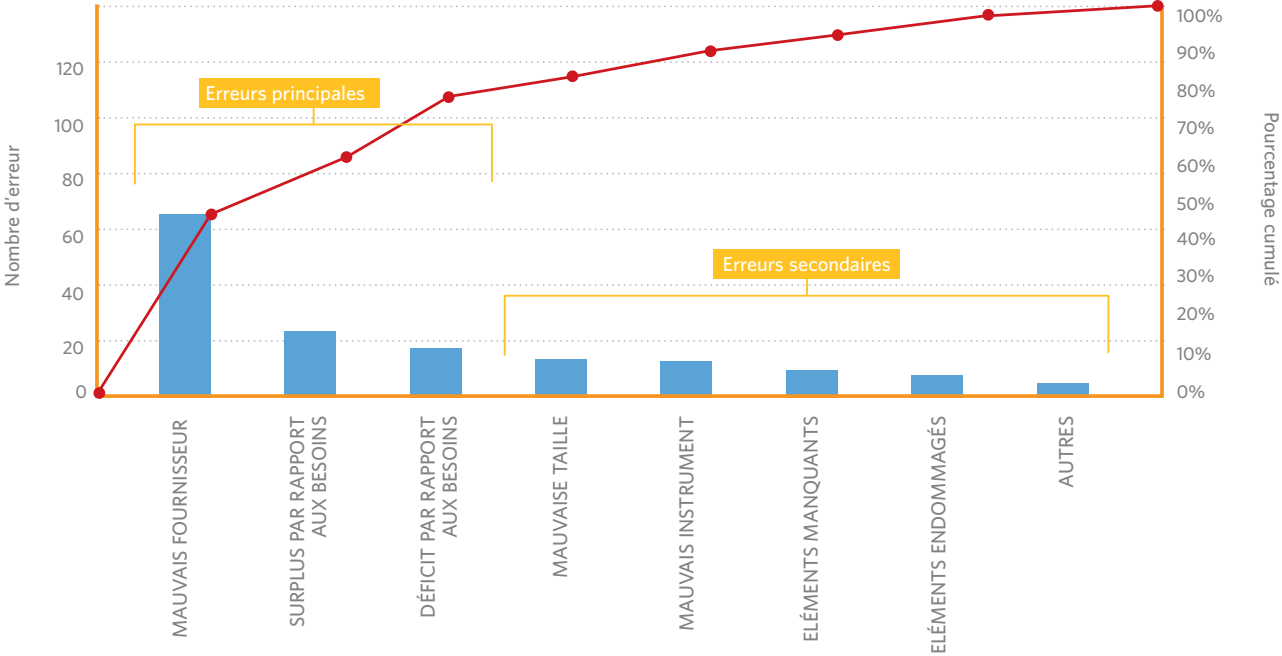
FIGURE 47 : EXEMPLE DE LA MÉTHODE DES “5 POURQUOI” - RETARD DE TRANSFERT DES PATIENTS EN DEHORS DU SERVICE DES URGENCES



Source: Van Deventer C, Mash B, African Primary Care Research: Quality improvement cycles, African journal of primary health care & family medicine, 2014.

Diagramme de Pareto (cf. Figure 48): est un graphique représentant l’importance de différentes causes d’un phénomène. Ce diagramme permet de mettre en évidence les causes les plus importantes et ainsi de prendre des mesures ciblées pour améliorer une situation. Selon le principe de Pareto - aussi connu sous le nom de « loi des 80/20 » - pour tout phénomène, environs 20% des causes produisent 80% des effets. Le diagramme de Pareto peut être utilisé par les équipes d’appui et celles des formations sanitaires, des districts/régions, et au niveau national pour concentrer les efforts d’amélioration de la qualité des soins sur les causes les plus importantes. Ce diagramme permet également de justifier cette concentration d’efforts sur certains domaines prioritaires.

FIGURE 49 : EXEMPLE DE DIAGRAMME DE PARETO - ERREURS DE COMMANDES D'INSTRUMENTS CHIRURGICAUX



7. Fiche technique n° 7: le Mentorat

Ce manuel a décrit une approche pour mettre en place un réseau national de maternités SONU capable de prendre en charge avec qualité l'ensemble des soins obstétricaux et néonataux, y compris les urgences. Il a montré l'importance de disposer dans ces maternités d'un personnel qualifié organisé en équipes. Cela ne peut se faire qu'avec une politique des ressources humaines ambitieuse qui inclut les stratégies décrites ci-dessous.

Une première stratégie pour renforcer la qualité de la prise en charge obstétricale consiste à s'assurer que l'ensemble des maternités du réseau SONU fonctionne avec une équipe de personnel qualifié, principalement obstétriciens et/ou sages-femmes, et d'établir clairement leurs rôles respectifs. Comme précédemment décrit dans ce manuel, les missions qui nous paraissent devoir être assurées par les sages-femmes dans une maternité SONU sont de:

- Réaliser une prise en charge respectueuse, centrée sur la personne
- Réaliser des accouchements eutociques sûrs
- Gérer les situations d'urgence (SONUB) jusqu'au moment où la sage-femme juge nécessaire l'appui d'un obstétricien ou l'organisation d'une référence vers une formation sanitaire de niveau de soin supérieur (SONUC).

La réalisation de ces missions exige la mise en place d'une formation initiale adéquate des sages-femmes, conforme au standard attendu par le Ministère de la santé, lui-même en alignement avec ceux de la communauté internationale définis par ICM/WHO⁵³ et des organisations régionales comme l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS).

Une seconde stratégie (complémentaire à la première) consiste à appuyer l'organisation des soins dans les maternités SONU grâce aux mécanismes de supervision du ministère de la santé dont l'expérience montre qu'elle doit évoluer vers ou être couplée à une supervision formative. Nous avons également recommandé (et largement décrit) qu'à ce mécanisme doit s'ajouter des équipes d'appui chargées d'accompagner les processus de changement (comme le monitoring SONU et le cycle PDSA) jusqu'à ce que ceux-ci soient durablement installés.

En complément, il est conseillé de mettre en place un programme de mentorat des sages-femmes pour adresser les manquements identifiés en terme de compétences cliniques et/ou organisationnelles. Plus de la moitié des 32 pays soutenus par le programme MHTF de l'UNFPA ont mis en place un tel programme. Ces initiatives sont encore assez disparates. Cependant, certains programmes, comme ceux du Burkina Faso, Madagascar⁵⁴ et Bénin ont été évalués. Des leçons doivent en être tirées pour informer une guidance particulière sur la mise en œuvre d'un programme de mentorat des sages-femmes. Cette fiche technique se limite uniquement à proposer quelques principes permettant de structurer un programme de mentorat.

7.1. Les concepts de supervision, de supervision formative, d'équipes d'appuis et de mentorat

Il est tout d'abord important de distinguer un programme de mentorat d'une supervision, d'une supervision formative, et des équipes d'appui, par leur définition, leurs caractéristiques et leur rythme d'intervention dans les formations sanitaires.

TABEAU 10 : DÉFINITIONS ET CARACTÉRISTIQUES D'UNE SUPERVISION, D'UNE SUPERVISION FORMATIVE, DES ÉQUIPES D'APPUI À LA MISE EN ŒUVRE, ET DU MENTORAT

DÉFINITIONS	
Supervision	Un processus hiérarchique, traditionnellement intégré dans le système administratif du pays, qui consiste à assurer la conformité des connaissances et pratiques aux protocoles et guidances (essentiellement cliniques) selon une approche introspective et de contrôle.
Supervision formative	Un processus hiérarchique, traditionnellement intégré dans le système administratif du pays, qui correspond à une forme de supervision destinée à guider, appuyer et aider les prestataires de service par le biais d'une communication et d'une prise de décision plus proche de l'échange que de la directive hiérarchique. La supervision formative se base sur l'objectif pragmatique d'un feedback constructif plutôt que sur un jugement de la performance sur base de critères prédéfinis.
Equipe d'appui en soutien à la mise en œuvre	Une relation interpersonnelle de confiance, de soutien, d'aide, d'échanges et d'apprentissage entre des experts en mise en œuvre de programme/d'innovation (du Ministère de la santé ou non) et des équipes telles que des prestataires de service pour contribuer à mettre en place un environnement propice à la mise en œuvre d'un programme/d'une innovation et une culture d'amélioration de la qualité avec le progrès comme motivation clé.
Mentorat	<p>Une relation interpersonnelle de confiance, de soutien, d'aide, d'échanges et d'apprentissage entre une personne d'expérience dans un domaine (le mentor) et une équipe (et/ou une personne) moins expérimentée dans ce domaine (les mentorés). Cela facilite un transfert de connaissances et de compétences (cliniques et/ou de gestion/organisationnelles) du mentor au mentoré. L'objectif du mentorat étant d'améliorer la performance du mentoré dans le domaine concerné et de soutenir son développement professionnel (Abiddin NZ, Hassan A. A review of effective mentoring practices for mentees development. J Stud Educ. 2011;2:72-89).</p> <p>Le coaching, qui est souvent une des composantes du mentorat se focalise spécifiquement sur l'amélioration de la performance afin d'adresser les manquements entre la connaissance et la pratique (Pearson M, Brew A. Research training and supervision development. Stud High Educ. 2002;27:135-50).</p>

CARACTÉRISTIQUES	RYTHME D'INTERVENTION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilise typiquement une liste (checklist) prédéfinie pour évaluer la conformité des connaissances et pratiques aux protocoles et guidances ▪ Approche hiérarchique ('top-down') entre le superviseur et le supervisé basée sur de possibles sanctions qui ne favorise pas l'apprentissage et la motivation par le progrès (Marquez L, Kean L. Making supervision supportive and sustainable: new approaches to old problems. MAQ Paper No. 4. 2002) ▪ Permet des solutions épisodiques à des problèmes mais avec peu ou pas de suivi 	<p>Visites courtes et ad-hoc des formations sanitaires (limitées en intensité et en temps)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évalue la conformité des connaissances et pratiques aux protocoles et guidances mais aussi le professionnalisme (y compris les soins respectueux centrés sur la personne) ▪ Basé sur une relation d'échange tout en conservant une relation hiérarchique entre le superviseur et le supervisé avec de possibles sanctions ▪ Approche basée sur la résolution de problèmes avec suivi/boucle rétroactive ▪ Met en avant les améliorations et les progrès plutôt que n'identifier que les faiblesses. 	<p>Visites courtes et ad-hoc des formations sanitaires (limitées en intensité et en temps)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentré sur la mise en œuvre effective d'un programme et/ou d'une innovation (par exemple le monitoring SONU et les cycles d'amélioration de qualité dans les SONU) ▪ Basé sur une relation de respect et de confiance mutuels ▪ Utilise des données pour suivre les progrès en matière de performance et pour identifier et mettre en œuvre des solutions aux manquements ▪ L'approche se base sur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le droit à l'erreur ▪ L'autonomie des équipes des formations sanitaires à analyser leurs données et à prendre des décisions et les mettre en œuvre (d'où l'importance d'utiliser des questions ouvertes et de méthodes d'amélioration de la qualité (cf. Fiche technique 6) 	<p>Visites régulières (chaque trimestre ou semestre) des formations sanitaires d'une à deux journée(s)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentré sur l'amélioration des compétences, sur le professionnalisme, et sur le développement professionnel en adoptant une approche holistique au-delà de la vérification des connaissances sur un protocole ou une guidance spécifique ▪ Basé sur une relation de respect et de confiance mutuelle (relation de "pair-à-pair") bénéfique à la fois pour le mentor et le(s) mentoré(s), qui bénéficient de l'expertise du mentor. Le mentor bénéficiant de la satisfaction d'améliorer leurs compétences et potentiellement de nouvelles idées ou pratiques (McCloughen A, O'Brien L, Jackson D. Positioning mentorship within Australian nursing contexts: a literature review. Contemp Nurse. 2006;23(1):120-34.) 	<p>Visites régulières et longues (de plusieurs jours) des formations sanitaires (importante en intensité et en temps) sur un moyen terme défini par les besoins (identifiés par le monitoring SONU). Il s'agit donc d'un appui temporaire pour adresser des manquements cliniques, organisationnels ou de gestion.</p>

7.2. Organisation d'un programme de mentorat

Un programme de mentorat bien conduit est capable d'accélérer l'amélioration de la qualité de soins dans une maternité. Le coût d'un tel programme peut être soutenu si les fonds engloutis dans les formations en atelier étaient réorientés dans ce type d'intervention sur site, son financement serait même aisé. Dans un programme mentor, la QUALITÉ DES SOINS est l'objectif principal qui doit servir de fil conducteur à l'élaboration puis à la mise en pratique du programme.

7.2.1. Les mentors

Le nombre réduit de mentors disponibles dans les pays à forte mortalité maternelle constitue la limitation principale de ce type de programme. Les compétences attendues du mentor constituent un élément clés de réussite du programme. Pour un programme de mentorat dans le réseau SONU, il faut recruter des mentors possédant les qualités suivantes:

- Posséder une expertise clinique reconnue en obstétrique;
- Avoir des qualités d'empathie et le désir de transmettre un savoir ;
- Parler la (les) langue(s) de travail administrative du pays ;
- Revendiquer de valeurs humanistes et avoir un comportement éthique ;
- Posséder une expertise en gestion d'équipe;
- Avoir une expertise en suivi et évaluation de programme de santé publique, et de préférence de programme de santé sexuelle et reproductive. Ce dernier point peut être amélioré avec une formation en sciences pédagogiques.

Appartenir au corps des mentors doit être perçu comme prestigieux. Ce statut doit être encadré et suivi par le ministère de la santé. Il doit représenter une évolution de carrière et apporter à ce personnel cadre une amélioration de sa rémunération.

7.2.2. Les bénéficiaires du programme de mentorat

Dans un système de santé fragile, caractéristique des pays à forte mortalité maternelle, le faible nombre de mentors qui pourra être recruté doit être dirigé sur un appui des maternités du réseau SONU dont le personnel est organisé en équipe. L'expérience au Burkina Faso montre que l'efficacité du programme est moindre s'il est mis en œuvre dans des maternités gérées par du personnel isolé.

Par ailleurs, les mentors engagés dans l'amélioration de la qualité des services dans le réseau SONU doivent intervenir dans des maternités volontaires, sur la base de recommandations formulées par les équipes de supervisions, des équipes d'appuis, et du district sanitaire, après acceptation par le personnel de la maternité considérée. Cibler les maternités SONU volontaires permet aussi de réduire les cibles, de mieux maîtriser la supervision du programme et les coûts.

L'objectif du programme mentors en appui au développement du réseau SONU consiste à la fois à renforcer les sages-femmes, mais aussi la maternité dans sa globalité :

- a) évaluer les besoins et renforcer chacune des sages-femmes individuellement ;
- b) évaluer les besoins et renforcer la disponibilité et la qualité des services produits par la maternité, voire certains services d'appui de la formation sanitaires (ex. évacuation sanitaires, hygiène, traitement des déchets);
- c) évaluer et renforcer l'équipe de la maternité (ex. clarifier les rôles et responsabilités au sein de l'équipe, appliquer ou discuter des procédures, gestion de réunion d'équipe).

7.2.3. Les résultats attendus du programme de mentorat

Il est important de définir des objectifs en lien avec les résultats programmatiques attendus en santé maternelle et néonatale. Ceux-ci sont liés aux constats réalisés lors des visites de supervision (formatives), des équipes d'appui et du suivi des activités et des indicateurs de résultats. Les activités d'appui des mentors peuvent donc porter sur le renforcement des compétences cliniques et les comportements professionnels des sages-femmes.

Les mentors peuvent également améliorer l'organisation de la maternité, favoriser une dynamique de groupe et d'amélioration de la qualité des soins. Ils peuvent aussi apporter des compétences complémentaires concernant d'autres types de service en santé de la reproduction (par exemple, le conseil et l'utilisation des méthodes de longue durée en planification familiale, le dépistage secondaire et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus, la prise en charge des violences basées sur le genre, des maladies sexuellement transmissibles).

Nous recommandons enfin aux responsables de programme de les engager comme facilitateurs dans la conduite des revues de décès maternel. Dans la mesure où la mission du mentor nécessite d'établir une relation de confiance avec l'équipe de la maternité, le mentor est bien placé (à la condition d'être formé à l'exercice) pour apporter une aide méthodologique à la revue de décès, qui pose pour le moment des problèmes de qualité important.

Au niveau de la maternité SONU, les attentes sont encore plus précises. Les mentors doivent permettre tout d'abord de réduire les déficits en fonctions signalétiques liés à des problèmes de compétence ou d'organisation. Les mentors doivent aussi améliorer la qualité des soins qui se mesure à la fois par des indicateurs comme le taux de létalité des complications obstétricales directes, la survenue de fistules obstétricales ou par des enquêtes précises comme la pertinence des références, ou la perception de la maternité par les populations et les autorités locales.

7.2.4. Les outils programmatiques

Comme pour tout programme, le programme de mentorat doit se doter :

- D'objectifs à atteindre ;
- D'un plan opérationnel avec budget et chronogramme ;
- D'un cadre programmatique et d'indicateurs ;
- D'outils de suivi permettant de suivre le travail des mentors et les résultats obtenus dans les maternités.
- Un manager de programme de mentorat compétent.

Ce programme doit faire l'objet d'évaluation assez régulière, si possible en faisant appel à une évaluation externe et indépendante. Un guide opérationnel devrait détailler les lignes du programme abordées dans cette fiche technique.

The image features a solid blue background with intricate white line art. The lines are fluid and organic, forming a shape that strongly resembles a stylized human face or a mask. The lines define the forehead, eyes, nose, and mouth, though they are not solidly filled, creating a sense of depth and movement. The overall composition is minimalist and artistic.

ANNEXE

ANNEXE 1 :

Mise en œuvre de l'approche de développement du réseau national de maternité de référence SONU de 2015 à 2020

Phases 1-3 du développement des SONU

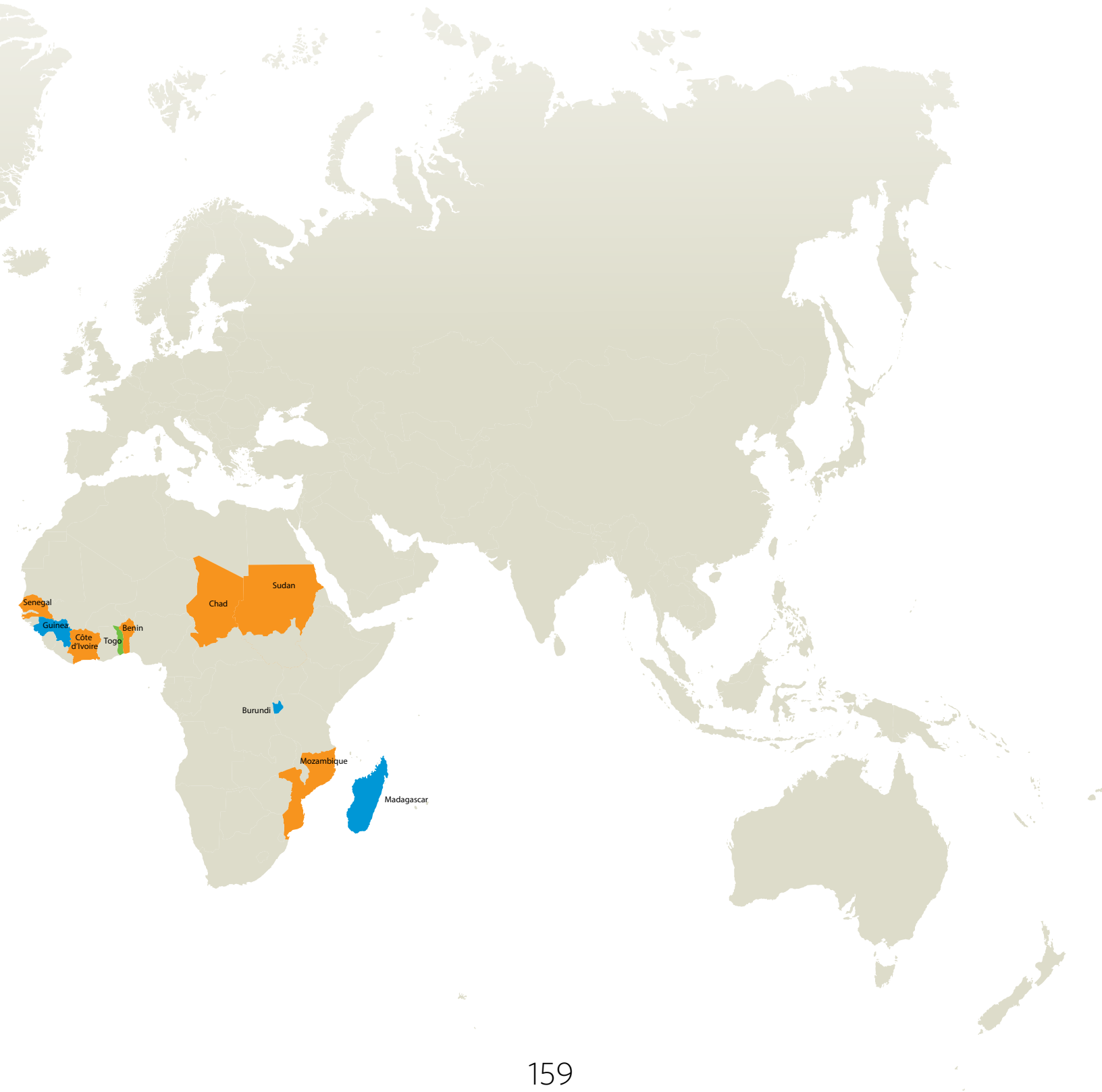
Approche nationale de développement SONU, fiche de monitoring, et réseau national SONU définis (avec SIG/AccessMod) : Bénin, Côte d'Ivoire, Mozambique, Sénégal, Soudan, Tchad

Phases 4 & 5 du développement des SONU

Suivi trimestriel des indicateurs clés en santé de la reproduction, maternelle, et néonatale dans les formations sanitaires du réseau national SONU (en lien avec le SIS/DHIS2) : Burundi, Guinée, Haïti, Madagascar

Phases 6 du développement des SONU

Amélioration de la qualité des soins/réponses pour adresser les manquements identifiés par le monitoring SONU : Togo.



RÉFÉRENCES

1. S Nirupam, E A Yuster. Emergency Obstetric Care : measuring availability and monitoring progress. International Journal of Gynecology and Obstétric 50 suppl. 2 1995 S79-S88
2. AMDD, OMS, UNFPA, UNICEF. Surveillance des soins obstétricaux d'urgence - manuel d'utilisation. OMS, 2009.
3. WHO, UNFPA, UNICEF, USAID, FIGO, The White Ribbon Alliance, Family Care International, ICM, World Bank Group, Maternal Health Task Force, MCHIP. Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM). World Health Organization, 2015
4. Campbell OMR. et al. The scale, scope coverage and capability of childbirth care. Lancet series maternal Health, 2016. pp. 36-60
5. UNFPA. Documentation du processus et resultats de la mise en oeuvre de reseaux SONU dans 4 pays: Togo, Benin, Senegal et Guinee, United Nations Population Fund, 2019.
6. Dieleman, Joseph L et al., Development assistance for health: past trends, associations, and the future of international financial flows for health, The Lancet, 2016, 387, 10037, p. 2536 - 2544.
7. UNFPA et al. The State of the World's Midwifery (SoWMy), UNFPA, 2014
8. United Nations Population Fund. Maternal Health Thematic Fund, Annual report 2013. UNFPA, 2014.
9. Countdown to 2015-Maternal, Newborn & Child Survival. A Decade of Tracking Progress for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2015 Report. National availability of EmONC by country.
10. UNFPA. The Maternal and Newborn Health Thematic Fund Annual Report 2018: Focused action, increasing impact - transitioning to Phase III (2018-2022). UNFPA, 2019.
11. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, France. Les maternités. Cahiers 1 : analyse générale. Cours des Comptes. Chambres régionales et territoriales des comptes; 99. 2014.
12. Gabrysch S. et al. Emergency obstetric care availability: a critical assessment of the current indicator, Tropical Medicine and International Health, Vol 17, 2012.
13. Rapport sur la priorisation du réseau SONU au Burundi. UNFPA. 2017.
14. Rapport sur la priorisation du réseau SONU au Togo. UNFPA. 2018.

15. Rapport technique sur la priorisation du réseau SONU au Sénégal, UNFPA, 2018 et rapport de validation du réseau SONU au Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. 2019.
16. Langley GJ, et al. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organisational Performance*. 2nd ed., San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2009
17. Evaluation des ressources, des besoins et monitoring des soins obstétricaux et néonataux d'urgence- Rapport annuel, 2011. Royaume du Maroc. Ministère de la santé, Direction de la population.
18. UNFPA, ICM, OMS. *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde. Sur la voie de l'universalité. Le droit de la femme à la santé*. UNFPA. 2014
19. World Health Organization, *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*, WHO, 2016: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249155/1/9789241511216-eng.pdf?ua=1>
20. Geographical access to care at birth in Ghana: a barrier to safe motherhood. Peter W Gething, Zoe Matthews and al. *BMC Public Health* 2012, 12:991.
21. Ebener S., Guerra-Arias M., Campbell J., Tatem A.J., Moran A.C., Amoako Johnson F., Fogstad H, Stenberg K., Neal S., Bailey P., Porter R, Matthews Z. (2015): The geography of maternal and newborn health: the state of the art. *International Journal of Health Geographics* 2015, 14:19: <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12942-015-0012-x>
22. Roth S., Landry M., Ebener S., Marcelo A., Kijisanayotin B., Parry J. (2016): The geography of universal health coverage: Why geographic information systems are needed to ensure equitable access to quality health care. *ADB brief No. 55*, April 2016: <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/183422/geography-uhc.pdf>
23. UNICEF (2016): *Guidance on the Use of Geospatial Data and Technologies in Immunization Programs: Overview and Managerial Considerations for In-Country Strengthening*: <https://drive.google.com/file/d/OB0iJNe5CNLSHaVFstTYyTmlaX3M/view>
24. Ebener S., Verzilli M., Payne J., Teesdale S. (2017): *HIS geo-enabling: Guidance on the establishment of a common geo-registry for the simultaneous hosting, maintenance, update and sharing of master lists core to public health*: <https://drive.google.com/open?id=0B6enNobOP9SZOVFIQzA4T2IVaDQ>
25. Ebener S (2017) *Guidance for the collection and use of geospatial data in health - Part 2 - Implementing the data management cycle: 2.2 Defining the vocabulary, the data set specifications and the ground reference*: http://www.aehingislab.net/DOCUMENTS/Guide_GIS_Lab_Part2_2.pdf

26. Ray, N and S. Ebener. 2008. AccessMod 3.0: computing geographic coverage and accessibility to health care services using anisotropic movement of patients. *International Journal of Health Geographics*, 7: 63
27. WHO (2016): Investing the Marginal Dollar for Maternal and Newborn Health: Geographic Accessibility Analysis for Emergency Obstetric Care services in Cambodia: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250271/2/WHO-HIS-HGF-GIS-2016.2-eng.pdf>
28. USAID (2015): Malawi - Accessibility to EmOC facilities
29. WHO (2016): Investing the Marginal Dollar for Maternal and Newborn Health: Geographic Accessibility Analysis for Emergency Obstetric Care services in Cambodia: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250271/2/WHO-HIS-HGF-GIS-2016.2-eng.pdf>
30. World Health Organization, Global Reference List of 100 Core Health Indicators, WHO, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf?sequence=1>)
31. Ebener S., Maude R.J., Gault P. (2016): Guidance for the Collection and Use of Geospatial Data in Health. Part 2 - Implementing the Geospatial Data Management Chain: 2.4 Creating geospatial data - 2.4.2 Collecting data in the field; AeHIN GIS Lab Documents: http://www.aehingislab.net/DOCUMENTS/Guide_GIS_Lab_Part2_4_2.pdf
32. Fixsen, D.L., Naoom, S. F., Blase, K.A., Friedman, R.M. & Wallace, F. Implementation Research: A Synthesis of the Literature. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network, 2005.
33. Fixsen D, Blase K, Metz A, Van Dyke M. Implementation Science. In: Wright JD, ed. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2nd edn. Oxford: Elsevier, 2015: 695-702.
34. Fixsen, D.L., Blasé, K.A., Duda, M., Naoom, S.F., Van Dyke, M. Establishing an infrastructure for implementing substance abuse programs. Invited presentations and workshop, OASAS, Albany, NY. June 2008.
35. Durlak JA et al. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*. 2008.
36. Metz, A et al. An integrated stage-based framework for implementation of early childhood programs and systems (OPRE Research Brief OPRE 201548). Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. 2015.
37. Freedman LP, Graham WJ, Brazier E, et al. Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation. *Lancet* 2007; 370: 1383-91.

38. Miller et al. Shifting Implementation Science Theory to Empower Primary Care Practices. *Annals of Family Medicine*, 2019.
39. Sodzi-Tettey S, Twum-Danso NAY, Mobisson-Etuk N, Macy LH, Roessner J, Barker PM. *Lessons Learned from Ghana's Project Fives Alive! A Practical Guide for Designing and Executing Large-Scale Improvement Initiatives*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2015. <http://www.ihl.org/resources/Pages/PublicationsProjectFivesAliveLessonsLearnedGuide.aspx>
40. Heifetz RA et al. *Leadership on the Line: Staying alive through the dangers of leading*. Harvard Business School Press. 2002.
41. Ersdal HL, Vossius C, Bayo E, et al. A one-day 'Helping Babies Breathe' course improves simulated performance but not clinical management of neonates. *Resuscitation* 2013; 84: 1422-7.
42. Rowe AK, De Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain highquality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet* 2005; 366: 1026-35.
43. Tibandebage BP, Kida T, Mackintosh M, Ikingura J. *Understandings of Ethics in Maternal Health Care: an Exploration of Evidence From Four Districts in Tanzania*. Dar es Salaam: Ethics, Payments and Maternal Survival Project, 2013.
44. World Health Organization. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, 2007 http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.
45. Liljestrand J, Sambath MR. Socio-economic improvements and health system strengthening of maternity care are contributing to maternal mortality reduction in Cambodia. *Reprod Health Matters* 2012; 20: 62-72.
46. Moxon SG, Ruysen H, Kerber KJ, et al. Count every newborn; a measurement improvement roadmap for coverage data. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15: S8.
47. Crofts, J., Moyo, J., Ndebele, W., Mhlanga, S., Draycott, T., & Sibanda, T. (2014). Adaptation and implementation of local maternity dashboards in a Zimbabwean hospital to drive clinical improvement. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(2), 146-52. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24623908>
48. Franco LM, Marquez L. Effectiveness of collaborative improvement: evidence from 27 applications in 12 less-developed and middle-income countries. *BMJ Qual Saf* 2011; 20: 658-65.
49. Colbourn T, Nambiar B, Bondo A, et al. Effects of quality improvement in health facilities and community mobilization through women's groups on maternal, neonatal

and perinatal mortality in three districts of Malawi: MaiKhanda, a cluster randomized controlled effectiveness trial. *Int Health* 2013; 5: 180-95.

50. Boucar M, Hill K, Coly A, et al. Improving postpartum care for mothers and newborns in Niger and Mali: a case study of an integrated maternal and newborn improvement programme. *BJOG* 2014; 121: 127-33.

51. Srofenyoh, E. K., Kassebaum, N. J., Goodman, D. M., Olufolabi, A. J., & Owen, M. D. (2016). Measuring the impact of a quality improvement collaboration to decrease maternal mortality in a Ghanaian regional hospital. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27177512>

52. Boucar, M., Franco, L., Sabou, D., Saley, Z., Jennings, L., & Mohan, D. (2011). *Sustaining Better Maternal and Newborn Care and Quality Improvement in Niger: Challenges and Successes*. Bethesda, MD: USAID Health Care Improvement Project.

53. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/03/icm-competencies-fr-screens-1.pdf>

54. Evaluation et documentation du programme de mentorat des sages-femmes à Madagascar. Ministère de la santé, UNFPA, 2017.

55. Ebener S, Stenberg K, Brun M, et al. Proposing standardised geographical indicators of physical access to emergency obstetric and newborn care in low and middle income countries. *BMJ Global Health*. 2019.

56. UNFPA. *Sexual and Reproductive Health and Rights: An essential element of Universal Health Coverage*. United Nations Population Fund. 2019.

57. Moxon SG., et al. Categorising interventions to levels of inpatient care for small and sick newborns: Findings from a global survey. *PLoS ONE*. 2019.

58. Le Bacq F, et al. High maternal mortality levels and additional risk from poor accessibility in two districts of northern province, Zambia. *International Journal of Epidemiology*. 1997.

59 Pirkle, C.M., et al. Emergency Obstetrical Complications in a Rural African Setting (Kayes, Mali): The Link Between Travel Time and In-Hospital Maternal Mortality. *Maternal and Child Health Journal*. 2011.

60. Michie, S., et al. (2009). Specifying and reporting in complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implementation Science*, 2009.

61. Bruce Joyce and Beverley Showers, *Student Achievement through Staff Development*, 3rd edition, ASCD, 2002.



En collaboration avec:

