



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



SANTE MATERNELLE ET NEONATALE AU SENEGAL :

Succès et Défis

Avril 2012

Préparé par :

Lalla Touré

Defa Wane

Sylvia Alford

Rachel Taylor



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Maternal and Child Health
Integrated Program

SANTE MATERNELLE ET NEONATALE AU SENEGAL :

Succès et Défis

Avril 2012

Préparé par :
Lalla Touré
Defa Wane
Sylvia Alford
Rachel Taylor

Table des matières

REMERCIEMENTS	v
ABREVIATIONS.....	vi
I. INTRODUCTION.....	1
II. METHODOLOGIE.....	3
III. CONTEXTE.....	4
1. Caractéristiques démographiques et socio-économiques du Sénégal	4
2. Situation sanitaire en général, carte sanitaire.....	4
Organisation et infrastructures du système de santé	4
Le personnel.....	5
3. Situation de la santé maternelle et néonatale.....	6
Evolution de la mortalité maternelle	6
Evolution de la mortalité néonatale.....	6
Evolution des prises en charge de la grossesse, de l'accouchement, du nouveau-né et de la période post-natale.....	7
IV. ACQUIS.....	9
A. NIVEAU POLITIQUE.....	9
A.1. Engagement politique	9
A.2. Evolution du budget national pour la santé.....	11
A.3. Mesures politiques pour l'amélioration de la disponibilité des ressources humaines.....	14
B. AU NIVEAU DES SERVICES CLINIQUES	14
B.1. Définition d'un paquet de services complets et intégrés	15
B.2. Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) « renforcés et passés à l'échelle ».....	18
B.3. Une délégation des compétences en SONU avec formation et mise en place d'équipes compétentes en SOU	20
B.4. Politique de subvention des accouchements et césariennes.....	22
B.5. Promotion des soins après avortement (SAA) de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.....	25
B.6. Promotion de la Gestion Active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA).....	27
B.7. Promotion de l'audit des décès maternels et néonataux dans les structures sanitaires	27
B.8. Promotion du tutorat dans les structures sanitaires	28
B.9. Promotion des soins essentiels du nouveau-né.....	29
B.10. Prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.....	31
B.11. Des efforts de repositionnement de la PF les deux ou trois dernières années.....	34
C. AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE	35
C.1. Initiative « Bajenu Gox ».....	36
C.2. Offre initiale de pilules contraceptives par les matrones des cases de santé.....	38
C.3. La PTME communautaire	40

C.4. Composante communautaire des SAA : Mobilisation communautaire sur la prévention des avortements et hémorragies du premier trimestre de la grossesse	41
D. Activités IEC très utiles mais faibles.....	42
V. DEFIS	43
V.1. Une réponse pertinente mais insuffisante, peu coordonnée et peu soutenue	43
V.2. Quelques éléments de faiblesse	46
VI. LEÇONS-RECOMMANDATIONS	51
Il est recommandé à l'état de	51
Il est recommandé à l'USAID et ses agences de coopération de s'impliquer d'avantage dans les activités qui contribuent directement à la réduction de la MMN, en plus de l'apport en PF très fort et apprécié, il faut.....	53
Aux autres partenaires techniques et financiers	53
ANNEXES	54
QUELQUES INDICATEURS.....	54
BIBLIOGRAPHIE	63
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	64
USAID	64
Ministère de la Sante	64
DSR	64
CHU Fann.....	64
Intrahealth	65
UNICEF	65
UNFPA	65
DANSE.....	65
Abt.....	65
Ministère de la femme de l'enfant.....	65
CEFOREP.....	65
MSP : CAS/PNDS.....	65
SNEIPS.....	65
DLSI.....	65
BAD	65
OMS	65
VISITES du TERRAIN	66
QUESTIONNAIRES.....	67
Questions aux responsables gouvernementaux, de programme	67
Metteur en œuvre.....	68
Questions aux services de santé (prestataires)	69
DISCUSSION DANS LES GROUPES FOCaux	69
(Utilisateurs des services)	69

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier le Ministère de la santé publique du Sénégal et son directeur de cabinet, le Dr Farba Sall, ainsi que la Division de la santé de la reproduction et son directeur, le Dr Bocar Daff, pour leur assistance et contributions à cette étude de cas. Elles remercient également tous les médecins-chef et responsables de structures sanitaires rencontrés ainsi que toutes les personnes qui ont revu l'étude de cas y compris Mmes Izetta Simmons, Debbie Gueye et l'équipe de l'USAID-Dakar.

Il convient aussi de remercier tout particulièrement le personnel programmatique et technique des organisations suivantes qui a été interviewé pour cette étude et dont les connaissances et l'expertise ont rendu possible la réalisation du présent rapport :

Ministère de la Santé : DSR, DANSE, CAS/PNDS, SNEIPS, DLSI

Ministère de la femme et de l'enfant

CHU Fann

Intrahealth

UNICEF

UNFPA

Abt

CEFOREP

BAD

Oms

MCHIP, le Programme Intégré de Santé Maternelle et Néonatale, est le programme phare de l'USAID pour la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), qui met l'accent sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile pour accélérer les progrès pour achever les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4 et 5. MCHIP soutient la programmation en SMNI, en vaccination, planification familiale, paludisme et VIH/SIDA et encourage fortement les possibilités d'intégration. Les domaines techniques intersectoriels incluent l'eau, l'assainissement, l'hygiène, la santé urbaine et le renforcement des systèmes de santé.

Cette étude a pu être réalisée grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), aux termes de l'accord coopératif GHS-A-00-08-00002-00. La responsabilité du contenu incombe au Programme Intégré de santé maternelle et infantile (MCHIP) et ne reflète pas forcément les vues de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.

Abréviations

ACT	Artemisinine Combination Therapy
AMIU	Aspiration manuelle Intra-utérine
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ARV	Anti retro viral
AS	Analyse Situationnelle
ASC	Agent de santé communautaire
BAD	Banque Africaine de Développement
BG	Bajenu Gox
CARMMA	Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique
CCC	Communication pour le changement du comportement
CDSMT	Cadre de dépense sectorielle à moyen terme
CEFOREP	Centre de formation et de recherche en santé de la reproduction
CESAG	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CGO	Clinique gynécologique et obstétricale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
COGES	Comité de gestion des services santé
CPN	Consultation prénatale
CPoN	Consultation post natale
CRFS	Centre régional de formation sanitaire
CS	Centre de santé
CTIP	Conseil et test du VIH à l'initiative du prestataire
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipeement
DBS	Dried blood spot test – Prélèvement sur papier buvard
DIEM	Direction de l'Infrastructure de l'Equipeement et du Matériel
DIU	Dispositif intra utérin
DRH	Direction des ressources humaines
DLSI	Division de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles
DSR	Division de la santé de la reproduction
DNLP	Direction nationale de lutte contre le paludisme
DSRP	Document de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté
D&C	Dilatation et curage
DPP	Déclaration de politique de population
EDS	Enquête démographique de la santé
EPS	Etablissement public de santé
FHI	Family Health International

FVV	Fistule vésico vaginale
GATPA	Gestion active de la troisième phase de l'accouchement
GM	Grand-mère
IBG	Initiative Bajenu Gox
ICP	Infirmier chef de poste
IDE	Infirmier diplômé d'état
IRA	Infection respiratoire aigue
IST	Infection sexuellement transmissible
J2-J3-J9-J10-J42	2eme, 3eme, 9eme, 10eme, 42eme jour après l'accouchement
SIDA	Syndrome immuno déficience immunitaire
MCHIP	Programme international pour la santé de la mère et de l'enfant
MGF	Mutilations génitales féminines
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MSP	Ministère de la Santé Publique
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
NU	Nations Unis
NV	Naissance vivante
OCB	Organisation à base communautaire
OIP	Offre initiale de la pilule
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PF	Planification familiale
PI	Prévention de l'infection
PNA	Pharmacie nationale d'approvisionnement
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PNLS	Programme national de lutte contre le SIDA
PNSE	Programme national de survie de l'enfant
POPAEN	Plan opérationnel de passage à l'échelle nationale
PRA	Pharmacie régionale d'approvisionnement
PS	Poste de santé
PSSR	Plan stratégique de la santé de la reproduction
PTF	Partenaire technique et financier
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SAA	Soins après avortement
SENN	Soins Essentiels du nouveau-né
SIDA	Syndrome immuno déficience acquise
SIG	Système d'information sanitaire à des fins de gestion

SIS	Système d'information sanitaire
SFE	Sage-femme d'état
SMN	Santé maternelle et néonatale
SMNI	Santé maternelle néonatale et infantile
SNEIPS	Système national d'éducation et d'information de la population sur la santé
SNIS	Système Nationale d'information sanitaire
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SP	Sulfadoxine pyriméthamine
SR	Santé de la reproduction
SRO	Sachet de réhydratation orale
TPI	Traitement présomptif intermittent
UNFPA	Fond des Nations Unis pour la Population
UNICEF	Fond des Nations Unis pour l'enfance
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

I. Introduction

Les trois dernières décennies, les estimations de l’OMS nous ont appris que plus d’un demi-million de femmes mouraient chaque année de causes liées à la grossesse et à l’accouchement et près de quatre millions de nouveau-nés mouraient dans les 28 jours qui suivent leur naissance. Des millions d’autres femmes souffrent de séquelles ou infirmités pour le reste de leur vie. Le fossé qui sépare les pays industrialisés des régions en développement des pays les moins avancés en particulier est sans doute plus profond pour la mortalité maternelle que pour n’importe quel autre secteur. Les chiffres le confirment : si l’on prend les données de 2005, on constate que pour une femme des pays les moins avancés, le risque moyen, sur la vie entière, de mourir de complications liées à la grossesse et à l’accouchement est 300 fois plus élevé que pour une femme vivant dans un pays industrialisé. Aucun autre taux de mortalité ne va aussi loin dans l’inégalité. Le fossé entre pays industrialisés et régions en développement reste également très large en ce qui concerne les décès néonataux. Selon les données 2004, un enfant né dans un des pays les moins avancés risque 14 fois plus de mourir pendant les 28 premiers jours de sa vie qu’un bébé dans un pays industrialisé. La plupart des décès maternels et néonataux se passe en Afrique et en Asie du Sud. Alors que l’Afrique au Sud du Sahara ne représente que 11% de la population totale du monde, elle compte 49% des décès maternels et 50% des décès des enfants de moins de 5ans.

Dix ans après l’engagement pris par les états membres des Nations Unis d’augmenter et d’aligner leurs efforts visant la réduction de la pauvreté et des fléaux y contribuant, l’objectif du millénaire pour le développement lié à mortalité maternelle (OMD5) est toujours loin d’être atteint. Les OMD constituent un défi pour l’Afrique, surtout les objectifs 4 et 5. L’édition 2008 du rapport 'Compte à rebours pour 2015' qui mesure le progrès des 68 pays qui ont contribué le plus à la mortalité maternelle, néonatale et infantile a indiqué qu’en 2008 seuls 19 pays étaient en voie d’atteindre l’OMD 4 et que sur 68 pays 56 avaient une très forte mortalité maternelle. Malheureusement l’Afrique, qui est fortement représentée parmi les 68 pays, figure parmi les moins performants.

Une étude publiée dans le Lancet en 2010 ¹ montre pour la première fois une diminution substantielle des taux de mortalité maternelle, estimant que le taux de mortalité maternelle en 2008 est descendu à 342 900 comparé à une base de 526 300 en 1980. Malheureusement l’étude attribue ce changement à des progrès substantiels dans des pays asiatiques à forte contribution comme la Chine, l’Afrique n’est pas très affectée par ces changements positifs.

Mais depuis quelques années, il semble y avoir une prise de conscience au niveau africain et mondial et les OMD qui constituaient un défi pour l’Afrique deviennent une opportunité pour avancer. Maintes études démontrent un lien direct entre l’amélioration de la santé et du développement. Mondialement chaque année il y a une perte de plus de 15 milliards de dollars occasionnée par les morts de femmes et de nouveaux nés. Le développement de l’Afrique dépend en partie de la capacité des pays à améliorer la santé de leurs mères et de leurs enfants.

Cette prise de conscience se traduit depuis quelques années par une augmentation des efforts visant une amélioration de la santé des femmes et des enfants. Au niveau régional l’Union Africaine a développé un « Cadre Directeur Continental pour la Santé Sexuelle et les Droits liés à la Reproduction en Afrique » peu après renforcé par le Plan d’Action de Maputo élaboré pour sa mise en œuvre pour les années 2007–2010. L’Union Africaine a aussi développé une 'stratégie africaine de la santé' qui sert à renforcer les efforts entrepris par les gouvernements et les

¹ Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010, 375: 1609-1623.)

institutions sous régionales. En 2009 l'Union Africaine a lancé une campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA). Le thème du Sommet des Chefs d'Etats de l'Union Africaine en Juillet 2010 est 'la santé maternelle, néonatale et infantile et le développement'.

Cet engagement régional est renforcé par des actions similaires au niveau mondial. Les Assemblées Générales des Nations Unies de 2008 et 2009 ont vu des engagements de pays à différents niveaux sur la santé des mères et des enfants. En 2010 le Secrétaire Général des Nations Unies a lancé un effort mondial qui cherche à mettre les femmes et les enfants au centre des politiques nationales et des plans internationaux. Cet effort qui se base sur le développement d'un plan d'action conjoint a été lancé en Septembre 2010 pendant le Sommet des OMDs.

En Afrique au Sud du Sahara, le Sénégal fait partie d'un des rares pays où des avancées significatives sont en train de se réaliser dans le domaine de la santé maternelle et néonatale, grâce à des interventions efficaces aussi bien au niveau clinique que communautaire, même si le rythme n'a pas encore atteint le niveau souhaité. En effet les efforts déployés depuis quelques années ont permis d'enregistrer des résultats encourageants dans ce domaine. Selon l'Enquête démographique de santé (EDS) IV, il a été noté :

- Une diminution du taux de mortalité maternelle qui est passé de 510 à 401 décès pour 100 000 NV entre 1992 et 2005, soit 21% de diminution en 13 ans.
- Une baisse du taux de mortalité infantile passant de 68 à 61 pour 1000.
- Une augmentation des accouchements assistés de 47% en 1992 à 52% en 2005.
- Une augmentation du taux de couverture en CPN évaluée à 93% en 2009 au lieu de 74% en 1992 et 87% en 2005
- Un taux de consultation postnatale à 57% en 2009 ²
- Une réduction de l'indice synthétique de fécondité de 6 à 5,3 enfants par femme. Une évolution de la pratique contraceptive évaluée à 10,3% en 2005 au lieu de 8,1% en 1997.

Basé sur ces constats, le projet global MCHIP financé par l'USAID a commandité cette étude documentant l'expérience sénégalaise afin de la partager avec les autres pays de la région africaine. Les objectifs spécifiques en sont :

1. Identifier les interventions basées sur l'évidence/les stratégies qui ont contribué à l'amélioration des résultats dans le domaine de la SMN dans le pays
2. Identifier au niveau de chaque domaine du programme de santé de la mère et du nouveau-né, les forces sur lesquelles il faut bâtir, et les faiblesses qui ont besoin d'attention
3. Décrire les éléments clés devant passer à l'échelle : y compris le partenariat, le plaidoyer, les systèmes de soutien et de mobilisation communautaire, les stratégies de communication et médias de masse
4. Identifier tout changement de politique ou de stratégies, au niveau national, qui découle de ces interventions, ainsi que des changements au niveau des lignes directrices pour les diverses catégories d'agents de santé le cas échéant.
5. Décrire le processus d'intensification (mise à l'échelle) des interventions/stratégies de RMN (fondées sur l'expérience clinique) basées sur l'évidence au Sénégal.

² Nouvelle donnée ajoutée au SNIS ces dernières années, donc progression non disponible)

6. Donner un aperçu des contributions des programmes et interventions appuyées par le gouvernement américain pour induire et passer à l'échelle des interventions clés dans le domaine de la SMN.
7. Donner des recommandations sur la stratégie à adopter en vue d'atteindre plus rapidement les OMD 4 et 5, et sur les interventions et stratégies réussies qui pourraient être adaptées et reproduites dans d'autres pays.

Après une description de la méthodologie utilisée, le rapport présente le contexte de l'exécution des programmes de santé maternelle et néonatale au Sénégal, les acquis enregistrés, les défis relevés et réponses apportées, avant d'aboutir aux conclusions et recommandations.

II. Méthodologie

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

1. Une revue exhaustive de la littérature comprenant les différents documents nationaux de politique, normes et procédures de stratégies nationales dans les différents domaines de la santé, de développement et de réduction de la pauvreté, de rapports annuels des agences de coopération en charge de la mise en œuvre du programme de santé de l'USAID et de quelques autres partenaires actifs dans la SMN (voir liste en annexe).
2. Des interviews approfondies avec les autorités gouvernementales (directeur de cabinet du Ministre de la Santé, directeur et autres responsables de la division SR), les partenaires bilatéraux et multilatéraux au développement, les agences de coopération de l'USAID, les agences des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA), les responsables de mise en œuvre, des prestataires et bénéficiaires (voir liste en annexe).
3. Une visite sur le terrain concernant un échantillonnage de structures sanitaires de différents niveaux, centre de santé de type II (avec maternité et bloc opératoire), centre de santé de type I (avec une maternité mais sans bloc opératoire) et poste de santé. Le choix a été basé sur la proximité de la capitale et sur les niveaux de performance : par exemple i) pour le type II : le centre de santé du district de Rufisque draine une forte population mais les indicateurs de performance ne sont pas toujours à la hauteur des efforts, avec un changement fréquent de chef ; le centre de santé du district de Guédiawaye draine aussi une forte population avec un leadership avéré et de bons indicateurs de performance, et le centre de santé du district de Touba drainant une forte population et fonctionnant essentiellement sur les moyens étatiques et les recouvrements des coûts, car sans appui de donateur ; ii) pour le type I, le centre de santé du district de Popenguine est assez bien performant, et le poste de santé de Guéreo dans le district de Popenguine avec une salle d'accouchement a une performance acceptable. Soulignons que cette visite de structures a été menée en partenariat avec la Division de la Santé de la Reproduction, organe du Ministère de la Santé directement responsable de la santé maternelle et néonatale.
4. La visite de deux cases de santé au niveau communautaire dans le district de Pout.
5. Des « groupes focalisés de discussion » succincts avec les clientes en attente dans les différentes structures pour des consultations pré et postnatales.

III. Contexte

1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES DU SENEGAL

Le Sénégal est situé à l'extrême Ouest du continent africain. Il couvre une superficie de 196 720 Km². En 2009, la population du Sénégal estimée à environ 11 894 343 habitants est relativement jeune ; en effet 47% des Sénégalais ont moins de 15 ans. Le nombre de femmes en âge de reproduction est de 2 735 699 (23% de la population totale) ; les grossesses attendues représentent 463 879 (39% de la population totale) et le nombre d'enfants de 0 à 5 ans est de 2 307 503 (19,4% de la population totale).

Selon la quatrième enquête démographique et de santé (EDS IV), l'indice synthétique de fécondité estimé à 5,3 enfants par femme est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme)³. Une cinquième enquête est en cours d'exécution et sera une combinaison de l'EDS et du MICS. Elle fournira des données plus récentes.

Le pays⁴ est subdivisé en 14 régions, 45 départements et 543 collectivités locales (113 communes, 46 communes d'arrondissement et 370 communautés rurales). Le découpage sanitaire ne correspond pas à ce découpage administratif. Cependant, à chaque région correspond une région médicale, chaque département comprend au moins un district sanitaire et chaque communauté rurale comprend au moins un poste de santé. Les chefs-lieux des régions représentent les principales villes du pays.

Un autre facteur caractéristique de la situation du pays est le niveau d'alphabétisation et de scolarisation. Selon le deuxième Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP 2), seuls 37,8% des plus de 15 ans ont la capacité de lire et écrire dans une langue quelconque. Les taux de scolarisation sont de 82,4% chez les garçons contre 77,3% chez les filles en 2004, avec un taux d'analphabetisme élevé de 62,2% dans la population générale et de 71,8% chez les femmes.

En terme d'état matrimonial et de nuptialité, la proportion de célibataires parmi les personnes âgées de 12 ans et plus est de 43,3%, la proportion de femmes mariées âgées de 15–19 ans est de 32%, l'âge moyen au premier mariage chez les 15-54 ans est respectivement de 21,9 ans chez les femmes et 29 ans chez les hommes⁵.

2. SITUATION SANITAIRE EN GENERAL, CARTE SANITAIRE

Organisation et infrastructures du système de santé

Le système de santé du Sénégal présente une structuration pyramidale à trois niveaux inter reliés complémentaires comprenant :

- L'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire. Chaque district sanitaire dispose au minimum d'un centre de santé et d'un réseau de postes de santé, qui sont

Profil du SENEGAL:

Population Totale: 11,8 millions

Espérance de vie à la naissance (années): 56

Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) : 401

Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000) : 121

Taux de mortalité infantile (pour 1000): 61

Taux de mortalité néonatale (pour mille) : 35

Taux d'analphabetisme : 62,2% (Source: EDS IV, 2005, PNDS.)

³ PNDS 2009–2018

⁴ Plan stratégique SR

⁵ Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, édition novembre 2006

implantés dans les communes, les chefs-lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Placé sous la responsabilité d'un Médecin Chef, il est le niveau opérationnel où sont menées les activités de manière intégrée et synergique. C'est aussi à ce niveau que l'on organise et exécute l'appui opérationnel aux activités de santé communautaire.

- L'échelon régional qui correspond à la Région Médicale où doit s'opérer la transformation des politiques et stratégies et plans d'action du niveau central en activités opérationnelles à mettre en œuvre au niveau des districts. Placée sous l'autorité d'un Médecin Chef, elle a pour mission entre autres : i) d'assurer l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région ; ii) d'organiser la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé ; iii) d'assister les structures régionales de santé dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification ; iv) d'organiser la formation continue des personnels sanitaires de la région, y compris le personnel communautaire ; v) d'assurer l'appui aux activités des districts sanitaires ; vi) d'assurer le traitement statistique des données sanitaires de la région.
- L'échelon central comprend le cabinet du Ministre, les directions et les services nationaux dont la vocation est de concevoir les orientations politiques et stratégiques majeures, impulser et assurer la coordination des actions de santé, la mobilisation et répartition des ressources nécessaires, l'harmonisation des procédures et mécanismes d'intervention ainsi que la surveillance continue des progrès nationaux réalisés en vue de l'atteinte des objectifs sanitaires. La Division de la Santé de la Reproduction chargée de gérer « la Santé de la Reproduction » au Ministère de la Santé et de la Prévention, a pour mission de coordonner la mise en œuvre du programme sectoriel de la santé de la reproduction.
- Au niveau du secteur public, le pays est divisé en 14 régions médicales et 71 districts sanitaires. Il compte actuellement 259 postes de santé sans maternité, 712 postes de santé complets, 52 centres de santé (de type I), 24 centres de santé de référence (de type II), et 25 hôpitaux⁶. La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), devenue un établissement public de santé en application de la réforme hospitalière, est chargée de l'achat des médicaments et produits sur le marché international, de la gestion et de la distribution au niveau périphérique par l'intermédiaire des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA)⁷.
- Le secteur privé joue un rôle important dans le dispositif sanitaire qui intègre ses structures à tous les niveaux du système⁸. On distingue le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Il renferme 413 structures réparties en un hôpital, deux centres de santé assimilés aux hôpitaux que sont les centres de santé spécialisés en santé mentale (DALAL XEL), 43 cliniques privées, 11 postes de santé avec ou sans maternité, 82 cabinets de spécialistes et 73 cabinets de médecins généralistes, 171 dispensaires avec infirmier et 30 postes de santé d'entreprise. On note également 700 officines de pharmacie, et une vingtaine de laboratoires d'analyses médicales.

Le personnel

Le personnel de santé en activité ne couvre pas encore la demande de couverture des besoins de santé des populations. La carte sanitaire 2008 a évalué le déficit en personnel médical et paramédical aux environs de 79 gynécologues-obstétriciens, 62 médecins compétents en SONU et 968 sages-femmes d'Etat. En outre, on note une disparité dans la couverture selon les régions, (par ex, 460 sages-femmes à Dakar, contre 4 à Kédougou)⁹. L'Etat est engagé dans une

⁶ Carte sanitaire 2008

⁷ PNSE

⁸ Rapport AS, plan stratégique SR

⁹ Evaluation DSRP

politique de contractualisation¹⁰ pour parer à ce déficit et surtout pour pourvoir certaines zones difficiles (voir tableau en annexe).

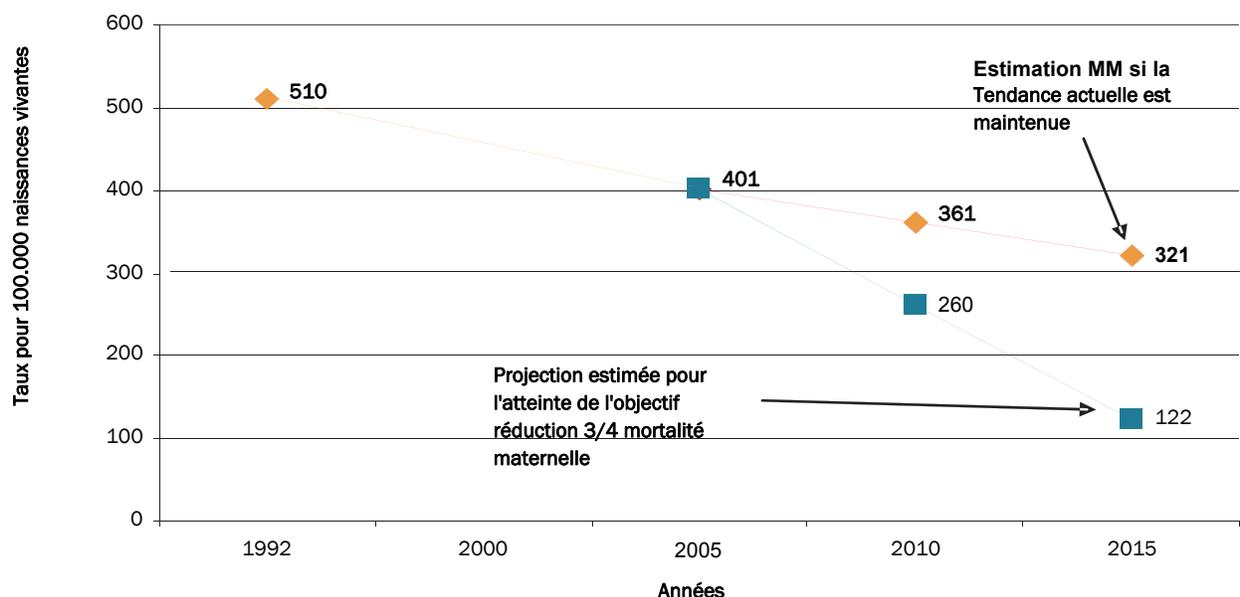
Il a été procédé à un relèvement du niveau de recrutement des sages-femmes d'état et infirmiers d'état, avec une décentralisation de la formation avec création des centres régionaux de formation en santé.

3. SITUATION DE LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE.

Evolution de la mortalité maternelle

Malgré les progrès réalisés, la mortalité liée à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum constitue la première cause de décès chez les femmes en âge de reproduction¹¹.

Graphique 1 : Mortalité maternelle (MM) : tendance évolutive, estimation et OMD



Source : DSR/MSP (PSSR)

Les causes de la mortalité maternelle sont dominées par les pathologies obstétricales directes (66%)¹² telles que les hémorragies, l'hypertension artérielle et ses complications, les dystocies et les infections. Les avortements représentent aussi 3,6% de ces décès. Les causes obstétricales indirectes (34%) sont dominées par l'anémie et le paludisme¹³. Les facteurs sous-jacents à ces causes sont liés aux insuffisances du système de santé avec en particulier le déficit en personnel qualifié à l'accouchement et l'inefficacité du système de référence-recours et aux mauvaises conditions sociales et économiques des femmes¹⁴.

Evolution de la mortalité néonatale

Au Sénégal, au cours de ces quinze dernières années, contrairement aux taux de mortalité infanto-juvénile et infantile qui ont connu une baisse, le taux de mortalité néonatale n'a pas connu d'amélioration. Il est passé, selon les EDS, entre 1992 et 2005, de 34,9 à 35 pour mille. Cette mortalité représente 57% de la mortalité infantile et environ 30% de la mortalité infanto-juvénile. Le taux est plus élevé en milieu rural avec 42,9 pour mille contre 34,4 en milieu

¹⁰ Rapport de performance

¹¹ PNSE & Plan stratégique SR

¹² Troisième enquête nationale sur la couverture obstétrico chirurgicale au Sénégal, Ministère de la Santé/OMS, Avril 2003.

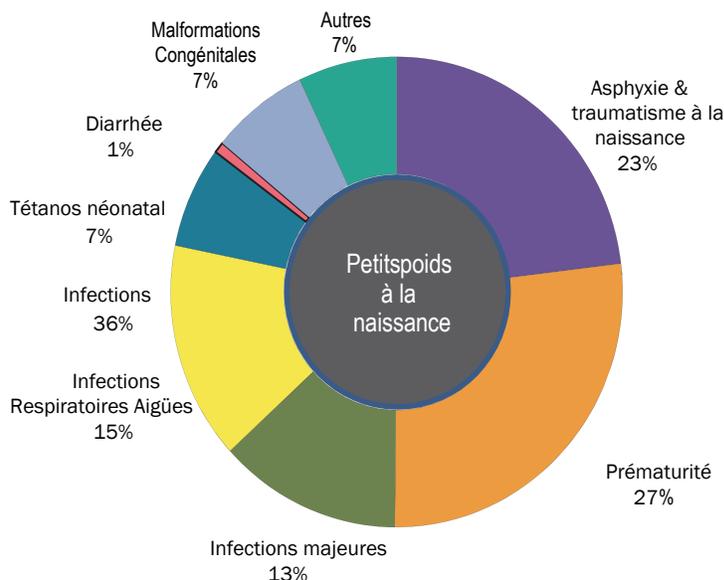
¹³ Rapport de la Commission mère enfant nouveau-né

¹⁴ PNSE & Plan stratégique SR

urbain¹⁵. Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 121% en 2005 (EDS4) avec 91% en zone urbaine et 160% en zone rurale à 85% en 2008/09, (ENSPID).

Les principales causes de décès dans la période néonatale sont apparemment les mêmes que celles constatées dans l'ensemble de la région africaine, à savoir : les infections (36%) y compris le tétanos néonatal, la prématurité (27%) et l'asphyxie (23%), les affections congénitales (7%) et les autres causes (7%).

Graphique 2 : Causes de mortalité néonatale



Source : Présentation pays, SMNI au Sénégal, 2006

Evolution des prises en charge de la grossesse, de l'accouchement, du nouveau-né et de la période post-natale

La proportion de femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation prénatale auprès de personnel de santé qualifié est passée de 87%¹⁶ en 2005 à 94,7¹⁷ en 2009. Le taux d'achèvement (4 consultations prénatales) quant à lui a baissé, de 40%¹⁸ en 2005 à 28,4%¹⁹ en 2009.

De 1997 à 2005, la proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé dans une structure sanitaire est passée de 48% à 62% avec 52% d'accouchements assistés par du personnel qualifié. Des disparités importantes selon le milieu de résidence existent pour ce qui concerne le lieu d'accouchement. En effet, si en milieu urbain, 88 % des accouchements se sont déroulés dans une formation sanitaire, cette proportion n'est que de 47% en milieu rural où plus d'une femme sur deux (52%) a accouché à domicile. Les accouchements à domicile sont également fréquents dans les régions de Tambacounda (65%), Kolda (65%), Kaolack (54%), Matam (53%) et Fatick (50%) (Source, EDS IV, 2005). De 2008 à 2009, le pourcentage d'accouchements dans les structures sanitaires a régressé, passant de 70% à 65% (graphique ci-dessous).

Le taux de césarienne est de 3%, ce qui est inférieur au seuil de 5% recommandé dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle. Cette situation s'explique en partie par l'insuffisance :

¹⁵ POPAEN

¹⁶ EDS IV

¹⁷ Source DSR

¹⁸ EDS IV

¹⁹ Source DSR

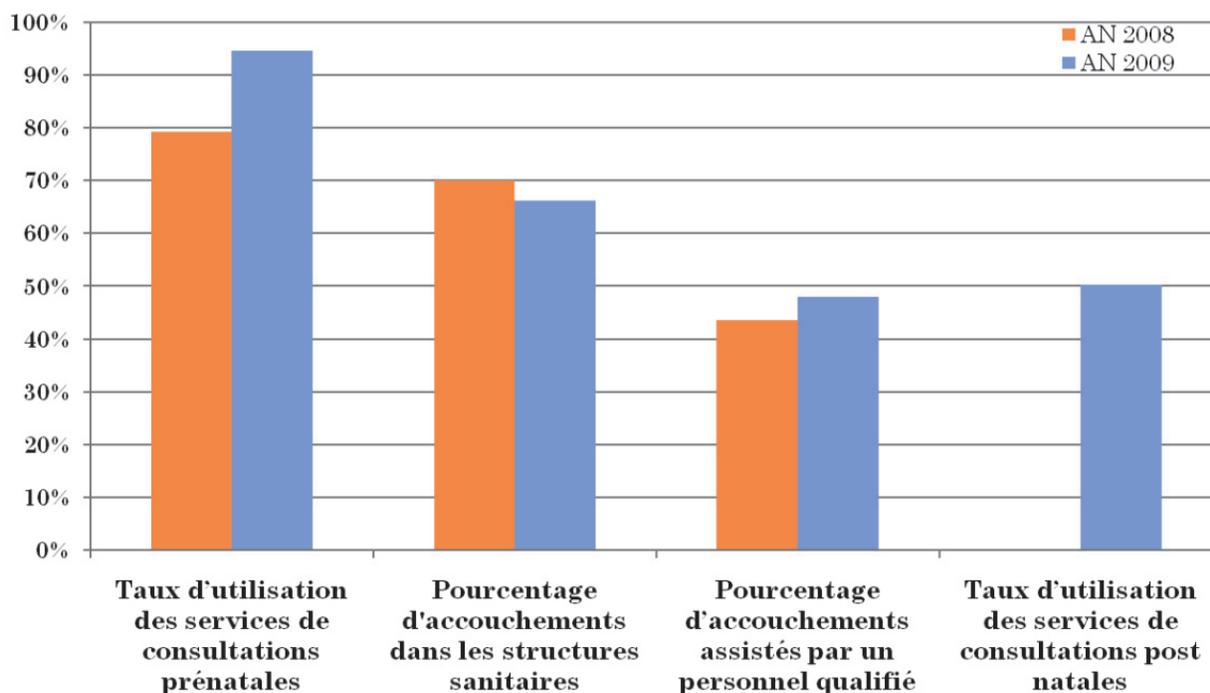
i) de blocs opératoires fonctionnels dans les centres de santé rendant encore inaccessibles les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONU-C) mais aussi la défaillance du système d'orientation-recours et l'insuffisance de dépistage au cours des consultations prénatales ; ii) l'insuffisance de la prise en charge adéquate des complications obstétricales. La couverture sanitaire est faible avec une disponibilité des SONU-B à 50% et celle des SONU-C à 65%²⁰.

La planification familiale connaît une progression lente, passant de 8,1% en 1997 à 10,3% en 2005 (EDS IV) alors que l'objectif était de 16%. L'absence de maîtrise de la fécondité fait partie des contraintes majeures pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Le suivi de la grossesse, est l'occasion de prévenir les anémies, le tétanos néonatal, le paludisme, la transmission du VIH et de préparer la mère à la pratique de l'allaitement maternel. A cet effet, la couverture en vaccin antitétanique chez les femmes enceintes est de 89,3% (EDS IV). En matière de prévention du paludisme, le pourcentage des femmes enceintes ayant reçu un antipaludéen (TPI2) est de 56% en 2009 ²¹. En ce qui concerne la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, 31,6% des femmes enceintes ont bénéficié du test de dépistage du VIH mais seulement 48,3% des femmes enceintes dépistées positives ont bénéficié du traitement²².

Le graphique suivant résume la continuité des services de 2008 à 2009.

Graphique 3 : Continuité des services



Sources : DSR

²⁰ Rapport AS plan stratégique

²¹ Rapport provisoire Document de politique économique et social 2011-2015, Min Economie et Finances

²² Rapport Analyse Situationnelle

La présence de personnel non qualifié (matrones) dans certaines structures sanitaires explique que le pourcentage des accouchements dans les structures sanitaires est plus élevé que celui des accouchements assistés par un personnel qualifié.

IV. Acquis

L'Etat du Sénégal, avec l'appui des partenaires au développement (USAID, UNICEF, UNFPA, etc.) a initié beaucoup d'interventions à haut impact dont les résultats peuvent être appréciés de différentes manières, avec des points très positifs et des défis à relever. L'analyse portera essentiellement sur trois niveaux : politique, clinique et communautaire, avec les interventions porteuses à chaque niveau et les leçons apprises et recommandations issues des discussions, interviews et visites du terrain.

A. NIVEAU POLITIQUE

A.1. Engagement politique :

Engagement personnel du chef de l'Etat : l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant est considérée par l'Etat sénégalais comme la priorité en matière de santé. En témoigne (i) l'adhésion du Sénégal à Vision 2010, initiative des premières dames pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et du Centre endossée par l'Union Africaine ; (ii) les multiples déclarations publiques du Chef de l'Etat sur les besoins de réduire la mortalité maternelle et néonatale et l'initiative présidentielle « Bajenu Gox »²³ qui confirme cette volonté de prendre résolument en charge la santé maternelle et néonatale ; (iii) cet engagement politique au plus haut niveau est aussi confirmé par le premier objectif de la Déclaration de Politique de Population (DPP) de 1988 révisée en 2001 qui est de « réduire la morbidité et la mortalité, en particulier celle des mères et des enfants par le renforcement des programmes de santé, notamment de santé de la reproduction ».

Le Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté est une des grandes lignes de politique au Sénégal, il consacre à la santé une place de choix : un des objectifs du DSRP I (2003–2005) est « l'amélioration des services sociaux de base », dans le DSRP II (2006–2010) c'est « l'accélération de la promotion de l'accès aux services sociaux de base », avec comme préalable la mise en place d'infrastructures de base de qualité et mieux réparties géographiquement ainsi que la mise à disposition des populations de services sociaux indispensables.

Le Plan National de Développement Sanitaire est le document de référence pour l'ensemble des acteurs du secteur qui devront, dans le cadre de sa mise en œuvre, se l'approprier et s'en inspirer pour l'élaboration des projets/programmes, du Cadre de Dépense Sectorielle à Moyen Terme (CDSMT) et des plans de travail annuels. Ses objectifs sont en parfaite cohérence avec les OMD. Il s'agit en effet de réduire la mortalité maternelle, de réduire la mortalité infantile et de maîtriser la fécondité. Les programmes du PNDS1 avaient pour objectifs de « promouvoir l'accès aux services socio-sanitaires pour les populations pauvres » à travers (i) l'amélioration de l'accès des pauvres aux services médicaux, (ii) le développement des services de santé à base communautaire et (iii) l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement en zone rurale et périurbaine.

²³ Basé sur le leadership féminin, ce sont des marraines de quartiers ou de villages qui orientent ou accompagnent les femmes et les enfants vers les structures de santé, elles font des visites à domicile pour conseiller les femmes, leurs partenaires, et les belles mères pour l'augmentation de l'utilisation des services

Le PNDS 2004-2008 avait mis l'accent sur : l'amélioration de l'accès des groupes vulnérables à des services de santé de qualité ; le renforcement de la prévention et le développement de la communication pour le changement de comportement ; l'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de la performance des ressources humaines en santé ; l'amélioration des capacités institutionnelles du secteur ; la promotion du partenariat ; le renforcement du suivi/évaluation de la performance et l'amélioration des mécanismes de financement de la santé.

Le dernier PNDS II 2009-2018 : son premier objectif est de « réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto juvénile » et la première des onze orientations stratégiques est « l'accélération de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle, néonatale et infanto juvénile ». Il s'inscrit dans la perspective de l'accélération de la mise en œuvre des différents programmes du secteur.

La réalisation des objectifs liés à la santé de la mère et de l'enfant est fondée sur l'accélération de la mise en œuvre de la feuille de route, le repositionnement de la planification familiale et une meilleure prise en charge des nouveau-nés au cours de la période néonatale.

Autres documents techniques : la volonté politique a continué à se traduire par l'élaboration de documents de référence qui ont guidé d'une façon ou d'une autre la mise en œuvre des activités/programmes de santé maternelle et néonatale. Il s'agit entre autres de : i) **la feuille de route multisectorielle pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale** ; ii) la stratégie nationale de la survie de l'enfant, iii) la stratégie nationale de santé des adolescents/jeunes ; iv) le document de Politique, Normes et Protocoles en SR ; v) le plan stratégique de sécurisation des produits SR ; vi) la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA ; vii) la stratégie nationale de lutte contre le paludisme, stratégie nationale des FVV, stratégie nationale de lutte contre les Mutilations Génitales Féminines, l'initiative présidentielle « Bajenu Gox », etc.

Feuille de route nationale : signalons que la feuille de route nationale a été jusqu'ici le document fédérateur de toutes les actions concourant à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. En tant que tel, elle s'est focalisée sur l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services, du processus de planification au niveau opérationnel, du plaidoyer pour une augmentation des ressources, du partenariat et de la continuité des soins entre le domicile et les structures. Ses objectifs généraux sont d'atteindre un ratio de mortalité maternelle de 200 pour 100 000 naissances vivantes et un taux de mortalité néonatale de 16 pour 1000 en l'an 2015.

Les stratégies au nombre de dix sont ainsi préconisées avec des lignes d'actions pour atteindre ces objectifs. Ce sont entre autres :

- Une augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité des services de SMN de qualité à travers l'application du paquet minimum de services pour la prévention de la mortalité et morbidité maternelle et néonatale définis par niveau conformément aux normes et protocoles ;
- La généralisation des stratégies de services à base communautaire afin d'améliorer l'accessibilité des informations et des services de santé maternelle et néonatale au plus grand nombre en particulier en direction des groupes les plus démunis ;
- La mise en œuvre d'une politique cohérente de gestion des ressources humaines qui passe par plusieurs actions dont l'assurance de la présence dans tous les centres de santé, de médecins ayant des compétences en soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONU-C), des techniciens supérieurs en anesthésie, des aides opérateurs, des instrumentistes, des sages-femmes et des infirmiers d'Etat et assimilés formés en SONU ;

- La promotion de la continuité des soins entre le domicile et les structures en généralisant l'intégration du paquet de soins essentiels du nouveau-né et les stratégies avancées intégrées de SR au niveau des centres et postes de santé et en assurant la qualité des services au niveau communautaire par la supervision formative régulière de tous les acteurs ;
- Le renforcement du pouvoir de la communauté, en particulier de celui des femmes par la mise en œuvre des stratégies de communication pour le changement et/ou l'adoption de comportements sécuritaires à l'égard des avortements, des accouchements à domicile, des soins essentiels de base du nouveau-né, des Mutilations Génitales Féminines, des IST/SIDA, du suivi pré et postnatal et de la planification familiale en s'appuyant sur les organisations communautaires de base, et l'appui à la mobilisation de ressources communautaires pour la définition, la demande et l'accès à des soins de qualité.

En plus des documents d'orientation technique, il a été élaboré et adopté :

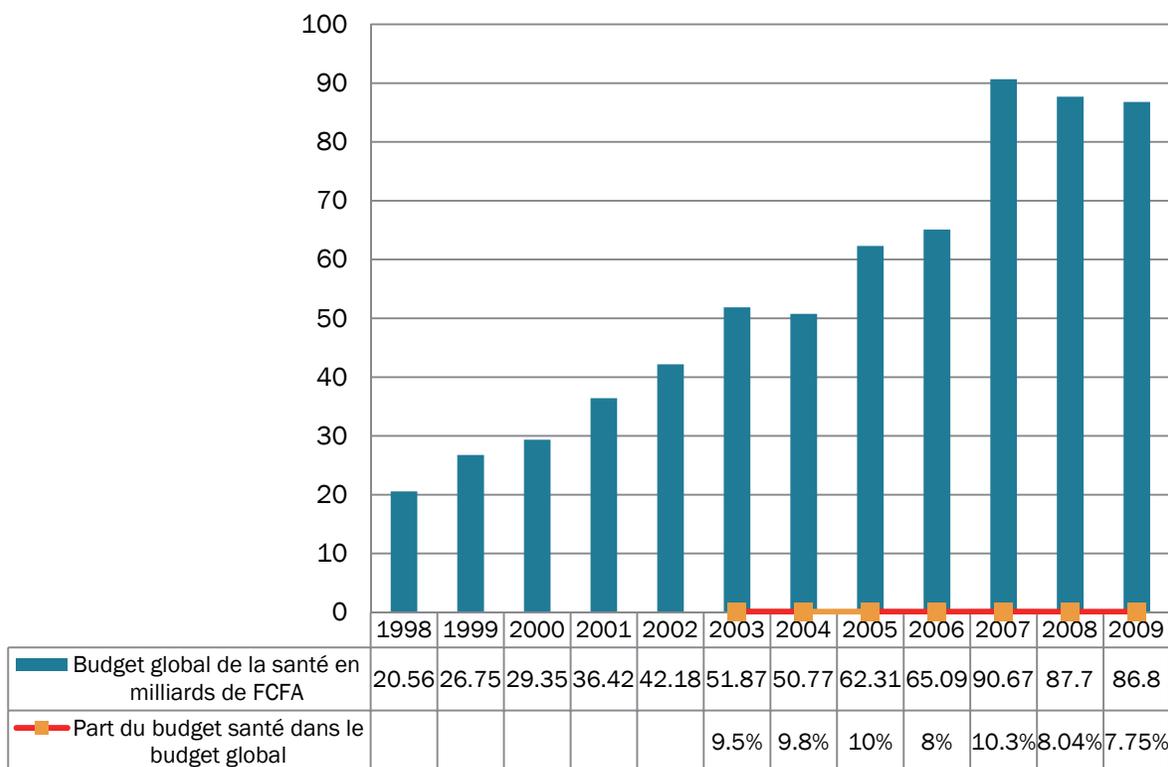
- **Un document de « code de conduite des acteurs de la santé »** avec pour objectifs : (i) fournir des normes de conduite à tous ceux qui sont impliqués dans le secteur de la santé ; (ii) promouvoir la contribution des donateurs à l'aide au développement sanitaire national ; (iii) faciliter et promouvoir la coopération technique et financière ainsi que d'autres formes de coopération, pour soutenir le développement du secteur ; (iv) fournir des orientations pour la formulation et la mise en œuvre de programmes et de projets de santé impliquant un sérieux partenariat entre les institutions nationales et extérieures ; (v) contribuer à l'application du plan d'action national de mise en œuvre de la déclaration de Paris.
- **Une loi SR adoptée en 2005** témoignant d'une volonté politique : elle stipule que la femme a le droit d'accéder à des services de santé qui lui permettent de mener à terme une grossesse et d'accoucher sans mettre sa vie en danger. Les soins et services de santé de la reproduction recouvrent entre autres : (i) la maternité à moindre risque par la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum ; (ii) les prestations de soins après avortement ; (iii) la surveillance de la croissance et l'état nutritionnel du nourrisson ; (iv) la promotion de l'allaitement maternel exclusif, les bonnes pratiques de sevrage et la vaccination ; (v) la lutte contre les infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA ; (vi) la prévention et la prise en charge des affections de l'appareil génital y compris les cancers ; (vii) la lutte contre l'infécondité et l'infertilité. Ces soins et services sont dispensés par un personnel qualifié qui se soumet aux normes de compétence, aux protocoles de services et aux règles de déontologie afférentes à sa profession ou à son activité. Mais l'absence de décrets d'application de la loi SR rend celle-ci non encore applicable. Notons la révision du code de famille en 1999 avec l'élévation de l'âge de mariage à 18 ans pour les hommes et 16 ans pour les filles.

A.2. Evolution du budget national pour la santé

Le budget que l'État a alloué au Ministère de la Santé est une traduction éloquent de son engagement face aux problèmes socio-sanitaires des populations. Jusqu'en 2006, l'Etat sénégalais a été le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNDS, avec un apport représentant 51% du financement. Il est suivi par les partenaires extérieurs avec un apport au financement représentant 26,7%. Viennent ensuite les populations et les collectivités locales pour respectivement 19,3% et 3%²⁴.

²⁴ PNDS 2009-2018

Graphique 4 : Evolution du budget de la santé de l'Etat au Sénégal de 1998 à 2009



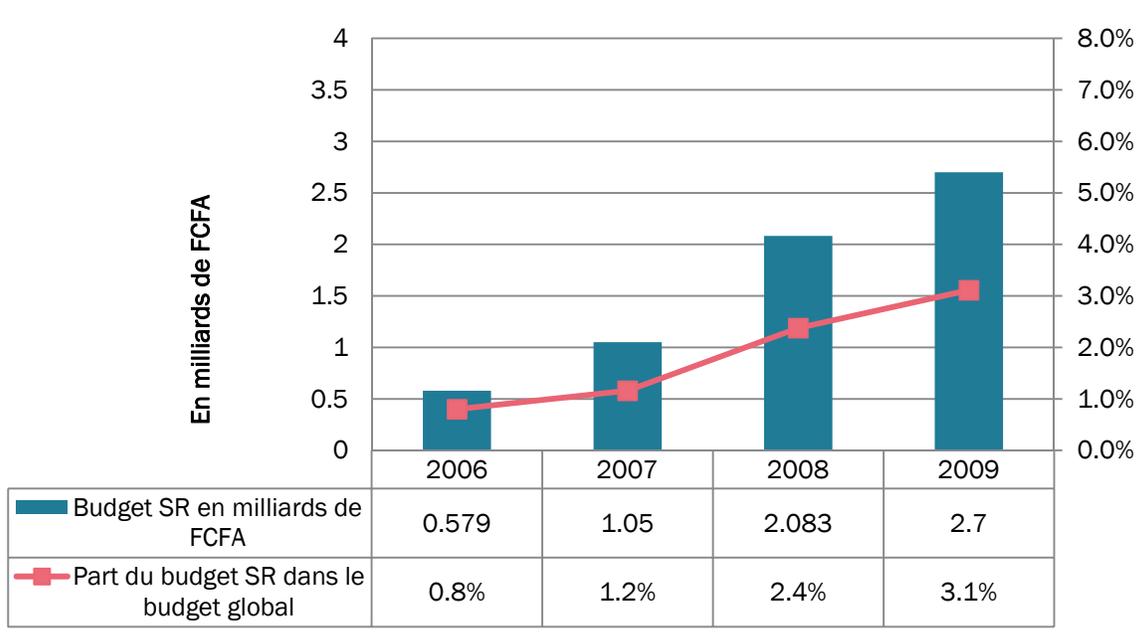
Source : PNDS et autres

On note un accroissement presque régulier en dent de scie du budget de la santé sur les 11 ans, même si le pourcentage a diminué les 2 dernières années et reste en dessous des ambitions du gouvernement qui sont de le porter à 15% conformément aux engagements d'Abuja.

Progression positive du budget : la ligne budgétaire spécifique allouée à la SR/PF a connu une progression positive depuis 2007 de 0,8 à 3,1 % comme l'indique le graphique ci-dessous, même si elle est jugée insuffisante.

L'analyse des performances de la SR à travers les cadres de dépenses à moyen terme CDMT de 2006 à 2009 permet d'obtenir la part du budget santé de l'Etat relative à la SR et de suivre son évolution. En 2009, l'Etat Sénégalais a alloué 2 779 349 320 FCFA à la SR.

Graphique 5 : Evolution du budget alloué à la SR de 2006 à 2009

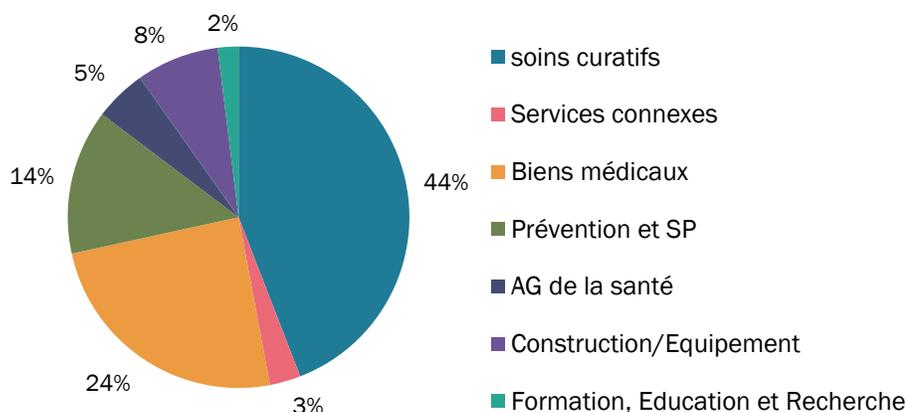


Source : Rapport de performance, PNDS

Les activités de la SR financées en 2005

L'analyse des résultats des comptes nationaux indique pour le sous compte santé de la reproduction (SR) de l'année 2005, qu'une bonne partie des flux financiers mobilisés pour le secteur de la santé a été orientée au profit de la santé de la reproduction. Ce volet demeure crucial dans l'atteinte des OMD 4 et 5 relatifs à la santé de la mère et de l'enfant. Le sous compte santé de la reproduction permet d'identifier les véritables destinataires et bailleurs de ce volet. Cela permet de mieux orienter le financement, de rationaliser les dépenses liées à la SR et de servir d'outil de plaidoyer pour les décideurs. Le montant total des dépenses consacrées à la santé de la reproduction en 2005 s'élève à 58,9 milliards FCFA, soit près du quart du total des dépenses consacrées à la santé (23,17 %). La dépense par habitant en santé de la reproduction est de 5 435 FCFA (11 US \$). La part du ministère de la santé est de 14 307 171 890 FCFA. Les dépenses en soins curatifs représentent 45% du montant total comme le stipule le tableau ci-dessous.

Graphique 6 : Structure fonctionnelle de la dépense totale en SR



Source : CNS 2005

A.3. Mesures politiques pour l'amélioration de la disponibilité des ressources humaines :

On note un certain nombre de réformes pour l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestataires des services de santé de la mère et du nouveau-né de qualité. Il s'agit de :

- Renforcement de la capacité de formation ENDSS (Ecole nationale de développement social et sanitaire).
- Décentralisation de la formation du personnel paramédical avec la création et l'opérationnalisation de 10 centres régionaux de formation des assistants infirmiers dans les régions de Saint Louis, Thies, Kaolack, Tambacounda, Matam, Ziguinchor et Kolda. L'option décentralisation de la formation qui a démarré avec la création des Centres Régionaux de Formation en Santé (CRFS) a contribué à la certification, en 2009, de 468 IDE, 455 SFE, 386 AI.
- Le partenariat avec le secteur privé en agréant des écoles privées d'assurer la formation de médecins et du personnel paramédical
- La délégation des compétences avec la formation de médecins compétents en SOU, de sages-femmes en échographie et AMIU, et formation des infirmiers chefs de poste en accouchement, SONU et en insertion et retrait des méthodes de PF de longue durée.
- Rehaussement de la qualité de la formation de base, il y eut un décret portant le relèvement du niveau de recrutement des SFE et IDE au baccalauréat au lieu du BEPC.
- Politique de recrutement des agents de santé : des estimations ont été faites par le MSP pour plusieurs années par rapport aux besoins réels. En 2010 il a été procédé au recrutement de 590 agents de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, laborantins, ambulanciers, etc.).
- Stratégie de contractualisation pour pourvoir en personnel certains postes de santé difficiles d'accès des régions de Matam, Tambacounda, Kolda et Ziguinchor, ce qui a permis la réouverture de plusieurs postes de santé.
- Des systèmes de motivation du personnel, encore timides mais qui prouvent une volonté politique.

Au total, il y'a eu beaucoup d'acquis, mais il reste encore énormément à faire dans ce domaine

B. AU NIVEAU DES SERVICES CLINIQUES

Le succès relatif du programme sénégalais de réduction de la mortalité maternelle et néonatale vient essentiellement de quelques interventions à haut impact qui ont été initiées en se basant sur les résultats d'évaluation des besoins, analyse situationnelle et recherches opérationnelles à partir de zones pilotes et ayant fait leur preuve d'efficacité avant d'être portées à l'échelle. Ces « initiatives » sont :

- La définition d'un paquet de services complets, idéalement offert de façon intégrée au niveau de toutes les structures sanitaires.
- L'expansion des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) de base et complets au niveau des structures sanitaires.
- La délégation de certaines compétences obstétricales aux personnes autres que gynécologues/obstétriciens et sages-femmes, et le renforcement des capacités des compétences en obstétrique, la multiplication et décentralisation des écoles de formation, pour faire face au déficit du personnel qualifié et augmenter la qualité des services.

- L'introduction de gestes qui améliorent la qualité des services et qui sauvent la vie, comme l'utilisation systématique du partogramme, la Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA), les soins après avortement, et les soins essentiels au nouveau-né.
- La promotion des soins après avortement de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- La promotion et la systématisation de l'audit des décès maternels dans les maternités.
- La promotion de la planification familiale, comme un acte qui sauve la vie de la mère et de l'enfant.
- L'extension de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) à toutes les structures sanitaires utilisant les derniers protocoles de l'OMS.
- L'introduction d'innovations comme le tutorat, le leadership pour le renforcement des capacités et la supervision formative du personnel dans leur propre structure.
- Un effort de développement du système national d'information sanitaire qui a encore beaucoup de défis mais mérite d'être souligné.
- Tout ceci complété par un programme communautaire pour la promotion de tous les éléments cliniques.

B.1. Définition d'un paquet de services complets et intégrés

Il a été défini un paquet d'interventions spécifique à la santé de la mère et du nouveau-né qui comprend au moins : i) la relance de la planification familiale ; ii) la couverture adéquate en CPN de qualité dans tous les districts ; iii) le dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes ; iv) la généralisation de l'assistance à l'accouchement avec l'utilisation accrue du partogramme, de la césarienne et de la disponibilité du sang ; v) les soins essentiels du nouveau-né ; vi) la couverture adéquate en consultation post natale ; vii) les soins appropriés pour les petits poids de naissance et ; viii) la prophylaxie ARV chez les femmes séropositives. Ce paquet est théoriquement mis en œuvre de façon intégrée dans toutes les structures sanitaires, au complet dans les centres de santé de district, sans les ARV dans les postes de santé (voir tableau en annexe, activités par niveau). Dans les structures de santé, certains éléments sont plus performants que d'autres avec un besoin de renforcement à certains niveaux. Les visites de quelques structures sanitaires nous ont permis de faire quelques constats :

- Le paquet de services offerts est généralement complet, bon et intégré ; surtout la PTME et la lutte contre le paludisme semblent être parfaitement intégrés au reste du paquet de services, suivant les derniers protocoles de l'OMS. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) sont cédées pour un montant de 1 000F quand elles sont disponibles. Il semble y avoir une généralisation de l'utilisation du partogramme, la consultation postnatale (CPoN) est convoquée pour J2-J3, J9-10, et J42 ce qui est une très bonne pratique. En effet elle permet de suivre les complications de la première semaine qui sont les plus fréquentes et fatales à la mère et au nouveau-né. Ceci contrairement à d'autres pays où on continue à convoquer les femmes 6 semaines après l'accouchement.
- Un coin nouveau-né semble être aménagé dans chaque structure sanitaire où les femmes accouchent avec un équipement standard et un personnel formé dans les soins essentiels du nouveau-né. La méthode Kangourou, une très bonne stratégie pour la prise en charge des enfants de petits poids est introduite dans plusieurs services avec un projet performant au Centre de Santé Roi Baudouin du District de Guédiawaye.
- Dans les CS type II, les fonctions SOUC sont disponibles sauf parfois la ventouse (par manque de l'équipement) et la banque de sang. Signalons que le CS de Touba Ndamatou

visité, a relevé ce défi, il a une banque de sang fonctionnelle. Les autres CS fonctionnent avec un stock de sang.

- Dans les PS, les fonctions SOUB existent sauf la ventouse, mais surtout par manque de l'équipement car les sages-femmes sont généralement formées à l'utilisation de la ventouse.
- Un laboratoire d'analyse fonctionnel est généralement disponible dans les CS et toute femme enceinte devrait bénéficier d'un bilan biologique comprenant le groupe sanguin rhésus, le test d'Emmel, la sérologie de la syphilis, la numération formule sanguine/taux d'hémoglobine, un examen d'urines. Toutes les analyses de laboratoire sont payantes.
- L'échographie diagnostique est disponible dans la plupart des centres de santé et est pratiquée par les sages-femmes, et coûte 10 000FCFA. Ceci semble mieux orienter à temps les références ; mais pourrait aussi avoir un effet négatif sur le suivi des CPN à cause de son coût élevé. Elle devrait être facultative.
- L'audit des décès maternels semble être institutionnalisé dans certaines structures. Il est très fonctionnel au CS de Roi Baudouin, et mérite d'être amélioré à Rufisque et à Touba Ndamatou pour prendre en compte tous les décès et y impliquer tout le personnel. Mais le nouveau-né n'est pas encore pris en compte dans les audits. La mise en œuvre des plans d'actions correctrices devrait être poussée d'avantage.
- Un personnel qualifié est disponible partout dans les centres de santé et dans les postes de santé, même si parfois le nombre est insuffisant et que plus de la moitié est prise en charge par les comités de santé. Ce personnel reçoit beaucoup de formations continues (SONU, SAA, SENN, GATPA, etc.), peut-être même un peu trop.
- La GATPA et le tutorat semblent être très appréciés comme en témoignent certaines affirmations, telle que « depuis que nous appliquons la GATPA, nous avons beaucoup moins d'hémorragies » à étayer par des données ; « nous aimerions voir le tutorat s'étendre à tous les services ».
- Les registres sont dans les services, mais la qualité de leur remplissage n'a pas été vérifiée ; les conseillers en santé de la reproduction collectent et synthétisent les données de leurs services et des structures qui leur sont rattachées, la qualité varie selon la personne, son dynamisme et sa motivation.
- Les services sont généralement payés par les clientes : CPN 500 FCFA, CPoN 500FCFA, Accouchement 5500 FCFA, tickets de consultation adultes et enfants 200 FCFA et 100 FCFA, échographie 10 000 FCFA, radiographie entre 1000 et 6000 FCFA.
- Les Comités de santé sont généralement fonctionnels : ils semblent prendre beaucoup de choses en charge, et les structures dont ils ont la charge fonctionnent comme des « mini-cliniques privées », ce qui entraîne une certaine autonomie à encourager car plus enclin à une pérennité, mais en veillant à l'accessibilité des pauvres.
- Chaque structure de référence est dotée d'une ambulance et est liée aux centres et postes de santé par le téléphone, même si parfois c'est un téléphone portable privé qui est utilisé. Mention spéciale au CS de Touba qui a établi un système d'interphone (numéros avec 3 chiffres) entre le CS et tous les postes de santé y rattachés.
- Un système de motivation du personnel est instauré à partir des recettes des comités de santé (20% des recettes sont partagés entre le personnel), dans certains services le même montant est alloué par individu pour tout le personnel ; il y a une innovation appréciable au CS de Roi Baudouin où des critères ont été définis pour déterminer le pourcentage de la motivation à donner par individu : catégorie/grade, performance, ponctualité, assiduité, rendement, comportement. Un autre type de motivation (dénommée motivation NEPAD) a

été institué par l'état, il est alloué tous les 3 mois à tout le personnel de santé de manière indifférenciée.

Défis : certains points semblent faibles et nécessitent une attention particulière pour une meilleure qualité des services :

- Dans le paquet de services, on note une insuffisance dans la mise en œuvre de certains éléments. Ainsi : la nutrition est faible, se limite généralement à une supplémentation systématique en fer et acide folique. La communication pour le changement de comportement est généralement faible dans les structures sanitaires. Quand elle existe elle est généralement centrée sur la planification familiale et le paludisme et très peu sur les signes de danger de la grossesse et de l'accouchement, et la préparation à l'accouchement.
- Les ordinogrammes/job aids manquent beaucoup, les documents de Politique Normes et Protocoles révisés ne sont pas encore disséminés ; la question de l'utilité des PNP se pose, s'ils ne sont pas disponibles dans les structures sanitaires. Les anciennes versions ne sont pas exploitées, les nouvelles n'y sont pas arrivées, alors que leur utilisation pourrait influencer sur la qualité des services.
- Dans les multitudes de formation, la prévention de l'infection (PI) ne ressort pas beaucoup ; la mise à jour du plan de formation est difficile à suivre, à cause en particulier de la mobilité du personnel.
- Déficit en personnel qualifié : plusieurs agents de santé sont recrutés par le comité de santé, quand il y a une titularisation/contractualisation/embauche par le MSP, les agents de santé qui étaient payés par les comités de santé sont malheureusement affectés ailleurs, ce qui perturbe le système local qui doit recommencer le processus de recrutement du remplaçant.
- Il y a un peu trop de formations continues, avec la difficulté à assurer un suivi post formation assidu (en cela le tutorat est très apprécié). Il y a un cercle vicieux qui se crée, car avec la mobilité du personnel il devient difficile de suivre les individus formés, et les besoins de formation deviennent permanents. Il faut absolument travailler avec les écoles de formation pour influencer entre autre le curriculum de formation de base.
- Les frais de personnel supportés par les comités de santé deviennent très lourds et pourraient les empêcher de faire face à certaines de leurs responsabilités.
- Les prix des prestations sont très chers pour la bourse des utilisatrices, pendant que les comités de santé voudraient les augmenter pour faire face à leurs dépenses. Les fonds censés venir des collectivités locales n'arrivent pas à temps et régulièrement.
- Il semble y avoir une note ministérielle qui instruit que les évacuations sanitaires sont gratuites, mais ceci n'est pas toujours effectif car en réalité, les patientes paient parfois un transport privé aller-retour pour aller au lieu de la référence en se faisant accompagner par la matrone.
- La liaison entre la communauté et les structures sanitaires de référence pose problème, à cause de l'absence de véhicule assurant le transport à ce niveau.
- La case de santé qui est une structure communautaire, ne fait pas partie de la pyramide sanitaire officielle ; l'accouchement effectué au niveau de la case de santé n'est pas considéré comme accouchement assisté par du personnel qualifié, pour cette raison, il n'est pas encouragé par les autorités. Cependant, les communautés villageoises préfèrent accoucher au niveau de la case, car plus proche (dans le village) plus convivial et surtout avec un personnel de matrones qui parfois assurent les accouchements au niveau des postes et centres de santé.

- La maintenance et le remplacement de l'équipement posent un problème.
- Il y a quelques problèmes avec la pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) qui se soldent par des ruptures fréquentes de médicaments comme la vitamine K1, le sulfate de magnésie, la SP pour le TPI. La gestion logistique des contraceptifs semble poser un problème, entre la DSR et la PNA ; il a été recommandé d'insérer les contraceptifs dans le circuit de distribution des médicaments essentiels, mais ceci n'est pas encore effectif.
- Les moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action (MILDA) ne sont pas disponibles en routine : pour cette raison, il y a une longue rupture au niveau national. Bien que la fin du projet Netmark ait créé une certaine confusion dans la distribution de MILDA au Sénégal, le projet Network qui l'a suivi est en train d'accompagner le PNLN à la mise en place d'un système consensuel harmonisé pour la distribution des MILDA.

B.2. Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) « renforcés et passés à l'échelle »

Pour augmenter l'accessibilité des services de qualité et réduire les disparités entre Dakar et les autres régions notamment pour la prise en charge des urgences obstétricales, le gouvernement a procédé à la mise en place de blocs opératoires et d'un équipement adéquat pour la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence (SOU) dans les centres de santé. L'implantation de blocs opératoires au niveau des centres de santé rendant disponibles les SONUC (soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets) a contribué à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Elle a commencé avec quelques régions en partenariat avec la BAD, la clinique gynécologique et obstétricale de l'hôpital Le Dantec/CEFOREP, et joint plus tard par d'autres partenaires comme UNICEF, UNFPA, OMS, INTRAHEALTH, etc. Cette initiative est en train d'être portée à l'échelle pour couvrir tout le pays. Ce programme comprend la construction ou réhabilitation des structures sanitaires, leur équipement, la formation d'équipes compétentes en SONU et l'organisation de la référence. En plus de ce paquet, il y a des activités complémentaires comme la formation des sages-femmes en échographie de diagnostic, dans la prise en charge des complications + l'application de la ventouse obstétricale, la GATPA, l'utilisation de l'AMIU dans le cadre des soins après avortement, et la formation des infirmiers chef de poste en accouchements, l'utilisation du partogramme, la gestion des complications obstétricales, la réparation des épisiotomies et des déchirures cervicales, la révision utérine, le curage, la GATPA, la prise en charge de l'hypertension artérielle et de l'éclampsie et les soins essentiels du nouveau-né.

Cette décision de promouvoir les SONU renforcés à l'échelle nationale a été guidée par une enquête d'évaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des soins obstétricaux d'urgence au Sénégal en 2000. Cette enquête a mis en évidence des insuffisances concernant la disponibilité, l'utilisation et la qualité des services. Ainsi, on a noté une absence de SOUB par manque de compétence du personnel à utiliser la ventouse obstétricale, un faible ratio de structure SOUC (33 SOUC et 5 SOUB²⁵) par rapport aux populations desservies ; une **utilisation** des services de SOU surtout pour les accouchements normaux avec une prise en charge des complications obstétricales attendues de 19,4% seulement, un **taux de césariennes**, qui est un excellent indicateur de l'efficacité des services, à 1,1% ; et le taux de **léthalité** spécifique pour certaines complications responsables de décès maternels évitables très élevé en particulier pour l'hémorragie et l'éclampsie, soit 5,3% dans les structures SOUC et 2,2% pour les SOUB potentielles.

La politique nationale en matière de SONU a été adoptée avec des objectifs précis, à savoir :

- Uniformiser à l'échelle nationale les attitudes et diagnostiques et thérapeutiques vis-à-vis des SONU ;

²⁵ Evaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des soins obstétricaux d'urgence au Sénégal, *indicateurs de processus de la mortalité maternelle*

- Identifier selon les urgences obstétricales et néonatales les femmes et les nouveau-nés à traiter ou à référer, après mise en condition, dans les meilleurs délais vers des centres plus structurés pour leur prise en charge ;
- Intégrer les règles de prise en charge des complications obstétricales et néonatales dans toute structure s'occupant d'accouchement ;
- Introduire les éléments de ces standards dans la formation de base des personnels de santé et étudiants en médecine.

Les services doivent être disponibles 24 heures par jour et sept jours par semaine et assurés par un personnel bien formé et motivé, avec les fournitures essentielles et la logistique en place, des systèmes de transport et communication en état de fonctionnement et un suivi permanent.

La construction et l'équipement d'infrastructures, y compris les maternités et les blocs opératoires pour les SONU, 3 nouveaux hôpitaux, 24 centres de santé et 238 postes de santé ont été construits ou réhabilités et les centres de santé ont été équipés en ambulances et véhicules de supervision parfois pirogue ambulance et vedette de supervision sur eau de mer (Fatick).

Chaque structure a été équipée d'un « Coin du nouveau-né », d'appareils d'échographie, d'une chaîne de froid, de logistiques adéquates et d'un appui à la supervision. Une approche communautaire de la santé avec les ONGs vient aussi en complément de ce programme SONU.



Photo : Pirogue Ambulance région de Fatick eau de mer

Les dispensateurs des SONU sont : les sages-femmes, les infirmiers ayant reçu une formation en SONU, les techniciens supérieurs en anesthésie réanimation, les instrumentistes, les aides opérateurs, les médecins généralistes ayant reçu une formation en SONU, les médecins compétents en SONU, les médecins anesthésistes réanimateurs, les pédiatres et les spécialistes : chirurgiens et gynécologues-obstétriciens.



Photo : Ambulances pirogues motorisées à Fatick

Les fonctions fondamentales définissant les SONUB et le SONUC ont été adoptées.

Tableau 1 : fonctions fondamentales des SONUB et SONUC

SONUB	SONUC
1. Administration des antibiotiques par voie parentérale	1. Toutes les fonctions comprises dans les SONUB
2. Administration d'ocytociques par voie injectable	2. Pratique de la césarienne
3. Administration des sédatifs/anticonvulsivants par voie injectable	3. Administration de la transfusion sanguine
4. Extraction des débris intra utérins dans le cadre des SAA	4. Réanimation néonatale complète (aspiration, intubation, réanimation métabolique)
5. Révision utérine	5. L'administration parentérale d'antibiotiques au nouveau-né
6. Accouchement par voie basse assistée par ventouse ou forceps	6. L'administration parentérale d'anticonvulsivants au nouveau-né
7. Réanimation de base du nouveau-né (aspiration, ventilation à l'ambu, stimulation tactile, la lutte contre l'hypothermie)	

A ce jour la disponibilité²⁶ des SONUB est à 50% et celle des SONUC à 65%. Le passage à l'échelle poursuit son cours ; sur le plan national, 33 structures sont fonctionnelles sur 51 structures existantes qui offrent des SONUC. Les principales raisons de la non fonctionnalité des 18 structures restantes sont liées à la non disponibilité des ressources humaines, à des problèmes de retard de construction (génie civil), de manque d'équipements et de problèmes relatifs à l'organisation des services.

La couverture reste encore insuffisante pour une prise en charge adéquate des complications obstétricales sur l'ensemble du territoire. Il y a une amélioration du taux de césarienne à 3%, mais encore inférieure au seuil de 5% recommandé dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle à cause notamment de l'insuffisance de blocs opératoires fonctionnels dans les centres de santé de référence.

B.3. Une délégation des compétences en SONU avec formation et mise en place d'équipes compétentes en SOU

Les autorités sénégalaises ont autorisé la délégation des compétences en soins obstétricaux et néonataux d'urgence, commençant par l'élaboration d'une politique de délégation de pouvoir qui avait pour but de résoudre le problème du retard à la prise en charge lié à l'enclavement et à l'indisponibilité de la compétence, qui influent sur la rapidité du traitement de l'urgence. Ceci vient en complémentarité directe avec l'implantation de blocs opératoires fonctionnels et l'affectation dans les structures d'équipes SONU afin de rendre le personnel qualifié disponible et réduire une des barrières à l'accès aux SONU.

Cette initiative est née du fait de l'insuffisance du plateau technique pour assurer une bonne qualité des services ; l'inaccessibilité géographique et l'insuffisance de couverture du territoire en infrastructures sanitaires ; et l'inaccessibilité financière des services, en particulier en cas d'évacuation pour des soins non disponibles localement, faute de compétences ou de plateau technique adéquat. Tout ceci est lié dans une certaine mesure à l'insuffisance de ressources humaines, particulièrement en personnel qualifié (gynécologue, pédiatre, sage-femme) pour la prise en charge des SONU en milieu décentralisé, ce qui entraînait l'évacuation, souvent dans de mauvaises conditions, de nombreuses femmes vers les structures de référence. Ce manque de personnel est plus aigu dans les régions enclavées telles que Tambacounda, Kolda et Matam ou dans les régions à fortes densités de population comme Kaolack, Diourbel ou Fatick.

En 2000, sous l'impulsion de la clinique gynécologique et obstétricale (CGO) et de la BAD, à travers une convention liant le Ministère de la santé à l'Université et la CGO, la politique a été élaborée et un plan de formation d'équipes en SONU a été mis en place. Ce programme de formation spécifiait les objectifs, le contenu, les outils pédagogiques y compris les manuels et comprenait un plan de supervision. L'objectif principal était d'avoir des « équipes fonctionnelles » au niveau de quelques districts ciblés. Une équipe de "compétents en SONU" formé au niveau de la CGO est composée *du médecin généraliste de district adjoint*, d'un *technicien supérieur anesthésiste*, d'un aide opérateur (infirmier d'état ou agent sanitaire), et d'un *instrumentiste* (infirmier breveté). Une formation théorique et pratique d'une durée adaptée à chaque cible (6 à 8 mois pour le médecin, 3 à 5 mois pour l'anesthésiste et l'aide opératoire, et 3 mois pour l'instrumentiste). Le programme s'est concrétisé en 2001 et, depuis lors, 10 équipes SONU ont été formées pour les districts de Goudiry, Koungheul, Bakel, Kédougou, Kaffrine, Niore, Sokone, Gossas, Foundiougne, Vélingara. Dans le cadre de la mise à échelle nationale, ces formations continuent encore pour la formation d'équipes SONU supplémentaires pour d'autres districts.

²⁶ Rapport AS pour le plan stratégique

Les résultats sont une augmentation du nombre de césariennes effectuées et une diminution des évacuations sanitaires. Des bourses d'études ont été octroyées aux premières équipes formées qui sont en train de faire leur spécialisation à distance en gynéco-obstétrique et chirurgie ; ce plan de carrière est une bonne source de motivation du personnel.

Toujours dans le cadre de la délégation des compétences, les sages-femmes ont été formées pour : i) la réalisation des échographies ; presque tous les centres de santé sont dotés d'échographe manipulé par une sage-femme compétente en échographie de diagnostic avec comme résultats la détection des grossesses à risques et la diminution des évacuations sanitaires ; ii) l'utilisation de l'AMIU dans le cadre des services après avortements ; iii) la prise en charge des complications, la GATPA ; iv) les soins essentiels au nouveau-né.

Toujours dans le souci de voir la disponibilité des SOUB à tous les postes de santé qui sont les structures de 1er niveau²⁷, les infirmiers chefs de poste (ICP) reçoivent une formation en SONUB, formation théorique et pratique d'une à deux semaines au niveau des hôpitaux régionaux avec l'appui de gynécologues et/ou de médecins compétents et de sages-femmes : formation des infirmiers chef de poste en accouchements, utilisation du partogramme, gestion des complications obstétricales, réparation des épisiotomies et déchirures cervicales, révision utérine, curage, GATPA, prise en charge de l'hypertension artérielle et de l'éclampsie et les soins essentiels du nouveau-né. Le suivi devra se faire par une supervision par les formateurs et autres responsables des activités de SR au niveau régional.

Dans ce programme de développement des SONU, le Ministère, avec l'appui de ses partenaires, s'engageait à identifier les agents à former et à assurer la mise en place du plateau technique (constructions/rénovations, matériel et équipements) de façon synchronisée avec la formation. Ceci devait permettre aux agents formés d'être opérationnels dès la fin de la formation, afin de mettre en application les nouvelles compétences acquises. Par contre, les stratégies de communication en direction de la communauté en particulier, n'étaient pas prises en compte dans les documents consultés. Mais signalons que le programme de formation est au ralenti à cause du manque de personnel candidat, les formations se font maintenant non en équipe, mais individuellement et ne sont plus en harmonie avec les constructions et équipements.

Leçons apprises des SOU et délégation des compétences :

Points positifs : il existe une volonté politique affichée pour toute stratégie novatrice.

- Cette stratégie innovatrice doit permettre l'offre immédiate de soins de qualité avec un impact direct sur la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales. Elle est bien adaptée aux districts car, vu le faible nombre d'interventions obstétricales majeures (césariennes, forceps, hystérectomie) traitées par mois dans ces points de prestations de service, « un personnel spécialisé comme les gynécologues et les médecins anesthésistes s'ennuierait et pourrait être démotivé ».
- Résolution du problème d'évacuation sur des routes impraticables, avec économie du coût d'évacuation, et prise en charge à temps des complications.
- Disponibilité et collaboration active de l'université (la CGO) pour l'opérationnalisation du programme d'extension des SONU et la délégation des compétences en SONU.
- Possibilité de plans de carrières des médecins compétents en SONU, facteur important de motivation et rétention du personnel qualifié dans les zones difficiles.

²⁷ L'évaluation nationale de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des SONU de 2001 réalisée par la DSR et l'UNFPA, a montré l'absence d'offres de SONU au niveau des postes de santé qui sont les structures de 1er niveau avec une couverture quasi conforme aux normes de l'OMS, et a formulé la recommandation qui consiste à assurer la disponibilité de ces SONUB par la mise en place d'un programme de formation des infirmiers chef de poste à l'échelle nationale

- Complémentarité avec d'autres partenaires au développement grâce aux centres de santé mis en place.

Défis à surmonter :

- Difficultés à conserver l'équipe chirurgicale du fait de la mobilité du personnel
- Difficultés de former des équipes en ce moment par manque de candidats
- Problème d'entretien et de maintenance des appareils d'échographie
- Problème de coordination des différentes activités : construction, équipements, et affectation du personnel. Les interviewés dénoncent l'absence de vision à long terme et la faiblesse du leadership dans la politique de délégation de compétences. L'un d'eux commente : « *La DSR n'est qu'une division et n'a pas toutes les cartes en main. Comment peut-elle influencer sur des directions comme la DAGE, la DIEM ou la DRH ?* » et il conclut : « *C'est un problème fondamental de l'organigramme et de l'organisation au niveau du MSPM.* »

Recommandations :

- Mettre en place une politique pérenne de motivation du personnel avec obligation de résultats, logements pour l'équipe SOU, etc. ;
- Envisager de doubler les équipes SOU des districts, pour leur permettre d'avoir un temps de repos ;
- Mettre en œuvre une politique nationale de maintenance des équipements ;
- Renforcer la complémentarité entre les différents intervenants ;
- Intégrer les SOU dans la formation initiale des médecins.

B.4. Politique de subvention des accouchements et césariennes

En 2005, une décision politique du Chef de l'état a augmenté l'accessibilité des services aux populations démunies, à travers la mise en place d'une politique de subvention des accouchements et des césariennes, entièrement supportée par l'état dans les cinq régions les plus pauvres du pays et où les taux de mortalité maternelle sont les plus élevés, à savoir Ziguinchor, Kolda, Tambacounda, Fatick et Matam dans un premier temps ; politique étendue plus tard à toutes les autres régions du Sénégal à l'exception de Dakar, la capitale.

Les objectifs spécifiques étaient : i) d'accroître l'accès des femmes démunies aux services de santé de la reproduction ; ii) d'assurer une offre de services de santé de la reproduction de qualité ; iii) d'augmenter le taux d'accouchements par du personnel qualifié ; iv) et de réduire, par conséquent, les taux de la mortalité maternelle et néonatale.

La mise en œuvre de cette politique en décembre 2004 est passée par un certain nombre d'étapes ; à savoir i) la mise en place d'un comité de pilotage ; ii) l'identification des activités prises en compte par cette politique telles que les accouchements dans les postes de santé et les centres de santé, les césariennes dans les centres de santé à vocation chirurgicale (centres SONU) et dans les hôpitaux . Les accouchements dans les hôpitaux et au niveau communautaire ne sont pas pris en charge dans la politique ; iii) l'estimation du coût des césariennes (55 000 FCFA avec 50 000 FCFA pour l'acte opératoire et 5000 FCFA pour les 5 jours d'hospitalisation) et des accouchements (5500 FCFA pour l'acte et 2000 FCFA pour les 2 jours d'hospitalisation réglementaires) ; iv) la mise en place d'un financement au niveau de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement pour la confection de kits de médicaments et produits pour l'accouchement et la césarienne pour les structures qui seraient ciblées ; v) l'élaboration sous la coordination du comité de pilotage dès l'entame du processus d'un plan

de communication ; vi) la validation du contenu du kit par la DSR et vii) la mise en place des fonds, un mois avant le démarrage (décembre 2004), pour "la prise en charge des accouchements et des césariennes" au niveau de la PNA et des Etablissements publics de Santé.

Lors du démarrage de la politique, des modalités pratiques ont été prévues au niveau des structures de santé. Il s'agissait de :

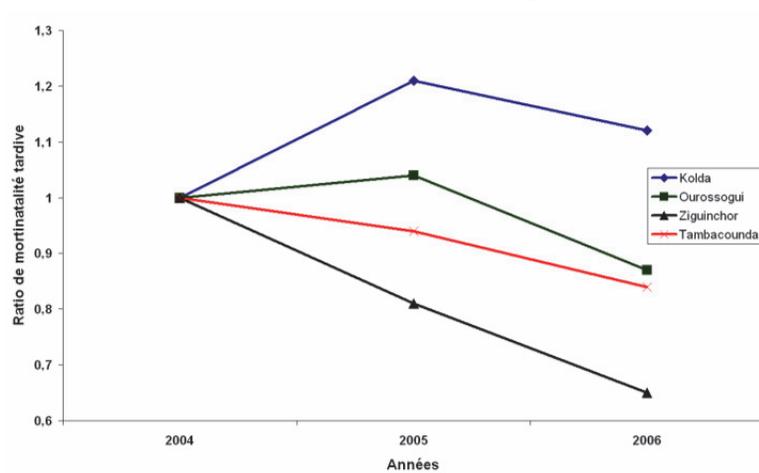
- l'identification complète de la cliente à l'admission avec une adresse exacte
- l'établissement d'un dossier médical complet
- le suivi de l'accouchement par partogramme
- le préfinancement du paquet de services par le comité de santé (tickets, prestations, autres médicaments et produits nécessaires, etc.).

Résultats : une évaluation faite en 2007 au niveau central et régional a montré que l'initiative a effectivement démarré en janvier 2005 pour les régions de Kolda et Ziguinchor, en février 2005 pour les régions de Tambacounda et Matam et en mars pour Fatick. L'extension s'est faite à l'ensemble des établissements publics de santé (sauf ceux de la région de Dakar) pour la prise en charge des césariennes au mois de janvier 2006 par arrêté ministériel. De façon générale, au niveau des régions concernées par la politique, l'on a noté :

- Une augmentation du nombre d'accouchements réalisés dans les structures sanitaires avec un taux d'accroissement de 16% entre 2004 et 2005 et de 25% entre les premiers semestres de 2005 et de 2006.
- Une augmentation des actes de césariennes réalisés avec un taux d'accroissement de 18% et 17% entre 2004 et le premier semestre de 2006.
- La mortalité a connu une baisse passant de 35,4‰ à 33,3‰ puis 31,9 %.

Effet sur la mortalité : l'indicateur utilisé dans cette évaluation concerne les mort-nés frais ou mortalité tardive. Celle-ci regroupe tous les décès survenus in utero ou pendant l'accouchement. Cette définition inclut donc toutes les expulsions de fœtus à partir de 28 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 1000 grammes. Le taux de mort-nés frais est généralement utilisé pour mesurer la qualité des soins obstétricaux d'urgence. De façon spécifique, les données des hôpitaux régionaux montrent une nette tendance à la baisse de la mortalité tardive lorsque l'on prend la situation de 2004 comme référence. Ce constat se confirme aussi dans les districts sanitaires. En effet, en recensant l'ensemble des cas d'interventions obstétricales majeures faites pour les femmes résidant dans un district, en 2004, 2005 et 2006, dans différentes structures de référence, on constate que le pourcentage de mort-nés frais suite à ces opérations emprunte une tendance à la baisse.

Graphique 7 : Evolution du ratio de mortalité tardive dans les hôpitaux régionaux de 2004 à 2006 (année de référence 2004) rapport d'évaluation des stratégies de réduction des barrières à l'accès SONU CEFOREP 2007.



Les communautés comme les acteurs du niveau opérationnel ont témoigné lors de l'enquête d'évaluation en 2006, que l'augmentation de l'utilisation des services de santé a été fortement favorisée par la politique de gratuité. Il reste que selon les personnes interviewées, l'accès aux structures sanitaires reste difficile dans certaines localités du fait de l'enclavement, de l'absence de moyens de déplacement et du mauvais état des routes.

Leçons apprises

Positives : la stratégie de subvention des accouchements et césariennes ainsi que la promotion des accouchements assistés par du personnel qualifié permettent d'améliorer l'accès des populations défavorisées à des soins de qualité. C'est une stratégie qui peut permettre de réduire les barrières financières à l'accès aux soins pour les femmes les plus démunies dans les coins les plus reculés, particulièrement en milieu rural avec un impact positif sur l'utilisation des services et la mortalité maternelle par l'accès aux SONU de qualité si elle est bien menée.

Les accouchements à domicile reçus dans le postpartum immédiat dans les structures ont augmenté de 12% entre 2004 et 2005. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que depuis la gratuité, les femmes accouchées à domicile ont moins de réticence à aller dans les structures de santé après l'accouchement pour une prise en charge même tardive. Ceci pourrait avoir pour avantage de prévenir les hémorragies de la délivrance et les pathologies néonatales précoces.

Défis : selon l'évaluation faite par CEFOREP, «c'est une politique à saluer » ; malheureusement, certains préalables n'ont pas été remplis et il y a eu des insuffisances dans la planification, la mise en œuvre, le suivi. La stratégie pose quelques problèmes sur le terrain qui méritent une attention particulière :

Toutes les femmes n'en bénéficient pas ;

- Il y a eu un manque d'information structurée, les professionnels sont peu informés, confusion entre le financement de la politique de gratuité et les fonds de dotation. Avis partagés par rapport à l'adéquation du contenu du kit. Ruptures fréquentes des kits au niveau des structures sanitaires, alors que la PNA se plaint que les kits ne sortent pas, en réalité certaines structures préfèrent confectionner leurs kits.
- Dotation parfois insuffisante ne tenant pas compte des besoins (accouchements attendus) mais parfois basées sur les rapports d'activités.

- Besoins d'améliorer le système d'approvisionnement par les PRA *par* une dotation régionale qui respecte les normes de la logistique telle que l'estimation des besoins, le respect du seuil d'alerte, du délai d'approvisionnement et de l'acheminement jusqu'au dépôt régional.
- La pérennité de la politique n'est pas assurée.
- Au niveau opérationnel, une partie des recettes générées par les accouchements servait à la motivation des prestataires ; ce qui n'est pas sans conséquence si l'on tient compte de la baisse de motivation chez les prestataires. Par ailleurs, les tensions provoquées par le manque de clarté quant aux aspects gratuits de la politique, affectent fortement les relations patientes/prestataires. Face à cette situation, l'État est invité à revoir le contenu de l'information.
- Les outils de coordination, de suivi-évaluation sont inexistantes pour permettre à la Direction de la Santé d'attester de la fiabilité des statistiques fournies par les hôpitaux. Ce problème sous-tend le problème plus global de la remontée des données qui reste partielle. Les statistiques ne sont pas maîtrisées
- La charge de travail a connu une hausse du fait de l'augmentation de l'utilisation des services, alors que le nombre de prestataires est resté sensiblement le même, ce qui pourrait cependant avoir des conséquences à terme sur la qualité des services offerts.

B.5. Promotion des soins après avortement (SAA) de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Les complications d'avortement constituent une cause importante de morbidité et de mortalité maternelle au Sénégal, et occupent la cinquième place des causes de décès maternel, avec un taux entre 4% et 20% des décès maternels (Sarr et al. 2004). Devant l'ampleur du problème, il a été décidé de mettre un accent particulier sur la prise en charge des cas, la prévention des grossesses non désirés par la PF et le renforcement des liens avec les autres services SR. L'introduction des SAA s'est faite de manière progressive, d'abord dans les hôpitaux, puis dans les centres de santé et enfin dans les postes de santé. Cette extension a été possible grâce à un fort plaidoyer national, à la réalisation de projets et de recherches pilotes à chaque étape, à l'intégration des SAA dans les programmes de santé de la reproduction, à la formation des sages-femmes et au fort engagement des champions.

Le processus d'introduction des services de soins après avortement a été effectué en plusieurs phases²⁸. Il a démarré par un projet de recherche opérationnelle (RO) en 1997–1998 pour en tester la faisabilité. Ceci a été réalisé dans le cadre du second Projet de Recherche Opérationnelle et d'Assistance Technique pour l'Afrique par le Population Council et Jhpiego, en collaboration avec le Ministère de la Santé et une structure de recherche, le CEFORP.

Un modèle à trois éléments comprenant : la gestion des complications de l'avortement, notamment l'utilisation de l'AMIU, le counseling et l'offre de services de PF et les liens avec les autres services de santé de la reproduction a été introduit pour la première fois dans les structures de santé du niveau tertiaire à Dakar. L'accent a été mis sur l'amélioration de la qualité des services : i) par l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) sous anesthésie locale à la place de la dilatation et du curetage (D&C) sous anesthésie générale ; ii) par l'amélioration des interactions client-prestataire ; iii) le renforcement des systèmes de référence, et ; iv) la promotion du planning familial.

Les résultats de la recherche opérationnelle ont été encourageants et ont montré la faisabilité des services de SAA, avec une réduction des coûts des prestations pour les patientes, une adoption

²⁸ Rapport d'évaluation de l'Extension des services de soins après avortement au Sénégal, Ministère de la Santé, juillet 2007

plus accrue des méthodes modernes de contraception, ainsi qu'une réduction du séjour en milieu hospitalier²⁹. A la suite de cette étude, le Ministère de la Santé a élaboré des documents de Normes et Protocoles sur les SAA qui ont été disséminés dans les dix régions du pays. Le Ministère de la Santé, avec l'appui de plusieurs ONG et partenaires techniques et financiers (PTF) a initié le processus de passage à l'échelle en impliquant quatre hôpitaux régionaux (Saint-Louis, Diourbel, Kaolack, Ziguinchor) et un centre de santé de district (Sokone). Cette phase comportait une recherche pour identifier les problèmes et obstacles liés à la décentralisation/mise à échelle. Dans la phase suivante, une seconde recherche opérationnelle dans 6 districts situés dans les régions de Kaolack et Fatick. Elle a testé l'extension du service au niveau de 18 centres et postes de santé en zone rurale, avec l'implication des sages-femmes d'Etat comme prestataires. Les résultats documentés ont montré l'amélioration de la qualité des services de traitement d'urgence et des pratiques de prévention de l'infection, de meilleures interactions client-prestataire, des séjours plus courts, un meilleur système de référence et une plus grande intégration des services. A ce jour tous les hôpitaux et centres de santé offrent les services de SAA avec l'AMIU ; dans les postes de santé les SAA se font avec les ICP sans AMIU, avec curage. Les SAA ont été étendus avec succès au niveau communautaire (voir interventions communautaires).

Résultats : à l'échelle nationale et en milieu hospitalier uniquement, un total de 13 719 avortements ont été enregistrés en 2007 et 12 613 en 2006³⁰. En 2007, la proportion de femmes avec des complications liées à l'avortement ayant bénéficié de soins après avortement (SAA) est de 64%. Et la proportion de femmes avec des complications liées à l'avortement ayant bénéficié de services de PF après avortement de 49,6%.

De 2002 à 2004, le Ministère de la Santé, a testé dans le district sanitaire de Sokone³¹ une nouvelle approche comportant des activités tant au niveau de la structure sanitaire que dans la communauté. Ces efforts ont facilité l'extension des services du niveau tertiaire au niveau primaire des soins de santé, avec l'assistance technique et le soutien de nombreux partenaires.

Actuellement l'offre de soins post avortement est disponible au niveau des centres de santé de référence et au niveau des postes de santé de 1^{er} niveau sauf les postes de la région de Diourbel en raison de la mobilité du personnel.

Leçons apprises

Positives : des services de SAA de qualité³² peuvent être offerts dans des structures de niveau périphérique, complément essentiel des SONU, ils permettent de réduire considérablement les morbidité et mortalité maternelles.

Défis : quelques faiblesses ont été notées : un counseling non systématique et non exhaustif ; un très long temps d'attente pour les patientes ; des pratiques de prévention de l'infection peu respectées.

Mais le plus grand défis à relever reste l'intégration des kits AMIU dans le circuit de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA).

²⁹ (CEFOREP et CHU Le Dantec, 1998)

³⁰ Plan stratégique SR

³¹ Sokone est un district dans la région de Fatick.

³² (DSR et EngenderHealth, 2003)

B.6. Promotion de la Gestion Active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA)

L'hémorragie du post-partum constitue la première cause de mortalité au Sénégal. Une des réponses à cette situation a été l'introduction de la gestion de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) dans les structures sanitaires assurant les accouchements. Une formation a été assurée au niveau national à tout le personnel qualifié assurant les accouchements y compris les sages-femmes et infirmiers chef de poste. La méthode semble bien pratiquée dans les structures sanitaires et semble donner beaucoup de satisfaction aux prestataires, tel en atteste l'affirmation d'un prestataire « depuis que nous appliquons la GATPA nous avons beaucoup moins d'hémorragies ». La formation se fait en général avec la prise en charge du nouveau-né. Ainsi, 504 prestataires ont ainsi vu leurs capacités renforcées en GATPA et en prise en charge du nouveau-né.

Les résultats positifs au bout de 18 mois ont permis d'enclencher le passage à l'échelle. En 2006, 08 districts du département de Mbour et de Ziguinchor ont été concernés par le passage à l'échelle/extension en deux phases : d'abord au niveau de 80 structures, ensuite sur l'ensemble des postes de santé restants. Toutes les régions ont ensuite disposé d'un pool de formateurs locaux qui ont mis en œuvre les plans régionaux de formation. L'utilisation des compétences locales, notamment des pédiatres et gynécologues officiant au niveau régional, a permis de booster les sessions de formation décentralisées. L'application de la GATPA et des SENN a eu un effet positif sur les services. Les données de routine ont indiqué une amélioration de la couverture des accouchements par voie basse avec GATPA. Le nombre d'accouchements sous GATPA est passé de 3.751 en 2007 à 46 565 en 2008.

B.7. Promotion de l'audit des décès maternels et néonataux dans les structures sanitaires

Le Ministère de la santé s'est engagé récemment en 2004 à mettre en œuvre des enquêtes confidentielles sur les morts maternelles au niveau national en se basant sur les décès recensés dans les structures à vocation chirurgicale. Pour lancer cela, une étude pilote a été réalisée au niveau de quelques structures, 5 sites-pilotes ont été choisis pour l'étude, en accord avec la Direction de la Santé Reproductive. Ce sont : i) la CGO ou Centre Hospitalier Universitaire Aristide le Dantec à Dakar ; ii) le Centre de référence Roi Baudouin à Guédiawaye ; iii) l'Hôpital de Référence de St-Louis ; iv) l'Hôpital de référence de Thiès ; v) l'Hôpital de référence de Kolda.

Les résultats de l'étude pilote sont les suivants : sur 105 fiches d'audit remplies par les cinq sites-pilotes, 69 fiches, soit 65,7% rapportaient des conclusions de comité d'audit. Les femmes décédées avaient en moyenne 29 ans, étaient en moyenne 4e geste et une 5e pare. Les principales causes de décès, sont l'hémorragie (moyenne de 34,8%), la pré-éclampsie/éclampsie (11,6%) et la rupture utérine (8,7%), bien que ces pourcentages soient variables d'un site à l'autre. L'anémie compte pour 30,8% des décès à St-Louis. Les décès ont été jugés comme certainement évitable dans 47,8% des cas et probablement évitable dans 24,6%.

Le caractère évitable du décès a été recodée afin de la rapporter aux trois délais (i) *retard dans la décision de consulter* ; (ii) *retard dans l'acheminement des malades vers les structures adaptées* ; et ; (iii) *retard dans la prise en charge dans les structures sanitaires*. Il s'avère que le troisième délai, qui est le temps écoulé entre l'arrivée au centre de SOU et la dispensation des soins, est attribuable à 78,8% des décès, tandis que 14,9% des décès sont reliés au deuxième délai.

Basé sur ces résultats, l'audit des décès maternels a été étendu à plusieurs structures sanitaires. Les outils ont été élaborés, le personnel est formé, les activités sont menées dans certaines structures, appuyées techniquement par OMS, GESTA (canadiens), la CGO et la Chaire de pédiatrie. Au moins 3 des CS visités pratiquaient l'audit ; il est fait de façon

exhaustive et structurée au CS de Guédiawaye et au CS de Touba Ndamatou, moins exhaustive et moins structurée au CS de Rufisque ou tous les décès ne sont pas analysés. Dans un des centres, les résultats sont partagés officiellement au cours d'une réunion formelle impliquant toutes les structures dans la juridiction référant au CS, avec des séances de formation (mise à niveau) pour tout le monde sur les gestes nécessaires pour les pathologies/fautes dominantes et des points d'action précis et désignation d'un responsable pour la mise en œuvre de chaque action. Les résultats semblent très encourageants comme en témoigne le personnel interviewé. Il est souhaitable d'étendre la restitution à toutes les structures référantes même en dehors de la zone de couverture et faire un suivi minutieux de la mise en œuvre des actions proposées. Il est aussi recommandable d'ajouter systématiquement l'audit des décès néonataux, car non systématiques dans toutes les structures ayant adopté l'audit qui est généralement limité aux décès maternels. La DSR semble bien impliquée dans la mise en œuvre de l'audit des décès maternels dans les structures non couvertes par les canadiens.

Leçons apprises

Certaines informations relatives au décès maternel sont difficiles à recueillir parce que, souvent les registres sont mal tenus, les dossiers des patientes et les carnets de santé sont incomplets et il est difficile de rencontrer par la suite des membres de la famille pour compléter l'information.

Les audits devraient impliquer plus de personnel, ce qui aurait un plus grand impact. La région médicale devrait envoyer des représentants aux séances de restitution, le personnel des centres de références devrait être présent, le personnel administratif, le personnel du laboratoire, les médecins chefs des autres services.

La culture de l'audit du décès du nouveau-né n'est pas encore étendue parmi le personnel de santé.

B.8. Promotion du tutorat dans les structures sanitaires

Le tutorat³³ est une approche de formation sur le site qui consiste à intégrer à l'équipe de santé un prestataire appelé « tuteur/trice » pour encadrer et soutenir chaque prestataire dans l'accomplissement de ses tâches afin d'améliorer sa performance. Il accompagne également chaque prestataire dans le processus d'acquisition ou de renforcement des compétences ciblées. C'est une approche de formation qui permet de réduire les contraintes des approches traditionnelles de formation que sont l'interruption des services qui sont dégarnis lors des formations, la mobilité du personnel, l'insuffisance de l'implication des superviseurs, la non application des compétences acquises, l'inadéquation entre les besoins réels des prestataires et les formations effectuées, la sélection inadéquate des participants aux formations, etc. La formation des prestataires à travers le tutorat a effectivement démarré en 2008 dans 4 centres de santé de grande envergure de la région de Thiès, 5 postes de santé de la région de Saint-Louis et dans 7 centres de santé de la région de Dakar. Plusieurs documents ont été élaborés dans le cadre la formation sur le tutorat, à savoir un document de description de la stratégie, le guide du facilitateur, le manuel du tuteur, le manuel du superviseur, le manuel du prestataire et le paquet d'outils pour l'auto évaluation. Cette stratégie/approche novatrice a été initiée et est appuyée par IntraHealth qui accorde une place capitale au renforcement de la qualité des services. Ainsi, un pool de 72 tuteurs et superviseurs dont 9 hommes et 63 femmes est disponible pour la mise en œuvre du tutorat. Les tuteurs ont été sélectionnés par les équipes cadre de région et de district sur la base de critères définis. La sélection a été validée par une équipe du niveau central (DSR/IH) et 7 sessions de formation ont été organisées au niveau régional au cours de l'année et ont permis de renforcer les compétences techniques et de coaching des 35 tuteurs et de leurs 37 superviseurs. Il convient de noter l'implication des écoles régionales de formation et des maîtresses sages-femmes des hôpitaux lors des formations

³³ USAID, composante SMNI, rapport d'activités du 01 Octobre 2007 au 30 Septembre 2008

régionales. Cette technique de renforcement des capacités du personnel dans leur lieu de travail semble appréciée de tout le personnel interviewé qui recommande son passage à l'échelle pour couvrir tout le pays. Ceci pourrait être une solution aux multiples formations continues traditionnelles qui perturbent le travail de routine sans en garantir l'amélioration de la qualité. Mais il serait bon de voir les résultats de la revue qui vient d'être menée sur l'approche du tutorat pour voir les difficultés, contraintes, leçons apprises et préalables pour sa mise à échelle.

B.9. Promotion des soins essentiels du nouveau-né

L'EDS4 de 2005 a révélé que le taux de mortalité néonatale est resté stationnaire à 35%, et représente 57% de la mortalité infantile et environ 30% de la mortalité infanto juvénile au Sénégal. Ceci a constitué le point d'alerte pour que le MSP se penche sérieusement sur les résultats du projet pilote sur la santé périnatale qui a été mise en œuvre à Kébémér par BASICS II en partenariat avec le MSP, la Chaire de pédiatrie de l'université et l'UNICEF, car jusqu'en 2005 le nouveau-né n'était pas pris en compte dans les stratégies. Rappelons que le projet de Kébémér était motivé par les résultats de l'enquête SONU en 2000 et de l'enquête sur la dystocie en 2001 qui ont montré une mortalité très élevée. BASICS a organisé un échange sud-sud pour s'inspirer du projet indien du Dr Abbey Bang visité par un professeur titulaire de la Chaire de pédiatrie et le chef de l'unité SMN à la DSR. Donc le projet pilote a été supporté par des décideurs convaincus.

L'objectif était de mettre en œuvre un paquet de soins essentiels visant à améliorer la disponibilité et la qualité des soins du nouveau-né au niveau des structures sanitaires et communautaires.

Un comité national pour la santé néonatale chargé de superviser la mise en œuvre du programme a été mis en place et deux enquêtes préliminaires ont été menées : i) une enquête qualitative visant à étudier la perception et l'acceptabilité du paquet de soins essentiels par la communauté ; ii) une enquête quantitative permettant d'évaluer les performances au niveau des structures et les connaissances attitudes et pratiques dans la communauté.

Il a été procédé à un renforcement des capacités par élaboration des outils de formation, suivi post formation et supervision des agents à tous les niveaux (42 prestataires de l'hôpital Régional Louga et District 169 agents de Santé Communautaires ; 65 matrones de postes et cases de santé, 135 relais, 69 accoucheuses traditionnelles).

Un équipement minimal a été mis en place dans les sites : kits d'accouchement, matériel de réanimation du nouveau-né, table chauffante de fabrication locale.

Des supports de communication pour le changement de comportements ont été élaborés : cartes conseils, affiches, aide-mémoire pour les matrones, série radiophonique, sketch vidéo, argumentaire religieux guide de plaidoyer auprès des leaders religieux.

Des activités de plaidoyer du niveau central au niveau communautaire ont été organisées ainsi que la mobilisation communautaire par la communication de masse et de proximité.

Au bout de 18 mois, des résultats positifs ont été enregistrés notamment l'amélioration des performances des prestataires et la pratique des mères dont la réduction de moitié des accouchements à domicile, l'augmentation des accouchements par un personnel qualifié, l'amélioration de tout le paquet de soins essentiels du nouveau-né, l'augmentation du taux de consultations postnatales surtout celles de la fenêtre J1-J3. Au vu des résultats qui ont fait la preuve de l'efficacité et de l'efficacité de la stratégie, validés par un atelier national qui recommanda fortement l'extension à tout le pays, et la volonté de l'état d'accélérer la marche vers l'atteinte de l'OMD4, le passage à l'échelle fut lancé. D'abord dans 8 districts du département de

Mbour et de Ziguinchor et ceci en deux phases : d'abord au niveau de 80 structures ensuite à l'ensemble des postes de santé restants dans la phase 2. L'évaluation de cette première étape de mise à l'échelle a montré des résultats satisfaisants surtout par rapport à :

- L'application du paquet de soins essentiels du nouveau-né : structures et communauté (préparation à l'accouchement, soins de base, CPoN, réorganisation services, etc.) ;
- L'intégration des soins du nouveau-né dans les politiques, normes et protocoles en SR ;
- L'intégration du paquet de soins essentiels du nouveau-né dans la feuille de route pour la réduction de la MMN ;
- L'introduction des équipements et médicaments du nouveau-né dans les kits d'accouchement ;
- L'aménagement et l'équipement de coins de nouveau-né dans les salles d'accouchement des 40 centres et postes de santé de la phase 1 par UNICEF et les comités de santé ;
- La mise en place d'équipement minimal du nouveau-né dans toutes les 148 structures (2 HR-CS-PS) des 8 districts ;
- Formation de deux pools de 28 formateurs et de 290 prestataires (infirmiers et sages-femmes) et 356 relais et 207 matrones, le suivi post formation de 40 prestataires, 105 matrones et 195 relais au niveau des 04 districts de Mbour, Joal, Popenguine et Thiadiaye ;
- L'introduction du couple GATPA-SENN a eu un effet positif sur les services. En plus de l'amélioration de la couverture des accouchements par voie basse révélée par les données de routine, cette approche innovatrice a également eu des effets induits sur l'application des nouvelles directives pour la consultation postnatale à J3 ; le taux de réalisation du nombre de consultation postnatale entre J1 et J3 est de 122 % en 2008.

Durant notre visite de terrain, toutes les structures de santé avaient un coin nouveau-né comprenant une table chauffante fabriquée localement, aspirateur manuel des mucosités, embout, sondes No 8 et 10 d'aspiration des mucosités, poire ; et un personnel compétent dans les soins essentiels du nouveau-né.

Tout ceci est le fruit d'un très bon projet pilote, avec des résultats convaincants, un engagement politique au plus haut niveau, un partenariat stratégique entre toutes les parties prenantes actives dans la santé néonatale : USAID/IntraHealth offre la formation du personnel, UNICEF achète les équipements du coin nouveau-né, de même que la coopération Luxembourgeoise, et les comités de santé (COGES), en plus de l'appui technique du ministère de la santé et de la chaire de pédiatrie/CHU. A ce jour plus de 85% des sages-femmes et infirmiers chefs de poste sont formés dans les soins essentiels du nouveau-né.

Signalons que pour des raisons pratiques les formations du personnel sanitaire en SENN sont couplées avec celles de la GATPA. L'intégration de la GATPA et des SENN dans le module de formation sur la surveillance de l'accouchement a été l'innovation majeure. A ce jour toutes les régions disposent d'un pool de formateurs locaux qui ont su mettre en œuvre les plans régionaux de formation avec l'appui ponctuel d'agents de la DSR et du projet bilatéral de l'USAID. L'utilisation des compétences locales, notamment des pédiatres et gynécologues officiant au niveau régional a permis de booster les sessions de formation décentralisées. Ainsi, plus de 500 prestataires ont ainsi vu leurs capacités renforcées en GATPA et en prise en charge du nouveau-né.

A ce jour le plan d'extension est quasi global : la formation des prestataires est faite dans toutes les régions sauf Saint Louis, et l'installation de coins du nouveau-né est effective dans presque toutes les structures sanitaires ; le plaidoyer est fait en permanence pour l'intégration des soins néonataux dans les soins existants, tous les partenaires y participent en plus de comités de gestion (COGES). Les indicateurs de la santé du nouveau-né sont bien intégrés dans le système d'information sanitaire. Il y a eu une révision du manuel de la PCIME pour y insérer la première semaine de la vie.

Le Ministère de la santé a lancé récemment une circulaire pour le concept des centres d'excellence pour le nouveau-né à l'image de « l'hôpital ami des bébés » pour primer les centres qui font un effort dans la réduction des 3 principales causes de mortalité néonatale, à savoir l'asphyxie, l'infection et le faible poids à la naissance (voir critères et scores à l'annexe). Les prix vont d'une plaque d'excellence en or, puis en argent et enfin en bronze. Cette promotion des centres d'excellence pour le nouveau-né devra contribuer à l'amélioration notable de la qualité des soins pour la mère et le nouveau-né ; elle est effectuée dans un partenariat/collaboration harmonieux entre le MSP/DSR, la Chaire de Pédiatrie, l'UNICEF, l'OMS et l'USAID. Des réunions de concertations sur le nouveau-né, des supervisions conjointes avec MSP, chaire de pédiatrie et PTF sont organisées. Il semble y avoir même une supervision annuelle intégrée mère, nouveau-né, enfant.

Pour la prise en charge des enfants de petits poids à la naissance, la méthode Kangourou a été introduite par l'organisation d'une unité Kangourou dans un centre de santé de la périphérie de Dakar devant servir de modèle pour le passage à l'échelle (extension à cinq unités en 2010 dont 1 à Bakel, Tambacounda, Sedhiou, Matam et Ninefichia).

La prise en charge communautaire de la mère et du nouveau-né sera mise en œuvre au cours de l'année 2010. Un grand atelier a été organisé pour harmoniser et adapter tous les manuels de formations pour en avoir un seul. Le plan de passage à l'échelle a été déjà élaboré. Un guide du formateur sur la méthode Kangourou a été élaboré et validé, il servira de document pédagogique dans toutes les formations.

La première unité Kangourou du pays est fonctionnelle depuis 2008 au district sanitaire de Guédiawaye. Lors de notre visite à ce centre de santé, nous avons apprécié le fonctionnement et les résultats de cette unité, très agréable à voir, qui semble très fonctionnel, très propre, dirigée par une sage-femme formée en SENN avec une grande expérience en consultations nourrissons sains et malades, et récupération nutritionnelle ; avec supervision des pédiatres du CHU Abass Ndao. La salle est sobrement équipée d'une télévision et vidéo/DVD pour projection de films documentaires, beaucoup de chaises, un coin nouveau-né, une salle de consultation avec table de consultation et tabouret, un pèse-bébé, un chariot de soins, un thermomètre médical électronique, une armoire de rangement.

Les activités portent sur les nouveau-nés de moins de 2 kg, recrutés au niveau de la salle d'accouchement sur base de volontariat de la maman. Le suivi des bébés se fait au niveau de l'unité avec des conseils et éducation utilisant une vidéo cassette, surtout pour la première session d'orientation. Le suivi se fait à un rythme hebdomadaire jusqu'à 2 kg, à partir de ce poids le suivi se fait tous les 15 jours jusqu'à 3 kg, puis 1 fois par mois jusqu'à 6 mois d'âge. Après 6 mois d'âge, le suivi se fait tous les 3 mois jusqu'à 1 an. Le paquet des services comprend le suivi de la croissance, les vaccinations, le régime alimentaire/introduction d'autres aliments.

Les mamans adhérentes semblent très satisfaites, les papas sont associés ainsi que les autres membres de la famille qui le désirent. Les visites sont assurées par la sage-femme sur place et les pédiatres du CHU de l'hôpital Abass Ndao qui passent régulièrement. Les visites de routine se font à jour fixe de la semaine, pour avoir tous les bébés le même jour avec un pédiatre. Les premières données sur une année sont bonnes : 173 nouveau-nés entrants, après 1 an 144 sont vivants et encore suivis, 19 décédés, le restant est représenté par les abandons, et des enfants ayant voyagé hors du district.

Pendant notre visite, suggestion a été faite de : i) faire des photos de certains nouveau-nés à l'arrivée et montrer leur évolution au fil des mois à accrocher dans 1 coin de la grande salle, pour encourager les nouveaux arrivés ; ii) créer un groupe de support des mamans ou familles adhérentes.

B.10. Prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant

Le Sénégal a réussi à mettre un focus sur la PTME et à l'étendre à toutes les structures sanitaires du pays, ceci grâce à une vision stratégique et un engagement politique au plus haut niveau. La politique nationale de PTME vise à contribuer à la réduction du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant selon les axes stratégiques suivants :

- Intégration du « conseil et test du VIH à l'initiative du prestataire » (CTIP) en consultation prénatale

- Conseil de suivi de la femme enceinte séropositive et séronégative
- Prophylaxie ARV chez la femme enceinte séropositive
- Prise en charge globale de la mère séropositive
- Prise en charge de l'enfant né de mère séropositive
- Hygiène en milieu de soins et prévention des accidents d'exposition au sang
- Promotion des services de PTME

La mise en œuvre est passée par la mise en place dans 4 sites à Dakar (en 2000) d'un projet pilote de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le cadre du programme d'accès aux antirétroviraux : Hôpital Principal, Hôpital Le Dantec, CS de Guédiawaye, Albert Royer pour la prise en charge pédiatrique. L'objectif était de rendre plus accessible le dépistage du VIH chez les femmes enceintes lors de la consultation prénatale, de diminuer significativement les nouvelles infections à VIH chez les nouveau-nés nés de mères séropositives par la prophylaxie ARV et l'allaitement maternel protégé (allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois puis diversification alimentaire avec maman sous ARV pendant 12 mois, et prophylaxie ARV du bébé pendant 6 semaines).

Au vu des résultats encourageants de la phase pilote (diminution de la transmission de 10% à 3,6%), le gouvernement a pris la décision de passer à l'échelle. La décentralisation a été initiée en 2004. L'évaluation de la phase pilote avait permis d'identifier différentes contraintes qui devaient être prises en compte pour le passage à l'échelle et de proposer les stratégies correctrices dont la promotion du dépistage volontaire chez les femmes en âge de procréer, l'intégration du volet PTME dans le programme de santé de la reproduction, le renforcement des capacités des services de santé en ressources humaines compétentes, pour l'accès au dépistage et pour le suivi biologique de l'infection à VIH dans toutes les régions, le renforcement de la prise en charge médicale et psychosociale des femmes enceintes, de nouveau-nés de mères séropositives et de la cellule familiale, le passage de la prophylaxie avec monothérapie à la bi/trithérapie.

Afin de standardiser les pratiques et garantir la qualité des services, un document de politique nationale sur la PTME a été élaboré et diffusé. Un guide de PTME, des documents de formation et des outils de gestion ont été finalisés pour le renforcement des capacités au niveau périphérique et au niveau des équipes cadres de district sur la prise en charge de la femme pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum, le nouveau-né, le counseling, et la PEC psychosociale. Tout le personnel, toutes catégories, médecins, gynécologues, sages-femmes, infirmiers, assistants sociaux, laborantins, les ICP au niveau des postes de santé ont été formés.

Un volet important en communication/sensibilisation a été mis sur pied en collaboration avec les ONGs tant au niveau clinique qu'au niveau communautaire avec formation de relais communautaires, sensibilisation et référence des femmes vers les structures de santé, des activités d'accompagnement psychosocial, avec visites à domicile, des repas communautaires avec les PVVIH.

L'accent a été mis sur la disponibilité des intrants (tests/réactifs, ARV, laits artificiels) à travers la PNA et les préservatifs (USAID ou UNFPA).

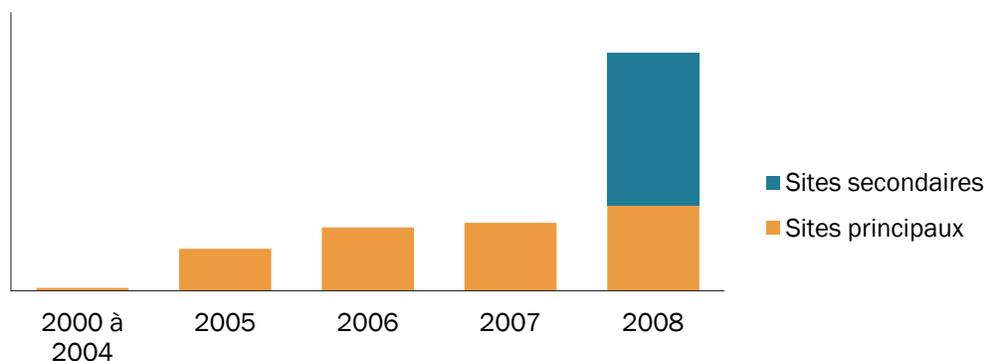
Au niveau clinique, il y a eu une évolution de la monothérapie pendant la phase pilote à la bi-thérapie en 2005 et depuis 2007 un passage à la trithérapie selon les derniers protocoles de l'OMS.

A partir de 2007 avec la décentralisation, le dépistage (test rapide) au niveau poste de santé est effectif, mais seulement dans 20 à 30% des PS. Des critères ont été introduits pour désigner comme site principal les hôpitaux et certains CS qui peuvent faire le test et le suivi et la prise en charge de la mère et de l'enfant, et comme sites secondaires les structures qui offrent le test et le suivi de la mère uniquement.

Les résultats sont très encourageants : la revue nationale du programme en 2007, a permis de constater que le passage à l'échelle de la PTME est effectif.

En 2009, il existe 256 sites PTME fonctionnels dont 92 sites principaux et 164 sites secondaires. Il faut rappeler qu'en 2000 le nombre de sites n'était que de 03 et il n'existait pas encore de sites secondaires. La standardisation des pratiques pour garantir la qualité des services est effective avec un document de politique nationale sur la PTME (Directive Nationale sur la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant) qui a été révisé en tenant compte des dernières orientations de l'OMS en termes de PTME et diffusé depuis Mars 2009.

Graphique 8 : Evolution du nombre de sites PTME



Source : (Ministère de la Santé, DLSI, 2007)

Selon les résultats des sites sentinelles, le taux de prévalence du VIH en 2009 est estimé à 1,3% (femmes enceintes). Ce qui est largement au-delà de l'objectif fixé de 1,5% pour la cible CDSMT et de celui de 3% fixé comme cible par le DSRP. Le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié du test de dépistage VIH en 2009 est de 161 257 pour un objectif national de 125 733 avec près de 50% de couverture nationale.

Une task force est créée avec la DLSI, la DSR, tous les partenaires, les PVVIH, l'armée, les formateurs nationaux, et les laboratoires pour la conception des outils et les orientations.

Leçons : une bonne généralisation et décentralisation de la PTME est possible avec une volonté politique et une bonne vision stratégique. La PTME avance bien grâce à :

- Un bon leadership de l'état, entouré des partenaires stratégiques comme l'UNICEF, l'USAID/FHI, l'UNFPA, l'OMS, la Fondation Clinton et le Fond Mondial.
- Une bonne collaboration entre la DLSI qui détient les fonds et maître d'œuvre et la DSR qui coordonne toutes les activités en SR au sein desquelles la PTME est harmonieusement intégrée. A ce jour les indicateurs de la PTME sont inscrits dans les fichiers de SR.

Défis : amélioration du nombre de PS avec une capacité de dépistage pour que toutes les femmes enceintes vues en CPN puissent bénéficier du test.

- Le taux de prise en charge des enfants est faible par rapport au nombre de femmes.

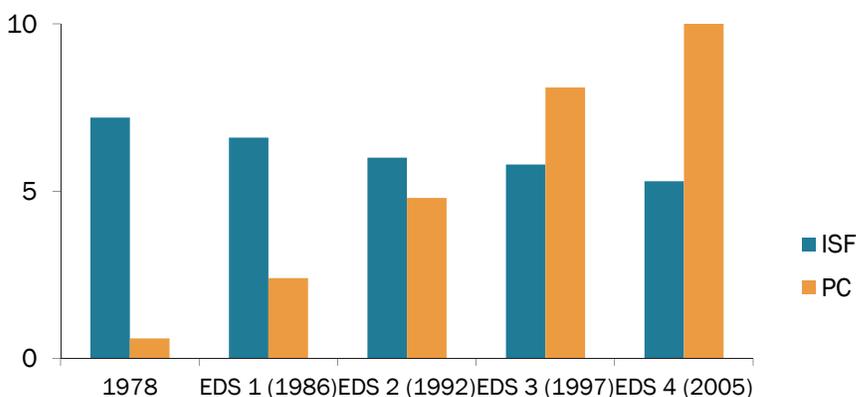
- Il n'existe pas de circuit formel pour acheminer le test DBS (Dried blood Spot : prélèvement sur papier buvard) il est fait en ce moment par la voiture de la région médicale.
- Disponibilité des ARV au niveau des postes de santé avec coaching du médecin de district.

B.11. Des efforts de repositionnement de la PF les deux ou trois dernières années

Malgré la connaissance des évidences sur la PF comme intervention à haut impact dans la réduction de la mortalité maternelle de 17–35 %, son action protectrice contre les grossesses non désirées, sa réduction des avortements clandestins mortels, les infanticides et sauvegarde de la vie des enfants (car le fait d'espacer les naissances d'au moins 24 mois diminue la mortalité infantile de 20–30 % et les enfants nés après un intervalle inter-génésique court, ont deux fois plus de risques de mourir par rapport à ceux nés après une période de + 2 ans), elle est restée sous utilisée au Sénégal avec un taux de prévalence contraceptive faible à 10% et une progression très lente. Ce taux de prévalence contraceptive, bien qu'ayant augmenté régulièrement, reste très en deçà des efforts consentis au cours de ces dernières décennies et l'ampleur des besoins non satisfaits demeure réelle. En effet 31% des femmes qui souhaiteraient espacer ou limiter leurs grossesses n'utilisent pas de méthodes contraceptives.

Il faut reconnaître que depuis quelques années il y a un grand effort national de relance de la PF, surtout piloté par l'USAID avec des premiers signes encourageants montrant un intérêt certain de l'état qui y a attribué une ligne budgétaire depuis 2007. L'objectif de la politique nationale de PF tel que stipulé, est l'amélioration de l'état de santé de la population en général, et la réduction de la mortalité maternelle et infantile, en particulier par la maîtrise de la fécondité pour la prévention des grossesses à risque et non désirées et la prise en charge de l'infertilité et l'infécondité³⁴.

Graphique 9 : Evolution de l'ISF et de la Prévalence Contraceptive au Sénégal



A cet effet, le focus se fait à 2 niveaux :

- Niveau clinique, par le renforcement de l'offre des services tant dans les structures publiques que privées, avec un renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux et une emphase spéciale sur les méthodes de longue durée. Pour une meilleure accessibilité des services de PF, les sages-femmes et infirmiers chefs de poste sont formés à l'utilisation des méthodes de longue durée comme les DIU et implants. Un MOU est signé avec les privés pour la provision des services PF de qualité.
- Communication/sensibilisation : un grand pas consiste en l'adoption d'une journée nationale de la PF qui est célébrée depuis 2 ans en juillet, elle permet une sensibilisation du public avec développement et diffusion de films documentaires sur la PF à la télévision nationale. Un plan

³⁴ Situation de la PF au Sénégal, Février 2010

national de communication sur la PF a été élaboré avec l'appui de l'USAID. Une campagne nationale de promotion de la PF comme un style de vie a été lancée, avec un focus sur les religieux pour lever certaines barrières. Des spots pour la lutte contre la mortalité maternelle et la promotion de la PF ont été réalisés. Cette campagne est en train de passer au niveau des régions après le lancement à Thiès de la campagne régionale de promotion de la PF. Les régions médicales sont en train à leur tour de se doter d'un plan régional de communication et de mettre en œuvre certaines activités pour le repositionnement de la PF. Au niveau opérationnel, les radios communautaires sont de plus en plus sollicitées pour la promotion de la PF. Le témoignage des utilisatrices satisfaites lors des foras sur la PF ont largement contribué à sensibiliser les populations sur l'utilisation de la PF, notamment des implants et du DIU.

- Il semble y avoir toute une dynamique pour aller à l'échelle avec ces campagnes et journées de sensibilisation déjà fait à Saint Louis, Kaolack, Thies, Louga et Dakar.
- Un partenariat stratégique est formé entre le gouvernement, l'USAID, Intrahealth et l'UNFPA pour les formations, l'équipement, les contraceptifs. Un plan de sécurisation des produits SR 2008–2011 a été élaboré. Un effort est fait pour la disponibilité de tous les produits au niveau de la PNA.
- Leçons : le focus sur les méthodes de longue durée ainsi que la formation des sages-femmes et infirmiers à l'insertion de ces méthodes est un bon acquis.
- Défis à surmonter :
 - La PF reste insuffisamment financée par le gouvernement et les différents partenaires.
 - Il se pose un problème aigu de l'acheminement des contraceptifs vers les structures sanitaires entre la PNA et la DSR.
 - Une meilleure gestion des contraceptifs est souhaitée, ainsi que plus de responsabilité au niveau des structures gouvernementales pour la PF à l'image de la vaccination.
 - Les campagnes devraient être plus fréquentes et longues, de préférence continues

C. AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Il se passe beaucoup d'activités au niveau communautaire qui sont en train de révolutionner la santé maternelle et néonatale, car c'est le lieu de rappeler que 55 % de la population sénégalaise vit au niveau rural et environ 62% sont analphabètes, donc les activités communautaires constituent l'unique moyen de les informer en matière de santé et leur rendre les services de santé accessibles. Il y a essentiellement 2 composantes :

- L'initiative Bajenu Gox (voir p.46) est une initiative propre du chef d'état qui est en train d'être lancée et cherche son chemin, mais qui a beaucoup de potentiel si bien mise en œuvre.
- Les activités financées par l'USAID à travers un consortium de 6 partenaires menés par Child Fund (Africare, WorldVision, Plan International, Catholic Relief Services, Counterpart) constituent un travail remarquable qui mérite d'être souligné, à l'actif duquel s'inscrivent toutes les activités communautaires décrites ci-dessous en dehors de l'initiative « Bajenu Gox ». Les partenaires ont fait un cadrage complet du pays avec une attribution harmonieuse des tâches et responsabilités en fonction des régions, les 13 régions du Sénégal, à l'exception de Dakar, sont couvertes, à des degrés différents. Le consortium Child Fund a pu se rendre efficace et incontournable pour les activités à base communautaire. En plus des volets financés par l'USAID, d'autres partenaires comme l'UNICEF sont inscrits en partenariat avec le consortium pour la promotion d'activités de survie de l'enfant. Les interventions se situent au niveau de la case de santé et des sites communautaires (quartier ou village ou il y a une structure). Le paquet de service offert comprend la santé maternelle, la PF, les SENN, la prise en charge du paludisme/ACT, de la pneumonie, de la

diarrhée/SRO-Zinc, la nutrition/micronutriments, le suivi de la croissance, le suivi communautaire de la tuberculose, l'IEC sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant y compris l'éducation des populations sur les bonnes pratiques de santé, les informations sur l'aspersion intra domiciliaire dans 6 régions et la distribution gratuite des MII vers la couverture universelle, distribution se faisant par système de porte à porte, organisation des communautés pour la gestion de la référence. Le consortium a initié plusieurs initiatives communautaires qui sont décrites ci-dessous et qui gagneraient à aller à très grande échelle pour couvrir tout le pays. Les stratégies utilisées de façon générale sont basées sur l'intégration des services, le renforcement des capacités des communautés, l'accompagnement des communautés, la mobilisation des membres influents de la communauté, l'éducation participative, la mise en fonction des cases de santé, le marketing social des services disponibles et le suivi/évaluation.

Case de santé

La case de santé est une structure moderne formelle et non une case comme son nom l'indique, avec plusieurs salles : accouchement, suites de couches/hospitalisation, salle de consultations, coin du nouveau-né, toilettes. Les 2 cases de santé visitées étaient très propres, agréables, avec des job aids/standards et protocoles, et statistiques du service affichés sur les murs. Le service est assuré par des matrones chargées des soins et de la PF au niveau de la case et des activités CCC dans le village. Le paquet de services intégrés comprend : la prise en charge des accouchements inopinés, la prise en charge du nouveau-né, la CPoN de J3, les informations sur les signes de danger mère et enfant, la PEC des maladies, la promotion de la PF, toutes les activités de CCC. Il y a normalement des stratégies avancées dans les cases de santé par les sages-femmes ou infirmiers chef de poste venant des PS à intervalles réguliers. **Il se pose en ce moment un problème aigu de choix du lieu d'accouchement par la communauté qui aurait voulu accoucher au niveau de la case de santé car les soins y sont jugés de qualité par la communauté de par leur convivialité, mais les normes sénégalaises n'autorisent que les accouchements inopinés dans les cases, car non équipé de personnel qualifié. Ceci mérite un débat national pour une solution appropiée.**

C.1. Initiative « Bajenu Gox »

Ceci est un Programme Communautaire pour la Promotion de la Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant « Initiative Bajenu Gox » (IBG), proposé par Mr le Président de la République. Ce programme concerne tout le pays et a été lancé en premier lieu en janvier 2009 dans les régions de Sédhiou et Kolda. C'est une approche communautaire (multisectorielle) qui doit contribuer à accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale. L'objectif est d'accroître la demande de soins en SR chez les femmes pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum et chez les enfants de 0 à 5 ans sur l'ensemble du territoire national d'ici 2015, en utilisant un système de parrainage fonctionnel basé sur le leadership féminin.

Le programme va s'atteler à la stimulation de la demande de soins en SR à travers un système de parrainage des femmes durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum et des enfants de 0 à 5 ans par des assistantes de quartier ou de village, marraines ou « Bajenu Gox » (BG).

Une analyse de la situation sanitaire, économique et surtout sociologique avant la prise de décision a révélé que 9% des femmes en union, 28% de celles en rupture d'union et 3% des femmes célibataires ont la possibilité de prendre des décisions les concernant et concernant leurs familles. Seulement 13,7% des femmes en union ont le dernier mot concernant leurs propres soins de santé ou ceux de leur progéniture. Les décisions ayant trait à la santé de la famille sont fortement influencées par l'avis des grands-mères dépositaires de pratiques et traditions jugées bénéfiques. Aussi existe-t-il une bonne dynamique communautaire avec des réseaux d'organisation communautaire de base (OCB) très actifs dans des domaines variés (appartenance familiale, sociale ou professionnelle).

On note aussi, la persistance des facteurs de haut risque comme : i) le court intervalle inter-général (inférieure à 24 mois) ; ii) l'âge de procréation précoce (inférieur à 18 ans) ; iii) l'âge de

procréation tardif (supérieur à 35 ans) ; iv) la parité élevée (supérieur à 4), et ; v) l'insuffisance dans le suivi sanitaire avant, pendant et après l'accouchement et le niveau d'instruction.

L'approche utilisée est basée sur l'exploitation des valeurs traditionnelles d'entraide communautaire dont le parrainage par des «Bajenu Gox» implantées dans les quartiers et villages. Il permet d'impliquer au maximum les populations dans les activités de santé permettant d'accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infanto-juvéniles.

Les « Bajenu Gox » doivent être des marraines dotées d'un leadership avéré (femmes leaders issues des groupements et associations de femmes) qui s'engagent à assister les femmes enceintes, les nouveaux nés et les enfants de moins de 5 ans dans la recherche de soins en SR et à amener les belles mères, les grands-mères et les hommes à connaître et à accepter l'IBG. Chaque « Bajenu Gox » doit parrainer 100 ménages dans sa zone de responsabilité durant son implication dans le programme.

Les activités de la BG visent la promotion des éléments comme : la consultation prénatale, l'accouchement dans les structures de santé, la consultation post natale, les soins après avortement SAA, la planification familiale (PF), la santé des enfants de 0 – 5 ans, l'accès aux services de santé de la reproduction (accessibilité financière, géographique et culturelle) et l'abandon des pratiques locales néfastes à la santé.

La motivation des BG se base sur les réalités de la communauté et se fera à partir des quelques éléments suivants :

- les projets générateurs de revenus et les prêts remboursables au profit des associations dont elles sont membres
- la contractualisation avec les collectivités locales et autres partenaires
- les moyens de communication mis à la disposition des BG
- la gratuité des tickets de consultation pour la BG
- la récompense des BG les plus performantes (prix du chef de l'état, décorations, pèlerinage aux lieux saints de l'islam ou de la chrétienté, lettres de félicitation, désignation de la « Bajenu Gox » du mois ou de l'année, les primes de performance accrochées aux événements sociaux tels que Tabaski, Korité, Nouvel an, Pâques, ouverture des classes...)
- les éléments d'identification tels que tenues, écharpes, badges, sacs.

Les interventions identifiées sont : l'IEC/CCC, le renforcement des compétences par la formation des BG à l'aide des supports pédagogiques harmonisés, le partenariat (groupes organisés, secteur public, ONG, comité de santé), le renforcement du système de référence et de contre référence (mise en place de caisses de solidarité, d'un système de transport d'urgence ou d'un système de téléphonie), la capitalisation des expériences communautaires (stratégies de partenariat avec les grands-mères, cercle de solidarité des femmes enceintes et des futurs pères, care groupes, cycle de l'action communautaire pour la prévention des problèmes SR).

Pour assurer une bonne organisation et une bonne gestion du programme, il a été mis en place un cadre institutionnel avec une coordination centrale (comité de pilotage et comité restreint), une coordination régionale (unité de coordination régionale) et locale (comité départemental et comité local). Des évaluations seront effectuées tous les 2 ans sous forme d'un sondage et de «groupe focalisé». Une évaluation se fera au bout de 5 ans avec l'appui technique des partenaires en vue d'apprécier l'impact de l'initiative sur l'atteinte des OMD 4 et 5.

Cette initiative qui est à ses débuts est présentement mise en œuvre dans les régions de Sedhiou et Kolda, et la région de Saint-Louis où un forum d'information a été réalisé le 01 avril 2009. L'élaboration des plans de communication sont encore en cours au niveau du SNEIPS.

Leçons/défis : si ce programme est bien mis en œuvre et fonctionnel, il permettra de structurer le partenariat avec les OCB pour leur implication dans les domaines clés de la santé de la mère et de l'enfant et permettra de renforcer la culture autour des pratiques positives tout en éliminant les pratiques négatives.

Mais le choix judicieux des « Bajenu Gox » sera un élément déterminant du succès du programme.

Recommandation : Cette initiative mérite le soutien de tous les partenaires actifs dans la santé maternelle et néonatale pour sa mise en échelle totale et rapide, car un modèle d'implication active de la communauté pour régler ses problèmes de santé.

Il est important de collaborer très stratégiquement avec le Ministère de la Promotion de la Femme pour la réussite de cette initiative.

C.2. Offre initiale de pilules contraceptives par les matrones des cases de santé

La prévalence contraceptive moderne est très faible au Sénégal (10%) avec des disparités énormes entre milieu rural et urbain (3,4 fois plus élevée), et une disproportion manifeste dans la pratique contraceptive : femmes en union des milieux urbain (20,3%) et rural (6,3%) et un net écart entre besoins de planification des naissances et utilisation effective de méthodes contraceptives efficaces ; les besoins non satisfaits en PF sont estimés à 33%. L'accès des services de PF au niveau communautaire reste faible. L'OIP/PF dans les cases de santé est donc un élément de réponse à cette faible accessibilité. Le but de cette initiative est d'améliorer la prévalence contraceptive en milieu rural, avec comme objectifs majeurs le développement d'une stratégie d'offre initiale de pilules contraceptives par les matrones en tant que prestataires dans les cases de santé fonctionnelles et voir la faisabilité, l'acceptabilité et l'impact sur la prévalence contraceptive, afin de pouvoir passer à échelle.

- La zone d'intervention concerne 7 régions, 9 districts et 239 cases de santé (Kaolack/Kaffrine (31), Kolda/Sedhiou (54), Louga (50), Thiès (106), Ziguinchor (15)). Le nombre de cases test enrôlé est de 174 (89%). Ces sites, ainsi que les matrones ont été choisis par le comité éthique (Comité National de recherche en santé) avec des critères très précis.
- Les cases choisies devaient être fonctionnelles, c'est-à-dire avoir l'ASC/matrone formée, avec une disponibilité de services curatifs et préventifs de base, disponibilité d'un local, existence d'un comité de santé en plus d'une disponibilité de la gamme de contraceptifs admises par les PNP au poste de santé.
- Les matrones devaient être alphabétisées et/ou instruites, être âgées d'au moins 25 ans, avoir reçu une formation de matrone et exerçant comme matrone dans une case de santé remplissant les critères d'éligibilité retenus.

Une première étape de l'intervention fut de donner aux matrones les compétences requises pour offrir la pilule au niveau de la case de santé de façon sécurisée, notamment :

- Recevoir et informer les clientes/clients sur les méthodes d'espacement des naissances
- Faire le counseling initial sur toutes les méthodes contraceptives modernes
- Aider au choix libre et éclairé d'une méthode
- Administrer la méthode choisie si elle est disponible dans la case
- Référer la cliente si la méthode n'est pas disponible au niveau de la case

- Faire le suivi de l'utilisation de la méthode

Les tâches assurées par la matrone sont :

- Organiser des activités d'IEC/PF avec l'aide des relais et ASC, ces stratégies visent à réduire les barrières socioculturelles et se font à travers les causeries, entretiens individuels, visites à domicile, éducation par les paires, la stratégie grand-mère (voir p. 51), et les cercles de solidarité des femmes enceintes.
- Réaliser le counseling spécifique sur les méthodes disponibles à la case
- Utiliser la liste de vérification en cas de choix de pilules contraceptives
- Fournir la méthode ou référer en cas de non éligibilité
- Assurer le suivi des clientes sous méthode et la gestion des effets secondaires et des oublis
- Remplir les outils de collecte des informations

Les résultats sont très encourageants et positifs :

- le nombre total de clients(es) PF est passé de 592 à 5141 de 2008 à 2009,
- le nombre de nouvelles acceptantes au cours d'un trimestre est passé de 233 à 3868 sur la même période (avec 3162 pilules, 237 MAMA, 63 colliers et 406 condoms).
- le nombre de clientes en réapprovisionnement est passé de 127 à 3187 dont 2872 pilules OIP, 26 colliers et 289 condoms,
- le nombre de références au niveau des structures sanitaires pour les autres méthodes non disponibles à la case comme l'injectable, le Norplant, le DIU et la méthode chirurgicale est passé de 47 en 2008 à 102 en 2009.



Innovation des prestataires communautaires: le coin PF au niveau d'une case de santé

Des contraintes et défis ont été relevés au cours de la mise en œuvre, à savoir le niveau actuel d'instruction des matrones un peu élevé pour une couverture à grande échelle, la limitation de la cible aux matrones, la timidité de l'implication des certains districts et prestataires et la non prise en compte des données communautaires par le SNIS, car les données arrivent au niveau poste de santé, mais ne remontent pas plus haut.

Leçons et recommandations : les méthodes contraceptives modernes comme la pilule, le condom, le collier et la MAMA peuvent être données sans problème au niveau communautaire par des matrones. L'initiative a permis d'augmenter la disponibilité et l'accessibilité des services PF au niveau communautaire, ainsi que leur acceptabilité ; ce qui va augmenter la prévalence contraceptive et avoir un impact direct sur l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. Cette initiative est prévue pour le passage à l'échelle, les modalités d'extension ont déjà été définies.

La stratégie Grand-Mère

Le rôle des Grands-Mères, ainsi que leurs connaissances et conseils ont été très peu pris en compte auparavant. Une étude a été menée au niveau des districts sanitaires de Joal et Thiadaye dans 10 villages où les activités de survie de l'enfant sont appuyées par le projet CANAH. Ces zones sont habitées principalement par les Sérères, mais également par une minorité de Wolofs. L'étude a été organisée autour de onze thèmes liés aux rôles, activités, pratiques et influence des femmes âgées ou grands-mères (GM) au sein de la famille et communauté.

Elle a révélé que le rôle des GMs est polyvalent et porte notamment, au niveau familial sur la gestion globale de la maison, l'éducation des enfants et l'encadrement des adultes, la médiation dans les conflits au sein de la famille et la gestion des questions de santé et nutrition familiales. En dehors de la famille, elles soutiennent les autres familles avec ou sans GM. Par ailleurs, Les GMs ont beaucoup d'influence sur l'ensemble des activités et décisions prises au niveau du ménage, y compris celles directement liées à la santé. Le tableau ci-dessous compare les résultats obtenus dans les zones avec la stratégie aux autres régions et très édifiant, et permet de comprendre la portée de la stratégie GM utilisée dans les activités à base communautaire.

Tableau : Comparaison des pratiques de nutrition/santé des femmes dans les villages avec et sans la stratégie grand-mère après un an

Pratiques des femmes avec un enfant de <12 mois	Villages avec la stratégie GM	Villages sans la stratégie GM
Diminution des travaux pendant la grossesse	91%	34%
Augmentation de l'alimentation de la femme enceinte	90%	35%
Aliments fournis à la femme enceinte :		
• Par le mari	82%	89%
• Par la femme elle-même	36%	43%
• Par la belle-mère/grand-mère	88%	33%
Mise au sein du nouveau-né dans la première heure	98%	57%
Introduction des premiers aliments de complémentarité à partir de cinq ou six mois	93%	35%
• Premier aliment est une bouillie enrichie	98%	77%

C.3. La PTME communautaire

Le projet de PTME communautaire a démarré en septembre 2006 suite à une recommandation à l'issue d'un projet pilote de PTME de 2000 à 2002 et relatif à l'ajout d'une dimension de mobilisation et de sensibilisation communautaire autour de la PTME en complément des services offerts au sein des centres de santé. Ceci devrait contribuer à améliorer l'utilisation des services de PTME par une prise de conscience communautaire et une plus grande motivation des femmes enceintes à utiliser ces services.

Cette recommandation a été matérialisée par la mise en place du pôle PTME. Ce pôle constitue une initiative de développement d'un partenariat synergique entre les districts sanitaires de Pikine, Guédiawaye, Mboi et de Rufisque afin d'élargir l'accès et l'utilisation des services de PTME et contribuer ainsi à une meilleure prévention de la transmission mère-enfant ainsi que la prise en charge des enfants infectés et de leur mères.

Le modèle utilisé des « médiateurs communautaires » pour la sensibilisation et le travail de mobilisation communautaire d'une part et d'autre part les agents de santé au sein des centres.

Au niveau des districts, les prestataires de services ont été identifiés et formés pour qu'ils puissent offrir une gamme de services entrant dans le cadre de la PTME. Ce paquet de services comprend le counseling et le dépistage, la prophylaxie chez la mère positive et sa prise en charge psychosociale. La prophylaxie, le suivi et la prise en charge chez l'enfant étaient assurés uniquement avec l'ONG Synergie pour l'Enfance, qui seule dispose de la capacité technique et

logistique pour ce suivi en dehors des hôpitaux nationaux comme le CHU de Fann et celui de Le Dantec.

L'innovation apportée à la PTME dans le cadre de l'appui d'Esther³⁵ est la dimension de mobilisation et d'engagement communautaire pour la promotion et l'utilisation des services de PTME. Cette mobilisation, sensibilisation et engagement ont été animés par des acteurs communautaires recrutés et formés appelés « médiateurs » communautaires. Le rôle des médiateurs consiste à servir d'interface entre les services de santé délivrant les services médicaux de PTME et la communauté et plus spécifiquement les femmes enceintes et celle en âge de procréer. Les médiateurs sensibilisent, mobilisent, orientent, accompagnent et réfèrent les mères vers les services, où elles peuvent ainsi avoir accès aux services. De plus, les médiateurs sont chargés de la recherche des perdus de vue et intercèdent pour leur réintégration dans le circuit de la prise en charge.

En termes de résultats, le programme a permis une mobilisation communautaire au niveau des centres de santé et des communautés visées pour générer une prise de conscience et motiver les femmes pour le dépistage aux fins de la PTME.

Plusieurs témoignages de prestataires font état de difficultés d'acceptation du test par les femmes du fait de la forte stigmatisation prévalant au sein des communautés à propos de la grossesse et du VIH/Sida et la très faible communication au sein des couples sur le VIH, la grossesse et la prévention (concordance, discordance).

Cette insuffisance devrait être un axe prioritaire pour le travail effectué par les acteurs communautaires, comme contenu principal de la consultation prénatale en faisant un effort particulier d'implication active des partenaires. Cet effort devra être complété par un dispositif communautaire d'accompagnement des « couples enceintes » pour assurer leur accompagnement au niveau communautaire en cas de séropositivité tout au long du déroulement de la grossesse pour un soutien sur les plans psychosocial et médical.

C.4. Composante communautaire des SAA : Mobilisation communautaire sur la prévention des avortements et hémorragies du premier trimestre de la grossesse

Dans le monde, 13% des cas de décès maternels sont imputables aux avortements (*source, OMS*). Au Sénégal, ce taux est de 4 % (*EDS IV*). Pour chaque femme qui décède des suites d'un avortement, 10 autres sont frappées de morbidité ou handicap (*OMS 1997*). En 2004, suite à une des recommandations par le Consortium des Soins Après Avortement (SAA) qui était d'intégrer la composante communautaire dans le modèle de prise en charge des avortements, deux expériences sur la composante communautaire sont initiées à Sokone et à Ziguinchor. En 2007, le Ministère de la Santé du Sénégal/DSR avec l'appui du programme santé communautaire ChildFund-USAID a adapté le modèle communautaire des SAA inspiré de l'expérience bolivienne.

Les trois objectifs clés visés par ce programme sont : i) développer la réflexion communautaire sur les problèmes liés aux grossesses dans la communauté ; ii) organiser la mobilisation communautaire autour de la prévention des grossesses non désirées et des complications liées aux hémorragies du 1^{er} trimestre de la grossesse, et ; iii) évaluer les effets et tirer des leçons apprises.

³⁵ Il s'agit d'un projet qui a pour objectifs : i) améliorer la prise en charge globale y compris par antirétroviraux des patients atteints du VIH/SIDA dans les hôpitaux concernés par les partenariats ESTHER ; ii) améliorer la prise en charge préventive et curative des enfants atteints du VIH/SIDA et renforcer la prise en charge globale des membres de la famille.

Mise en œuvre

La méthodologie appliquée se fait en 3 étapes : l'organisation de la communauté, l'identification des problèmes et besoins prioritaires, l'élaboration de plans d'action groupes et de zones de poste santé, la mise en œuvre des plans d'action et l'évaluation participative.

La mise en œuvre opérationnelle a démarré en 2008 après l'adaptation et la validation des outils, la sélection des sites tests (2 quartiers urbains à Mbour et 2 villages de la zone de Nguéniène à Joal) et la formation des formateurs et des représentants des groupes communautaires. Au cours de la deuxième année, les représentants des 16 groupes communautaires constitués (4 groupes de grands-mères, adolescents, hommes, chefs de famille, jeunes mères) ont formé les membres de leurs groupes, élaboré des plans d'action et mis en œuvre les activités prévues. Ces activités ont fait l'objet d'un suivi continu et d'une évaluation par les communautés. Un cycle intérimaire a été également introduit en attendant la finalisation des outils adaptés. Par la suite, la stratégie a été étendue dans les régions de Kolda (2 sites), Ziguinchor (2 sites) et Louga (2 sites).

Résultats : L'évaluation de la stratégie a été effectuée en septembre 2008 dans les sites tests, les résultats sont très encourageants. En termes de réalisations dans la prévention des avortements et complications, on note : 2368 personnes ont été sensibilisées sur les thèmes prioritaires (PF, saignements, CPN précoces, abstinence) ; la création de chansons populaires, scénarii, taalif sur les saignements, la PF et les sous composantes du modèle, la Campagne d'affichage « carton rouge aux grossesses non désirées » menée et chansons « rap » sur les sujets SR-PF (adolescents), la mise en place d'un système de distribution communautaire de condoms par les adolescents, la popularisation par les filles du slogan « je refuse », l'orientation de 50 parents sur l'EVF par la SR du district de Mbour et une décision communautaire d'interdiction des mariages précoces (chez les moins de 16 ans) a été prise dans 2 communautés en zone rurale. Les résultats sur l'utilisation des services sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Leçons apprises : le déroulement de la méthodologie a permis de :

- Ouvrir un dialogue communautaire inter genre et intergénérationnel sur les questions sensibles de la SR ;
- Ouvrir une communication franche entre les communautés et les prestataires de santé ;
- Faire participer les collectivités locales dans la résolution des problèmes de santé prioritaires de leur communauté ;
- Faciliter l'adoption de comportements favorables à la PF et induire une meilleure utilisation des services de PF ;
- Influencer positivement d'une part la qualité et l'utilisation des services de SR, d'autre part l'utilisation et la qualité des services de santé en général.

D. ACTIVITES IEC TRES UTILES MAIS FAIBLES

On y perçoit 2 volets : le volet communautaire développé et mis en œuvre par les partenaires travaillant au niveau communautaire et le volet national parrainé par le SNEIPS.

Au niveau communautaire il se passe des activités d'IEC portant sur les thèmes suivants : prévention de la tuberculose et du VIH/Sida, accouchement assisté, alimentation de la femme enceinte et de l'enfant, IRA communautaire, diarrhée, planification familiale, hygiène et assainissement, déparasitage des enfants de 12 à 59 mois, nutrition de l'enfant et de la femme enceinte. Les activités ciblent généralement les mères, les leaders communautaires, les adolescents (es) et les hommes, ce sont des sessions de plaidoyer, des réunions communautaires,

des activités de mobilisation sociale, des causeries éducatives, des visites à domicile, des animations avec les grand-mères, des séances de démonstration culinaires, des cercles de solidarité de femmes enceintes, des entretiens individuels, des animations utilisant le théâtre, et des activités d'assainissement du milieu et de salubrité de l'environnement (Set-Setal). Voir ci-dessous une affiche très intéressante et innovatrice utilisée par les agents communautaires pour sensibiliser sur les « gris-gris » protecteurs pour une maternité à moindre risque, à savoir la CPN, le VAT, la SP, les moustiquaires imprégnées d'insecticide, etc.

Au niveau national, le système national d'éducation et d'information de la population sur la santé (SNEIPS) gère la promotion de la santé. Le SNEIPS mène plusieurs activités dont :

L'élaboration de documents de stratégies tels que :

- Plan de communication sur les fistules obstétricales
- Plan de communication Bajenu Gox
- Manuel de formation des Bajenu Gox
- Plan opérationnel référence contre référence des régions de Matam Saint Louis et Louga
- Supervision des activités de promotion de la santé de la mère et du nouveau-né



Lors des journées mondiales ou nationales, des événements religieux, des campagnes menées sur la santé maternelle, néonatale et infanto juvénile, le SNEIPS produit les supports imprimés (dépliants, flyers, affiches, panneaux géants, banderoles), les supports audiovisuels (spot, bande annonce, reportage, émission wergu yaram documentaire, téléfilm, chanson) et les promotionnels (tee-shirts casquette, foulard).

Leçons : ces activités sont bonnes mais quasi insignifiantes par rapport aux besoins d'information de la population. Il n'y a pas beaucoup de partenaires techniques et financiers qui s'y intéressent en dehors de l'USAID et l'UNICEF à une certaine mesure.

V. DEFIS

V.1. UNE REPONSE PERTINENTE MAIS INSUFFISANTE, PEU COORDONNEE ET PEU SOUTENUE

- Beaucoup d'initiatives, d'interventions à impact vérifiées porteuses de résultats, mais la coordination pose problème. Il manque un cadre formel (plan d'action globale autour duquel les partenaires seront regroupés). Le plan stratégique SR pourrait combler ce gap, mais il faut un leadership avéré au niveau de la DSR, et une vision avec suffisamment de personnel qualifié. Le personnel de la DSR (35 au total, dont 29 techniciens parmi lesquels seuls 7 médecins et pharmaciens y compris le directeur, 7 sages-femmes), semble suffisant, mais la qualité manque, avec très peu de médecin de santé publique, souvent jeunes sans l'expérience requise pour une bonne orientation des politiques et programmes. Les partenaires pourraient se pencher sur ce volet et voir dans la mesure du possible, comment prendre un médecin de santé publique en charge pour s'occuper spécifiquement de certains aspects en souffrance comme la coordination des partenaires, le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique national, le suivi de la fonctionnalité du comité national multisectoriel, etc.

- La proportion de femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation prénatale auprès d'un personnel de santé qualifié est passée de 87%³⁶ en 2005 à 94,7³⁷ en 2009, en même temps le taux d'achèvement a baissé, de 40%³⁸ en 2005 à 28,4%³⁹ en 2009. Il y a lieu de se pencher sérieusement sur la qualité des services spécifiquement de la CPN. La CPN recentrée gagnerait à être promue dans le pays ; cette notion n'existe pas ou on ne l'a pas entendue pendant cette étude et pendant la visite dans les différentes structures.
- De 1997 à 2005, la proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé en structure sanitaire est passée de 48% à 62% avec 52% d'accouchements assistés par du personnel qualifié. La différence étant dévouée aux matrones, il devient impératif de se pencher sur cette catégorie de « prestataire ». Si les matrones font officiellement 10% des accouchements dans les structures et une partie des accouchements à domiciles (environ 38%) il devient impératif de se pencher sérieusement sur cette catégorie de personnel non qualifié pour voir quelles solutions acceptables pourraient être trouvées pour améliorer le taux d'accouchements par du personnel qualifié, soit en les remplaçant toutes par du personnel qualifié, soit en les dotant des compétences nécessaires pour être qualifiées. De 2008 à 2009, le pourcentage d'accouchement dans les structures sanitaires a régressé, passant de 70% à 65% ; ceci aussi mérite une attention particulière, nécessitant une enquête pour identifier les raisons et les corriger.
- Les disparités régionales importantes (personnel de qualité et accouchements : milieu urbain, 88 % des accouchements se sont déroulés dans une formation sanitaire, versus 47 % en milieu rural) seront adressées à la longue par la décentralisation des écoles de formation professionnelle de santé, mais en attendant il faut une bonne politique de motivation du personnel qui encourage les sages-femmes et médecins à sortir des grandes villes.
- Un déficit criard en personnel qualifié, semble plus lié à la limitation de recrutement de l'état qu'à la disponibilité. La moitié du personnel des structures visitées sont sous contrat avec le comité de santé ; ceci devrait trouver une solution (embauche décentralisée par l'état) pour permettre au comité de santé de se focaliser sur d'autres activités.
- La subvention des césariennes et accouchements est une excellente initiative, et gagnerait à être un peu mieux structurée pour : i) plus d'efficacité et couvrir le maximum de population réellement dans le besoin ; ii) pour éviter les ruptures de stock des kits qui parfois entraînent une référence des urgences vers d'autres régions (surtout vers la périphérie de Dakar) ou les prescriptions de kits sont permises-ceci est enclin à engendrer des coûts énormes à la femme et sa famille, qui non seulement doit quitter sa localité (avec tous les coûts y attachés) mais doit faire face à l'ordonnance pour la prise en charge de l'urgence obstétricale, donc plus de coût que si la femme restait accoucher dans la structure de sa zone avec une ordonnance ; iii) pour éviter les disparités, car malgré la gratuité les accouchements sont payants dans certaines structures, et constituent un apport important dans la caisse du comité de santé.
- L'interprétation et le suivi des données devrait être cultivée d'avantage tant au niveau central que dans les services décentralisés. Ceci permet de voir les tendances négatives et de prendre des actions correctrices à temps. Ceci pourrait être développé dans les revues trimestrielles de la SR, qui pour plus d'efficacité, devraient être d'avantage orientées vers l'analyse et l'interprétation des données avec développement de plans d'actions correctrices que sur la collecte comme pratiquée en ce moment.

³⁶ EDS IV

³⁷ Source DSR

³⁸ EDS IV

³⁹ Source DSR

- La planification familiale reste largement sous financée et sous supportée par les partenaires ; la maîtrise de la fécondité devrait être une priorité nationale.
- La santé maternelle et néonatale avait été gérée par le passé comme une affaire pure de la santé, pas très ouverte aux autres secteurs. Il n’y a pas de collaboration multisectorielle : promotion de la femme, éducation, communication, etc. Signalons que le ministère de la femme avait élaborée un plan stratégique pluriannuel avec un volet important sur la SR et la réduction de la mortalité maternelle et néonatale qui n’avait pas pu être mise en œuvre faute de collaboration avec le ministère de la santé, premier technicien dans le domaine. Nous devons souligner des évolutions positives depuis le début de cette étude, à savoir l’élaboration et l’adoption d’un protocole de partenariat entre le ministère de la santé et celui du développement de la famille. Ce protocole effectivement signé, devra permettre une grande avancée de la santé maternelle. La fonctionnalité du comité multisectoriel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale pourrait aussi contribuer à renforcer cette multisectorialité.
- Chaque partenaire semble avoir ses régions d’appui. Cependant, il faudrait aussi cibler les régions où il n’y a aucun partenaire, par exemple Diourbel et Fatick. Ceci pourrait se faire avec une bonne vision au niveau de la DSR, un plan stratégique national solide et le développement d’un partenariat stratégique entre l’état et les différents partenaires selon leurs avantages comparatifs.

V.2. QUELQUES ELEMENTS DE FAIBLESSE

COMPOSANTE	GOULOT D'ÉTRANGLEMENT	SORTIE DE CRISE	LEÇONS APPRISSES
<p>Intégration du paquet de services</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse des composantes nutrition, et communication pour le changement de comportement (CCC). • La CPN gagnerait à être focalisée pour une meilleure qualité et augmentation de la CPN4 et des accouchements assistés. • Non disponibilité de sang dans les structures de références. • Absence de banque de sang dans les CS de district • Absence de ventouse • Document de Protocoles Normes et Procédures révisé depuis 3 ans insuffisamment disséminé et révisé encore en 2010. <p>Absence de job aids</p>	<p>Des formations en tutorat sont en train d'être menées qui tiennent compte de toutes les faiblesses du paquet et assurent une formation sur place assortie d'un tutorat régulier.</p> <p>Les commandes spécifiques de sang se font au CNTS en fonction des besoins</p> <p>Constat amère de la réalité sans solution immédiate pour les ventouses</p> <p>Une centaine d'exemplaires imprimés et distribués avec l'appui technique d'Intrahealth.</p> <p>Quelques structures sanitaires les ont, mais pas beaucoup ; concernent surtout la PF et la GATPA, parfois les soins essentiels du nouveau-né.</p>	<p>L'intégration des services est une excellente chose, mais il faut un suivi méticuleux de toutes les composantes pour s'assurer que le paquet avance ensemble. Le tutorat semble apporter cette solution.</p> <p>Une concertation nationale est souhaitable pour adopter la CPN recentrée au niveau national, aussi pour des lignes directrices sur l'implantation de centres de transfusion en dehors du CNTS. Il est important de promouvoir l'installation de banques de sang dans les CS de référence, car l'hémorragie reste la 1^{ère} cause de mortalité maternelle. Le temps perdu pour aller chercher les poches est souvent fatal à la femme. La disponibilité du sang est un élément essentiel des SOUC.</p> <p>Besoin de sensibiliser les PTF pour que l'équipement en ventouse soit disponible dans toutes les maternités assurant des accouchements.</p> <p>Il est important d'avoir un plan de dissémination active du document Normes et Protocoles et le soumettre aux différents partenaires pour un appui coordonné pour l'impression et la dissémination active comprenant des ateliers d'information et désensibilisation du personnel de santé pour une utilisation effective du document, et prévoir l'impression de quelques pages comme job aids.</p>

COMPOSANTE	GOULOT D'ÉTRANGLEMENT	SORTIE DE CRISE	LEÇONS APPRISSES
<p>Produits</p>	<p>Ruptures de stocks médicaments : Vit K, sulfate Magnésie</p> <p>Outils : clan de Bar pour le cordon, ventouse</p> <p>Logistique : distribution des contraceptifs/produits SR pose un problème</p> <p>Rupture de stock des MII dans les structures de santé</p> <p>Problème parfois de disponibilité de kits de césariennes dans les CS</p>	<p>Discussion en cours entre DSR et PNA pour les inclure dans le circuit d'approvisionnement des médicaments essentiels, responsabilité des kits d'accouchement et de césariennes.</p>	<p>Il faut une concertation nationale pour régler les problèmes d'approvisionnement et de logistiques.</p> <p>Il faut une harmonisation des stratégies de distribution des MII (distribution gratuite, ou vente avec prix subventionné), et une harmonisation dans la confection des kits.</p>
<p>Renforcement des capacités du personnel de santé</p>	<p>Manque de personnel candidat à former dans le cadre des équipes compétentes en SONU</p> <p>Beaucoup de formations continues non suivies de supervision et affectation</p> <p>Déficit en personnel qualifié au niveau des structures sanitaires, comblé par les matrones et ASC</p>	<p>Plan de carrière pour les équipes déjà formées, avec bourse de spécialisation en gynéco obstétrique et chirurgie</p> <p>Paquet de motivation de la BAD pour les médecins, mais ceci n'est pas pérennisable</p> <p>Un plan de formation national est en cours à la DRH</p> <p>Le tutorat (formation permanente sur le site par un tuteur) est introduit dans les services et en cours de passage à l'échelle</p> <p>Le gouvernement est engagé dans une politique de contractualisation depuis plusieurs années pour staffier les zones difficiles. Le MSP a contractualisé en 2009 avec 741 agents affectés dans les différentes structures de santé, essentiellement au niveau des postes de santé implantés dans les zones difficiles. La dotation des zones difficiles en personnel de santé, et</p>	<p>Besoin de campagne d'information au niveau de l'université et des écoles de formation des infirmiers et sages-femmes pour passer l'information sur l'initiative des compétents en SONU</p> <p>Besoin d'appropriation de l'initiative par l'Etat, avec un paquet de motivation solide et un plan de carrière pour toute l'équipe ; éviter les affectations intempestives qui déstabilisent l'équipe</p> <p>Il est difficile de suivre les formations continues à cause du mouvement fréquent du personnel. Le tutorat répond mieux aux besoins de renforcement de capacité pour les RH (ressources humaines) et leur suivi</p> <p>Il est important de renforcer les curricula des écoles de formation des médecins, infirmiers et sages-femmes pour y insérer les éléments nécessaires (SONU, SENN, SAA, GATPA, etc.)</p> <p>Il est important d'avoir un plan national de développement des RH en SR</p>

COMPOSANTE	GOULOT D'ÉTRANGLEMENT	SORTIE DE CRISE	LEÇONS APPRISSES
<p>SNIS/Suivi et évaluation</p>	<p>Le SNIS n'est pas bien fonctionnel, et ceci crée de multiples systèmes verticaux de collecte des données, paludisme, VIH, SR, etc.</p> <p>Les données du secteur privé ne sont pas prises en compte.</p> <p>Les données au niveau communautaire ne sont pas prises en compte par le SNIS.</p>	<p>particulièrement en spécialistes, est encore d'actualité. Toutefois, des solutions sont à l'étude avec l'élaboration du PND/RHS afin d'inciter le personnel de santé à servir dans les zones difficiles.</p> <p>Il est prévu le recrutement d'un nombre important d'agents de santé avant la fin de 2010</p> <p>Le système d'information sanitaire à des fins de gestion (SIG) est en cours de reconstruction.</p> <p>Parmi les acquis, on note : (i) la standardisation des outils et l'harmonisation des procédures de collecte des données au niveau des districts ; (ii) l'informatisation du Système d'information sanitaire (SIS) initiée dans le cadre du PNDS 1998-2007 à travers le logiciel « Application Santé » ; (iii) la création en 2004 du Service National de l'Information Sanitaire (SNIS).</p> <p>Le bilatéral de USAID travaille sur un renforcement du SIS par la mise sur pied d'un seul système d'information pour le nouveau-né, le paludisme, le VIH, etc. Elaboration d'un logiciel libre qui utilise le web ; transmission rapide des données en partenariat avec le RAES (réseau africain éducation pour la santé).</p> <p>Appui au système de supervision formative</p> <p>Revue trimestrielles dans chaque région pour la collecte des données.</p>	<p>Il faut définir un cadre juridique permettant d'exiger la collaboration des sous-systèmes et du secteur privé ; (i) la dotation du service en charge de l'information sanitaire de moyens adéquats en rapport avec sa mission ; (ii) le renforcement des capacités par la mise en place d'une équipe multidisciplinaire ; (iii) la création d'un centre de documentation ; (iv) le renforcement de la collaboration avec l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) en vue de bénéficier de son expertise, d'élargir le champ de diffusion des données sanitaires et de participer au développement du Système Statistique National.</p> <p><u>Traitement données SR</u></p> <p>Il n'existe pas de différenciation dans le traitement des données relatives à la santé maternelle et néonatale. La seule particularité est la revue trimestrielle organisée par la DSR. Toutefois, cette revue est confrontée par la disponibilité des données. En effet, la revue qui devrait être faite sur des données validées sur le terrain, se limite en réalité à la collecte de données.</p>

COMPOSANTE	GOULOT D'ÉTRANGLEMENT	SORTIE DE CRISE	LEÇONS APPRISSES
<p>Continuité des soins</p>	<p>Faiblesse du lien entre les structures sanitaires et le niveau communautaire</p> <p>Faiblesse du système de référence et contre référence</p>	<p>Le projet communautaire a mis en place un système de supervision des cases de santé et de remontée des données communautaires au poste de santé par les agents de zone.</p> <p>Mise en place d'un système de référence et de contre référence basé sur le système pyramidal pour l'orientation des malades entre le niveau périphérique (PS et CS) et les structures hospitalières. Mais il n'y a pas d'articulation entre le niveau famille et les structures de santé.</p>	<p>Le système mis en place par le projet communautaire est fonctionnel mais non pérennisable. Besoin d'une appropriation par le MSP.</p> <p>Le lien entre les communautés et les structures sanitaires est parfois très faible. Les ambulances sont seulement au niveau des structures sanitaires, et les malades, précisément les femmes en travail, ont parfois du mal à rallier ces structures, faute de moyen de transport. Certaines régions ont recours à des moto-ambulances.</p>
<p>Partenariat et Coordination</p>	<p>Beaucoup de bonnes initiatives qui manquent de coordination</p> <p>Manque de vision et de plan stratégique national</p> <p>Disparition du comité national de suivi des actions de lutte contre la MMN</p>	<p>Document de Stratégies en SR en cours d'élaboration au stade final.</p> <p>Très bonne collaboration/partenariat avec les chaires de gynéco, de pédiatrie et d'urologie qui donne de bonnes avancées en matière de réduction de la morbidité maternelle, néonatale et prise en charge de la fistule obstétricale. Le bureau régional des agences de coopération de l'USAID dirigé par ABT (à Thies et à Kolda) est une excellente initiative de partenariat et de coordination pour une efficience dans le travail et de meilleurs résultats.</p>	<p>Ce document SR devra être endossé par tous les partenaires et être doté d'un plan opérationnel budgétisé servant de point de concours à tous les partenaires actifs en SR.</p> <p>Ces partenariats/collaborations devraient être formalisés pour une meilleure efficience.</p>
<p>Multisectorialité Travailler avec les ONGS</p>	<p>Absence de collaboration avec le Ministère de la famille</p> <p>Absence de collaboration visible avec le Ministère de la Communication</p>	<p>Protocole de partenariat élaboré et adopté</p> <p>Plan stratégique en SR du Ministère de la famille élaboré, attend le financement et l'appui technique</p> <p>Un comité multisectoriel a été créé par arrêté ministériel, mais n'est pas fonctionnel.</p>	<p>Il est crucial de travailler avec le Ministère de la famille qui a une grande capacité de mobilisation, de sensibilisation et d'éducation des femmes ; apporter un appui technique pour leur plan stratégique sur la SR ; recommander aux PTF de leur apporter un appui financier pour la mise en œuvre de ce plan stratégique.</p> <p>Il faut redynamiser le comité de lutte contre la MMN et le rendre multisectoriel</p>

COMPOSANTE	GOULOT D'ÉTRANGLEMENT	SORTIE DE CRISE	LEÇONS APPRISSES
<p>Leadership de la DSR</p>	<p>Ancrage institutionnel Ou qualité des RH ?</p> <p>Multiples plans stratégiques SMNE, feuille de route, stratégie nationale en SR</p> <p>Absence d'un plan d'action opérationnel</p> <p>Absence de rapports annuels</p> <p>Budget insuffisant par rapport à l'ampleur des activités</p>	<p>Appui technique de Abt/USAID en cours</p> <p>Plan stratégique national en SR déjà élaboré en cours d'adoption, et sera certainement doté d'un plan d'action budgétisé.</p> <p>Le premier rapport annuel de la DSR est en cours d'élaboration.</p> <p>Plaidoyer constant de la DSR auprès des autorités</p>	<p>Difficile à corriger car les affectations du personnel ne dépendent pas du directeur.</p> <p>Le plan stratégique en SR devrait être le document national fédérateur pour toutes les activités SR.</p> <p>Nécessité de développer et encourager la culture du rapport annuel.</p> <p>A l'image de l'utilisation du modèle RAPID, nécessité d'utiliser des outils de plaidoyer et utiliser les résultats acquis pour convaincre les décideurs que la SR, spécifiquement la SMN est un bon investissement.</p>

VI. Leçons-Recommandations

Une des grandes leçons ici est qu'il y'a une forte volonté des autorités prouvées par les actions énergiques pour l'accessibilité des services telles que la gratuité des césariennes dans toutes les régions du pays sauf Dakar. Mais il semble manquer de vision, de leadership et d'autorité politique à l'instar de certains pays de la région africaine comme le Rwanda et la Tunisie.

Engagement certain de la première dame et du Chef de l'état pour les OMDs 4, 5 et 6, avec une grande initiative de CCC (Bajenu Gox) mais on note quelques limites dans leur traduction en action concrète. Une instabilité avérée du personnel y compris la fonction de Ministre de la Santé (10 ministres en 10 ans).

Le leadership est un ingrédient quasi incontournable pour la bonne gestion des services et l'acquisition de résultats permettant une avancée certaine vers les OMDs. Ceci est valable aussi bien au niveau du ministère, que des directions et des structures sanitaires.

La multisectorialité est faible, les groupements des femmes/promotion de la femme sont des canaux très importants d'éducation, de sensibilisation et d'engagement des femmes. Les mutuelles sont des activités logées au niveau de la direction communautaire du Ministère de la famille et de développement, pas à la santé. Les élèves constituent un groupe important pour mobiliser les messages de santé dans les familles. Tout ceci représente des opportunités manquées. Mais ceci est en voie de correction car un Protocole d'accord (la feuille de route) entre le MSP et le Ministère de la famille a été élaboré avec plusieurs ministères.

Le partenariat des agences de coopération de l'USAID est une excellente initiative à saluer, car il permet d'économiser du temps au gouvernement dans l'interaction avec les acteurs, mais en plus donne lieu à une coordination et complémentarité des activités des différentes agences avec l'Etat. Il est recommandé d'intégrer 2 autres agences dans ce groupe ADEMAs et RTI qui gèrent le marketing social et l'aspersion intra-domiciliaire.

IL EST RECOMMANDE A L'ETAT DE :

- Mettre des moyens adéquats à disposition de la DSR (moyens financiers, matériels et humains). Donner un financement conséquent à la SR, à la hauteur de l'importance et multitude des termes de références ; le doter de personnel qualifié avec une grande expérience du terrain et une bonne orientation en santé publique.
- Améliorer le système d'approvisionnement par les PRA *par* une dotation régionale qui respecte les normes de la logistique telle que l'estimation des besoins, le respect du seuil d'alerte, du délai d'approvisionnement et de l'acheminement jusqu'au dépôt régional.
- Considérer le niveau communautaire comme une responsabilité de l'état à part entière et s'y impliquer d'avantage, s'approprier les activités à base communautaire avec une bonne politique de santé communautaire, assurer une bonne supervision des cases de santé et une meilleure prise en compte de leurs données statistiques.
- Avoir un plan de développement national des ressources humaines de qualité en SR, y compris la formation, le déploiement, la rétention et la motivation. Il faut absolument un plan de recrutement tenant en compte les besoins du terrain, ce recrutement pourrait être décentralisé pour éviter les mouvements du personnel au profit des zones plus défavorisées. Il est recommandé que l'état puisse prendre en charge tout le personnel qualifié pour permettre aux comités de santé de prendre en charge le personnel non qualifié.

- Porter à l'échelle les interventions réussies comme :
 - L'offre initiale de la pilule en milieu communautaire avec un plan de mise à l'échelle montrant un partenariat stratégique entre l'état et les différents partenaires.
 - Le tutorat
 - Les SONU et la délégation des compétences, y compris la formation des ICP et sages-femmes en méthodes longue durée de PF, les SENN aussi bien dans toutes les structures qu'au niveau communautaire
 - Le forfait de l'accouchement/obstétrical serait une bonne solution pour la subvention des accouchements et interventions obstétricales à Dakar, contrairement à la gratuité qui serait très lourd pour l'état et risquerait de faire échouer l'initiative qui est utile dans les autres régions. Une solution pourrait être étudiée pour prendre en charge les indigents de la capitale.
- Assurer/s'approprier le renforcement du système national d'information avec toutes les innovations apportées par IntraHealth : système rapide intégré, transformer les réunions trimestrielles de collections des données en SR en réunion d'analyse des tendances avec des plan d'action/de correction.
- Promouvoir la multisectorialité :
 - Mettre en œuvre le protocole d'accord avec le Ministère de la famille, des organisations féminines et de la protection de l'enfance.
 - Travailler avec les écoles d'enseignement primaire et secondaire pour l'éducation sanitaire et utiliser les élèves comme des éducateurs de la famille.
 - Travailler avec le Ministère de la Décentralisation et des collectivités locales, qui devrait être impliqués dans les activités décentralisées et pouvoir contribuer financièrement à ces activités.
 - Raviver le comité national multisectoriel de lutte contre la MMN.
- Promouvoir le développement du leadership parmi les programmes de formation continue. Il faudrait voir de près le programme d'IntraHealth et y contribuer si approprié.
- Promouvoir le partenariat stratégique autour des interventions/initiatives porteuses à l'image des activités de complémentarité sur le nouveau-né, sur la PF, etc.
- **DSR** : forger une vision pour la SMN, finaliser le plan national stratégique SR, le doter d'un plan opérationnel avec un budget à l'appui et voir au niveau de chaque partenaire ce qu'il peut apporter en complément de l'apport de l'Etat. Voir de près comment combiner la partie SMN de ce plan avec le plan stratégique national pour la survie de l'enfant qui semble adresser les volets mère et nouveau-né et qui a déjà élaboré un plan national de passage à l'échelle des interventions à haut impact avec un rapport cout efficacité. Ce plan semble ambitieux et surtout appuyé par UNICEF et la DANSE, mais devrait faire l'objet d'une réunion spéciale pour création d'une coordination et création d'une synergie et complémentarité entre les différents plans.
- **DSR** : forger un leadership solide, il semble y avoir un travail en cours avec Abt/USAID pour le renforcement du leadership.
- **DSR** : réorganisation et renforcement institutionnel avec une meilleure redéfinition et description des attributions de la direction, qui devrait être plus stratégique qu'opérationnel. Cette division devrait se focaliser sur les politiques, stratégies, suivi/évaluation, partenariat ; arrêter les formations continues intempestives par plusieurs

acteurs sans coordination, laisser les supervisions aux districts et régions, faciliter tout au plus une supervision annuelle du niveau national.

- **DSR** : Impulser un débat/une réflexion nationale pour une solution appropriée sur les accouchements au niveau des cases de santé considérés comme inopinés.

Il est recommandé à l'USAID et ses agences de coopération de s'impliquer d'avantage dans les activités qui contribuent directement à la réduction de la MMN, en plus de l'apport en PF très fort et apprécié, il faut :

- Prévoir, dans la mesure du possible, un paquet d'appui institutionnel à la DSR en termes d'une addition sur le budget de fonctionnement pour certaines activités spécifiques non financées par l'état, et la possibilité de recrutement d'un médecin compétent de santé publique pouvant servir d'adjoint au directeur. Appui à la formation du personnel de la DSR dans des domaines spécifiques au CESAG et d'autres écoles de formation africaines. Les domaines du management et du leadership semblent très importants pour la performance du personnel.
- Les interventions de USAID devraient se concentrer d'avantage sur des activités directement liées à la réduction de la MMN à savoir l'équipement en complément de l'état et des autres partenaires, un appui à l'extension des coins du nouveau-né et des unités Kangourou dans les centres de santé.
- Aider à l'insertion de certains modules comme la GATPA, méthodes longues durée PF, etc. dans les formations de base.
- Faire un plaidoyer constant auprès de l'Etat (en collaboration avec OMS, UNICEF, UNFPA, BM, BAD) pour recruter d'avantage de personnel qualifié. Les partenaires pourraient démarrer le contrat de certaines catégories de personnel et laisser l'état prendre le relais plus tard.

Aux autres partenaires techniques et financiers :

Appui pour le passage à l'échelle du coin du nouveau-né, de l'unité Kangourou, renforcement des capacités au niveau communautaire (l'USAID semble être seul au niveau communautaire), appui à la supervision des districts, aux cases de santé.

Appui au système d'information (sanitaire) communautaire pour la mère et le nouveau-né.

Annexes

QUELQUES INDICATEURS

Répartition du personnel soignant par catégorie socioprofessionnelle

RÉGION	MÉDECIN	MED. SPÉCIALISTE	INFIRMIER	SAGE-FEMME	AUTRES	TOTAL	%
Dakar	196	398	772	460	5598	7424	51,3%
Diourbel	38	28	188	65	878	1197	8,3%
Fatick	9	0	92	19	189	309	2,1%
Kaolack	30	16	156	42	403	647	4,5%
Kolda	9	6	81	20	227	343	2,4%
Kaffrine	4	0	60	9	37	110	0,8%
Kédougou	5	0	30	4	24	63	0,4%
Sédiou	2	1	34	11	196	244	1,7%
Thies	43	36	262	103	892	1336	9,2%
Tambacounda	15	5	131	25	294	470	3,2%
Ziguinchor	23	12	159	40	334	568	3,9%
Louga	18	8	93	39	469	620	4,3%
St Louis	24	12	163	39	580	818	5,7%
Matam	10	7	71	12	216	316	2,2%
Total	426	529	2292	888	10337	14465	100%

Indicateurs de la santé maternelle et néonatale

INDICATEURS ⁴⁰		EDS II (1992)	VALEUR ACTUELLE	
			Taux	Source
Taux de mortalité maternelle		5,10 p 100000 NV	401 p 100000 NV	EDS4 (2005)
Taux de mortalité néonatale		34,9%	35 %	EDS4
CPN 1		73%	93%	
CPN 1 zone urbaine		94%	98%	
CPN 1 zone rurale		63%	90%	
Taux de couverture adéquate CPN (4 CPN de qualité)		39,8%		SNIS 2009
Consultation post natale		ND	72%	DSR 2009
Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié (médecins, sages-femmes, infirmiers)			51,90%	EDS4
Pourcentage d'accouchements en structures			62%	EDS4
Taux de césariennes		0,7	3%	EDS4
Taux de létalité obstétricale au sein des structures de SOU			4%	ENQ DYST
Couverture des besoins en SONU satisfaits			19,40%	ENQ DYST
Proportions de nouveau-nés avec faible poids de naissance			10%	SNIS
Taux de couverture en MII enfants de moins de 5 ans			31%	PNLP 2009
Prévalence VIH femme enceinte			1,3%	PNLS 2009
Indice synthétique de fécondité		6,03	5,3	
• Femmes urbaines		5,06	4,1	EDS4
• Femmes rurales		6,74	6,4	
Taux de disponibilité des structures offrant des SOUB			0,25 pr 500000 Hbits	ENQ DYST
Taux de prévalence contraceptive		4,8%	10,30%	
• Femmes urbaines		11,8%	18%	EDS4
• Femmes rurales		1,4%	5%	
Besoins potentiels en contraception FM		35%	39%	EDS4
Proportion de femmes enceintes dormant sous les MII			30%	
Pourcentage de femmes ayant reçu une supplémentation en vitamine A en post-partum			62%	vision 2010
Pourcentage de femmes anémiées			61%	EDS4
Proportion de districts sanitaires ayant un système de référence organisé			37%	EDS4

⁴⁰ Politique, norme synthèse SR

Personnel impliqué pour la santé maternelle péri et néonatale

PERSONNEL	SANTÉ MATERNELLE PÉRI ET NEONATALE					
	PF	Surv gross, acc, PP	SONU	SAA	Fistules obstétricales	SPNN
Agent communautaire	+	+	+	+	+	+
Infirmier d'état	+	+	+	+	+	+
Sage-femme	+	+	+	+	+	+
Médecin	+	+	+	+	+	+
Pharmacien	+	-	-	-	-	+
Gynécologue/obstétricien	+	+	+	+	+	+
Agents sociaux	+	+		+	+	+
Chirurgien	-	-	+	-	+	-

Normes de services par type d'infrastructure

TYPE D'INFRASTRUCTURE	NORMES CARTE SANITAIRE 2008	COUVERTURE ATTEINTE EN 2008	TYPE DE PERSONNEL AFFECTÉE (RELATIF À LA SMN)	PAQUET D'ACTIVITES (RELATIF A LA SMN)
Poste de santé rural	1 pour 5 000 habitants	1 pour 11.962 habitants	<ul style="list-style-type: none"> Infirmier d'Etat Sage-femme d'Etat Agent sanitaire Matrone ASC (agent de santé communautaire) 	<ul style="list-style-type: none"> Planification familiale (sauf ligature des trompes et insertion de Norplant) Soins préventifs et curatifs pendant la grossesse PTME Vaccination (soins préventifs et curatifs de l'enfant) Accouchement simple assisté Réanimation simple du nouveau-né SONUB (sauf ventouse)
	1 pour 10 000 habitants			
Centre de santé de type I (52)	1 pour 150 000 habitants	1 pour 152 837 habitants	<ul style="list-style-type: none"> Médecin Infirmier d'Etat Sage-femme 	<ul style="list-style-type: none"> Planification familiale (sauf ligature des trompes) Soins préventifs et curatifs pendant la grossesse PTME Vaccination (soins préventifs et curatifs de l'enfant) Accouchement simple assisté, Monitoring du travail et accouchement assisté par un personnel qualifié y compris utilisation du partogramme et gestion active de la 3e phase de l'accouchement Réanimation du nouveau-né SONUB (y inclus soins postnatals qualifiés pour la mère et le nouveau-né)
Centre de santé de référence (24)	1 pour 150 000 habitants	1 pour 152 837 habitants	<ul style="list-style-type: none"> Médecin Chirurgien généraliste Infirmier d'Etat Sage-femme 	<ul style="list-style-type: none"> Planification familiale Soins préventifs pendant la grossesse PTME Vaccination (soins préventifs et curatifs de l'enfant) SONUB Accouchement simple assisté Accouchement compliqué y compris la césarienne, Corticostéroïdes pour travail prématuré Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance SONUC (y inclus soins intensifs au nouveau-né)
Hôpital régional (EPS 2 ; 13) et Hôpital national et (EPS 3 ⁴¹ ; 9)	1 pour 300 000 habitants	1 pour 464 623 habitants	<ul style="list-style-type: none"> Médecin Gynéco-obstétricien Pédiatre Sage-femme 	<ul style="list-style-type: none"> Idem activités SR + Prise en charge de l'infection sévère, prise en charge des tout petits poids de naissance souffrant d'asphyxie à la naissance Prise en charge des autres urgences aigües (paquet plus élargi)

Source : Carte sanitaire 2008, PNSE, DSR

41. Les normes pour les EPS 3 sont en réalité les normes retenues pour les EPS 2 ajustées des spécialités retenues pour les hôpitaux universitaires selon leur plateau technique, plus les effectifs universitaires associés à la mission d'enseignement et de recherche

Norme en ressources humaines selon les structures de sante

CS	CSR	EPS 1 ⁴²	EPS 2
Médecin 1	Médecins 1	Pédiatre 1	Radiologue 1
Préparateur en pharmacie 1	Chirurgien généraliste 1	Médecin 2	Chirurgien Généraliste 1
Technicien supérieur de santé 1	Chirurgien-dentiste 1	Chirurgien généraliste 1	Chirurgien-dentiste 1
Technicien supérieur en odontologie 1	Pharmacien 1	Chirurgien-dentiste 1	Médecin anesthésiste/réanimation 2
Techniciens d'assainissement 1	Préparateur en pharmacie 1	Pharmacien biologiste 1	Médecin généraliste 2
Techniciens de maintenance 1	Technicien supérieur de santé 2	Pharmacien Officine 1	Pédiatre 2
Infirmier d'Etat 7	Technicien supérieur anesthésiste 1	Préparateur en pharmacie 1	Gynéco obstétricien 2
Assistant social 1	Technicien supérieur en odontologie 1	Technicien supérieur de santé 4	Pharmacien 1
Agent d'hygiène 3	Techniciens d'assainissement 1	Technicien supérieur anesthésiste 2	Comptable 1
Sage-femme d'Etat 3	Techniciens de maintenance 1	Technicien supérieur en imagerie médicale 1	Comptable matière 1
Secrétaire 1	Infirmier d'Etat 10	Technicien supérieur en odontologie 1	Ingénieur biologiste 1
Chauffeur 1	Aide infirmier 7	Technicien supérieur en Labo/Biologie 1	Sage-femme d'Etat 10
Garçon/fille de salle 3	Sous-officier d'hygiène 1	Techniciens d'assainissement 1	Technicien supérieur de santé (sans maîtrise des SI) 2
Manœuvre/Jardinier 1	Agent d'hygiène 3	Techniciens de maintenance 1	Technicien supérieur de santé (avec maîtrise des SI) 1
Gardienn 1	Gestionnaire comptable 1	Infirmier d'Etat 14	Technicien supérieur en anesthésie/réanimation 6
	Comptable matière 1	Aide infirmier 10	Technicien supérieur en imagerie médicale 2
	Sage-femme d'Etat 5	Sous-officier d'hygiène 1	Technicien supérieur en kinésithérapie 1
	Assistant Social 1	Agent d'hygiène 4	Technicien supérieur en Labo/Biologie 1
	Aide Social 1	Gestionnaire comptable 1	Technicien supérieur en odontologie 1
	Instrumentiste 1	Comptable matière 1	Technicien supérieur en ophtalmologie 1
	Secrétaire 1	Sage-femme d'Etat 7	Technicien maintenance 2
	Chauffeur 1	Assistant Social 2	Assistant SRH 1
	Garçon/fille de salle 5	Aide Social 1	Infirmier d'Etat 38
	Manœuvre/Jardinier 1	Instrumentiste 1	Aide Infirmier 40
			Assistant social 1

42 Transformation en cours des CSR en hôpital de district ou hôpital départemental ou EPS1 (actuellement 3 au Sénégal)

CS	CSR	EPS 1 ⁴²	EPS 2
	Gardien 1	Cuisinier 1	Aide social 2
		Secrétaire 2	Auxiliaire d'hygiène 2
		Chauffeur 2	Archiviste/documentaliste 1
		Garçon/ fille de salle 7	Agent des finances 2
		Mancœuvre/Jardinier 1	Agent de facturation 1
		Gardien 1	Agent recouvrement 1
			Cuisinier 3
			Aide cuisinier 3
			Instrumentiste 3
			Intendant/Agent économat 1
			Secrétaire 8
			Serveur 3
			Standardiste 2
			Chauffeur 4
			Gardien 2
			Buandier 2
			Planton 1
			Jardinier/Mancœuvre 10
			Plombier 2
			Electricien 2

Grilles d'évaluation pour centre d'excellence pour la promotion des soins au nouveau-né

COMPÉTENCE	OUI = 1 NON = 0
Soins essentiels (de base)	
1. Nouveau-né séché et enveloppé	
2. Nouveau-né sous lampe chauffante pendant les soins	
3. Nouveau-né habillé et portant un bonnet et des chaussettes	
4. Nouveau-né près de sa mère	
5. Nouveau-né allaité dans l'heure qui suit la naissance	
6. Nouveau-né a reçu antiseptique oculaire dans l'heure qui suit la naissance	
7. Nouveau-né a bénéficié de soins du cordon selon les normes	
8. Nouveau-né a reçu une dose de vitamine K	
9. Nouveau-né pesé	
10. Nouveau-né identifié	
11. Administration de Polio 0 + BCG dans les 15 jours (75%)	
Sous score 1	/11
Soins spécifiques	
Asphyxie néonatale	
12. Lutte contre l'hypothermie correctement réalisée	
13. Aspiration bien effectuée	
14. Stimulations tactiles bien effectuées	
15. Ventilation bien effectuée	
Nouveau-né de faible poids (FPN)	
16. Protection contre l'hypothermie (peau à peau)	
17. Alimentation régulière au lait de mère	
Sous score 2 :	/6

DISPONIBILITÉ	OUI = 1 NON = 0
Matériel et produits	
18. Coin du nouveau-né dans la salle d'accouchement et ou au bloc opératoire	
19. Table de réanimation avec source de chaleur fonctionnelle	
20. Ballon de ventilation (ambu) avec masques 0 et 1	
21. Aspirateur fonctionnel	
22. Sondes d'aspiration de tailles 8 et 10	
23. poubelle à pédale	
24. produits indispensables à la prise en charge du nouveau-né : vitamine K1, antiseptique oculaire, sérum glucose à 10%, adrénaline, antibiotiques injectables	
25. Clamp de Bar	
26. Toise	
27. Ruban mètre	
28. matériel pédagogique (mannequins ou poupées) pour la formation et le recyclage des prestataires	
29. Point d'eau	
30. Savon	
31. Eau de javel	
32. Gants	
33. Poubelle à pédale	
34. Affiches des protocoles de PI, de prise en charge des faibles poids de naissance et de la réanimation, sur les signes de danger du nouveau-né	
Sous score 3 :	/18
PERSONNEL	
35. Personnel formé en soins essentiels du nouveau-né (au moins 75%)	
36. personnel compétent en soins essentiels et spécifiques du nouveau-né (85%)	
Sous score 4 :	/02
ENVIRONNEMENT	Oui = 1 Non = 0
37. Salle d'accouchement propre	
38. Protection contre les regards indiscrets et écoutes (paravents, rideaux, portes fermées)	
39. Protection contre les moustiques (grillage)	
40. Portes et fenêtres fonctionnelles (se ferment)	
Sous score 5 :	/04
41. Registres de collecte des données bien tenus	
42. Suivi de la mortalité néonatale dans la structure	
43. Suivi de la mortalité néonatale dans la zone de responsabilité	
Sous score 5 :	/3
SCORE TOTAL	/43

Un score de 65% au moins confère à une structure le label de centre d'excellence pour le nouveau-né selon la graduation suivante :

- centre d'excellence en **OR** : score \geq 85%
- centre d'excellence en **ARGENT** : 65% < score < 85
- centre d'excellence en **BRONZE** : score = 65%

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

Cependant la note « 1 » est obligatoire pour les items 1, 5, 6, 13, 15 18.

Constitution du Coin du Nouveau-né

Table de réanimation avec source de chaleur (<i>fabrication locale</i>)
Ballon de ventilation (ambu) avec masque 0 et 1
Aspirateurs
Sondes d'aspiration de tailles 6, 8 et 10
Une poubelle à pédale

Chaque unité Kangourou est composé de

ITEM	QUANTITE
Table de consultation inclinée avec matelas housé au milieu	1
Tabouret à vis sans roue-EPOX	2
Poutre d'attente de 5 places housse	1
Chaise visiteur structure en tube	1
Armoire métallique de rangement porte à rideau	1
Chariot de soin avec guéridon roulant	1
Pèse bébé	2
Téléviseur 80 cm	1
Vidéo et DVD combiné	1
Thermomètre médical électronique	5

Bibliographie

1. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, édition novembre 2006
2. MSP, Carte sanitaire 2008
3. MSP, Enquête de base sur le comportement à risque de transmission d'IST/VIH/SIDA chez les jeunes au Sénégal, 2007
4. MSP, Enquête Démographique de Santé (EDS) IV-2005
5. MSP, Enquête nationale palu par Macro international, 2007
6. MSP, Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal, ESPS 2005–2006, août 2007.
7. MSP/DSR, Evaluation des stratégies de réduction DES barrières économiques, socioculturelles, sanitaires et institutionnelles à l'accès aux soins obstétricaux ET NEONATAUX au Sénégal, 2007
8. MSP/DSR, Feuille de route multisectorielle pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Sénégal, 2006
9. Enquête MOMA, enquête multicentrique en population sur la mortalité et morbidité maternelles.
10. MSP, Plan National de Développement Sanitaire 2009– 2018
11. MSP/Plan National pour la Survie de l'Enfant, 2007–2015
12. MSP, Plan opérationnel de passage à l'échelle nationale des interventions à haut impact sur la mortalité infanto juvénile au SENEGAL, Novembre/décembre 2009
13. MSP, Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2006–2010
14. MSP, Plan Stratégique de lutte contre le paludisme, 2007
15. MSP/DSR, Plan stratégique national de Santé de la Reproduction, 2010
16. MPS/DSR, Politiques et Normes de services de la santé de la reproduction, 2007
17. CEFOREP, Rapport MGF au Sénégal, 2007
18. MPS/DSR/CEFOREP, Rapport d'évaluation de l'Extension des services de soins après avortement au Sénégal, juillet 2007
19. MSP/DAGE, Rapport de performance 2009
20. MSP/DSR, Rapport Analyse Situationnelle sur la Santé de la Reproduction, 2009
21. MSP/DSR, Troisième enquête nationale sur la couverture obstétrico-chirurgicale au Sénégal, Ministère de la Santé/OMS, Avril 2003
22. MPS, Situation de la PF au Sénégal, Février 2010
23. Prise en charge régionale des fistules obstétricales au Sénégal, 2006
24. République du Sénégal, Document de Stratégies pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté, 2006 –2010
25. UNICEF La situation des enfants dans le monde 2007
26. PROGRAMMESANTÉ SANTÉ COMMUNAUTAIRE ChildFund –USAID, Conférence Nationale sur les Interventions à base communautaire SR/PF, Dakar, 21–22 Avril 2010
27. USAID/CHILD FUND, offre initiale de la pilule contraceptive par les matrones des cases de santé, Conférence Nationale sur les initiatives à base communautaire en SR/PF, avril 2008

28. CCF/MSAS, Rapport sur la stratégie d'éducation nutritionnelle avec les Grands-mères, J. Aubeil, I. Touré, M. Diagne, Révisions du 3 juillet, 2002
29. USAID/INTRAHEALTH, Composante Santé Maternelle, Néonatale et Infantile, Planification Familiale/Paludisme, Rapport Annuel d'Activités et Financier, Octobre 2006--Septembre 2007
30. USAID/INTRAHEALTH, Composante Santé Maternelle, Néonatale et Infantile, Planification Familiale/Paludisme, Rapport Annuel d'Activités et Financier, Octobre 2007--Septembre 2008
31. USAID/Composante Santé Communautaire du Programme Santé de l'USAID, Rapport PSC an II (version finale), 2008
32. MSP/CAB/SNEIPS, Plan Stratégique National de Promotion de la Santé, 2009
33. CEFOREP, Analyse de Faisabilité des Enquêtes Confidentielles sur les Morts Maternelles au Sénégal, rapport final, 2005
34. Rapport Final Atelier SAA Saly, décembre 2008
35. CEFOREP, Présentation Documentations OIP, 2010

Liste des Personnes Rencontrées

USAID

Izetta Simmons USAID Sénégal
Rama , VIH/SIDA
Elhaj Moctar Mbow, SMN/PF
Debbie Gueye , Point focal Malaria

MINISTERE DE LA SANTE

Dr Farba Sall, Directeur de Cabinet, Ministre de la Santé

DSR

Dr Bocar Daff , Directeur
Dr Ousseynou Faye, En charge de la santé maternelle
Dr Sadio Marietou, En charge de la santé néonatale
Binty Toure Niang
Dr Niang, Monitoring & évaluation

CHU FANN

Prof Ousmane Ndiaye, Pédiatre/néonatalogie

INTRAHEALTH

Dr Babacar Gueye, Directeur technique

Dr Dior

Dr Ndao

Dr Manuel Pina

UNICEF

Dr Diene Marietou Sylla, Spécialiste santé communautaire, Responsable de la santé maternelle, néonatale, VIH/SIDA/PTME. Tel 338890300

Mr Mohamed Azzedine Salah, Représentant adjoint

UNFPA

Dr Colonel Adama Ndoye, Coordonnateur Projet SMN/VIH/SIDA

DANSE

Dr Youssou Gaye, Directeur

Dr Mbayame Dione, Chef de Bureau Survie de l'Enfant

Mme Agnes Goudiaby Ndiaye : En charge des IRA, PCIME

ABT

Dr Malick Niang, Directeur. Tel 338694571

MINISTERE DE LA FEMME DE L'ENFANT

Mme Adama Seck, point focal sante, VIH/sida. Tel 766806453

CEFOREP

Mr Sylla, Coordonnateur tel 338233764

Prof Jean Charles Moreau, Chef service CGO

MSP : CAS/PNDS

Mme Drame Coumba, Coordonnatrice Projet Sante BAD

SNEIPS

Mme Madjiguene Ndiaye, Directrice adjointe, chargée d'IEC santé

DLSI

Mme Ndeye Fatou Ngom Faye, Responsable PTME

BAD

Dr Ibrahim Sanogo, Chargé des programmes santé

OMS

Dr Fatim Sall

Mme Dack Wadji OMS/MSP, cellule d'appui aux financements de la sante

VISITES DU TERRAIN

Visite structure CS → **Youssou Mbargane, Rufisque**

- Médecin Chef CS District
- Maitresse sage-femme : Mme Khady Fall
- Gynécologue : Dr Djenaba Ndao
- Gynécologue : Dr. Bintou Ngone Samba

Visite structure CS → **Roi Baudoin, Guediawaye**

- Maitresse sage-femme : Mme Faye Rokhaya Mbaye
- Mme Diop Oumy Badiane
- Gynécologue : Dr Yattara Sedouma
- Major : Mr Mbaye Dia
- Responsable SR Guede : Mme Diatta Mouna Toure
- Sage-femme/tutorat : Mme Diop Aissata Camara

Visite structure → **Popuinguine**

- Chef de service : Dr. Ba Seydina Ousmane *sobrama1@yahoo.fr*
- Mme Nione Nadeye SF
- Coordinatrice SR : Mme Ndiaye Florence Marie Sarr
- ICP : Mme Diedhiore Hawa Badiana
- Sage-femme : Coumba Mbadji

Visite structure → **Diourbel CS Touba Ndamatou**

- Médecin chef : Dr Fall Amadou
- Médecin Chef : Dr Sourang Moustapha
- Responsable SR district : Mme Mbacke Thierno Faye
- Maitresse sagefemme : Mme Leye Tacko Seck
- Gynécologue : Dr Ndong Maissa

Visite structure → **Thies Rencontre CCF**

- Chef de projet : Mr Diagne Mamadou
- Conseiller SR : Mme Marieme Fall
- Responsable de zone : Mme Rokhaya Kane Diallo
- Agent de Dup. Communautaire : Mr Gomis Roger
- Vice-Président Comité : Mr Dieng

Visite structure → **Bureau sous régional des partenaires à Thies**

- Coordinatrice Bureau Marie : Dr Sow Sokhana Diop

Questionnaires

QUESTIONS AUX RESPONSABLES GOUVERNEMENTAUX, DE PROGRAMME

1. Que pouvez-vous me dire sur la santé maternelle et néonatale au Sénégal ? vos constats sur l'évolution des indicateurs ces dernières années ?
2. Quelles sont les grandes lignes d'action que vous avez retenues ?
 - a. Au niveau politique
 - b. Au niveau programmatique
3. Quels sont vos principaux partenaires ?
 - a. Pour la mère
 - b. Pour le nouveau-né
4. Quelles sont les grandes stratégies ?
 - a. Pour la mère
 - b. Pour le nouveau-né
5. Quelles sont selon vous les interventions qui ont contribué à l'amélioration de la SMN au Sénégal ?
6. Quelles sont les forces ? Pourquoi ? Comment est-on arrivé là ?
7. Quelles sont les faiblesses ? Que fait-on pour les corriger ?
8. Quelles sont les grandes actions (pour combler les lacunes) ? Dans quelles régions sont-elles menées ?
9. Quels en sont les acteurs principaux : bailleurs, metteurs en œuvre ?
10. Quels sont les résultats qui méritent d'être soulignés ?
11. Y'a-t-il des interventions qui ont été portées à l'échelle ? Lesquelles ? Comment ? Grâce à qui ? (domaine clinique, communautaire, renforcement du système, partenariat, plaidoyer, etc.)
12. Pouvez-vous me décrire le processus de passage à l'échelle de (telle) intervention spécifique ?
13. Y'a-t-il eu des changements de politiques ces dernières années influencés par les interventions ? Lesquelles ? Comment ? Pourquoi ?
14. Quel sont à votre avis les grandes nouveautés introduites dans le nouveau document des politiques normes et procédures ? Pourquoi ? Dues à quoi ?
15. Qu'est ce qui a suscité l'élaboration du document d'orientations stratégiques en SR en cours ?
16. Y a-t-il des politiques spécifiques à l'égard des RH ?, lesquelles ? Qu'est ce qui a provoqué cela ?
17. Quelles sont les régions les plus performantes à votre avis ? Pourquoi ? Quels services ?

18. Quelles sont les régions les moins performantes à votre avis ? Pourquoi ? Quels services ? Quelles activités ?
19. Y a-t-il des interventions spécifiques que vous qualifiez de succès ? Lesquelles ? Pourquoi ? Comment ont-elles été menées ? Comment ont-elles été portées à l'échelle ?
20. Quelles sont les relations avec l'université ? Quelle est la contribution (collaboration MSP-Université) de l'université dans la SMN au Sénégal ?
21. Quelle est à votre avis la contribution des programmes/projets financés par le gouvernement américain dans ces interventions ? Dans la mise à échelle des interventions porteuses de résultats ? Comment s'est fait la contribution ?
22. Le comité de coordination est-il fonctionnel ? Comment fonctionne-t-il ? Y'a-t-il d'autres instances de coordination pour la SMN ?
23. Quelles sont vos recommandations :
 - a. Stratégies d'accélération
 - b. Bonne pratiques à exporter
 - c. Leçons apprises
24. Autres questions

METTEUR EN ŒUVRE

1. Comment selon vous a évolué la santé maternelle et néonatale au Sénégal ces 5 dernières années ?
2. Début de votre programme/projet ?
3. Quelles sont vos activités orientées vers l'amélioration de la santé maternelle et néonatale
4. Comment s'insèrent-elles dans le programme national ?
5. Dans quelles régions travaillez-vous ?
6. Quels sont vos principaux partenaires ? Gouvernementaux, bilatéraux, agences de développement, ONGs, groupements de femmes ?
7. Quelles sont les interventions/activités les plus porteuses ? Pourquoi ? Comment ? Qu'est ce qui a été porté à échelle ? Comment ? Par qui ?
8. Quelles sont les interventions/activités les moins porteuses de résultats ? Pourquoi ? Que faut-il pour pallier à cela ?
9. Y a-t-il eu des changements de politiques/programmes ces dernières années ? Lesquelles ? Pourquoi ? Comment ?
10. Quel est le rôle des agences de coopération d'USAID ? Des autres partenaires au développement ?
11. Quelles sont vos recommandations et suggestions :
 - a. Stratégies d'accélération
 - b. Interventions/stratégies à exporter comme bonne pratique
 - c. Leçons apprises
12. Autres questions

QUESTIONS AUX SERVICES DE SANTE (PRESTATAIRES)

1. Personnel en nombre et en qualité ? Formations reçues ? Besoins en formation ?
2. Que contient le « Paquet de services offerts pour la santé maternelle et néonatale » ? Enumérer tous les éléments ; lesquels sont fournis dans votre service ? Par quelle catégorie de personnel ? A quel rythme : tous les jours ou certains jours de la semaine ?
3. Quel est le contenu de la CPN ? de la CPoN, des SENN ?
4. Quels sont les éléments SONU offerts dans votre service ? Par qui ?
5. Comment est assurée l'évacuation des complications ? Aux frais de qui ? Y a-t-il une rétro information ?
6. Quels vaccins sont donnés ici ? Par qui ? Quels jours de la semaine ?
7. La TPI est-elle assurée ici ? Par qui ? Comment ?
8. Les MII sont-ils disponibles ici ? Quelles sont les conditions d'acquisition pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ?
9. La PTME est-elle effective ici ? Comment ? Par qui ?
10. Prévention de l'infection : comment faites-vous ? Avez-vous les produits nécessaires ? Avez-vous les conditions de disposition des déchets ?
11. Les accouchements sont effectués par qui ? Utilisation du partogramme ? Utilisation de syntocynon ? GATPA ? Sulfate de magnésium ?
12. Quels éléments des SOU sont-ils disponibles ici ? Qui effectue les différents gestes : sages-femmes, infirmiers ou médecins ?
13. Disponibilité dans le service des politiques, normes et procédures ? Job Aids ?
14. Supervision : Par qui, comment, à quel rythme ?

DISCUSSION DANS LES GROUPES FOCALUX

(Utilisateurs des services)

1. Accessibilité géographique
 - (Demande au groupe essentiellement sur le temps d'attente dans l'unité sanitaire et la disponibilité du moyen de transport et autres difficultés pour arriver à l'unité sanitaire...). Annote les différentes réponses.
2. Choix de cette Unité Sanitaire pour recevoir les services.
 - (Quelles sont les raisons qui vous ont amené à choisir cette unité sanitaire et non une autre) ? Qu'est-ce qui vous plaît ici ? Qu'est-ce qui ne vous plaît pas ici ?
3. Accessibilité financière
 - Est-ce que les gens payent pour des services exigés et délivrés ici ? (Par exemple consultation, analyse de laboratoire, médicaments, accouchements ?)
 - (En cas de paiement qui a déboursé l'argent ?)
4. Accessibilité socioculturel
 - Comment trouvez-vous les relations avec des personnes (infirmières, médecins) dans les consultations ?
 - La langue utilisée est-elle compréhensible ?

- Pensez-vous que les personnes d'un sexe doivent/peuvent consulter avec des personnes des sexes différents ?
 - Confidentialité : êtes-vous satisfaits de la place d'examen, est-elle discrète ?
5. Perception de la qualité des services par les utilisateurs/utilisatrices
- Les infirmiers (), médecins () ont de la patience pour écouter vos préoccupations ?
 - Comment trouvez-vous le temps/durée de consultation ?
 - Comment trouvez-vous le lieu/place/salle d'attente ?
 - Est-ce que l'unité sanitaire est propre, y a-t-il des toilettes disponibles et propres ?
 - De façon générale comment trouvez-vous les services qui vous sont fournis ?
6. Connaissance, attitude et pratique (CAP)
- Quels signes ou manifestations de danger pendant la grossesse, le travail ou après l'accouchement peuvent vous faire chercher une unité sanitaire ou y aller ?
 - Est-ce qu'une femme doit avoir des enfants rapprochés ?
 - Quelles précautions une femme (ou le couple) doit prendre pour ne pas avoir des naissances rapprochées ?
 - Savent-elles où trouver les consultations de la PF ?
 - Parlez-moi de quelques choses (bonnes et mauvaises) que la PF apporte aux femmes
 - Parlons du VIH/SIDA
 - Parlons du paludisme
 - Parlons sur l'alimentation de la femme enceinte. Ce qu'elle doit et ne doit pas manger ?
 - Parlons sur les soins au nouveau-né, pour celles qui ont déjà eu un enfant ?
7. Suggestions, commentaires et questions
- Donner l'opportunité pour que les gens puissent s'exprimer