

***Evaluation des fonctions SONU
de 27 formations sanitaires de la Région des Plateaux.***

***Mission du 11 septembre au 02 octobre 2016
En collaboration avec Plan International Togo***



***Rédacteurs : J.Vialard, Ph. Arvis et E. Poda pour GSF
Le 01 novembre 2016***

SOMMAIRE

Cadre de la mission

- ✓ Préambule
- ✓ Objectif
- ✓ Situation géographique de la région
- ✓ Equipes
- ✓ Planning du diagnostic SONU

Contexte

- ✓ Données démographiques
- ✓ Données sanitaires

Cadre du projet

- ✓ Objectifs initiaux du projet
- ✓ Résultats attendus

Bilan global de la mission

Liste des acronymes

AA	Accoucheuse Auxiliaire
AP	Accoucheuse permanente
CMS	Centre Médico-Social
CHP	Centre Hospitalier Préfectoral
CHR	Centre Hospitalier Régional
DPS	Direction Provinciale de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	Direction de la Santé
DSF	Direction de la Santé et de la Famille
FS	Formation Sanitaire
GSF	Gynécologie sans Frontières
ODD	Objectif pour le Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PIT	Plan International Togo
PF	Planification Familiale
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant (du VIH)
SF	Sage-femme
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
USP	Unité de Santé Périphérique
DSMIPF	Direction Service des Soins Materno-Infantiles et Planification Familiale

Préambule

Nous souhaitons remercier ici l'ensemble de nos hôtes pour leur accueil chaleureux et leur aide dans cette mission.

Nos sincères remerciements à toute l'équipe de Plan International Togo, qui a pris complètement en charge la logistique du projet et nous a aussi facilité la tâche par leurs conseils avisés sur le terrain, aux équipes DPS et DSF pour leur collaboration précieuse, aux équipes des structures sanitaires pour leur accueil et leur disponibilité.

Objectif

L'objectif principal consiste à évaluer les fonctions SONU et autres activités obstétricales de base dans 27 formations sanitaires de la Région des Plateaux au Togo, dans le cadre d'un programme régional visant à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Ces formations sanitaires avaient été présélectionnées sur la base de la carte SONU du Togo.

L'objectif est de proposer une réhabilitation des structures réalisant des accouchements, tant au niveau des locaux, du matériel, des ressources humaines et des compétences, afin qu'elles puissent assurer complètement ces fonctions SONU.

Rédaction du rapport

Le rapport final comprend deux parties:

- Une base de données informatique sur classeurs Excel, comprenant toutes les informations recueillies dans les structures visitées, ainsi qu'un fichier de compilation des principales données. Ces données représenteraient plus de 1000 pages de texte s'il fallait les éditer complètement. Cette base de données est téléchargeable sur le lien suivant : <https://www.dropbox.com/s/1wmk2zb12krxchm/Rapport%20SONU%20Plateaux.zip?dl=0>
- Le rapport actuel, qui comprend un descriptif de la mission, de la composition des équipes GSF, du planning, des difficultés rencontrées susceptibles d'altérer la fiabilité des données, des principales recommandations des rapporteurs en matière d'organisation des structures et de formation continue du personnel.

Planning Diagnostic SONU

Planning mission SMI/ Plateaux GSF		Equipe A: BINOME GSF 1	Equipe B: BINOME GSF 2	Equipe C: BINOME GSF 3	Equipe D: BINOME GSF 4	TBD by GSF
		Districts à visiter: Dgou, Haho et Moyen Mono Lieux résidence: Atakpamé et Notsè (3 SONU C et 4 SONU B)	Districts à visiter: Anié, Est Mono et Amou Lieux résidence: Atakpamé (2 SONU C et 5 SONU B)	Districts à visiter: Kloto, Kpélé et Agou Lieux résidence: Kpalimé (3 SONU C et 4 SONU B)	Districts à visiter: Wawa, Akébou et Danyi Lieux résidence: Badou (1 SONU C et 6 SONU B)	
		1 CNTS + PIT/DSF: Dramani/DRS GSF : Philippe, Marie Astrid, Brigitte Voiture DRS	DSF + PIT/CNTS/DRS SR GSF: Jean et anne laure Voiture Plan	GSF: Jean et anne laure/PIT + DRS: Lydia Voiture Plan	PIT:Ratime+DRS: Prénom GSF :françois et claudine Voiture Plan	equipe ou voiture TBC
Dimanche	11-sept	ARRIVEE LOME (Accueil et installation à l'hotel)				
Lundi	12-sept	Transfert à ATAKPAME- Journée fériée (Fete de la TABASKI)				
Mardi	13-sept	Journée encadrement des équipes - Présentation programme SMI Plateaux - Présentation GSF - Explications et formation à l'outil EXCE				salle TBC
Mercredi	14-sept	Polyclinique AT (petit SONU B)	ODM Elavagnon	CHP Kpalimé	CHP Badou	
Jeudi	15-sept	Polyclinique AT (petit SONU B)	ODM Elavagnon	CHP Kpalimé	CHP Badou (+CNTS)	
Vendredi	16-sept	CHR Atakpamé	CMS Morétan	USP Kpadapé (petit SONU B)	USP Zogbégan (petit SONU B)	
Samedi	17-sept	CHR Atakpamé	CMS Morétan	USP Kpadapé (petit SONU B)	USP Zogbégan (petit SONU B)	Disponibilité des SONU TBC
Dimanche	18-sept	Synthèse équipes GSF (Atakpame)				
Lundi	19-sept	Hopital Datcha	CHP Anié	CHP Adéta	USP Kpétébéna	
Mardi	20-sept	Hopital Datcha	CHP Anié	CHP Adéta	USP Kpétébéna	
Mercredi	21-sept	CHP Notsè	USP Adogbéno (petit SONU B)	Hopital Privé Tsiko	CHP Kougnouhou	
Jeudi	22-sept	CHP Notsè	USP Adogbéno (petit SONU B)	Hopital Privé Tsiko	CHP Kougnouhou	
Vendredi	23-sept	CMS Asrama (petit SONU B)	SMS Sodo (petit SONU B)	USP Kati (petit SONU B)	USP Sérégbéné (petit SONU B)	
Samedi	24-sept	Synthèse équipes GSF				
Dimanche	25-sept					
Lundi	26-sept	CMS Asrama (petit SONU B)	SMS Sodo (petit SONU B)	USP Kati (petit SONU B)	USP Sérégbéné (petit SONU B)	
Mardi	27-sept	CMS Wahala	CHP Tohou	CHP Agou	CHP Danyi	
Mercredi	28-sept	CMS Wahala	CHP Tohou	CHP Agou	CHP Danyi	VISITE AFD
Jeudi	29-sept	USP Kpékplémé	CHP Amlamé	Hopital Béthesda	laisse possibilité de 2 jours en plus sur gros SONU C	
Vendredi	30-sept	USP Kpékplémé	CHP Amlamé	Hopital Béthesda		
Samedi	01-oct	Travail synthèse GSF				
Dimanche	02-oct	DEPART depuis LOME				

CONTEXTE

DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Le Togo connaît une croissance relativement forte de 2,84 % RGPH 2010, environ 60 % de la population a moins de 25 ans, et 42 % moins de 15 ans.

Selon l'enquête QUIBB 2011, l'incidence de la pauvreté au niveau national est à 58,7%.

La pauvreté et la croissance démographique fortes entraînent la non réalisation de certains droits économiques et sociaux pourtant entérinés dans nombre de conventions internationales et dans les ODD

DONNEES SANITAIRES

Au plan sanitaire le taux de mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile reste encore élevés. La mortalité maternelle était de 401/ 100 000 naissances vivantes en 2013 (l'objective du pays en 2030 est de < 67)

- ✓ La correspondance de la quantification entre ODM et ODD reste à clarifier (dont les chiffres pourraient être changés)
- ✓ La déclaration et l'audit de chaque mort sont obligatoires
- ✓ La qualité de la collecte (crédibilité) et la vérification des données reste encore à améliorer.

La mortalité infanto-juvénile était de 89 ‰ en 2013. Celle néonatale en 2009 était 27‰

Au niveau régional (Plateaux):

- 30% de la population en 2014 a été consultée dans une FS
- mortalité néonatale est la plus élevée 34% contre 27% au niveau national
- 18,7% de prévalence contraceptive (contre 19,9% au plan national)
- 42,3% d'accouchements assistés (contre 83,0% au plan national)
- 63,3% d'accouchements dans une FS (contre 72,5% au plan national)

CADRE DE PROJET

Objectifs initiaux du projet :

- Objectif Global

Contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile, et de la planification familiale dans la région des Plateaux de 2016 à 2018

- Objectifs Spécifiques

- Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins dans les FS des Plateaux
- Contribuer au renforcement des capacités régionales du Ministère de la Santé en matière de pilotage et de supervision des DS

Résultats attendus

RA 1.1 : La qualité technico-médicale des soins de SMI/PF des FS de la région des Plateaux est renforcée

RA 1.2 : L'accessibilité géographique et financière aux soins de SMI/PF offerts par les FS de la région des Plateaux est améliorée

RA 2.1 : Les capacités de la DRS/DPS des Plateaux et ses partenaires en termes de planification et de suivi des activités de SMI/PF sont renforcées

RA 2.2 : Les capacités de la DRS/DPS en matière de supervision sont améliorées

Déroulement pratique de la Mission d'évaluation pour GSF

- Constitution de 4 équipes de Médecins gynécologues obstétriciens et de Sages-Femmes de GSF,
- Associées à des membres de PIT et à des points focaux SR.
- 18 SONU B et 9 SONU C sont répartis entre les équipes (cf planning).
- réunion de travail le 13 septembre au siège de PIT à Atakpamé en présence de tous les responsables, aux fins de présentation et organisation de la mission ;
- Chaque équipe constituée se rendra dans les différents établissements sélectionnés pour une évaluation de 2 jours par établissement :
- Sur place, les rôles des évaluateurs sont répartis : la Sage-femme pour les consultations, la salle d'accouchement, le post-partum – l'obstétricien pour les équipements, la pharmacie, la gestion des RH, le bloc opératoire, la consultation de la documentation
- Les informations recueillies sont renseignées directement dans l'informatique (Outil d'évaluation des SONU, fichier EXCEL sur ordinateur portable)
- Une synthèse des résultats de l'évaluation est faite en fin de visite, et présentée lors d'une séance de restitution avec le personnel de la FS, ainsi que le directeur, ou le DPS. Un accord sur les termes de l'évaluation est systématiquement recherché.

Bilan global de la mission

L'organisation et la validité des mesures

POINTS FORTS

4 équipes

Equipe locale de PIT ayant une très bonne connaissance du terrain- Présence permanente et active de la coordinatrice Me Gaby Cabrera

Participation des responsables locaux (points focaux, DPS, DRS et SMIPF) = meilleure intégration

Outil SONU informatique d'utilisation facile

Chauffeur et voiture dédiés permanents

Réunion initiale avec responsables qui préviennent les centres de notre arrivée+ briefing général sur l'évaluation et le projet global, permet d'obtenir la liste des contacts

Organisation par PIT pour accueil, hébergement, transport

Pour certains binômes hébergement à hôtel à côté de chaque centre : limite les temps de transport

Pas de problème d'intégration par le personnel ou les patientes (même en étant un homme pour assister aux soins)

Pas de barrière de langue avec le personnel soignant

Deux jours suffisants à deux pour l'inventaire et le relevé des registres

POINTS FAIBLES	Propositions d'amélioration
Faible activité des petits SONUB, temps court pour assister aux actes clés (accouchement...)	Essayer d'augmenter le temps de présence sur place d'une journée si <30 accts/mois lors des missions d'évaluation ultérieures
Adaptation à notre présence (utilisation de gants, prise des constantes...)	Interroger les utilisateurs – vérifier les dossiers – contrôler les consommations (gants-savon...)
Jours de visite ne coïncidant pas avec les jours de bloc (SONU C)	éviter vendredi et WE pour l'activité chirurgicale hors césariennes et urgences
Lors des week-ends : personnel non présent ou très peu d'activité (pour les SONU C)	Eviter les visites le vendredi après-midi et le WE
Temps de transport parfois très important, et hébergement éloigné	Prévoir arrivée la veille, proche de la FS, afin de débiter la visite tôt.
Les rendez-vous ne sont pas toujours respectés malgré l'engagement des responsables = temps morts	Vérifier la totale disponibilité des principaux acteurs (pas de visite simultanée d'autres superviseurs, pas de contraintes administratives ou d'absences programmées)

La principale limite rencontrée est bien le déficit d'observation directe des gestes techniques sur un temps aussi court : accouchements avec ou sans manœuvre, révision utérine, réanimation maternelle etc., permettant d'évaluer les pratiques réelles, les protocoles et l'utilisation du matériel disponible. Dans la pratique, les évaluateurs n'ont pas assisté à un seul accouchement dans la majorité des structures.

Deux jours étant très suffisants par ailleurs pour l'inventaire et la lecture des registres.

Un interrogatoire détaillé est envisageable, mais évaluera seulement les connaissances théoriques. La mise en situation, avec utilisation de mannequin, pourrait permettre d'évaluer la réelle maîtrise des gestes techniques et du respect des règles d'hygiène. La prévision dans le programme MUSKOKA prévoit une formation SONU pour tous les personnels soignants.

Ces mises en situation seront donc effectuées lors des formations SONU, mais l'évaluation finale du programme de formation devrait pouvoir comporter une telle mise en situation.

Pour limiter ce biais dans les SONU C, essayer de déterminer les jours de visite en fonction du planning chirurgical lorsque le bloc ne fonctionne pas tous les jours. En règle générale, il paraît préférable d'arriver tôt le matin, car dans la plupart des structures SONU B ou C il y a très peu d'activité après 14-15 h, et jamais le vendredi après-midi et le WE.

Les résultats

Les points communs à toutes les structures sanitaires

Les points forts

- Permanence et continuité des soins 24H/24
- Bonne tenue et disponibilité des registres
- SONUB
 - Réalisation des activités de planning familial 5J/7
 - Réalisation des activités de consultation et suivi de croissance des nourrissons
- SONUC
 - Bloc opératoire fonctionnel.
 - Disponibilité médecins, d'instrumentiste et techniciens d'anesthésie pour les interventions chirurgicales dans la majorité des SONU C.

Les points à améliorer

- **Gestion des stocks**
 - très déficiente, pas d'inventaire du matériel existant, pas d'élimination du matériel obsolète ou périmé, pas d'entretien ou de réparation du matériel abîmé. Les locaux réservés aux soins sont encombrés de meubles ou de matériel hors d'usage, ce qui rend le nettoyage des locaux impossible.
Même remarque concernant le stockage des anciens dossiers de soins et des vieux registres, qui s'entassent dans des locaux réservés aux soins, et attirent les insectes et les rongeurs.
 - Dans la mesure où le personnel pense ne pas avoir l'autorisation de se débarrasser de ces déchets, une procédure écrite au niveau central paraît indispensable pour clarifier

les conditions et les durées de conservation des dossiers, et d'élimination du matériel périmé.

Un contrôle périodique du respect de cette procédure paraît également nécessaire:

Les objectifs à atteindre sont les suivants: (à voir avec Abass)

- 1- les salles où ont lieu les soins ne comportent que le minimum nécessaire de matériel fonctionnel et de mobilier
- 2- le ménage complet des surfaces est toujours possible.
- 3- Un inventaire complet du matériel bio-médical et du mobilier est réalisé au moins une fois par an, en précisant le caractère fonctionnel, la vétusté et la nécessité de remplacement/réparation, l'utilisation ou non, le lieu de stockage.
- 4- Les dossiers obstétricaux sont systématiquement archivés lorsque la date prévue pour l'accouchement est dépassée de 3 mois, que l'accouchement ait eu lieu dans la structure ou non. Archivage à faire mensuellement, et stockage des anciens dossiers en dehors des salles de soins.

-

- **Hygiène globalement insuffisante,**

- aggravée par la pénurie en eau courante dans plusieurs structures. Dans les structures sans eau courante, les réservoirs avec robinet sont exceptionnels alors qu'ils représentent la seule solution pour garder une eau propre.
- manque de sanitaires à la fois pour le personnel et les patientes. Les sanitaires sont globalement sales et très dégradés, souvent bouchés, avec des chasses d'eau cassées. Dans de nombreuses structures, et en particulier dans les centres non clôturés, ils sont fermés à clé en permanence.
La solution proposée consiste en toilettes à la turc, entièrement carrelées, avec un robinet d'eau et un seau, sans chasse d'eau, et une poubelle dans chaque sanitaire.
- Nettoyage irrégulier et difficile à réaliser en raison de l'état des sols et des murs, de l'encombrement des locaux de soins. Un revêtement en carrelage des sols, murs, paillasses, comportant une évacuation des eaux, semble indispensable.
- Manque presque constant de vidoir, pour éliminer les déchets et les liquides organiques.
- Protection insuffisante du personnel, par tabliers en caoutchouc, bottes et masques. Cette protection est indispensable compte tenu du taux de séropositivité, en particulier pour le HIV et l'hépatite B.
- Le matériel de stérilisation est souvent vétuste, ou en panne.
Il paraît indispensable qu'il y ait au moins 2 stérilisateurs fonctionnels par structure pour limiter le risque d'arrêt complet.
Il est également important de ne pas alterner la stérilisation à l'autoclave et au Poupinel, ce qui dégrade très rapidement les instruments métalliques.
Le volume intérieur des stérilisateurs doit être suffisant, pour éviter les cycles répétés qui accélèrent le vieillissement du matériel de stérilisation.
- Notion de soin septique mal connue : en sachant que le matériel est limité, y compris les gants, il serait intéressant de prioriser quel geste doit absolument être stérile (la révision utérine par exemple) et quel geste ne nécessite que des gants de protection pour le personnel (l'accouchement)

- Méconnaissance des règles de dilution des solutions chlorées, conduisant à une détérioration du matériel trop rapide.
- **Insuffisance de matériel bio-médical:**
 - Principalement les instruments de surveillance des constantes vitales, et le matériel de réanimation de base : stéthoscopes, tensiomètres, médicaments d'urgence, oxygène et masque, aspiration, tables de réanimation des nouveau-nés avec rampe chauffante, Doppler fœtal
 - Dans les SONUC et les gros SONUB, un cardiotocographe et un petit échographe portable pour la salle de travail paraît indispensable (avec la formation correspondante). Le cardiotocographe permet de mieux surveiller la dynamique du travail et d'éviter les diagnostics de souffrance par excès ou par défaut. L'échographe portable permet de diagnostiquer rapidement les grossesses multiples, les présentations anormales, les insertions anormales du placenta, les morts in utero etc.
 - Le nombre de boîtes d'accouchement est globalement insuffisant: pour répondre à la demande quelques soient les circonstances, il faut au moins 3 fois plus de boîtes que d'accouchement moyen par jour (donc 3 boîtes pour une structure qui fait 30 accouchements par mois).
Même remarque pour les boîtes d'épisiotomies et de césariennes.
 - L'absence de technicien biomédical est quasiment généralisée, même dans les grosses structures.
- **Formation SONU très déficitaires sur certains items**
 - Les principes de l'antibiothérapie ne sont pas connus ou pas respectés. La différence entre l'antibiothérapie prophylactique et thérapeutique n'est pas connue. Presque toutes les structures utilisent une double ou une triple antibiothérapie thérapeutique systématique, même dans les cas ne comportant aucun facteur de risque. Cette attitude est très dangereuse, car elle conduit inévitablement à l'apparition de souches bactériennes résistantes.
Une partie des prescripteurs (en particulier les accoucheuses permanentes) n'a aucune compétence pour prescrire ces produits. Une des indications observées d'antibiothérapie est l'élévation (tout à fait physiologique) du nombre des globules blancs pendant la grossesse !!
Suggestion: prévoir des protocoles d'antibioprophylaxie clairs et adaptés. En cours semble-t-il par le DSMIPA.
 - L'extraction par ventouse est très sous-utilisée, en partie par manque de compétence, en partie parce que la surveillance du travail est insuffisamment précise, en partie parce que les indications des extractions instrumentales ne sont pas connues (30 mn d'efforts expulsifs inefficaces). Cette pratique, ne nécessitant pas de matériel coûteux et facile à enseigner, pourrait permettre de diminuer le nombre de souffrance fœtale et de césariennes.
 - Les notions de base de réanimation maternelle (remplissage vasculaire, ventilation/oxygénothérapie, drogues vasopressives, levage des membres inférieurs etc.) ne sont pas connues ou pratiquées dans la plupart des structures.
Même remarque pour la réanimation néonatale, en particulier pour la ventilation au masque.

- La gestion des dystocies dynamiques, par perfusion de syntocinon, n'est quasiment pas utilisée, même dans les SONUC.
- L'utilisation du partogramme n'est pas systématique, et surtout il est souvent rempli à posteriori après l'accouchement; il ne sert pas comme outil d'aide à la décision. A prévoir en format A3, afin qu'il soit lisible et devienne un vrai outil de dépistage des dystocies, y compris présentation du siège et gémellaire
- Le sondage évacuateur ou la vidange de la vessie pendant le travail, et avant l'expulsion, n'est pas systématique; certaines SF font le sondage uniquement après l'accouchement.
- Le post-partum immédiat est très mal surveillé, à peu près partout: pas de surveillance régulière des constantes vitales, du globe utérin, du saignement, de l'état du nouveau-né. Le volume des pertes sanguines n'est pas évalué, le placenta et les membranes rarement vérifiés avec attention.
- Les protocoles SONU sont peu affichés
- Globalement, il paraît qu'une formation complète SONU est indispensable pour tout personnel pratiquant des accouchements, sans détailler par catégorie de personnel ou par structure.
La présence dans chaque structure d'un référent/formateur SONU, capable d'enseigner par compagnonnage, paraît nécessaire, car la formation de la totalité du personnel par des stages extérieurs paraît difficile.

- **La documentation**

- La documentation est le plus souvent fragmentée et redondante, entre dossier prénatal, carnet de santé, dossier d'accouchement, registres d'entrée, d'accouchement, de transmission, de post-partum. Le dossier prénatal n'est parfois jamais utilisé, ni même consulté, lors de l'accouchement. Beaucoup de temps est perdu au recopiage des informations. Les comptes rendus opératoires ne sont jamais dans les dossiers.
La mise au point d'un dossier obstétrical unique paraît nécessaire.
- L'archivage des dossiers est rarement réalisée dans une structure dédiée, les vieux dossiers s'entassent dans les salles de soins ou de consultations (voir hygiène)
- Pas de complétude des informations dans les registres, qui sont parfois très abîmés, voire illisibles.

- **L'accessibilité financière et géographique**

- Le problème de l'accessibilité financière se pose partout pour les patientes les plus démunies. Il existe une énorme différence entre le coût affiché d'un acte, et son coût réel. Par exemple, dans certaines structures, le coût affiché de l'accouchement est de 500 F, alors que la somme correspondant à l'acte, à l'hospitalisation, aux prescriptions de médicaments et d'examens complémentaires peut dépasser 20.000 F.
Cet obstacle financier explique probablement en grande partie le nombre très élevé d'accouchements à domicile, ou dans de petites maternités informelles, par des matrones.
- Certaines structures ne pratiquent pas ou n'ont pas accès au financement des kits césariennes

- Le problème financier se retrouve au niveau du transfert de patients vers les centres de référence (absence d'ambulance dédiée, coût du transport)
- La solution pourrait consister dans le financement par la collectivité des kits accouchements

- **La satellisation des structures de soins pratiquant des accouchements**
 - Beaucoup de SONU B et C ont une activité très faible, la moitié est en dessous des normes SONU (30 accouchements par mois)
 - Une des causes réside dans la multiplication des structures pratiquant des accouchements, dont certaines sont totalement informelles, mais d'autres ont obtenu des autorisations d'exercice.
 - Cette situation pose plusieurs problèmes, notamment l'impossibilité de maintenir la compétence du personnel soignant en raison d'une insuffisance de pratique, et les difficultés de financement pour la structure.
 - Elle pose aussi la question de la pertinence d'investissements matériels et humains pour aussi peu de résultats.

- **Problèmes particuliers aux SONUB**
 - Insuffisance globale de personnel, en nombre et en quantité, pour répondre aux normes SONU : peu de SFE, nombreuses accoucheuses permanentes = il faut une SFE diplômée pour chaque SONU B
 - Peu ou pas de personnel d'entretien
 - Pas de chariot d'urgences (ni drogues) dans de nombreuses structures
 - Transport des patientes/moyens de communications téléphoniques

- **Problèmes particuliers aux SONUC**
 - Taux de césarienne anormalement élevé (plus de césariennes que d'accouchements dans certaines structures). Ce taux ne peut pas s'expliquer par le fait de constituer un centre de référence.
De nombreuses indications de césariennes sont abusives (une étude plus complète sur les indications de césariennes est en cours).
Les indications de césariennes sont souvent portées par du personnel peu compétent, et ces indications ne sont presque jamais rediscutées par l'opérateur (qui est assez rarement un obstétricien)
Cette inflation considérable du taux de césarienne comporte un risque élevé de complications très graves pour les patientes, en particulier la rupture utérine sur les grossesses ultérieures, et augmente considérablement le coût des accouchements.
Revoir dans la formation les indications de césarienne
 - Le nombre de médecins compétents en obstétrique est insuffisant, avec une faible ou absence de présence au bloc obstétrical.
 - Les produits sanguins peuvent manquer, par défaut d'approvisionnement. Frigidaires et bains marie parfois non conformes à la conservation (ou mise en condition des produits sanguins labiles)
 - Pédiatres peu impliqués au niveau des SONU C qui en possèdent, avec souvent absence complète de structure pouvant assurer les soins intensifs pour les nouveaux nés. Les salles de réanimation néonatale sont quasi systématiquement absentes, mais leur opportunité n'est pas évidente compte tenu du déficit en personnel.

- Insuffisance de salles de réveil, généralement par manque de personnel car la structure existe mais reste inutilisée. Les salles de réveil doivent rester accessibles aux accompagnant, ce qui pose un problème de circulation dans les blocs chirurgicaux.
- pas de chariot d'urgence, mais l'essentiel est d'obtenir au moins un emplacement comportant matériel et drogues d'urgences proches des lieux d'accueils (salle d'accueil urgence, bloc obstétrical)
- Le circuit de soins dans certains SONU C est perturbé par la suractivité (Atakpamé, Kpalime), les locaux n'étant pas utilisés selon leur conception initiale (par exemple, une salle d'attente ou un couloir qui sert de salle d'hospitalisation).
- Manque de professionnels compétents pratiquants les échographies, alors que les appareils sont parfois présents, erreurs de biométries retrouvées en post césarienne.

Au total, les points majeurs:

- Le déficit en compétence est toujours supérieur au déficit en équipement, et ses conséquences sont plus graves.
- Il faut prévoir une formation SONU complète pour tous les personnels des FS. L'objectif étant de répondre à 100% sur chaque critère. Grand déficit actuel sur l'antibiothérapie, l'extraction par ventouse, la gestion active de la 3ème phase du travail (GATPA), le partogramme et les indications de césariennes.
- L'accessibilité financière et géographique reste un obstacle majeur à la prise en charge des accouchements par du personnel compétent, surtout en milieu rural.
- Notre mission a évalué la mortalité maternelle et néo-natale : elle est très élevée sur les gros SONU C publiques (CH Atakpamé, Kpalimé...), et due principalement au référencement trop tardif. Sur les SONU B elle est quasiment nulle : référencement rapide, mais avec des problèmes de transports et de financement. Qu'en est-il au niveau des USP et cases de naissances voir des villages ? (50% des naissances) Cet aspect semble très important à prendre en considération si l'on souhaite atteindre les objectifs du programme MUSKOKA