







# Projet Santé Maternelle et Néonatale – MUSKOKA Missions évaluation finale

Rapport de missions mars et juin 2021

Dr Philippe ARVIS - Dr Jean VIALARD

#### Introduction

Ce rapport est une synthèse des évaluations initiales et finales des maternités concernées par le programme MUSKOKA Togo.

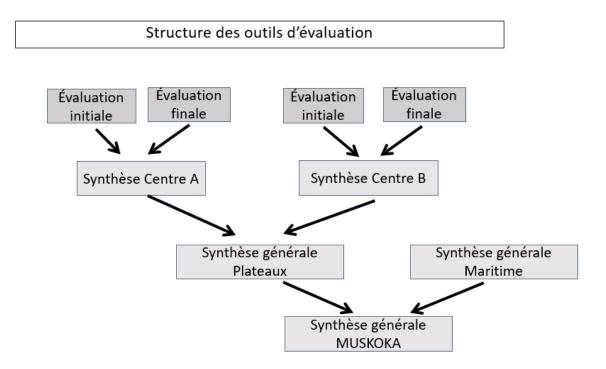
Les données complètes sont présentes dans des classeurs EXCEL distincts.

La première évaluation a été réalisée en 2016 avant mise en place du programme, la seconde en 2021 après la fin du programme. Cette dernière évaluation a été retardée d'environ 18 mois pour raison de pandémie.

Chaque Centre a été évalué à partir d'un outil commun, sous la forme d'un classeur EXCEL, relevant les principaux indicateurs. L'objectif est d'obtenir une image complète de la structure tant sur les locaux et équipements que sur la qualité des soins. Il existe donc un classeur initial et un classeur final pour chaque Centre. Chaque indicateur est noté sur une base de 100, pour obtenir une notation précise, nécessaire pour les comparaisons ultérieures.

Ce classeur de synthèse contient les données compilées des différents Centres, sur les principales fonctions évaluées. Un onglet pour chaque Centre fait le point des principaux points forts et points faibles de chaque structure, avant et après programme MUSKOKA.

#### La méthodologie de l'étude est résumée dans le schéma suivant :



Pour pouvoir comparer facilement les résultats sur les 2 régions, une synthèse par région a également été faite.

Les résultats présentés dans la suite du rapport concernent toutefois la synthèse générale MUSKOKA (fichier « Compilation\_SONU\_MUSKOKA)

#### La base de données

ADETA\_1

ADETA\_2

ADETA\_synthèse

AMLAME\_1

AMLAME\_2

AMLAME\_synthèse

Compilation\_SONU\_Plateaux\_2021

Compilation\_SONU\_Maritime\_2021

Compilation\_SONU\_MUSKOKA

La base de données comprend donc un fichier par Centre

- Nom Centre 1 pour l'évaluation initiale

- Nom\_Centre\_2 pour l'évaluation initiale

- Nom\_Centre\_Synthèse pour la comparaison des 2

- Un fichier de compilation des Centres Région Plateaux

- Un fichier de compilation des Centres Région Maritime

- Un fichier de compilation de l'ensemble des Centres

→ c'est de ce fichier que sont extraites les données du rapport

L'ensemble des fichiers de la base de données sera transmis en pièce-jointe de ce rapport.

#### Le programme :

		Initial		Final	
	Structures sanitaires	Date de visites	Evaluateurs GSF	Date de visites	Evaluateurs GSF
	ADETA	19 et 20/09/2016	J.Vialard - AL. Bardet	03/05/2021	M.Ducos-MA.Bernon-L.Bakpah
	AMLAME_CHP	29/09/2016	Y.Getin, E.Poda, Bienvenue	07/05/2021	A.Djato-T.Arvis-L.Le Roux
	ANIE	19/09/2016	Y.Getin, E.Poda, Bienvenue	5 et 6/05/2021	A.Djato-T.Arvis-L.Le Roux
×	ATAKPAME_CHR	16 et 17/09/2016	Ph.Arvis - MA.Matchuka	12 et 13/05/2021	A.Djato-T.Arvis-L.Le Roux
tear	BADOU	14-15/09/2016	F.Plihon-C.Burban	10 et 11/05/2021	A.Djato-T.Arvis-L.Le Roux
Région Plateaux	DANYI	27 et 28/09/2016	F.Plihon-C.Burban	4 et 5/05/2021	M.Ducos-MA.Bernon-L.Bakpah
égior	KATI	23 et 26/09/2016	J.Vialard - AL. Bardet	6 et 7/05/2021	M.Ducos-MA.Bernon-L.Bakpah
Re	KOUGNOHOU	21-22/09/2016	F.PLIHON-C.BURBAN	2 et 3/05/2021	A.Djato-T.Arvis-L.Le Roux
	MORETAN	16/09/2016	Y.Getin, E.Poda, Bienvenue	4 ET 5/05/2021	A.Djato-T.Arvis-L.Le Roux
	TOHOUN	27/09/2016	Y.Getin, E.Poda, Bienvenue	11 et 12/05/2021	M.Ducos-MA.Bernon-L.Bakpah
	WAHALA	27 et 28/09/2016	Ph.Arvis - MA.Matchuka	13 et 14/05/2021	M.Ducos-MA.Bernon-L.Bakpah
	AGBODRAFO	22 et 23 juin 2016	E.Poda et F.Plihon	26/03/2021	J.Vialard - C.Burban - T.Bento
	AKLAKOU	14-15 juin 2016	E.Poda et F.Plihon	23/03/2021	F.Plihon-G.Chaudet
	ZANGUERA	20-21 juin 2016	E.Poda et F.Plihon	16 et 17/03/2021	J.Vialard - C.Burban - T.Bento
ime	VOGAN	16-17 juin 2016	E.Poda et F.Plihon	19 et 22/03/2021	F.Plihon-G.Chaudet
Aarit	TSEVIE	18-19 Juin 2016	E.Poda et F.Plihon	24 et 25-3-2021	J.Vialard - C.Burban - T.Bento
Région Maritime	ANEHO	22 et 23 juin 2016	T.Charbonnier + E.Bayle	24/26/03/2021	F.Plihon-G.Chaudet
	AFAGNAN	16/06/2016	T.Charbonnier + E.Bayle	16-17 /03/2021	F.Plihon-G.Chaudet
	ATTITOGON	14/15 juin 2016	T.Charbonnier + E.Bayle	18/03/2021	F.Plihon-G.Chaudet
	TABLIGBO	18/06/2016	T.Charbonnier + E.Bayle	22 et 23/03/2021	J.Vialard - C.Burban - T.Bento
	TOBLEKOPE	20-21/06/2016	T.Charbonnier + E.Bayle	18 et 19/03/	J.Vialard - C.Burban - T.Bento

#### La synthèse MUSKOKA

Classeur Excel de compilation des données des Centres (fichier « Compilation\_SONU\_MUSKOKA), il comprend les onglets suivants :

#### 1. Fonctions SONU

- Reporte les scores de réalisation des fonctions SONU (utilisation des ocytociques, antibiotiques, anticonvulsivants, révision utérine, aspiration intra-utérine, réanimation néo-natale, extraction par ventouse, et pour les SONU C transfusion sanguine et césarienne)
- et des autres fonctions obstétricales de base (Gestion Active 3ème phase travail, Contraception, partogramme, Prévention HIV, gestion des dystocies, Réanimation maternelle de base, accouchement par le siège, violences liées au genre)
- o Compare les scores avant et après MUSKOKA
- O Donne les taux de fonctions assurées à 100%
- 2. Consultations
- 3. Accouchement
- 4. Post-Partum
- 5. Bloc Opératoire
- → Reporte les scores en distinguant ce qui ressort de l'équipement, et ce qui ressort du soin

#### 6. Autres Fonctions

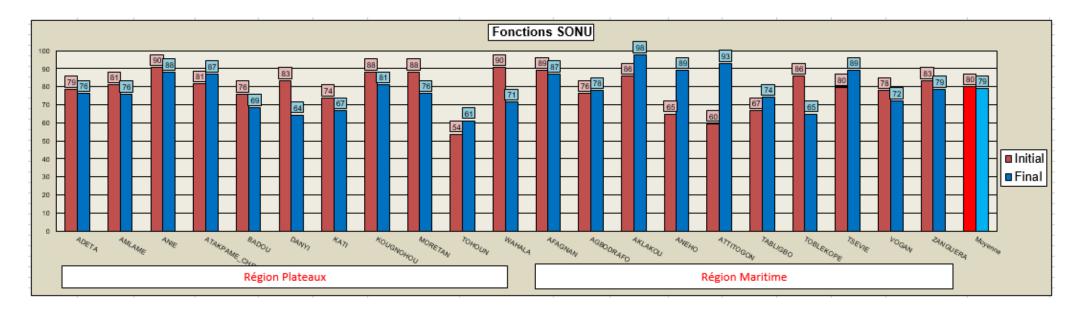
- 5 fonctions importantes sont également évaluées : Médicaments (pharmacie),
  équipement de laboratoire, Gestion des stocks, Communication-transport, Gestion de l'activité
- 7. **Bilan global** pour chaque Centre, résumant points faibles et points forts, initiaux et finaux.

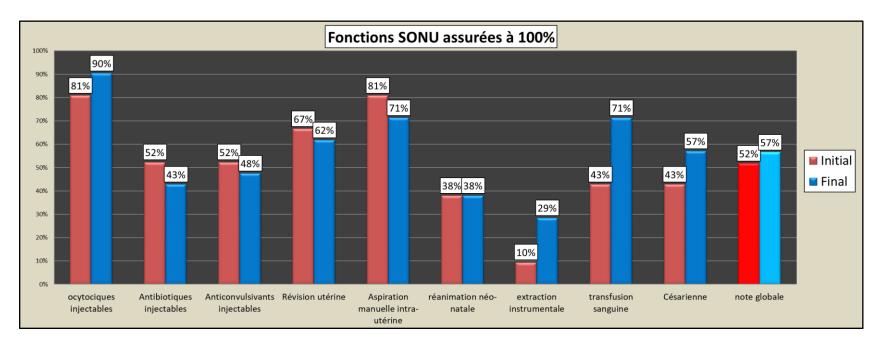
# Table des matières (Liens hypertexte)

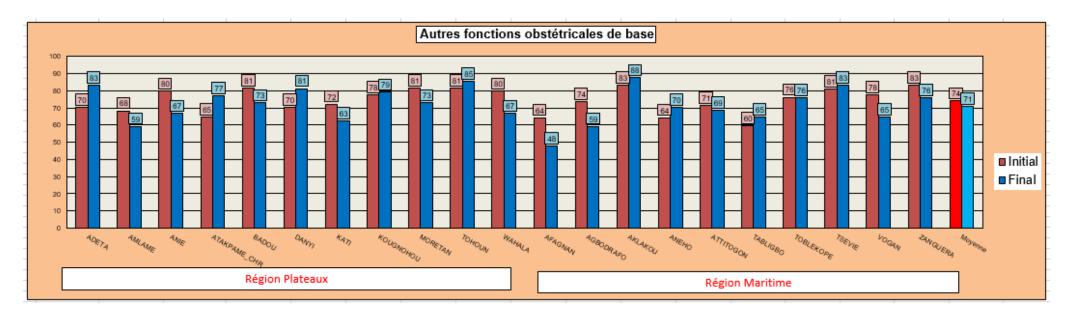
1.	Fonctions SONU et Fonctions obstétricales de base	p. 6
2.	Consultationsp. 8	
3.	Accouchementp. 13	
4.	<u>Post-Partum</u> p. 17	
5.	Bloc Opératoire p. 21	
6.	Autres Fonctions p. 24	
7.	<u>Les limites de l'étude</u> p. 29	
8.	Conclusions et recommandationsp. 31	

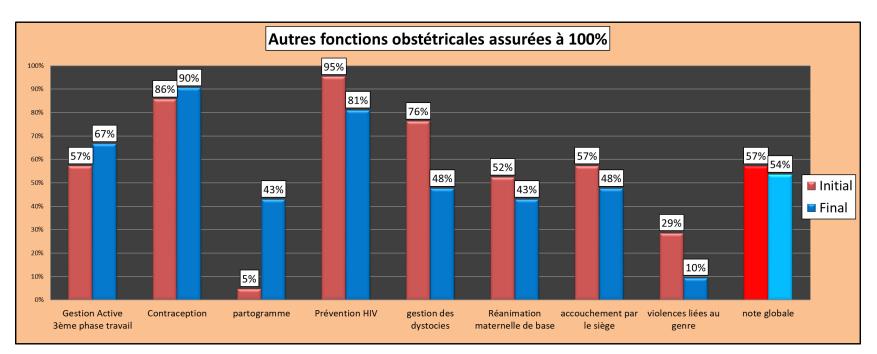
### 1/ Fonctions SONU et Fonctions Obstétricales de base

Résultats globaux: Les barres rouges représentent le score initial, les barres bleu le score final, à droite la moyenne des scores









#### Commentaires sur les fonctions SONU et autres fonctions obstétricales de base

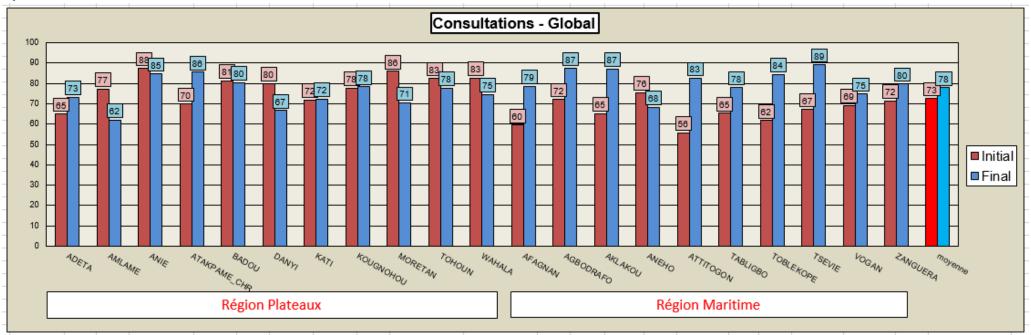
- Pas de bénéfice sur les scores pour la note globale
  - o Pour la plupart des Centres, peu de différences en plus ou en moins
  - Les Centres de la Région Maritime semblent avoir mieux progressé que ceux de la Région Plateaux
- Les scores globaux reflètent le fait que la fonction est effectivement réalisée dans le Centre, mais pas la fréquence de cette réalisation. En théorie, chaque fonction SONU devrait être assurée à 100%. Pour cette raison, le second graphique montre le pourcentage des Centres où les fonctions sont effectivement réalisées à 100%.
- Les progrès enregistrés concernent :
  - L'extraction instrumentale, mais avec un score qui reste faible, ce qui a nécessairement des conséquences sur la morbi-mortalité périnatale et l'inflation du taux de césarienne.
  - La transfusion sanguine : la disponibilité du sang est dans l'ensemble adaptée (sauf pour le groupe O négatif). La gestion en lien avec le CTS est bonne, tant pour la réactivité que pour la traçabilité. Des périodes de pénurie de plusieurs semaines ont toutefois été notées en région des Plateaux. La traçabilité du circuit transfusionnel, notamment à partir du lieu de dépôt de sang jusqu'au lit du patient, est incomplète. De plus, nous n'avons constaté aucune traçabilité ni analyse des éventuels incidents et accidents transfusionnels, ni suivi post-transfusionnel des patients, ni audit sur les indications de la transfusion.
  - La couverture des césariennes s'est améliorée, en grande partie par la mise en place de salles dédiées à cet usage.
  - Le partogramme, dont le taux de couverture initiale était très faible, mais le score final n'est pas très élevé, et un doute existe sur la pratique d'un remplissage a posteriori.
- Les fonctions les plus déficitaires :
  - La réanimation maternelle et néo-natale : seuls 4 Centres sur 10 sont capables de pratiquer des soins basiques de réanimation, la plupart des Centres souffrent à la fois d'un manque de matériel et de compétences.
  - La baisse importante de la gestion des dystocies dynamiques est un point à regarder de près, car sa conséquence est très probablement une hausse importante du taux de césarienne.
  - L'utilisation des antibiotiques reste problématique, la plupart des Centres utilisant une antibiothérapie systématique de type curatif en l'absence de tout symptôme ou risque infectieux. La distinction entre antibiothérapie thérapeutique et prophylactique n'est pas assimilée.
- Les fonctions correctement assurées : l'utilisation des ocytociques, l'AMIU, la prévention HIV et la contraception.
- Les progrès ont été réalisés en grande partie grâce à la politique générale de formation SONU, avec la création au CHU d'une équipe mobile de formation. Cette formation est plébiscitée par les équipes et mérite d'être poursuivie.
  - Le transfert de compétence est très variable d'un centre à l'autre, et souvent tributaire du chef de service ou de la sage-femme responsable.

1. Fonctions SONU et Fonctions obstétricales de base

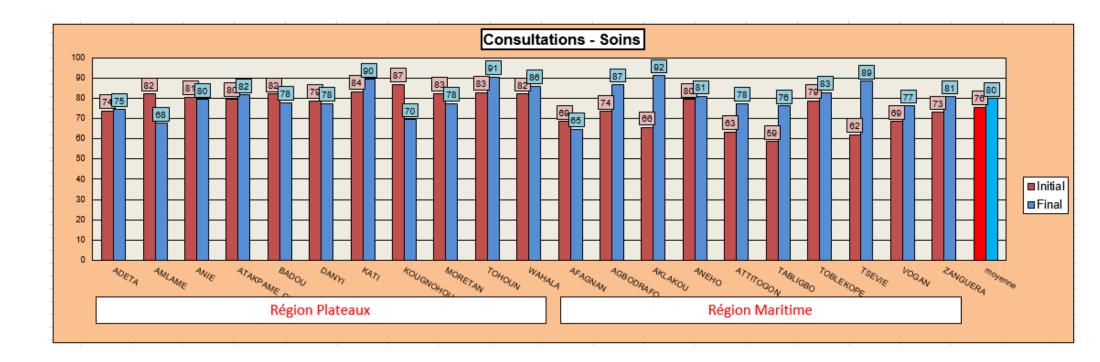
# 2. Consultations

- 3. Accouchement
- 4. Post-Partum
- 5. Bloc Opératoire
- 6. Autres Fonctions
- 7. Les limites de l'étude
- 8. Conclusions et recommandations

# 2/ Consultations





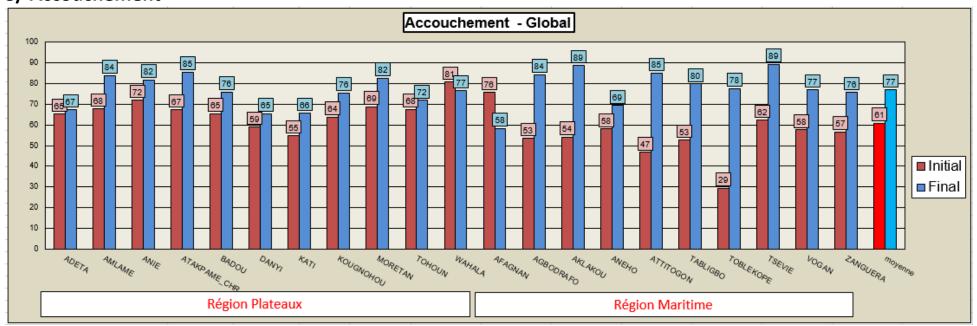


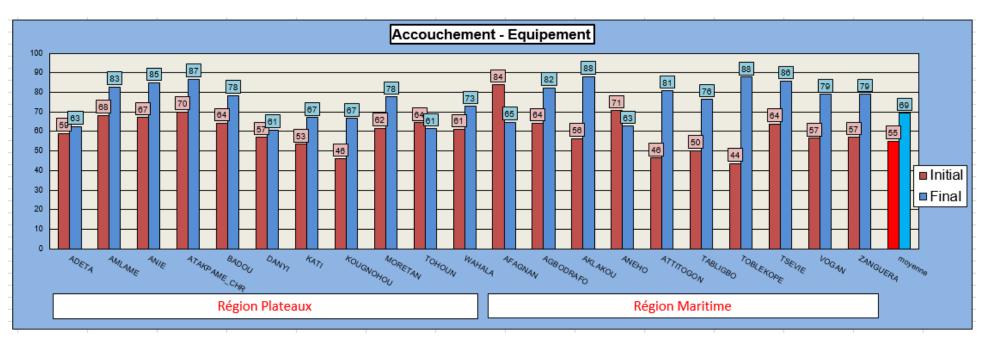
#### **Commentaires sur les Consultations**

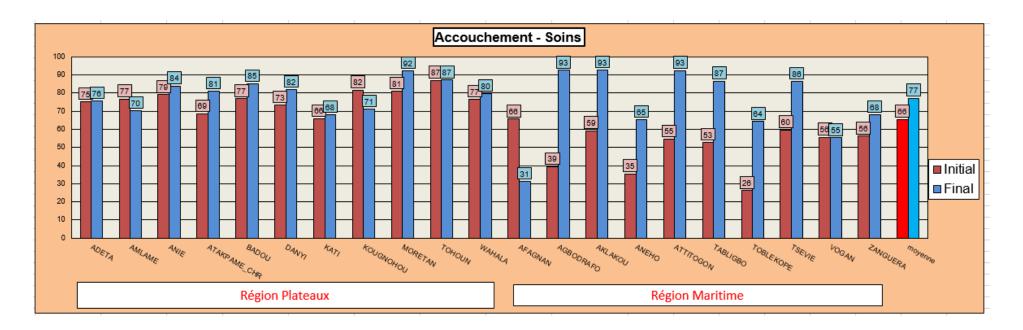
- Globalement, aucune différence significative n'est évidente, mais les scores initiaux sont en moyenne assez élevés.
- A nouveau, la Région Maritime progresse mieux que celle des Plateaux, mais ses scores initiaux étaient plus bas.

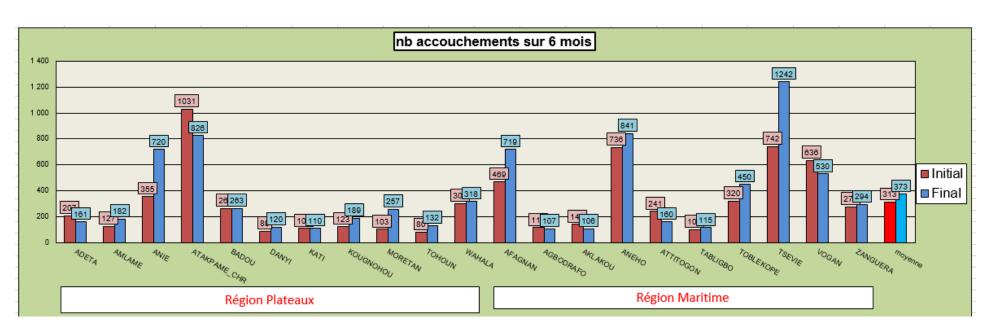
- 1. Fonctions SONU et Fonctions obstétricales de base
- 2. Consultations
- 3. Accouchement
- 4. Post-Partum
- 5. Bloc Opératoire
- 6. Autres Fonctions
- 7. Les limites de l'étude
- 8. Conclusions et recommandations

# 3/ Accouchement









Accouchements	moyenne	moyenne	Delta
note /100	61	77	26%
remplissage	88%	90%	2%
Equipement et fournitures	55	69	
structure	43	68	57%
équipement	57	70	22%
kit accouchement	51	70	36%
kit épisiotomie	76	81	7%
chariot d'urgence	47	57	21%
hygiène	71	91	28%
gestion de l'information	81	91	12%
Soins et documentation	66	76	
qualité accueil	70	63	-10%
interrogatoire	74	61	-18%
examen clinique	72	81	12%
partogramme	63	68	9%
Nursing pendant le travail	54	68	27%
hygiène pendant le travail	63	75	20%
soins pendant l'expulsion	64	93	46%
soins immédiats au nouveau-né	70	81	17%
délivrance	70	83	19%
hygiène après délivrance	59	89	52%
documentation après délivrance	63	71	12%
Activité (6 derniers mois)	313	373	19%

#### **Commentaires sur les accouchements**

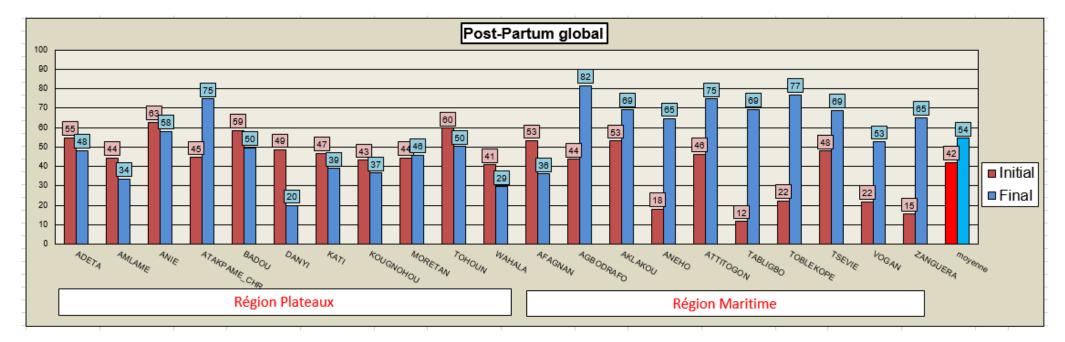
- Globalement, les scores relatifs à l'accouchement s'améliorent significativement, dans tous les domaines, mais principalement pour les infrastructures et les équipements, et la qualité des soins au cours de l'accouchement, et l'activité moyenne a augmenté de près de 20%.
  L'attractivité des maternités, surtout dans un contexte de concurrence exacerbé par des maternités « sauvages », est pour beaucoup dépendant de la qualité de l'accueil et du comportement relationnel des soignants.
- Un investissement important a été réalisé dans le renforcement des équipes. Il manque néanmoins souvent des sages-femmes en nombre suffisant car leur nombre n'est pas toujours adapté à l'activité. La présence d'une sage-femme 24/24 n'est pas constamment assurée.
- la dotation en misoprostone constitue un progrès important pour une prise en charge efficace et systématisée des hémorragies de la délivrance.
- 2 activités sont en léger recul : la qualité de l'accueil (se présenter, expliquer les gestes, accepter un accompagnant...) et l'interrogatoire initial sur les antécédents médicaux et obstétricaux.
- Un défaut quasiment général : les entrantes sont directement examinées en salle d'accouchement, même lorsqu'il existe une salle d'examen d'urgence. Cette pratique est problématique en matière de risque infectieux.
- les audits de mortalité maternelle et néonatale sont rarement pratiqués : cette pratique est indispensable pour tirer les leçons des défauts de prise en charge, et éviter leur répétition.
- L'accessibilité financière reste problématique pour une partie de la population.
  - Au coût des CPN, il faut rajouter les frais de biologie (environ 16000 CFA), au moins une échographie vers 22 SA (4500 à 6000 CFA) et les médicaments, dont certains ne semblent pas indispensables (veinotoniques).
  - Pour l'accouchement, Kit d'accouchement, Kit d'épisiotomie voire Kit de césarienne.
    Transfusion sanguine 2 culots 14000 CFA. Forfait césarienne à 10000 CFA.
  - Une aide d'état pour les accouchements dans les centres agréés avec personnel qualifié pourrait permettre d'augmenter leur attractivité.

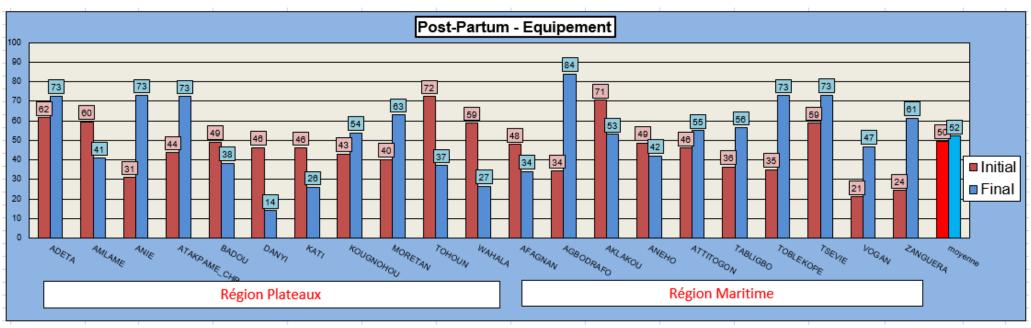
- 1. Fonctions SONU et Fonctions obstétricales de base
- 2. Consultations
- 3. Accouchement

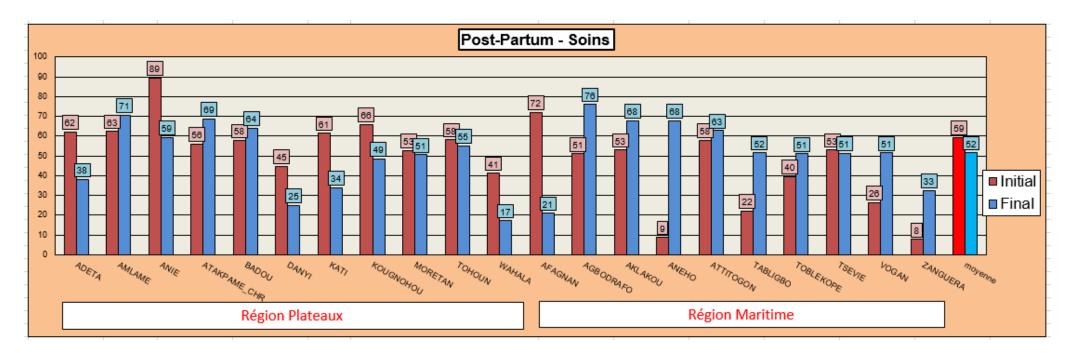
# 4.Post-Partum

- 5. Bloc Opératoire
- 6. Autres Fonctions
- 7. Les limites de l'étude
- 8. Conclusions et recommandations

# 4/ Post-Partum







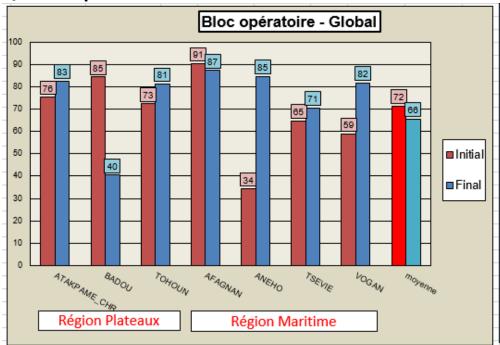
Post-Partum	moyenne	moyenne	Delta
note /100	42	54	30%
remplissage	84%	86%	2%
Equipement et fournitures	47	52	11%
structure	23	58	154%
équipement	36	46	29%
hygiène	54	56	2%
gestion de l'information	76	50	-34%
Soins et documentation	53	52	-1%
qualité accueil	42	41	-4%
examen clinique mère	47	59	27%
examen clinique nouveau-né	43	33	-24%
Hygiène	59	77	31%
soins	69	67	-4%
documentation	60	39	-34%

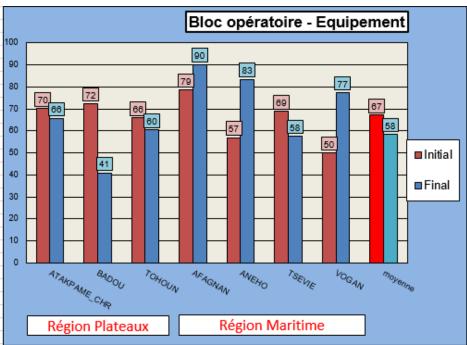
### Commentaires sur le post-partum

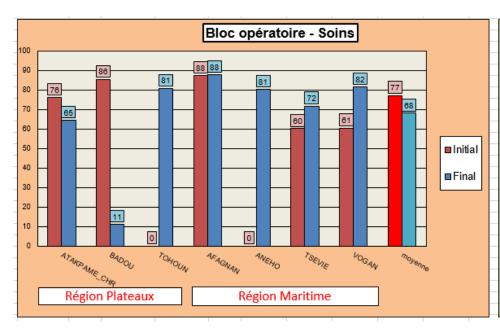
- Le Post-Partum est la fonction importante la plus déficitaire, et cette faiblesse concerne pratiquement tous les Centres.
- Globalement, on note une amélioration globale du score, qui porte surtout sur les locaux, l'équipement, l'examen clinique de la mère et l'hygiène des soins. En revanche, les dossiers médicaux sont mal ou non remplis, la surveillance des constantes très aléatoire, l'examen du nouveau-né est souvent absent, l'hygiène des locaux, en particulier la présence de lavabos et de toilettes est très déficitaire, l'intimité peu respectée.
- A nouveau, la Région Maritime progresse mieux que celle des Plateaux, mais ses scores initiaux étaient plus bas.

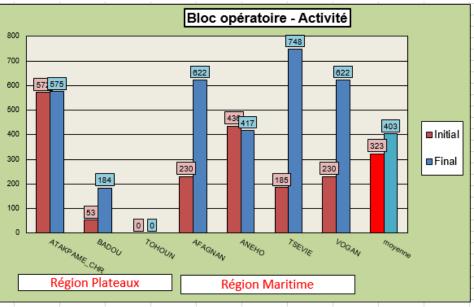
- 1. Fonctions SONU et Fonctions obstétricales de base
- 2. Consultations
- 3. Accouchement
- 4. Post-Partum
- 5. Bloc Opératoire
- 6. Autres Fonctions
- 7. Les limites de l'étude
- 8. Conclusions et recommandations

# 5/ Bloc Opératoire









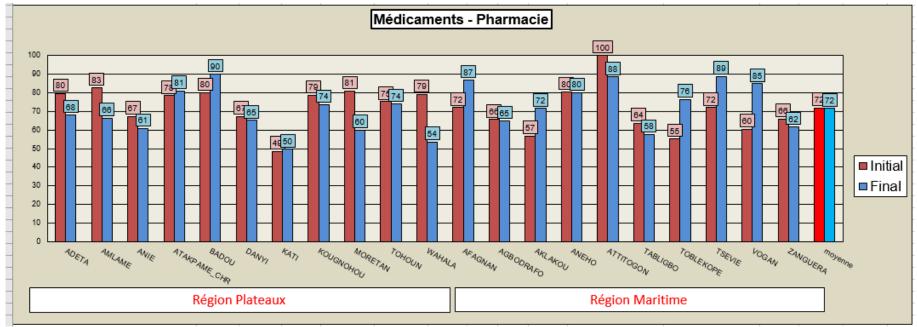
Bloc Opératoire	moyenne initiale	moyenne finale	Delta
note /100	72	66	-8%
remplissage	82%	85%	5%
Equipement et fournitures	67	58	
structure	71	58	-17%
équipement	85	71	-16%
Instruments chirurgicaux	69	70	1%
soins nouveau-né	45	54	20%
consommables	92	75	-19%
médicaments	69	48	-30%
hygiène et stérilisation	75	60	-21%
gestion de l'information	98	90	-9%
fournitures essentielles manquantes	0	0	0%
Soins et documentation	77	68	
disponibilité	64	62	-3%
préparation du bloc et accueil	62	28	-56%
surveillance per-opératoire	85	67	-21%
Soins pendant l'intervention	91	80	-12%
soins immédiats au nouveau-né	81	79	-3%
évaluation post-op de la femme	88	76	-13%
hygiène	85	76	-10%
documentation	64	78	22%
Activité (6 derniers mois, y compris césariennes)	323	403	25%

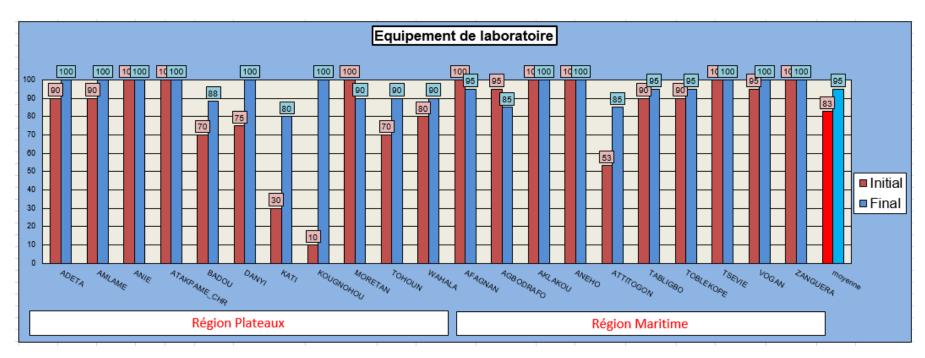
#### **Commentaires Bloc Opératoire**

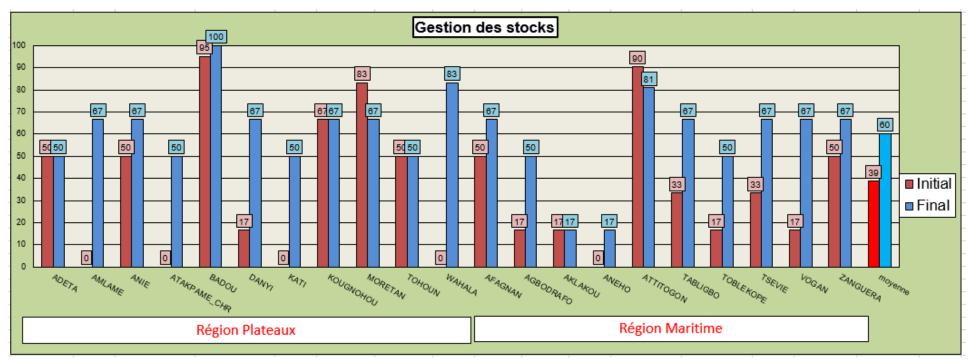
- L'interprétation des résultats doit être prudente, car ne sont concernés que 7 SONU C, dont 2 n'ont quasiment aucune activité chirurgicale. Ces résultats ne reflètent donc pas la situation générale de la chirurgie dans ces 2 régions.
- Globalement, les indicateurs sur le fonctionnement des blocs sont en légère régression, surtout en région des Plateaux
- Les principaux problèmes notés portent sur l'hygiène et la stérilisation, la préparation du bloc avant intervention, la surveillance peropératoire, les soins au nouveau-né après césarienne, la présence de produits anesthésiques adaptés et de médicaments d'urgence. Les blocs sont souvent encombrés de matériel inutilisé, périmé ou hors-d'usage, et de déchets non éliminés, ce qui rend la stérilisation des salles très aléatoire.
- La surveillance post-opératoire est souvent déficiente dès la sortie de la salle d'opération.
- La permanence des soins en chirurgie d'urgence, et en particulier des césariennes n'est pas assurée dans tous les SONUC, lorsque le seul opérateur présent s'absente.
- Les autoclaves livrés ne sont pas tous en service : alimentation électrique insuffisante, non formation des personnels, défaut d'entretien et de maintenance.
- L'activité chirurgicale moyenne a augmenté de 25%

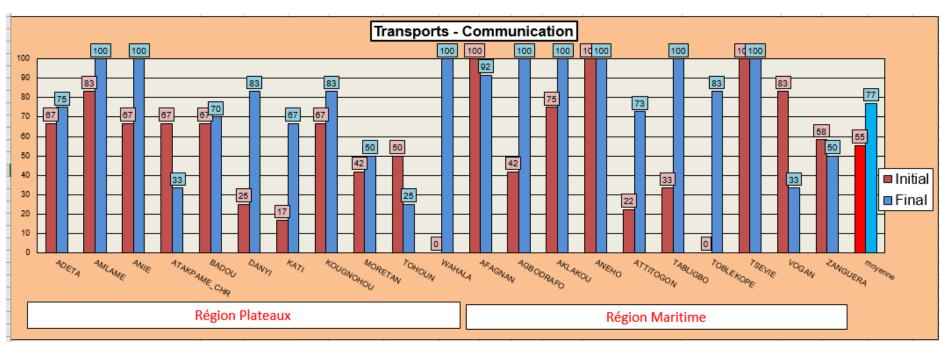
- 1. Fonctions SONU et Fonctions obstétricales de base
- 2. Consultations
- 3. Accouchement
- 4. Post-Partum
- 5. Bloc Opératoire
- 6. Autres Fonctions
- 7. Les limites de l'étude
- 8. Conclusions et recommandations

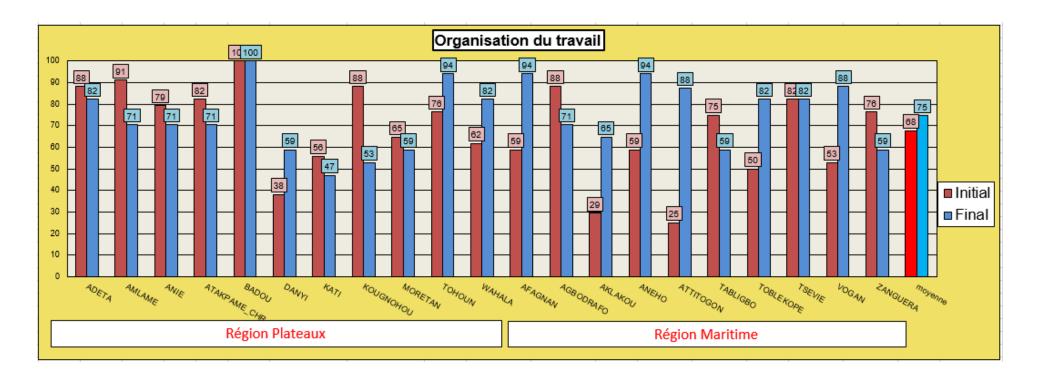
# **6/ Autres Fonctions**











Personnel (ETP)			Delta
Obstétricien	6	6	0%
Médecin généraliste	10	9	-10%
Interne	1	0	-1%
Sage Femme	72	99	38%
Accoucheuse	71	94	32%
Personnel avec compétences chirurgicales	10	22	120%
Médecin anesthésiste	5	1	-80%
Technicien sup anesthésie	13	19	46%
Infirmier/infirmière	13	21	68%
Stagiaires SF- élèves Infirmières	11	35	229%
Pédiatre	3	7	133%
Agents d'entretien	21	44	110%
Technicien de maintenance	9	7	-22%
Total	244	364	49%

#### **Commentaires Autres Fonctions**

#### Médicaments-Pharmacie

- En général, les pharmacies sont correctement gérées et disposent des médicaments essentiels.
- Les déficits les plus importants portent sur les drogues et gaz anesthésiques, et les produits destinés à la réanimation maternelle, surtout dans les SONUB (macro-molécules, vasopresseurs, oxygène, masques faciaux, cathlons de gros calibre)

#### **Equipement de laboratoire**

- Le niveau d'équipement est correct et s'est encore amélioré
- Dans la grande majorité des cas, les laboratoires sont propres, organisés, bien équipés et répondant aux examens indispensables. Le niveau de formation des professionnels est adapté au contexte. Le problème de la continuité des soins se pose la nuit ou les week-ends car il n'y a pas d'astreintes rémunérées.
- Les principaux déficits portent sur l'approvisionnement en réactifs et les contrats d'entretien pour les appareils, particulièrement les automats.

#### **Gestion des stocks**

- Reste une fonction très déficitaire, malgré un progrès indéniable
- Le principal déficit porte sur l'absence d'inventaire complet et actualisé.
  De nombreux cartons sont entassés sans que personne ne paraisse en connaître ni le contenu ni la péremption. Ces objets encombrent les pièces de stockage, mais également les couloirs de circulation et les salles de soins, ce qui pose un problème insoluble de nettoyage/désinfection des locaux. De plus, personne ne semble vouloir prendre la responsabilité d'évacuer les objets inutiles et encombrants.
- Le même problème existe pour le stockage des dossiers médicaux, auxquels aucune durée de conservation ne semble appliquée.

#### **Transport - communication**

- Cette fonction concerne la possibilité d'obtenir un conseil médical par téléphone et les moyens de transport pour les transferts de patientes.
- Reste également une fonction très déficitaire, malgré un progrès indéniable, de nombreux Centres ayant été équipés de véhicules de transport et la qualité du réseau routier s'étant améliorée.
- Le principal problème reste le coût de l'entretien des véhicules, et le coût élevé du transport en ambulance, qui conduit la plupart des familles à préférer le taxi, beaucoup moins onéreux.

#### Organisation du travail

- Cette fonction regroupe des tâches telle que l'organisation de listes de garde, de staff, de fiches de postes, de formation continue, Affichage heures d'ouverture - de visite, Affichage des tarifs, Passation de service - Transmissions, Gestion et rangement appropriés des dossiers actifs et des archives, Audits de mortalité maternelle, Audits de mortalité néonatale, Surveillance des femmes éloignées, Organisation de la référence - contre-référence.
- Les scores sont très inégaux selon les Centres, mais globalement les résultats ont progressé.

#### Personnel de maternité

Ce tableau montre l'évolution du nombre de personnel travaillant en maternité (mais pas nécessairement à temps plein)

Globalement, la dotation en personnel a nettement augmenté sur la période étudiée.

- 1. Fonctions SONU et Fonctions obstétricales de base
- 2. Consultations
- 3. Accouchement
- 4. Post-Partum
- 5. Bloc Opératoire
- 6. Autres Fonctions
- 7. Les limites de l'étude
- 8. Conclusions et recommandations

# 7/ Les limites de l'étude

#### Pour le relevé des indicateurs :

Limite de temps et faible activité des petits SONUB: la principale limite rencontrée est 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, et les indicateurs relevés proviennent alors essentiellement des registres.

Deux jours sont par contre suffisants pour les inventaires de pharmacie, de stock, les circuits patientes, l'hygiène et la stérilisation et la lecture des registres.

**Influence de la présence de l'observateur**: le comportement des soignants est influencé par l'observation et ne reflète pas nécessairement les conduites habituelles (comportement visà-vis des parturientes, utilisation de gants, prise des constantes...)

**Absence des responsables** : l'analyse de certaines données sont difficiles à réaliser si les responsables (médecin, cadres, pharmacien, laboratoire, maintenance...) sont absents lors de la visite.

**Documentation absente ou incomplète**: de nombreux indicateurs sont relevés sur les registres d'accouchement, de bloc opératoire, de transmission, et dans les dossiers patientes. Si la documentation est incomplète, les indicateurs ne sont pas fiables.

Mise à jour de l'outil d'évaluation : certains indicateurs manquaient dans les outils utilisés pour l'évaluation initiale (échographie – cardiotocographe ..), d'autres doivent être remis à jour (pharmacie-laboratoire), et la qualité des infrastructures n'est pas vraiment prise en compte. Cette mise à jour ne pouvait toutefois être réalisée avant la 2<sup>ème</sup> visite, car la comparaison nécessite des fichiers identiques avant-après.

De ce fait, l'évaluation finale est sous-évaluée par la non-prise en compte de tous ces équipements nouveaux, qui concernent aussi l'informatique et les équipements de laboratoire. De la même façon, des travaux complets de reconstruction ou de restructuration des locaux ne sont pas comptabilisé à leur juste valeur, alors qu'ils ont profondément changé les conditions de travail.

L'efficacité des formations réalisées (échographie – cardiotocographe – analgésie obstétricale et Violences Obstétricales) ne peut être évaluée à ce jour sur des critères objectifs (taux de césarienne, mortalité maternelle et néo-natale, satisfaction des utilisateurs), mais seulement sur le taux d'utilisation des appareils.

### Pour l'analyse des résultats

**Aide hors-MUSKOKA**: certains Centres ont pu bénéficier d'autres aides supplémentaires dans la période d'étude, de sorte qu'il est difficile de déterminer à qui attribuer le progrès enregistré.

**Absence de série comparative :** pour établir formellement l'efficacité du programme, il aurait fallu comparer les 21 Centres soutenus à un nombre équivalent de Centres comparables qui n'ont pas bénéficié du programme.

Influence du facteur humain: la qualité des soins fournis par une structure sanitaire est beaucoup plus dépendante du dynamisme, de l'implication et de l'expertise des soignants, et en particulier des responsables des maternités, gynécologues et sages-femmes, que du niveau d'équipement. En raison de la rotation rapide de ces responsables, une évolution des scores d'un Centre peut être simplement secondaire à ces changements.

Le rôle des évaluateurs : la notation est en partie évaluateur-dépendante

L'hétérogénéité des résultats selon les Centres : les résultats globaux recouvrent des situations très différentes en niveau de performance.

#### Pour les chiffres de la mortalité maternelle et néo-natale

La durée du suivi des nouveau-nés, rarement supérieur à 24 h, ne permet de comptabiliser que la mortalité péri-natale. La différence entre mortalité pré ou per-partum est aléatoire, et ne repose souvent que sur le degré de macération du fœtus. Il n'existe généralement aucun audit de mortalité néo-natale

Les chiffres de mortalité maternelle sont globalement difficiles à évaluer de façon précise, pour différentes raisons : non prise en compte de la mortalité liée aux GEU et aux complications d'avortement, des décès survenus dans un autre service, à domicile ou pendant les transferts, brièveté du suivi post-partum, documentation incomplète, faible activité de certains Centres.

Le relevé de résultats fiables sur la mortalité nécessitant des conditions de recueil irréalisables lors des missions d'évaluation, nous avons préféré renoncer à leur publication.

# 8/ Conclusions et Recommandations

Les résultats exposés ici sont des résultats globaux, les résultats individuels Centre par Centre sont indiqués dans les classeurs correspondants.

Un résumé des points forts et des points faibles de chaque Centre, avant et après MUSKOKA, est également présent dans le fichier « Compilation\_SONU\_MUSKOKA ».

Globalement, les évaluations réalisées montrent une amélioration de la qualité des soins en maternité dans les Centres ayant bénéficié du programme MUSKOKA.

Les évaluations ont permis de constituer une base de données importante et détaillée sur de nombreuses maternités, qui permettent de réaliser des évaluations objectives de la situation de chaque Centre et de son évolution au cours du temps. Les acteurs locaux, gynécologues et sagesfemmes, qui ont participé aux évaluations ont eu l'opportunité de s'approprier les outils d'évaluation.

Le programme MUSKOKA a été également l'occasion de développer des formations continues pour les personnels de soins, concernant l'utilisation de l'échographie d'urgence en maternité, du cardiotocographe, la prise en charge de la douleur obstétricale, et la prévention des violences obstétricales.

Les fonctions qui semblent maintenant correctement assurées sont les accouchements, la pharmacie, les équipements de laboratoire. La présence d'un niveau correct d'équipement, de locaux mieux adaptés, d'un personnel mieux formé et d'une meilleure organisation du travail semblent être à l'origine de ces progrès.

Les fonctions qui se sont améliorées mais restent déficitaires sont essentiellement le Post-Partum, l'hygiène et la stérilisation, la gestion des stocks.

Les fonctions SONU et autres fonctions obstétricales de base, qui devraient normalement être assurées à 100%, restent déficientes pour de nombreux Centres.

Dans la mesure où l'objectif principal du programme MUSKOKA reste la réduction de la mortalité maternelle, nous proposons des pistes d'action suivantes pour continuer à progresser, car elles sont susceptibles d'avoir une forte influence sur la mortalité.

#### Les recommandations

#### 1. La Réanimation maternelle de base

il s'agit d'une des fonctions les plus déficitaires, tant sur le plan des équipements nécessaires, que sur les compétences du personnel soignant. La plupart des maternités, surtout les SONUB, ne disposent ni d'oxygène, ni de masques faciaux, ni de voies d'abord veineux de calibre suffisant, ni de macro-molécules pour le remplissage vasculaire, ni de vasopresseurs. La survenue d'un état de choc n'est généralement ni prévenue ni diagnostiquée à temps, et les gestes de base pour y faire face ne sont pas maîtrisés.

Notre proposition est une formation de l'ensemble du personnel soignant (médecins, sagesfemmes, accoucheuses, infirmiers) à la compréhension de la physiopathologie du choc, aux techniques de bases de la réanimation, et la fourniture de l'équipement nécessaire (qui ne représente pas un coût important).

Les raisons d'inclure tous les SONU, y compris les B, sont les suivantes:

- les transferts sont rapides en Région Maritime, où les distances sont courtes et les routes goudronnées. Ce n'est pas le cas en région des Plateaux, où certains SONU sont très isolés géographiquement

- mettre une patiente en état de choc, non réanimée, dans un taxi ou sur une moto comporte un risque important qu'elle n'arrive pas vivante. Si elle décède pendant le transport, elle ne sera décomptée comme mort maternelle ni par le SONU B ni par le SONU C.
- les SONU C se plaignent souvent du fait que certaines patientes référées arrivent dans des états critiques, et une des raisons est l'absence de réanimation.
- les SONU C disposent généralement de techniciens d'anesthésie et de médecins, qui peuvent éventuellement prendre en charge les réa. Mais en SONU B, il n'y a pas d'alternative, si vous ne savez pas faire, personne ne pourra vous aider.
- la prise en charge des chocs hypovolémiques comporte une phase de dépistage précoce et de prévention que tous les soignants devraient connaître, pour éviter le passage en phase critique beaucoup plus difficile à gérer.
- les moyens nécessaires pour assurer une réa de base ne sont pas considérables

#### 2. La césarienne

Les missions précédentes d'évaluation des SONU C par les équipes de GSF ont permis de recueillir des informations importantes, en particulier sur les indications et la fréquence des césariennes, ainsi que sur les chiffres de mortalité maternelle et péri-natales. Ces données suggèrent qu'une étude plus complète et plus large de la pratique des césariennes est justifiée, car la fréquence des anomalies relevées est élevée, en particulier sur les indications et la surveillance per et post-opératoire. Car cette inflation, si elle n'est pas justifiée, peut avoir des effets négatifs sur la morbi-mortalité maternelle : risque opératoire et anesthésique, complications infectieuses, thromboemboliques, plaies de vessie, risque de rupture utérine et de placenta accreta etc.

Le coût de l'accouchement est également beaucoup plus élevé, et rien ne garantit qu'une femme avec un utérus cicatriciel aura les moyens financiers ou le souhait d'une césarienne itérative pour une grossesse ultérieure.

→ Notre proposition est une étude sur la pratique des césariennes dans les SONU C, l'objectif étant de faire un diagnostic précis de la situation, en utilisant l'observation directe et la documentation accessible. Les indicateurs relevés seront les suivants : qui porte l'indication, quelles sont les indications, la technique chirurgicale et anesthésique, le suivi post-opératoire, la morbi-mortalité, l'évolution dans le temps, le coût réel et le mode de financement des soins (à noter que GSF a la possibilité d'obtenir un financement pour cette étude)

#### 3. Hygiène et gestion des stocks

l'entassement de matériel, de mobilier, de consommables inutilisables, périmés ou simplement inutiles dans les réserves mais aussi dans les couloirs, les salles de consultation ou de soins constitue un problème chronique, dans la mesure où aucune mesure d'hygiène ne peut être efficace dans des locaux aussi encombrés. Manifestement, personne ne veut prendre la responsabilité de mettre ces objets au rebus.

Notre proposition: désignation d'un responsable des stocks, au niveau de chaque District ou Région, qui puisse faire avec les responsables locaux l'inventaire de l'existant et le tri des objets à éliminer, et faire appel à un véhicule pour embarquer les encombrants non traitables sur place.

#### 4. Post-partum

La surveillance des accouchées et de leur nouveau-né est rudimentaire et peu documentée, avec peu ou pas d'informations disponibles sur la rétraction utérine, les saignements, la TA, le pouls, la coloration des conjonctives, la température, l'allaitement, l'état de l'enfant, les consignes de départ, les informations sur la contraception etc. Ces négligences peuvent avoir des conséquences très graves, en particulier sur les hémorragies, les infections et les crises éclamptiques du post-partum, les difficultés d'allaitement, l'intervalle trop court entre les gestations.

Notre proposition : rédaction d'une fiche de surveillance, sur une feuille unique, précisant les items obligatoires à renseigner par les soignants, et d'un poster comportant les mêmes items à afficher en salle de Post-Partum.

#### 5. Audits de mortalité maternelle et périnatale

Le suivi de l'efficacité des programmes en maternité est difficile à réaliser sans avoir des chiffres précis sur les indicateurs les plus importants, c'est-à-dire la mortalité per-partum pour la mère et le nouveau-né. La réalisation d'audits très précoces est aussi la seule façon de diagnostiquer les défauts de prise en charge à l'origine du décès, d'aider le personnel à prendre conscience et à comprendre ces mécanismes, et de prendre les mesures nécessaires pour éviter leur répétition. Ceci concerne surtout les SONU C, mais les SONU B peuvent être également concernés par des transferts trop tardifs.

→ Notre proposition: formation à la réalisation d'audit de mortalité maternelle et néonatale, en insistant sur le côté pédagogique. Pour la mortalité maternelle, cette étude peut s'étendre aux « échappée belle », celles qui sont passé très près de la catastrophe, et dont les études ont démontré qu'elles étaient aussi instructives que la vraie mortalité, et dix fois plus nombreuses.

#### 6. Les lampes frontales

De nombreux Centres connaissent des coupures de courant, voire une absence complète d'éclairage la nuit, ou des lampes non-fonctionnelles. Dans ces conditions, la réalisation de certains gestes, qui exigent un éclairage puissant et bien orienté, devient extrêmement difficile, par exemple la réfection des épisiotomies ou la recherche de lésions intra-vaginales. Une solution simple, et très peu onéreuse, consisterait à fournir aux soignants de petites lampes frontales à ampoules LED, avec des piles ou des batteries rechargeables.