

République de Côte d'Ivoire

**Ministère de la Santé, de l'hygiène publique
et de la Couverture sanitaire universelle**

Direction des Soins Infirmiers et Maternels

Projet d'Amélioration du Continuum de Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN)

Rapport Final

Août 2024

Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)

**Mitsubishi UFJ research and Consulting
Earth and Human Corporation**

HM
JR
24-066

Rapport Final

Projet d'amélioration du continuum des soins de santé maternelle et néonatale

Table des matières

Table des matières	
Sigles et Abréviations	
Sites de projet et structures sanitaires cibles	
Photos	
Résumé	
Chapitre 1.Aperçu du projet.....	13
1.1. Contexte et justification	13
1.2. Objectif	13
1.3. Aperçu du projet	13
1.3.1. Objectifs et résultats du projet	13
1.4. Intrants du Projet.....	14
1.4.1. Intrant de la partie japonaise.....	14
1.4.2. Intrant de la partie Ivoirienne.....	15
Chapitre 2.Activités.....	17
2.1. Organisations et résultats en matière de gestion de projets.....	17
2.1.1. Structure de mise en œuvre du projet	17
2.1.2. Processus de mise en œuvre.....	18
2.1.3. Historique de la révision du PDM, Transition	19
2.1.4. Elaboration de livrables	24
2.1.5. Réunion du comité conjoint de coordination	24
2.1.6. Communication relative au projet.....	25
2.1.7. Enquête de satisfaction	25
2.2. Travail sur le Contenu du résultat 1	26
2.2.1. Enquête de base réalisée (activités 1.1 & 1.2)	26
2.2.2. Révision du modèle de continuum de soins pour la mère et le nouveau-né et identification des activités prioritaires (activités 1.3 & 1.4).....	28
2.2.3. Partage du modèle de continuum de soins pour les membres du Comité Conjoint de Coordination (activité 1.5).....	29
2.2.4. Organiser des ateliers de sensibilisation et d'information de la communauté (activité 1.6).....	29
2.2.5. Diffuser et utiliser les documents de normes et de politiques (Activité 1.7)	30
2.2.6. Révision du système de formation existant (activité 1.8)	30
2.2.7. Élaboration d'un plan d'action de formation pour le renforcement des capacités des sages-femmes et des infirmiers(ères) (activité 1.9)	32
2.2.8. Formation des sages-femmes et les infirmiers(ères) (activité 1.10)	32
2.2.9. Suivi et évaluation des résultats de la formation des infirmiers(ères) et des sages- femmes activité 1.11).....	35
2.3. Description des activités liés au résultat 2	38
2.3.1. Sélection des établissements de santé cibles pour la mise en œuvre du modèle (activité 2.1).....	38
2.3.2. Collecte d'informations sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des activités (activité 2.2).....	39

2.3.3. Analyse du système de distribution des médicaments, matériels et équipements pour l'accouchement normal et les soins obstétricaux néonataux d'urgence de base (activité 2.4).....	39
2.3.4. Acquisition et fourniture d'équipements pour les accouchements normaux et les Soins obstétricaux Néonataux d'Urgence de base (activités 2.3 & 2.5).....	40
2.3.5. Suivi et évaluation de l'utilisation du matériels et équipements et recommandations pour la révision des normes du Ministère de la Santé, le cas échéant (activité 2.6).....	40
2.3.6. Identification des problèmes et le suivi des recommandations des réunions de la SDMPR (activité 2.7).	41
2.4. Description des travaux liés au résultat 3.....	43
2.4.1. Valider le concept de modèle de continuum de soins (activité 3.1)	43
2.4.2. Identification de méthodes pour développer et accélérer la mise en œuvre du modèle de continuum de soins (activité 3.2)	47
Chapitre 3.Réalisation des objectifs du projet.....	48
3.1. État d'avancement des objectifs et des résultats du projet.....	48
3.1.1. Réalisation du résultat 1	49
3.1.2. Réalisation du résultat 2.....	49
3.1.3. Réalisation du résultat 3.....	49
3.1.4. Réalisation des objectifs du projet	50
3.2. Perspectives de réalisation des objectifs du projet.....	51
Chapitre 4.Problèmes, idées et leçons apprises dans la mise en œuvre et la gestion de projets	52
4.1. Questions relatives à l'exécution du projet.....	52
4.1.1. Contraintes sur le système de mise en œuvre du projet.....	52
4.1.1. Contraintes opérationnelles du projet dues aux restrictions de voyage causées par la propagation de nouvelles infections par le coronavirus.....	52
4.1.2. Manque de communication tant du côté japonais que du côté ivoirien	52
4.1.3. Contraintes sur le calendrier de mise en œuvre des activités.....	52
4.1.4. Manque de capacité des fournisseurs en matière d'acquisition d'équipements.	52
4.2. Innovations dans la mise en œuvre et le fonctionnement du projet	52
4.2.1. Efforts pour améliorer la communication	52
4.2.2. Renforcement des systèmes de mise en œuvre du projet.....	53
4.2.3. Coopération avec d'autres opérations connexes.....	53
4.3. Leçons apprises.....	53
4.3.1. Leçons apprises de la mise en œuvre du programme de formation	53
4.3.2. Leçons apprises de la mise en œuvre de la supervision.....	54
4.3.3. Leçons apprises de l'acquisition des matériels et équipements.....	54
4.3.4. Leçons apprises du développement d'outils.....	54
Chapitre 5.Recommandations pour atteindre les objectifs du projet.....	55
5.1. Mise en œuvre continue du modèle PACSSMN (Au Ministère en charge de la Santé)	55
5.2. Formation continue des sages-femmes et des infirmières (Au Ministère en charge de la Santé)	55
5.2.1. Importance du renforcement des compétences sur l'accouchement normal.	55
5.2.2. Améliorer les compétences d'évaluation des sages-femmes	55
5.3. Mise en œuvre des recommandations basées sur les résultats de la supervision (Au Ministère en charge de de la Santé, DRS, DDS, ESPC et prestataires)	56
5.4. Promouvoir une collaboration constructive entre les obstétriciens et les sage-femmes (Au Ministère en charge de la Santé et prestataires)	56
5.5. Amélioration des réunions SDMPR au niveau des Districts Sanitaires	56

5.6. Collaboration avec les Partenaires Techniques et Financiers intervenants le secteur de la santé maternelle et infantile (À la JICA)	57
--	----

Annexes 59

Annexe 1 : Cadre logique du Projet (PDM version 2)	59
Annexe 2 : Plan opérationnel (version 3).....	63
Annexe 3 : Organigramme opérationnel	65
Annexe 4 : Liste des équipements fournis par ESPC	67
Annexe 5-1 : Procès-verbal de la deuxième réunion du Comité Conjointe de Coordination	69
Annexe 5-2 : Procès-verbal de la réunion finale du Comité Conjointe de Coordination.....	81
Annexe 6 : Sommaire exécutif du rapport d'étude de base dans le cadre du PACSSMN	95
Annexe 7 : Suggestions sur la révision de la formation.....	109
Annexe 8 : Synthèse du rapport de supervision.....	211
Annexe 9 : Défis et suggestions pour la supervision	259
Annexe 10 : Suggestions sur la SDMPR.....	275
Annexe 11 : Canevas pour note conceptuel du Modèle de continuum de soins de santé maternelle et néonatale	289

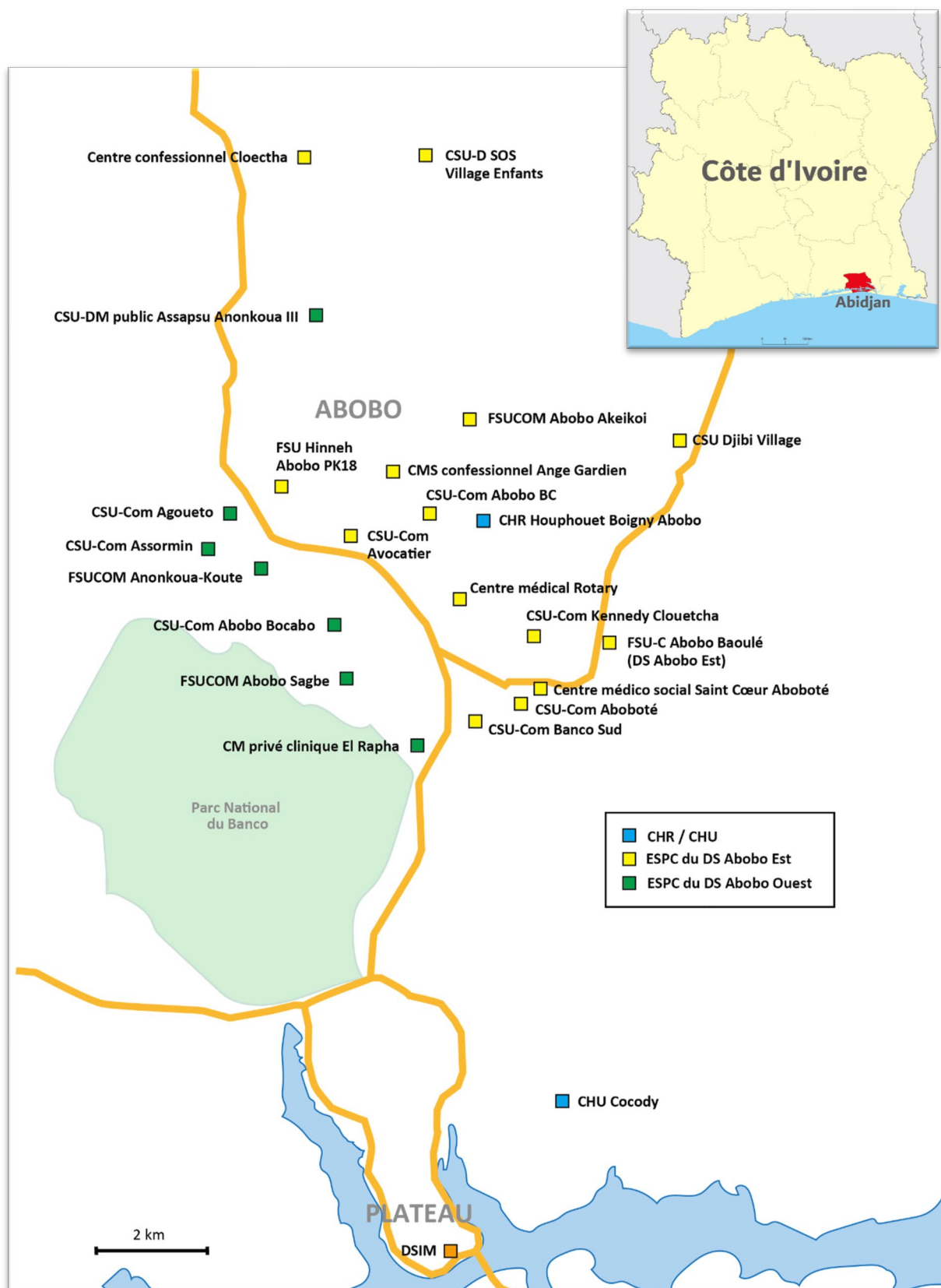
Tableaux et Figures

Tableau 1 : Vue d'ensemble du PACSSMN (PDM ver. 2).....	14
Tableau 2 : Intrant de la partie japonaise (experts).....	14
Tableau 3 : Intrant japonais (équipement).....	15
Tableau 4 : Formation.....	15
Tableau 5 : Contribution japonaise (budget)	15
Tableau 6 : Affectation des homologues ivoiriens.....	15
Tableau 7 : Historique de la mise en œuvre du projet	18
Tableau 8 : Modifications du PDM	20
Tableau 9 : Produits de la coopération technique.....	24
Tableau 10 : Récapitulatif des enquêtes de satisfaction	26
Tableau 11 : Résumé de l'enquête de base.....	26
Tableau 12 : Points à retenir par composantes pour la mise en œuvre du (projet de) modèle de continuum de soins pour la mère et le nouveau-né.....	29
Tableau 13 : Vue d'ensemble de l'atelier de sensibilisation de la communauté.....	30
Tableau 14 : Liste des normes, documents politiques et affiches élaborés dans le cadre du projet	30
Tableau 15 : Vue d'ensemble du programme de formation des sages-femmes et des infirmières.....	31
Tableau 16 : Vue d'ensemble de la formation des enseignants.....	33
Tableau 17 : Aperçu de la formation des sages-femmes et des infirmières.....	33
Tableau 18 : Difficultés rencontrées et solutions proposées.....	34
Tableau 19 : Suivi post-formation des sages-femmes et infirmiers(ères).....	35
Tableau 20 : Vue d'ensemble de la supervision	37
Tableau 21 : Recommandations de la supervision.....	37
Tableau 22 : Équipement fourni aux installations cibles.....	40
Tableau 23 : Problèmes, recommandations et responsables lors de la revue des décès maternels, compilées par le District de Sanitaire d'Abobo Ouest	41
Tableau 24 : Projet de procédures pour examen lors la revue des décès maternels SDMPR.....	42
Tableau 25 : Aperçu de la note conceptuelle du modèle de continuum de soins.....	44
Tableau 26 : Activités et défis prioritaires dans les Districts Sanitaires d'Abobo sur la base du modèle proposé (par composante)	45
Tableau 27 : Recommandations issues des ateliers de partage des résultats	47
Tableau 28 : Liste des réalisations des objectifs et des résultats du projet.....	48
Tableau 29 : Comparaison entre l'enquête de base et l'enquête de satisfaction (Indicateur 1)	50
Tableau 30 : Comparaison des enquêtes de base et de satisfaction (Indicateur 2)	51
Tableau 31 : Objectifs principaux du projet et réalisations attendues	51
Figure 1 : Structure de mise en œuvre du projet	17
Figure 2 : Schéma conceptuel du modèle de continuum de soins maternels et néonataux (modèle PACSSMN) (initial)	28
Figure 3 : Schéma conceptuel du modèle PACSSMN (version révisée).....	45

Sigles et Abréviations

AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
ASC	Agent de santé communautaire
ASFI	Association des Sages-femmes Ivoiriennes
BDCF	Battements de cœur fœtal
SONU B	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONU C	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
Commonwealth des Nations (anciennement CNTS)	Centre national de transfusion sanguine
COGES	Comité de gestion
CSU	Centre de santé urbain
CSU-Com.	Centre de santé urbaine à base communautaire
DAP	Direction des Activités pharmaceutiques
DGS	Direction générale de la santé
DSCPC	Direction Santé communautaire et de la Promotion de la Santé
DSIM	Direction des soins infirmiers et maternels
ESPC	Etablissements sanitaires de premiers contacts
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
FCFA	Francs CFA
FSUCOM	Formation sanitaires urbaines à base communautaire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
INFAS	Institut national de formation des agents de santé
HPPI	Hémorragie du post partum immédiat
DIU	Dispositif intra-utérin
CCC	Comité Conjoint de coordination
JICA	Agence japonaise de coopération internationale
HM	Homme-mois
ONG	Organisation non gouvernementale
NPSP	Nouvelle pharmacie de la santé publique
PACSSMN	Projet d'amélioration du continuum des soins de santé maternelle et néonatale
PDM	Matrice de conception du projet
PEV	Programme élargi de vaccinations
PND	Plan national de développement
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNSME	Programme national de santé de la mère et de l'enfant
PNSSU-SAJ	Programme national santé scolaire et universitaire- santé Adolescents- Jeunes
PO	Plan d'action
R/D	Compte rendu de la discussion (Record of discussions)
RASS	Rapport annuel sur la situation sanitaire
ODD	Objectifs de développement durable
SDMPR	Surveillance de Décès Maternel et Périnatal et Riposte
SIP	Société Ivoirienne de Pédiatrique
SME	Santé de la Mère et de l'Enfant
SOGOCI	Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire

SYNSFI	Syndicat National des Sages-Femmes Ivoiriennes
UBT	Ballonnet intra-utérin
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
WS	Atelier



Sites de projets et structures sanitaires cibles

Photos



Réunion préparatoire dans le cadre de la formation des formateurs (juillet 2023)



Mannequin utilisé dans le cadre de la formation des formateurs (juillet 2023)



Formation de sages-femmes et infirmières (cérémonie d'ouverture) (août 2023)



Participants se formant sur les soins aux nouveau-nés avec des mannequins dans le cadre de la formation pratiques (août 2023)



Participants se formant sur les soins kangourou au nouveau-né dans la formation (septembre 2023)



Photo de famille après la remise des certificats (septembre 2023)



Présentation par la manager du projet sur l'état d'avancement du projet lors du 2^{ème} CCC (Nov 2023)



Mission de suivi post-formation (déc. 2023)



Vérification des documents affichés en salle d'accouchement par les infirmières du DSIM lors du suivi post-formation (déc 2023)



Outils pédagogiques élaborés par PACSSMN et à utiliser pour les consultations (déc 2023)



Remise d'équipements dans le district sanitaire d'Abobo Ouest (mars 2024)



Sage-femme prenant en charge un nouveau-né sur la table de réanimation accordées en supervision (FSU Com Avocatier) (mars 2024)



Simulation d'accouchement lors de la mission de supervision (CSU Com Aboboté) (mars 2024)



Participation d'équipe PACSSMN à la réunion de SDMPR (mars 2024)



Participation d'équipe PACSSMN à la conférence sur la mortalité maternelle (Mar 2024)



Atelier de validation du modèle PACSSMN (juin 2024)



Participants discutant l'atelier de validation du modèle PACSSMN basé sur la situation réelle sur le terrain (juin 2024)



Présentation des résultats par la manager du projet lors du 3e CCC (juin 2024)

Résumé

En Côte d'Ivoire, les troubles socio-politiques ont considérablement affecté les indicateurs de santé, entraînant un taux de mortalité maternelle de 522 pour 100 000 naissances (en 2018) et un taux de mortalité néonatale de 33 pour 1 000 naissances. Ces chiffres révèlent un état préoccupant de la santé maternelle et infantile dans le pays. Pour y remédier, le gouvernement ivoirien a inscrit dans le « Deuxième Plan National de Développement (PND II 2016-2020) » l'amélioration de la santé de la population et l'accès à la protection sociale pour les groupes vulnérables comme axes stratégiques.

À la suite d'une enquête réalisée par la JICA en 2017, il a été constaté la nécessité d'améliorer la qualité des soins en Côte d'Ivoire en établissant et en diffusant un « modèle de soins continus pour les mères et les nouveau-nés » basé sur des preuves. Suite à cette constatation, le gouvernement ivoirien a sollicité une coopération technique du Japon pour renforcer la qualité des soins et des services de santé dans le pays.

Ainsi, en juillet 2019, un projet de cinq ans a été lancé pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux dans les districts sanitaires d'Abobo Est et Abobo Ouest de la région du Grand Abidjan. Cependant, en raison de divergences d'opinions entre les parties ivoirienne et japonaise concernant la gestion du projet, ainsi que des restrictions de voyage liées à la pandémie de Covid-19, le début des activités a été retardé.

Pour remédier à cela, la JICA a mené une mission d'évaluation opérationnelle en novembre 2022 afin de relancer le projet. Compte tenu de la période restante et des besoins sur le terrain, la portée du projet a été recentrée sur des activités prioritaires, notamment l'amélioration des compétences cliniques des sages-femmes et infirmières, ainsi que le renforcement du système de référencement.

Les principaux résultats et activités sont les suivants :

Résultat 1 : Renforcement des compétences des sages-femmes et infirmières dans les établissements cibles selon le modèle de soins continus. Une enquête de base a été menée, et lors de la réunion de restitution des résultats, quatre domaines prioritaires ont été identifiés : la gouvernance des districts sanitaires, la gestion des établissements de santé, la qualité des services de soins maternels et infantiles, et la collaboration avec la communauté. Un programme de formation a été élaboré et plus de 250 sages-femmes et infirmières ont été formées, montrant une amélioration moyenne de cinq points entre les tests pré et post-formation. Néanmoins, des lacunes dans la gestion du temps, le contenu des cours, et la formation pratique ont été identifiées, avec des propositions d'amélioration soumises.

Résultat 2 : Renforcement des systèmes de référence dans les zones cibles. La supervision a révélé que de nombreux établissements de premier niveau réfèrent facilement des cas, même mineurs, aux établissements de niveau supérieur, en raison d'une méconnaissance des protocoles de soins et d'un manque de médicaments essentiels. Des réunions ont permis de formuler des propositions pour améliorer ces pratiques.

Résultat 3 : Vérification et disponibilité d'un modèle de continuum de soins maternels et néonataux. Les activités du projet ont permis de développer un modèle adapté au contexte ivoirien, basé sur les six éléments du cadre de système de santé de l'OMS, avec une forte composante de coopération communautaire.

Les objectifs du projet ont été atteints, avec des améliorations notables dans la satisfaction des sages-femmes et des femmes ayant accouché dans les établissements appliquant le modèle de soins continus. Cependant, il reste difficile d'évaluer l'impact global sur le taux de mortalité maternelle dans les districts d'Abobo. Les recommandations suivantes sont proposées pour les parties prenantes :

- **Continuer la mise en œuvre du modèle PACSSMN :** Ce modèle, conçu pour réduire la mortalité maternelle et néonatale en tenant compte du contexte local, doit continuer à être appliqué dans le district d'Abobo après la fin du projet.
- **Poursuivre la formation des sages-femmes et infirmières :** Il est crucial de clarifier les objectifs de la formation et de se concentrer sur des compétences spécifiques pour améliorer la santé maternelle et néonatale.

- **Mettre en œuvre les recommandations issues de la supervision :** Utiliser des outils d'évaluation pour améliorer la qualité des soins obstétricaux et néonataux.
- **Promouvoir la collaboration entre obstétriciens et sages-femmes :** Renforcer cette collaboration pour améliorer la qualité des soins.
- **Améliorer les réunions SDMPR au niveau des districts :** Appliquer les procédures recommandées pour réduire la mortalité maternelle.
- **Coordination avec les donateurs actifs :** Partager et promouvoir le modèle de soins continus avec les donateurs pour renforcer la santé maternelle et infantile.

Chapitre 1. Aperçu du projet

1.1. Contexte et justification

En Côte d'Ivoire, les niveaux élevés de la mortalité maternelle (Taux : 522 DM pour 100 000 NV / EDS 2018¹), néonatale (Taux : 33/1000NV /MICS-2016) et infantile (60/1000 NV / MICS-2016) constituent une préoccupation majeure pour la Côte d'Ivoire qui fait partie des pays en développement. Malgré les stratégies et interventions mises en œuvre pour faire face aux problèmes de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les indicateurs ne sont toujours pas reluisants. Le gouvernement de Côte d'Ivoire a fait de l'accélération du développement du capital humain et du bien-être social un axe stratégique de son deuxième plan national de développement (PND II 2016-2020), qui vise à améliorer l'état de santé de la population (augmentation de l'accessibilité à des services de santé de qualité, amélioration de l'état nutritionnel des femmes et des enfants) et la couverture sociale des groupes vulnérables (mise en place d'une couverture sanitaire universelle). Dans cette optique, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020) et la Stratégie nationale de financement de la santé (2015) ont également été élaborés, l'amélioration de la santé maternelle et infantile étant l'un des axes stratégiques du PNDS. Ceux-ci, sont également en lien avec les Objectifs de Développement Durable (ODD), qui ont également été adoptés par le gouvernement de Côte d'Ivoire.

À la suite d'une étude menée par la JICA en 2017, il a été confirmé entre le Ministère de la Santé, de l'hygiène publique et de la Couverture sanitaire universelle du pays (ci-après dénommé « Ministère de la Santé ») et la JICA que le pays doit améliorer la qualité des soins en établissant et en promouvant un « modèle de soins continus à la mère et au nouveau-né » fondé sur des données probantes. Dans ce cadre, il est nécessaire de renforcer les capacités des établissements de santé primaires, secondaires et tertiaires de la communauté afin qu'ils puissent remplir leurs rôles respectifs. Le gouvernement de Côte d'Ivoire a demandé la coopération technique du Japon pour améliorer les indicateurs de santé maternelle et infantile en améliorant la qualité des soins de santé et la prestation des services de santé maternelle et infantile dans le pays.

Les indicateurs de santé maternelle et infantile en Côte d'Ivoire restent faibles, mais selon l'Enquête Démographique et de Santé de 2021, le taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) est passé à 385 en 2021 et le taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) à 30 cette même année². Ceci est dû aux différentes initiatives du gouvernement pour accélérer l'amélioration des indicateurs liés à la santé maternelle et infantile (réhabilitation des structures sanitaires et revues de décès maternels pour renforcer les capacités de soins maternels à Abidjan, distribution de kits gratuits de maternité et de césarienne dans les zones à fort taux de décès maternels), selon le PND 2021-2025³.

1.2. Objectif

Le projet vise à renforcer le système de référence et les capacités des agents de santé (sages-femmes et infirmier(ère)s) dans les districts sanitaires d'Abobo Est et Ouest en matière de santé maternelle et néonatale. Sur la base des résultats et des défis des activités sur le terrain, les composantes du modèle de soins continus à la mère et au nouveau-né ont été identifiées à partir de l'enquête de référence. Ceci permettant de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et des services liés à la santé maternelle et néonatale par la vérification, le développement et la dissémination de modèles futurs.

1.3. Aperçu du projet

1.3.1. Objectifs et résultats du projet

Une vue d'ensemble de ce « Projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale en Côte d'Ivoire (PACSSMN) », est présentée dans le tableau ci-dessous.

¹ [Maternal mortality ratio \(modeled estimate, per 100,000 live births\) - Cote d'Ivoire | Data \(worldbank.org\)](https://data.worldbank.org/SH.MMVS.SRVS.CV.NV?locations=SI)

² Enquête sur la santé de la population 2021.

³ Rapport annuel PND2021-2025 (2022)

Tableau 1 : Vue d'ensemble du PACSSMN (PDM ver. 2)

Objectif global	Contribuer à la réduction des décès maternels et néonataux dans les établissements de santé de la zone cible
Objectif du projet	Améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services dans le continuum de l'offre des soins de santé maternelle et néonatale dans les zones cibles
Résultats attendus	Résultat 1 : Le renforcement des capacités des sages-femmes et des infirmier(ère)s est mis en œuvre dans les établissements cibles sur la base du modèle du continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés. Résultat 2 : Les systèmes de référence (référence / contre-référence) sont renforcés dans les zones cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonataux. Résultat 3 : Un modèle de continuum des soins maternels et néonataux est vérifié et disponible.
Zone du projet	Le district sanitaire d'Abobo Est et d'Abobo Ouest (Abidjan)
Groupes cibles	Femmes enceintes, en phase d'accouchement et en période post-partum (mères) et nouveau-nés
Structure de mise en œuvre	▪ Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGS), ▪ Direction des Soins Infirmiers et Maternels (DSIM), ▪ Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME), ▪ CHU de Cocody, ▪ Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS), ▪ Direction Régionale de la Santé d'Abidjan 1, ▪ District Sanitaire d'Abobo Est et d'Abobo Ouest
Durée du projet	Juil 2019 - Juil 2024 (5 ans)

1.4. Intrants du Projet

1.4.1. Intrant de la partie japonaise

La contribution japonaise pour la mise en œuvre du Projet, sur la base du cadre logique du projet (Project design matrix : PDM) est présentée dans les tableaux ci-dessous.

(1) Experts

Tableau 2 : Intrant de la partie japonaise (experts)

Domaine de responsabilité	Durée du mandat/personne-mois
Chef des opérations/de l'administration de la santé 1	6,00 HM
Chef adjoint des opérations/administration de la santé 2	2,00 HM
Formation des infirmiers et des sages-femmes 1	4,50 HM
Formation des infirmiers et des sages-femmes 2	5,53 HM
Suivi et évaluation 1	3,50 HM
Suivi et évaluation 2	5,97 HM
Supervision de la formation 1	2,90 HM
Supervision de la formation 2	1,10 HM
Conseiller principal	Mars 2021 - Mars 2023.
Santé maternelle et infantile	Juillet 2021 - novembre 2021.
Santé maternelle et infantile	Mars 2022 - octobre 2022.
Santé communautaire	Juillet 2019 - mars 2021.
Santé communautaire	Sep 2021 - Sep 2023.
Coordinateur	Avril 2021 - mars 2022.
Coordinateur	Mai 2022 - juillet 2024.
Conseiller principal	Juillet 2019, septembre 2019, février 2020.
Soutien à l'enquête de base	Sept 2019.
Soutien à l'enquête de base	Sept 2019, Oct 2021, Mars 2022.
Soutien à l'enquête de base	Oct. 2021, mars 2022.

(2) Matériaux et équipements

Tableau 3 : Intrant japonais (équipement)

Type.	Nom de l'équipement (quantité)	Montant levé (yen)
Véhicule officiel	Véhicules prêtés par la JICA (2)	8,800,000
Équipements	Ordinateurs portables (4), projecteurs (1), imprimantes laser (2), copieurs multifonctions (1), destructeurs (1).	2,892,813
	Matériel médical nécessaire à l'accouchement et aux soins obstétricaux : kit d'accouchement (63), kit d'épisiotomie (21)	1,500,000
	Matériel de formation pour sages-femmes : mannequins prénatals (3), mannequins pour bébés néonataux et prématurés (6).	4,500,000
	Équipement des structures cibles : tables d'accouchement, tables de réanimation néonatale, balances, etc.	20,000,000

(3) Formation

Tableau 4 : Formation

	Titre de la formation	Période.	Participant
Formation spécifique à un sujet	Promouvoir le travail en équipe et améliorer les compétences en matière de soins périnataux.	02.09.2019 - 29.09.2019	2 personnes
	Améliorer la santé des femmes et des enfants dans les régions francophones d'Afrique - en mettant l'accent sur les soins maternels et néonataux - (à l'intention des fonctionnaires administratifs).	01.03.2021 - 05.03.2021 (en ligne)	4 personnes, 3 observateurs
		01.02.2022 - 22.02.2022 (en ligne)	1 personne
		01.11.2021 - 26.	2 personnes
	Soins périnataux et néonataux	28.11.2022 - 06.12.2022 (en ligne)	1 personne
	Amélioration de la santé maternelle	17-28.10.2022 (en ligne)	1 personne
Formation spécifique à un pays	Afrique francophone Améliorer la santé des femmes et des enfants	04.12.2023 - 23.12.2023	1 personne
	Formation nationale pour le projet « Improving Maternal and Newborn Continuum of Care » (Améliorer le continuum des soins maternels et néonataux).	2020.02.16-28.	6 personnes

(4) Budget

Tableau 5 : Contribution japonaise (budget)

Exercice financier	Coûts d'activité (frais généraux de fonctionnement)
2019	10 801 359 FCFA
2020	430 600 FCFA
2021	130 312 442 FCFA
2022	47 491 425 FCFA
2023	152 468 504 FCFA
2024	19 352 738 FCFA

1.4.2. Intrant de la partie Ivoirienne

(1) Affectation des contreparties du projet

Tableau 6 : Affectation des homologues ivoiriens

Rôle	Affiliation/poste	Période.
Directeur de projet	Directeur de cabinet adjoint, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	07.2019~12.2019
	Directeur du Programme National de Santé Bucco-dentaire, Ministère de la Santé (par intérim)	2020.01~2020.11
	Ministre de la santé	2020.12~

Rôle	Affiliation/poste	Période.
Chef de projet	Directeur, Direction des Soins Infirmiers et Maternels du Ministère de la santé	2019.07~
Point focal	Ministère de la santé , Direction des Soins Infirmiers et Maternels	2019.07~2024.01
	Sage-femme (santé publique), Direction des Soins Infirmiers et Maternels, Ministère de la santé	2019.07~
	Médecin, Direction des Soins Infirmiers et Maternels, Ministère de la santé	2019.07~
	Médecin, Direction des Soins Infirmiers et Maternels, Ministère de la santé	2019.07~
	Gynécologue de la Société des Obstétriciens et Gynécologues (SOGOCI) (actuellement membre du Bureau de la DSIM)	2024.01~
	Inspecteur des soins infirmiers, Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME)	2024.01~
	Membre du secrétariat de l'Association des sages-femmes Ivoiriennes e(ASFI)	2024.01~

(2) Mise à disposition des locaux et équipements pour les experts japonais

Un bureau est mis à disposition au niveau de la Direction des Soins Infirmiers et Maternels (DSIM), certains meubles et équipements de bureau tels que des bureaux et des chaises sont fournis et les frais de fonctionnement nécessaire à la mise en œuvre de la coopération.

(3) Coûts de fonctionnement partiels de la mise en œuvre du projet

- Indemnités journalières et frais de déplacement pour l'organisation de sessions de travail
- Formation des professionnels de la santé sur Covid-19.
- Activités de sensibilisation de la communauté aux soins prénatals sûrs dans le cadre de la pandémie de Covid-19

Chapitre 2. Activités

2.1. Organisations et résultats en matière de gestion de projets

2.1.1. Structure de mise en œuvre du projet

(1) Système de gestion de projet

Le document d'accord de base du projet (R/D), (Procès-Verbal) signé le 28 février 2019 prévoyait une structure de mise en œuvre avec le Directeur de Cabinet Adjoint du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en tant que Directeur du projet et le Directeur de la Direction des Soins Infirmiers et Maternels en tant que Manager du projet.

Après le lancement du projet, aucun accord n'a été trouvé sur la structure de mise en œuvre (le comité mixte de coordination (CMC) et les groupes de travail qui en dépendent) en raison des souhaits du Ministre de la Santé de l'époque. Le projet a donc été géré et les activités ont été mises en œuvre dans le cadre des « séances de travail » au sein de la DSIM. A la suite des échanges, le Ministre de la Santé a été désigné comme le Directeur du projet, et un procès-verbal d'amendement R/D pour ce changement dans la structure de mise en œuvre a été signé le 30 novembre 2020.

La Figure 1 relative à la structure de mise en œuvre a été adoptée pour promouvoir le projet.

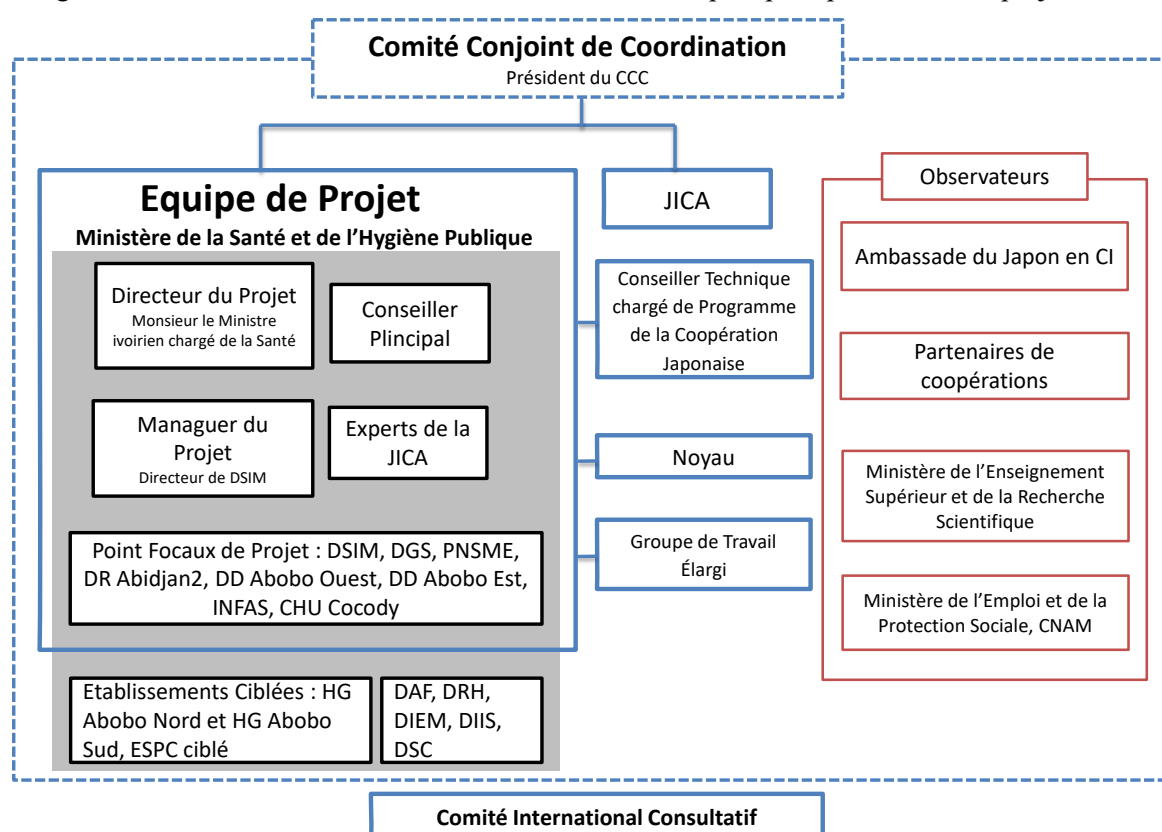


Figure 1 : Structure de mise en œuvre du projet

Depuis, l'atelier de restitution des résultats de l'enquête de base en décembre 2022, les personnes ressources des Directions et Programmes du Ministère de la Santé, les Sociétés Savantes telles que la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire (SOGOCI) et la Société Ivoirienne de Pédiatrie (SIP), les Organisations Professionnelles comme l'Association des Sages-Femmes Ivoiriennes (ASFI) ont été identifiés et impliqués dans les activités de la mise en œuvre du projet en tant qu'Equipe Technique Nationale.

Lors de la réunion de partage des résultats de l'enquête de base en décembre 2022 et de la réunion d'élaboration et d'approbation des outils et des modules pour la formation des sages-femmes et des

infirmières entre mars et avril 2023, les participants des départements concernés du ministère de la Santé et des associations professionnelles telles que la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire (SOGOCI), la Société Ivoirienne de Pédiatrie (SIP) et l'Association des Sages-Femmes Ivoiriennes (ASFI) ont été identifiés et impliqués dans les activités du projet en tant qu'équipe technique nationale.

(2) Création d'un local pour le projet

Le projet disposait d'un bureau au sein de la DSIM et quatre personnes à temps plein (- un membre du personnel technique, un membre du personnel administratif et deux chauffeurs) - étaient impliquées dans la gestion du projet.

Ce personnel a fait la planification des activités de mise en œuvre du projet en collaboration avec le manager du projet et d'autres membres du personnel (points focaux), en collaboration avec d'autres organisations impliquées.

2.1.2. Processus de mise en œuvre

Le PACSSMN a été lancé en juillet 2019 et une formation spécifique au pays a été organisée en février 2020, ensuite les activités pour la mise en œuvre du projet ont fait l'objet de discussions avec les gestionnaires de projet pour atteindre les objectifs dudit projet. Toutefois, la gestion du projet à distance s'est heurtée à des difficultés, car les experts ont été soumis à des restrictions de voyage (pendant un an à compter de mars 2020) en raison des nouvelles mesures de contrôle de l'infection par le coronavirus (Covid-19), et les homologues (C/P) ont également dû consacrer du temps à des mesures nationales.

Compte tenu de ces contraintes, la première réunion du comité conjoint de coordination (CCC) n'a pu se tenir qu'en juin 2021, soit deux ans après le début du projet. Cependant, à ce moment-là, les deux parties n'étaient pas encore parvenues à un accord sur la structure de gestion du projet, et il a donc fallu consacrer beaucoup de temps, au cours de la première moitié du projet, à la mise en place d'une structure qui permettrait une mise en œuvre harmonieuse des activités.

Par la suite, bien qu'une étude de base ait été réalisée au premier trimestre 2022, il a été jugé difficile d'atteindre les résultats du projet au cours de la période restante (deux ans), comme cela avait été envisagé à l'origine.

En novembre 2022, une mission a été diligentée par le siège de la JICA du Japon, et, après discussion, il a été décidé de la révision du PDM en juin 2023.

Après le départ de la Conseillère Principale (expert à long terme) (mars 2023), les activités du projet se sont poursuivies avec la formation des sages-femmes et infirmier(ères)s à partir de juillet 2023 et ce avec l'appui d'une équipe d'experts à court terme. Après la tenue du deuxième CCC en novembre 2023, la fourniture d'équipements, la supervision post-formation et un atelier de validation du modèle de continuum de soins ont été organisés.

Tableau 7 : Historique de la mise en œuvre du projet

Période	Activités et événements clés de la gestion de projet	Remarques.
Fév. 2019	▪ Signature du procès-verbal R/D	
Juillet 2019	▪ Début des activités du projet	
Mars 2020	▪ Analyse situationnelle (Enquête opérationnelle) ▪ (Retour d'urgence des experts en raison de l'expansion de Covid-19).	Consultation sur les changements R/D.
Nov 2020	▪ R/D Amendement Procès-verbal conclu.	Changement de directeur de projet
Mars 2021	▪ (Réaffectation des experts).	
Juin 2021	▪ Premier CCC organisé.	
Fév-Mar 2022	▪ Enquête de base	
Nov 2022	▪ Mission du siège de la JICA (Enquête d'orientation opérationnelle)	PDM, consultation sur la révision du PO.
Déc. 2022	▪ Atelier de partage des résultats de l'enquête de base	Modèle de continuum de soins (projet) partagé

Période	Activités et événements clés de la gestion de projet	Remarques.
Mars 2023	▪ Atelier d'élaboration du programme de formation des sages-femmes et des infirmières	
Avril 2023	▪ Atelier de finalisation des outils de communication ▪ Atelier d'approbation du contenu de la formation des sages-femmes et des infirmier(ère)s	
Juin 2023	▪ R/D Amendement Procès-verbal conclu.	PDM v1 révisé
Mai-juin 2023	▪ Formation des formateurs	
Juillet 2023	▪ Mise en place d'une équipe d'experts-consultants (structure hybride) pour la mise en œuvre des activités du Projet.	
Août-Oct. 2023	▪ Formation des sages-femmes et des infirmier(ère)s	
Nov. 2023	▪ 2 ^{ème} CCC organisé. ▪ Équipe d'orientation opérationnelle et d'enquête	
Déc. 2023	▪ Suivi post-formation des sages-femmes et des infirmier(ère)s	
Jan 2024	▪ R/D Amendement Procès-verbal conclu.	PDM v2 révisé
Fév. 2024	▪ Suivi post-formation des sages-femmes et des infirmier(ère)s	
Mars 2024	▪ Fourniture d'équipements aux établissements de santé ▪ Revue des décès maternels au centre de santé d'Abobo Ouest (CMS El-Raphaa) ▪ Supervision post formation des sages-femmes et infirmier(ère)s	
Mai 2024	▪ Enquête de satisfaction ▪ Atelier de sensibilisation et d'information de la communauté	
Juin 2024	▪ Atelier de révision et validation du Modèle du continuum des soins ▪ Atelier de restitution des résultats de la mise en œuvre du projet ▪ 3 ^{ème} CCC.	
Juillet 2024	▪ Fin des activités de terrain du projet	

2.1.3. Historique de la révision du PDM, Transition

Le projet a démarré en juillet 2019, avec l'envoi séquentiel de sept experts répartis sur quatre postes. Cependant, de 2020 à 2021, les experts japonais ont été contraints de quitter le pays en raison de la propagation du Covid-19, ce qui a entraîné des retards importants dans la mise en œuvre des activités du projet.

La JICA a mené une mission d'orientation opérationnelle en novembre 2022 (14-18 Nov. 2022) pour faciliter la mise en œuvre des activités du projet. Les objectifs du projet ont été réaffirmés, mais compte tenu de la période restante du projet, il a été jugé nécessaire de se focaliser sur les activités hautement prioritaires basées sur la situation et les besoins réels sur le terrain. L'intégration du concept de modèle de continuum de soins dans le module de formation initiale des infirmières et des sages-femmes a été considérée comme l'un des résultats du PDM ver.0, mais sa mise en œuvre a été jugée impossible en raison de la durée restante du projet et des contraintes en matière de ressources. Il a également été décidé que les activités destinées à la communauté en vue d'introduire le modèle devaient être réduites au minimum et que l'accent devrait être mis sur l'amélioration des compétences cliniques des sages-femmes et des infirmier(ère)s et sur le renforcement des systèmes de référence et contre-référence. Après des discussions continues, un procès-verbal d'amendement R/D pour la révision du PDM (ver. 1) a été conclu le 15 juin 2023.

En juillet 2023, la composition de l'équipe des experts japonais du projet a été modifiée et depuis lors, les activités du projet ont été mises en œuvre sur la base du PDM ver. 1.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution de chaque version du PDM.

Tableau 8 : Modifications du PDM

	PDM ver. 0 (signé le 28 février 2019).	PDM ver. 1 (signé le 15 juin 2023)	PDM ver. 2 (signé le 26 janvier 2024)
Objectif global	Contribuer à la réduction des décès maternels et néonataux dans les établissements sanitaires de la zone cible.	(Pas de changement)	(Pas de changement)
[indicateur]	1. Réduction de XX% du nombre de décès maternels et néonataux évitables dans les zones cibles.	1. Réduction de XX % des décès maternelle évitables dans les établissements sanitaires cibles (1 ^{ère} ligne et 2 ^{ème} ligne) de la zone cible.	1. Réduction de 10 % du taux de mortalité maternelle évitables dans les établissements sanitaires cibles (1 ^{ère} ligne et 2 ^{ème} ligne) de la zone cible.
Objectif du projet	Améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services dans le continuum de l'offre des soins de santé maternelle et néonatale dans les zones cibles	(Pas de changement)	(Pas de changement)
[indicateur]	1. Nombre d'accouchements effectués dans les établissements sanitaires de premier contact (ESPC) appliquant le modèle.	1. Augmentation du niveau de satisfaction des sages-femmes travaillant dans les établissements de santé appliquant les éléments du modèle du continuum de soins de santé maternelle et néonatale.	(Pas de changement)
	2. Nombre d'établissements sanitaires mettant en œuvre les soins de santé maternelle et néonatale basés sur les preuves.	2. Augmentation du niveau de satisfaction des femmes ayant accouché dans les établissements de santé appliquant les éléments du modèle du continuum de soins de santé maternelle et néonatale.	(Pas de changement)
Résultat 1	Un modèle de continuum des soins de santé maternelle et néonatale est disponible.	Le renforcement des capacités des sages-femmes et des infirmier(ère)s est mis en œuvre dans les établissements cibles sur la base du modèle du continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés.	(Pas de changement)
[indicateur]	1. Les directives du modèle sont disponibles 2. les guides des formations sont élaborés 3. le modèle est intégré dans les documents cadres (PNP, Plan stratégique de la santé de la reproduction, etc.).	1. 80% de sages-femmes et d'infirmiers(ères) des établissements cibles formés avec le système de formation révisé. 2. Amélioration des connaissances sur les normes de qualité de soins des sage-femmes et des infirmier(ère)s formés	(Pas de changement)
Résultat 2	Le modèle de continuum des soins de santé maternelle et néonatale est fonctionnel dans les structures sanitaires identifiées des zones cibles	Les systèmes de référence (référence/contre-référence) sont renforcés dans les zones cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonataux.	(Pas de changement)
[indicateur]	1. Nombre des formateurs qui ont reçu la formation sur le modèle. 2. Nombre de formations et de participants sur les éléments constitutifs du modèle augmentera. 3. Nombre des cas de KAIZEN après la revue des cas de décès maternels (RDM).	1. Nombre de maternités disposant des équipements essentiels pour permettre la prestation de soins périnataux normaux et de soins obstétricaux d'urgence de base, conformément aux politiques, normes et protocoles. 2. Rapport sur les mesures proposées en vue d'améliorer le système de référence qui ont été partagées lors des réunions de surveillance des décès maternels et périnataux et de riposte (SDMPR).	(Pas de changement)

	PDM ver. 0 (signé le 28 février 2019).	PDM ver. 1 (signé le 15 juin 2023)	PDM ver. 2 (signé le 26 janvier 2024)
	4. Réduction des jours de rupture de stock de médicaments essentiels à l'accouchement normal dans les établissements sanitaires de premier contact (ESPC) appliquant le modèle. Premier contact (ESPC) appliquant le modèle. 5. Nombre d'établissements sanitaires appliquant le modèle qui ont reçu la supervision formative par l'équipe cadre de district.		
Résultat 3	Le concept du modèle de continuum des soins de santé maternelle et néonatale est intégré dans le système de la formation initiale des infirmiers/ infirmières Diplômés d'Etat (IDE) et des Sages-Femmes Diplômées d'Etat (SFDE).	Un modèle de continuum de soins maternels et néonataux est vérifié et disponible	(Pas de changement)
[indicateur]	1. Les éléments du modèle sont intégrés les modules de formation des infirmiers/infirmières diplômés d'Etat (IDE) et des Sages-Femmes diplômées d'Etat (SFDE).	1. Rapport sur les stratégies de vulgarisation du modèle de continuum de soins maternels et néonataux sur la base des résultats des activités du PACSSMN	(Pas de changement)
Activité	0.1 Mettre en place un Comité Conjoint de Coordination (CCC) pour déterminer les orientations, suivre et évaluer le projet et créer un environnement propice à sa mise en œuvre.	1.1 Développer un protocole de recherche pour collecter les données nécessaires à l'observation et à la mesure du processus et de l'impact du projet comme base de référence, selon les 3 systèmes en interaction (les systèmes socio-culturels disciplinaire et éducationnel).	(Pas de changement)
	1.1 Mettre en place un groupe de travail sous la tutelle du CCC pour gérer et mettre en œuvre le projet	1.2 Mener des études de base, des recherches afin de recueillir les données nécessaires pour comprendre l'état actuel du projet et identifier les problèmes.	(Pas de changement)
	1.2 Définir les concepts pour l'amélioration de la qualité des soins de santé maternelle et néonatale basés sur les preuves et identifier les éléments constitutifs du modèle de continuum des soins	1.3 Définir les concepts permettant d'améliorer la qualité des soins maternels et néonataux fondés sur des données probantes (les résultats de 1.2) et identifier les composantes du modèle de soins sur le continuum.	(Pas de changement)
	1.3 Identifier les activités nécessaires pour chacun des éléments constitutifs du modèle pour le mettre en œuvre	1.4 Identifier les activités prioritaires dans les composantes d'un modèle de continuum de soins sur la base de 1.3.	(Pas de changement)
	1.4 Élaborer et valider un protocole d'étude pour avoir des indicateurs de base du processus et d'impact (y compris les trois systèmes (Socio-culturel, Disciplinaire, Educationnel) sur IDE et SFDE	1.5 Les résultats de 1.3 et 1.4 seront partagés avec les membres du Comité Conjoint de Coordination (CCC) pour le projet.	(Pas de changement)
	1.5 Effectuer des études de base, à mi-parcours et finale pour collecter des données nécessaires pour faire le suivi et l'évaluation du projet	1.6 Organiser un atelier d'information de la communauté (collectivité locale, territoriale, association de femmes /jeunes, Guides religieux, Chefs coutumiers, etc.) sur la mise en œuvre du PACSSMN afin de susciter l'adhésion, l'implication et l'engagement de la communauté	(Pas de changement)
	1.6 Élaborer le guide du modèle		
	1.7 Élaborer les outils de gestion (les modules de formation, la supervision, etc.) pour la mise en œuvre du modèle		
	1.8 Réviser les activités de chacun des éléments constitutifs du modèle (à mi-parcours)		

	PDM ver. 0 (signé le 28 février 2019).	PDM ver. 1 (signé le 15 juin 2023)	PDM ver. 2 (signé le 26 janvier 2024)
	1.9 Valider le modèle avant le passage à l'échelle	1.7 Rendre disponibles les documents normatifs et de politiques 1.8 Réviser et mettre à jour les systèmes de formation existants (programmes de formation, y compris la formation des formateurs, outils de formation, outils de formation, supervision, outils de communication tels que les cartes conseil) pour les sages-femmes, infirmier(ère)s afin de renforcer leurs capacités à pratiquer les "soins continus maternels et néonataux". 1.9 Développer un plan d'action de formation (y compris la formation de formateurs) pour le renforcement des capacités des sages-femmes et les infirmier(ère)s, conformément au 1.8. 1.10 Mettre en œuvre des formations (y compris la formation de formateurs) de renforcement des capacités pour les sages-femmes et les infirmier(e)s dans les zones cibles. 1.11 Développer une méthode d'interview par les sages-femmes au niveau des établissements pour évaluer les expériences des femmes en matière de soins prénatals et d'accouchement dans les établissements de santé, conformément aux normes de qualité. 1.12 Superviser et évaluer les résultats de la mise en œuvre du 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, en vue d'améliorer le système de formation (programme de formation, outils de formation et supervision).	(Pas de changement) (Pas de changement) (Pas de changement) (Pas de changement) (Supprimé) 1.11 Superviser et évaluer les résultats de la mise en œuvre du 1.8, 1.9, 1.10, en vue d'améliorer le système de formation (programme de formation, outils de formation et supervision)
	2.1 Identifier les structures sanitaires qui vont appliquer le modèle élaboré 2.2 Organiser des ateliers pour sensibiliser les administrateurs régionaux de la santé, les collectivités de gestion (COGES, etc.), les ONG, et les acteurs privés dans les zones cibles sur le modèle de continuum des soins de santé maternelle et néonatale 2.3 Organiser la formation des formateurs sur le modèle de continuum des soins de santé maternelle et néonatale	2.1 Déterminer les établissements de santé cibles conformément au 1.3. 2.2 Collecter des informations sur la mise en œuvre actuelle du système de référence des établissements de la première ligne vers les établissements de niveau supérieur afin d'identifier les problèmes de référence. 2.3 Étudier le déploiement de l'équipement et des fournitures médicales nécessaires aux accouchements normaux et aux soins obstétricaux d'urgence de base dans les établissements de santé à chaque niveau, conformément aux normes du ministère de la santé.	(Pas de changement) (Pas de changement) (Pas de changement)

	PDM ver. 0 (signé le 28 février 2019).	PDM ver. 1 (signé le 15 juin 2023)	PDM ver. 2 (signé le 26 janvier 2024)
	2.4 Former le personnel des sites cibles sur le modèle de continuum des soins de santé maternelle et néonatale 2.5 Renforcer les équipements selon les normes pour assurer l'accouchement normal et les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONU-B) dans les structures sanitaires identifiées des zones cibles. 2.6 Renforcer les capacités de gestion des structures sanitaires des sites cibles en appliquant le modèle (ex. approche 5S/KAIZEN/TQM) 2.7 Sensibiliser les communautés sur la problématique de la Santé Maternelle et Néonatale (SMN) 2.8 Mettre en pratique des soins de santé maternelle et néonatale basée sur les preuves dans les structures sanitaires des site cibles 2.9 Renforcer le système de référence et de contre-référence dans les zones cibles 2.10 Assurer le monitoring régulier des activités des structures sanitaires des sites cibles où le modèle est mis en œuvre 2.11 Assurer la supervision régulière des prestataires des structures sanitaires des sites cibles où le modèle est mis en œuvre	2.4 Améliorer le système de distribution pour la disposition appropriée des équipements et des fournitures médicales nécessaires aux accouchements normaux et aux soins obstétricaux d'urgence de base, conformément au 2.3. 2.5 Acheter et fournir les équipements manquants sur la base des résultats des 2.3 et 2.4. 2.6 Evaluer l'utilisation des équipements distribués (2.5) et faire des recommandations si nécessaires pour la révision des normes du Ministère de la santé concernant les équipements requis à chaque niveau des établissements de santé. 2.7 Identifier les problèmes et mettre en œuvre des mesures correctives lors des réunions de surveillance des décès maternels et périnataux et de riposte (SDMPR) menées par les Districts Sanitaires conformément au 2.2, pour la pratique de référence correcte.	2.4 Identifier les systèmes de distribution pour la disposition appropriée des équipements et des fournitures médicales nécessaires aux accouchements normaux et aux soins obstétricaux d'urgence de base, conformément au 2.3. 2.5 Acheter et fournir les équipements manquants sur la base des résultats de l'activité 2.3. (Pas de changement) 2.7 Identifier des mesures correctives pour une pratique de référence correcte, sur la base des résultats de l'enquête de base et des réunions de surveillance des décès maternels et périnataux et de riposte (SDMPR).
	3.1 Organiser des ateliers pour mobiliser les deux Ministères concernés (Santé et Enseignement supérieur) avec les partenaires en vue de modifier les curricula des IDE et des SFDE y compris l'organisation de stages de terrain en intégrant le modèle 3.2 Réviser les modules de formation de l'INFAS en intégrant le modèle de continuum des soins maternelle et néonatale	3.1 Vérifier les concepts du modèle de continuum de soins identifiés en 1.3 et 1.4 sur la base de l'évaluation des activités 1 et 2. 3.2 Identifier les méthodes pour déployer et accélérer la pratique du modèle de continuum de soins vérifié en 3.1.	3.1 Vérifier les concepts du modèle de continuum de soins identifiés en 1.3 et 1.4 sur la base de l'évaluation de la série d'activité des résultats 1 et 2. (Pas de changement)

2.1.4. Elaboration de livrables

Les principaux produits livrables élaborés et partagés dans le cadre de la mise en œuvre du projet sont énumérés dans le Tableau 9.

Tableau 9 : Produits de la coopération technique

Produits de la coopération technique	Langue	Format	Période
Rapport d'enquête de base	Fr	PDF	08.2022
Brochure pour les professionnels de la santé	Fr	PDF	06.2023
Brochure communautaire	Fr	PDF	06.2023
2 types de reportages illustrés (pour le bilan de santé prénatal, pour le bilan de santé postnatal)	Fr	Copie papier, PDF	06.2023
3 types d'affiches (une pour la communauté, deux pour le personnel médical)	Fr	Copie papier, PDF	06.2023
Programme de formation de sage-femme/infirmiers(ères)/matériel de conférence	Fr	Copie papier, PDF	07.2023
Rapport de surveillance	Fr	PDF	03.2024
Affiche (1 type pour affichage dans un établissement médical)	Fr	Copie papier	02-04.2024
Rapport de décès maternelle	Fr	PDF	06.2024
Suggestions de la révision de la formation	Fr	PDF	06.2024
Note conceptuelle du modèle de continuum de soins pour la mère et le nouveau-né (modèle PACSSMN)	Fr	PDF	06.2024

2.1.5. Réunion du comité conjoint de coordination

(1) Première réunion du comité conjoint de coordination

L'expansion de Covid-19 ayant imposé des restrictions aux activités du projet et aux déplacements des experts japonais, la première réunion du comité conjoint de coordination (CCC) s'est tenue le 15 juin 2021, deux ans après le lancement du projet.

Toutefois, il a été décidé de poursuivre les discussions sur le budget, le plan d'activité et la structure de mise en œuvre du projet, qui devaient initialement faire l'objet d'un accord.

(2) Deuxième réunion du comité conjoint de coordination

Le deuxième CCC s'est tenu le 21 novembre 2023 dans la salle de réunion du Cabinet du Ministère de la Santé située au 12^{ième} étage de la Tour B, avec un total de 31 participants, 18 du Ministère de la Santé, 11 du Japon et deux (02) autres Partenaires Techniques et Financiers (PTF) a (Banque mondiale et OMS). La Manager du projet a présenté l'état d'avancement des activités du projet depuis le dernier CCC et les défis opérationnels. Ce qui s'est fait autour des résultats de l'enquête de base, de la formation des sage-femmes et infirmier(ères) des structures sanitaires cibles en se basant sur le « modèle de continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés (modèle PACSSMN) ». Les discussions qui ont suivi cette présentation ont fait ressortir les points suivants : 1) la nécessité de faire ressortir les effets de la formation sur les pratiques des sages-femmes, 2) la nécessité d'une mise en œuvre régulière des activités du projet au cours des six mois restants, et 3) la nécessité d'améliorer la communication entre les experts japonais et les C/P.

Le Directeur du projet (Monsieur le Ministre de la santé) a également suggéré : 1) d'augmenter et de renforcer le déploiement des ressources humaines ; 2) de distribuer rapidement les équipements, les protocoles, directives et les normes ; 3) d'identifier d'urgence les domaines d'amélioration des pratiques traditionnelles sur la base des résultats des activités du projet ; et 4) d'élaborer un plan d'actions d'urgence pour la période restante.

(3) Troisième réunion du comité conjoint de coordination

Le troisième (et dernier) CCC s'est tenu le 19 juin 2024 et a réuni 26 participants issus du Cabinet du Ministère de la Santé, de la Direction Générale de la Santé, de la Direction des Soins Infirmiers Maternels, des Directions Départementales de la Santé d'Abobo Est et Ouest, de la Société de

Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire, de la Société Ivoirienne de Pédiatrie, de l'Ambassade du Japon, du Bureau de la JICA en Côte d'Ivoire, de l'OMS, de l'UNFPA et d'autres organismes.

La Manager du projet a présenté les résultats de la mise en œuvre des activités projet et les défis à relever. Elle a déclaré que le projet accélérera l'introduction et la mise en œuvre du modèle PACSSMN. Les partenaires ont exprimé leur soutien à la diffusion du modèle PACSSMN, à l'amélioration de l'accueil des patientes et des procédures de références et de contre-référence par les prestataires de santé, ainsi qu'à la réduction du taux de décès maternels. Des questions ont été également posées concernant les plaintes des populations sur le niveau variable des connaissances et des compétences des sages-femmes. Le Conseiller Principal Adjoint (Expert japonais) a donc souligné la nécessité d'améliorer l'enseignement dans les écoles de formation des sages-femmes.

En conclusion, le Ministre de la santé a appelé à : identifier les leçons à tirer et les actions restantes à entreprendre pour atteindre l'objectif de réduction des décès maternels liés à l'accouchement ; établir une nouvelle base pour les soins de santé maternelle et infantile en intégrant les nouvelles technologies apportées par la coopération technique japonaise ; abandonner les anciennes pratiques qui étaient la cause de nombreux décès maternels et néonataux ; et améliorer la qualité des soins pour les mères et les nouveau-nés. Il a été recommandé que le rapport final prenne en compte toutes les recommandations qui ont été faites.

2.1.6. Communication relative au projet

Des informations sur les principales activités du projet ont été diffusées en temps utile : formation des formateurs de sages-femmes et d'infirmier(è)s, formation de sages-femmes et d'infirmiers(ères), remise d'équipements aux structures cibles, supervision, sensibilisation et échange avec les communautés, atelier de révision et de validation du modèle PACSSMN, atelier de restitution des résultats de la mise en œuvre du Projet et réunion finale du comité conjoint de coordination (CCC). Des bulletins d'information sur le projet ont été diffusés.

La Manager du Projet a également assisté au Congrès international des sages-femmes à Bali, en Indonésie (12-15 juin 2023), avec le soutien de la JICA, et a fait une présentation sur le rôle des sages-femmes et l'importance des soins maternels et néonataux respectueux. Cette présentation portait sur les résultats de l'enquête de base, l'élaboration du modèle de continuum de soins de santé maternelle et néonatales et sa mise en œuvre dans les établissements sanitaires. Elle a suscité l'intérêt de nombreux participants, en particulier les acteurs de l'Afrique francophone confrontés à des problèmes de santé similaires.

2.1.7. Enquête de satisfaction

L'objectif du projet « Amélioration de la qualité des soins et de l'utilisation des services dans le cadre de la fourniture de soins continus aux mères et aux nouveau-nés dans la zone cible » est assorti des deux indicateurs suivants :

- Améliorer la satisfaction des sages-femmes travaillant dans les structures sanitaires cibles du Projet appliquant les éléments du modèle de continuum de soins pour la mère et le nouveau-né.
- Améliorer la satisfaction des femmes qui ont accouché dans les structures sanitaires cibles du Projet appliquant les éléments du modèle de continuum de soins pour la mère et le nouveau-né.

Pour se faire une enquête de satisfaction a été réalisée. Dans le cadre de cette enquête les différents outils utilisés (guide d'entretien, questionnaire) ont été élaborés sur la base de ceux utilisés lors de l'enquête de base.

Un résumé de l'enquête est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : Récapitulatif des enquêtes de satisfaction

	Satisfaction à l'égard des sages-femmes	Satisfaction des femmes ayant accouché
Période d'enquête	21/05/2024 - 31/05/2024	
Méthode d'enquête	▪ Enquête par questionnaire	▪ Entretien basé sur un questionnaire
Cibles de l'enquête	▪ 150 sages-femmes ayant suivi une formation dans le cadre du projet (76 réponses valides, établissements de santé primaires (15 établissements), établissements de santé secondaires (1 établissement))	▪ 95 femmes ayant accouché dans l'établissement de santé cible après novembre 2023 (date à laquelle la formation des sages-femmes et des infirmières du projet s'est achevée).
Équipe d'enquête	▪ 2 points focaux et 4 enquêteurs (comprenant les membres du projet)	
Thèmes des questions	▪ Questions sur la gouvernance, le fonctionnement des établissements de santé, la qualité des soins et l'engagement communautaire (28 questions au total)	▪ Questions sur les services fournis par l'établissement de santé cible pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (18 questions au total)
Méthode d'analyse	▪ Chaque réponse aux questions de l'enquête et du questionnaire a été quantifiée à l'aide d'une échelle de Likert (échelle en 5 points) allant de 1 à 5. Les scores moyens et totaux par question ont été comparés à la situation de départ. ▪ Pour les valeurs manquantes, l'analyse a été effectuée en les retirant du champ d'application de chaque question.	
Résultats de l'enquête	(Indiqué dans 3.1.4. Réalisation des objectifs du projet).	

2.2. Travail sur le Contenu du résultat 1

2.2.1. Enquête de base réalisée (activités 1.1 & 1.2)

Peu après le lancement du projet, en juillet 2019, des membres de la partie ivoirienne (Points focaux DSIM) ont été désignés pour élaborer un protocole de collecte des données de base, avant le démarrage des études. Bien que l'étude sur l'élaboration du protocole se soit arrêtée par la suite en raison des contraintes causées par l'épidémie de Covid-19, des séances de travail en ligne ont été menées et le protocole a été achevé en février 2021. Ce protocole a été ensuite soumis au comité d'éthique en juin 2021 puis révisé et soumis à nouveau conformément aux suggestions du comité, et approuvé en août 2021.

Par la suite, une enquête de base a été réalisée en février-mars 2022 sous la supervision d'un consultant international (présent sur le terrain) conformément au protocole, et les résultats ont été consignés dans un rapport qui fournit des lignes directrices d'action transversales pour réaliser le « continuum de soins maternels et néonataux » (finalisé en septembre 2022). Un résumé de l'enquête de base est présenté dans le Tableau 11.

Tableau 11 : Résumé de l'enquête de base

Période d'enquête	2022/02/26-03/10
Méthode d'enquête	Interviews et enquêtes d'observation basées sur des questionnaires (16 types)
Cible de l'enquête	813 personnes interrogées au total. ▪ 21 responsables d'établissements de santé ▪ 10 personnes chargées de la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé ▪ 214 travailleurs de la santé dans des établissements de soins (établissements de soins primaires (21 établissements), établissements de soins secondaires (1 établissement), établissements de soins tertiaires (1 établissement)). ▪ 18 enseignants et 28 étudiants de l'École nationale de formation des personnels de santé (INFAS) ▪ Résidents de la communauté sous la juridiction des établissements de santé (142 hommes et 160 femmes) ▪ 65 responsables communautaires ▪ 120 femmes enceintes (dans les 72 heures suivant l'accouchement) ayant accouché dans un établissement de santé. ▪ 32 agents de santé communautaire (ASC)

	▪ 3 associations professionnelles
Équipe d'enquête	4 équipes composées d'un superviseur (disciplines de la santé et sociologie), de 7 à 12 chercheurs et membres du projet
Résumé des résultats de l'enquête	[Résumé] ▪ Insuffisances des compétences des sages-femmes et des infirmier(è)s à tous les stades des soins de maternité [Référence] ▪ Outre la question des compétences des sages-femmes, les problèmes suivants se posent : ▫ Les patients ne reçoivent pas de fiches de références et contre-références et il n'y a pas de continuité de l'information entre les établissements. ▫ Les patients n'ont pas d'argent pour payer le transport ou acheter tout le nécessaire à l'accouchement. ▫ Les patients ne respectent pas la pyramide sanitaire ▫ Manque d'infrastructures, de personnel, de biens et de médicaments pour répondre aux urgences dans les établissements sanitaires cibles du Projet ▫ Les médicaments ne sont pas bien rangés pour leur utilisation facile. ▪ Retard dans les soins d'urgence aux patients en raison de l'absence de délégation de tâche. ▪ Absence d'esprit d'équipe [Soins de maternité]. ▪ Les compétences des sages-femmes en matière de soins prénatals, de maternité et de soins postnatals n'atteignent pas 60 % de la norme requise par l'OMS et il est essentiel de renforcer le matériel et équipement pour des soins prénatals et néonataux conformément aux normes de l'OMS (importance de l'accouchement normal et des soins d'urgence de base). ▪ La capacité d'évaluer avec précision le processus d'un accouchement normal est une condition préalable pour prodiguer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ne peut se faire sans l'amélioration des niveaux de compétences de base. [Communication avec la communauté]. ▪ Le comportement des femmes qui se rendent dans les hôpitaux de référence pour un accouchement normal est principalement dû à la perception qu'a la communauté du système de référence et contre-référence. ▪ Les grossesses et les accouchements chez les adolescentes sont fréquents à Abobo. Dans de nombreux cas, les naissances ont lieu à la maison parce que les membres de la famille ne sont pas informés de la grossesse ou parce que la femme hésite à se rendre seule dans un centre de santé. ▪ Les patients doivent payer les frais de carburant pour utiliser les ambulances s'ils sont référés par les prestataires de soins, mais dans certains cas, il y a des retards dans l'accès aux soins à l'hôpital en raison de l'incapacité à payer. ▪ Les femmes qui accouchent peuvent se voir refuser un taxi au motif qu'elles peuvent le salir. ▪ Les dons de la communauté par l'intermédiaire du Comité de gestion de l'hôpital (COGES) peuvent être utilisés pour couvrir les frais de transport. ▪ Abobo abrite une population ethnique et migrante diversifiée, avec des leaders et des réseaux communautaires forts qui influencent la fourniture et la demande de services de santé. La mise en œuvre de la politique de gratuité du ministère de la santé peut s'avérer difficile.

Un atelier de restitution des résultats de l'enquête de base a été organisé (21-22/12/2022) pour discuter des composantes du modèle de Continuum de soins et des activités que le projet devrait prioriser sur la base des résultats de l'enquête de base. L'atelier a rassemblé les responsables des structures cibles de l'enquête et les sages-femmes majors (Etablissements Sanitaire de Premier Contact d'Abobo, Etablissements Sanitaire de Niveau 02, Hopital Général d'Adjamé, Centre Hospitalier Universitaire de Cocody), la Direction Générale de la Santé (DGS), la DSIM, le Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME), Programme National de Santé Scolaire Universitaire et Santé adolescent et jeune (PNSSU-SAJ), les responsables des Districts Sanitaires d'Abobo Est et Ouest, le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes et Maïeuticiens de Côte d'Ivoire (CNOSFMC), Syndicat National des Sages-femmes Ivoiriennes (SYNSFI), l'Association des Sages-Femmes Ivoiriennes (ASFI).

Initialement, il était prévu de réaliser une enquête à mi-parcours de la mise en œuvre du projet, mais suite aux recommandations de la mission d'orientation opérationnelle en novembre 2022, il a été décidé de ne pas réaliser d'enquête à grande échelle en raison de contraintes telles que la durée restante du projet, mais de la remplacer par une vérification des résultats des activités.

2.2.2. Révision du modèle de continuum de soins pour la mère et le nouveau-né et identification des activités prioritaires (activités 1.3 & 1.4)

Suite à la formation au Japon en février 2020, un modèle ivoirien d'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux, a été discuté et les quatre éléments d'intervention suivants ont été proposés.

- Compréhension du rôle des sages-femmes par la politique, l'administration et la communauté
- Améliorer la gestion des établissements de santé par l'application des 5S-KAIZEN.
- Mise en œuvre d'un continuum de soins pour les sages-femmes dans les établissements de santé (autonomie des sages-femmes, disponibilité accrue des prestataires de services, renforcement de compétences, amélioration de la formation initiale).
- Soutien des collectivités locales (municipalités) et de la société civile (associations professionnelles, ONG, etc.)

Ces éléments ont été affinés dans un projet de continuum de soins pour la mère et le nouveau-né (projet de modèle PACSSMN) sur la base des discussions qui ont eu lieu lors de l'atelier de restitution des résultats de l'enquête de base, et ont finalement été organisés selon les quatre composantes suivantes :

- Composante 1 : Renforcement de la gouvernance des districts sanitaires et des établissements de santé
- Composante 2 : Amélioration de la gestion des établissements de soins de santé.
- Composante 3 : Amélioration de la qualité des services de santé maternelle et infantile
- Composante 4 : Implication des communautés

L'objectif du projet concernant la continuité des soins à la mère et au nouveau-né est « une approche globale visant à garantir que les services nécessaires sont assurés en permanence tout au long du cycle de vie de la femme ». La continuité des soins est atteinte lorsque « l'axe temporel » du cycle de vie et « l'axe spatial » de la prestation de services sont reliés de manière transversale. Le modèle PACSSMN est une approche globale visant à assurer un continuum de services de santé. Un schéma conceptuel du modèle de continuum de soins pour la mère et le nouveau-né (version provisoire) a été élaboré pour illustrer la relation entre les quatre composantes et la continuité des soins (Figure 2).

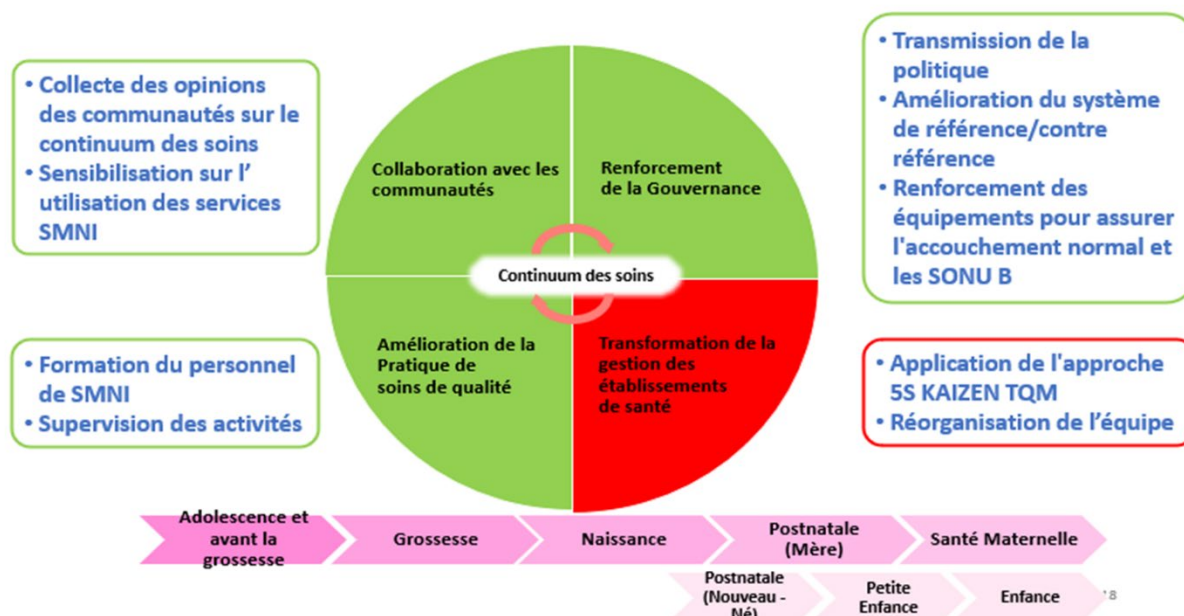


Figure 2 : Schéma conceptuel du modèle de continuum de soins maternels et néonataux (modèle PACSSMN) (initial)

Au cours de l'atelier de restitution des résultats de l'enquête de base, les points clés à retenir lors de la mise en œuvre du modèle PACSSMN ont été discutés. Les principales discussions sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 12 : Points à retenir par composantes pour la mise en œuvre du (projet de) modèle de continuum de soins pour la mère et le nouveau-né

Thème	Points à retenir
Composante 1	- Manque de connaissance des directives, normes et protocoles du ministère de la santé dans les établissements. - Absence de fiches de référence et contre-référence dans les centres de santé. - Nécessité d'une formation sur le remplissage des fiches de référence et contre-référence.
Composante 2	- Insuffisance de l'effectif des sages-femmes engendrant une surcharge de travail dans les établissements de santé. - Amélioration de l'organisation des ressources humaines existantes, (de la gestion des tâches, de la gestion du temps de travail et de la gestion du matériel et équipement) - Envisager d'introduire des primes de motivation et des systèmes d'évaluation des performances.
Composante 3	- Divergences entre la théorie et la pratique dans la formation initiale et continue. - Manque de coordination entre la formation initiale et la formation continue. - Absence de profil de carrière pour les sages-femmes et de systèmes de formation continue et d'évaluation au sein des établissements. - Absence de restitution après les formations par les Districts Sanitaires
Composante 4	- Utiliser l'expérience de la Direction de la Santé Communautaire (DSC) dans les activités de sensibilisation de la communauté. - Importance des leaders communautaires dans les Districts Sanitaires d'Abobo. - Sensibilisation des maris et des belles-mères pour améliorer les comportements de recherche de soins prénataux. - Utilisation des matrones et des leaders communautaires dans les activités de sensibilisation

2.2.3. Partage du modèle de continuum de soins pour les membres du Comité Conjoint de Coordination (activité 1.5)

Le concept du modèle de continuum de soins et l'aperçu des résultats de l'étude de base ont été présentés lors de la deuxième réunion du CCC (21/11/2023).

Bien que le modèle n'ait fait l'objet d'aucun commentaire ni d'aucune question de la part des participants au CCC, les experts du projet ont souhaité élaborer une note conceptuelle pour accompagner le modèle afin de permettre une meilleure compréhension par tous.

2.2.4. Organiser des ateliers de sensibilisation et d'information de la communauté (activité 1.6)

- l'atelier de sensibilisation et d'information de la communauté prévu pour octobre 2023, n'a pas eu lieu en raison de la priorité donnée à la formation des sages-femmes. Par conséquent, le 28 mai 2024, a eu lieu un atelier de sensibilisation de la communauté afin de partager les résultats des activités du projet et d'encourager l'utilisation des services de santé (Tableau 13).

Cet atelier a réuni 45 participants provenant de la Direction Régionale de la Santé 'Abidjan 1, District Sanitaire d'Abobo Est et Ouest, du CHR d'Abobo, de la mairie d'Abobo, des membres des Comités de Gestion (COGES) des centres de santé, des présidents des associations de femmes et de jeunes, des guides religieux, leaders communautaires, Chefs Traditionnels etc.).

Les discussions ont porté sur les points suivants : l'utilisation des services de santé par les communautés, l'implication de la communauté dans la gestion des structures de santé et les activités de santé, l'accueil dans les structures de santé, les bilans de santé prénataux et postnataux, la préparation à l'accouchement etc.

Les participants ont demandé une amélioration de la qualité des services fournis par les professionnels de la santé et l'implication de la communauté dans le projet. Les COGES et les travailleurs sociaux ont également exprimé des demandes de formation dans le domaine de la santé maternelle et infantile. La

discussion qui a suivi la présentation a abouti à une meilleure compréhension du Projet par la communauté tout en soulignant son rôle dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

Tableau 13 : Vue d'ensemble de l'atelier de sensibilisation de la communauté

Date	28/05/2024
Lieu	Hôtel de ville d'Abobo
Participants	Direction Régionale de la santé d'Abidjan 1, Districts Sanitaires d'Abobo Est et Ouest, CHR d'Abobo, Mairie d'Abobo, Membres des COGES, Association des femmes et des jeunes, Guides religieux, Chefs Traditionnels, Leaders Communautaires, au total 45 personnes.
Contenu	L'équipe de projet a partagé les éléments suivants : ▪ Vue d'ensemble du projet et résultats ▪ Plaidoyer communautaire (promotion de l'utilisation des services de santé, activation des COGES, gestion et fonctionnement proactifs des FSUCOM, promotion des examens prénataux et postnataux, préparation adéquate à l'accouchement, etc.) Points clés à retenir : ▪ La qualité des services fournis par les professionnels de la santé reste un défi majeur et doit être améliorée. ▪ L'importance de l'implication de la communauté dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile. ▪ L'importance de la coopération entre les communautés et les établissements de santé.

2.2.5. Diffuser et utiliser les documents de normes et de politiques (Activité 1.7)

Les normes, protocoles et procédures ont également été discutés lors du deuxième CCC, et l'une des recommandations a été de les rendre disponibles dans toutes les structures sanitaires cibles dès que possible. Lors de la visite des deux structures de santé cibles à la fin de l'année 2023, les normes et procédures (principalement pour le traitement des infections sexuellement transmissibles, le dépistage du VIH et les protocoles de dépistage du paludisme) étaient collées sur tous les panneaux d'affichage, mais le texte était principalement imprimé en noir et blanc et en petits caractères, ce qui rendait la visibilité et la lisibilité médiocres. Les protocoles relatifs aux questions les plus importantes pendant l'accouchement, telles que l'hypertension gestationnelle, l'hémorragie du post-partum et la réanimation néonatale, n'ont pas été affichés.

En 2024, les deux documents normatifs et de politiques les plus récents du ministère de la Santé sur la santé maternelle et néonatale sont le « Protocole de prise en charge en santé maternelle » et les « Normes et protocoles en santé sexuelle reproductive, maternelle, néonatale et infantile ». Parallèlement à ces deux documents, des affiches sur « l'algorithme de prise en charge de l'hémorragie du post-partum » et « l'algorithme de réanimation néonatale » ont été imprimés et distribués aux établissements de santé ciblés (mars 2024).

Sur la base de ce qui a été observé au cours de la supervision, il a également été jugé approprié de faire des affiches de l'algorithme de base des soins néonataux, de la procédure de stérilisation du sac et du masque de réanimation néonatale, de l'algorithme de réponse à l'hypertension gestationnelle et du guide des médicaments pour l'hypertension gestationnelle, et le projet a fait en sorte que chaque affiche soit produite et distribuée dans les 22 centres de santé.

Tableau 14 : Liste des normes, documents politiques et affiches élaborés dans le cadre du projet

Documents Normatifs et politiques	▪ Protocoles de soins de santé maternelle. ▪ Normes et protocoles en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale et sexuelle infantile
Affiches	▪ Algorithme pour la prise en charge de l'hémorragie du post-partum. ▪ Algorithme de réanimation néonatale ▪ Algorithme de réponse pour l'hypertension induite par la grossesse. ▪ Guide des médicaments pour l'hypertension induite par la grossesse. ▪ Algorithme pour les soins de base aux nouveau-nés. ▪ Procédures de stérilisation des sacs et masques de réanimation néonatale.

2.2.6. Révision du système de formation existant (activité 1.8)

Après l'atelier de restitution des résultats de l'enquête de base, il a été décidé d'organiser une formation

pour les sages-femmes et les infirmier(ère)s en 2023. Pour ce faire, une approche a été adoptée pour développer des programmes de formation en soins maternels et néonataux continus et des outils de communication en collaboration avec les parties prenantes, sur la base des résultats de l'enquête de base.

Quatre Ateliers ont été organisés :

- Atelier sur le développement des programmes de formation pour les sages-femmes et les infirmières (21-23/03/2023).
- Atelier de finalisation du contenu de la formation des sages-femmes et des infirmières (soins obstétricaux et néonataux) (19/04/2023).
- Atelier de finalisation des outils de communication (20-21/04/2023)
- Atelier d'approbation du contenu de la formation des sages-femmes et des infirmières (25-27/04/2023)

(1) Développement du programme de formation des sages-femmes et des infirmier(ère)s

En plus de la DSIM, les participants aux ateliers d'élaboration du programme de formation comprenaient des représentants de la DGS, de la DSC, du PNSME, PNSSU-saj), de la SOGOCI, de la SIP, du (CNOSFCI), de l'ASFI et SYNSFI.

Lors de cet atelier, l'élaboration des modules s'est faite en se basant sur les normes et directives du pays en matière de qualité des soins et les recommandations de l'OMS en matière de qualité pour les soins prénatals pendant la grossesse et postnatals.

Les supports de cours ont été rédigés en se basant sur les objectifs, les cibles à atteindre et les insuffisances révélées par l'enquête de base.

Ainsi, les responsables pour l'élaboration des modules ont été identifiés :

- la SOGOCI : Soins gynéco-obstétricaux,
- la SIP : Soins néonataux et pédiatriques,
- la DSCPS : Sensibilisation de la communauté, et
- la DSIM : aperçu du projet, soins centrés sur le patient, accueil du patient et amélioration de la qualité des services de santé.

L'ensemble des modules issus des travaux des différents groupes est consigné dans le Tableau ci-dessous.

Tableau 15 : Vue d'ensemble du programme de formation des sages-femmes et des infirmières

Modules de formation	1. Aperçu du projet (modèle PACSSMN) 2. Accueil (accueil courtois des patients). 3. Cadre général de la démarche qualité et leadership (initiatives d'amélioration de la qualité des services de gestion/leadership). 4. Consultations prénatales. 5. Accouchement normal. 6. Consultations post natales. 7. Soins essentiels du nouveau-né. 8. Réanimation Néonatale. 9. Soins Maternels néonataux respectueux (soins centrés sur le patient qui respectent les droits et les souhaits des mères et des nouveau-nés). 10. Soins Mère-Kangourou. 11. Planification des activités 12. Gestion des complications materno-fœtales et prise en charge du Post Avortement. 13. Système de Référence Contre Référence (referral system) 14. Activités efficaces de sensibilisation de la communauté.
Critères de sélection des formateurs	▪ 5 à 10 ans d'expérience en tant qu'agent de santé/coordonnateur de la santé génésique dans un district sanitaire/expérience en tant que formateur national/ sage-femme en chef dans un établissement de santé. ▪ Être en mesure de fournir un soutien pendant plusieurs jours consécutifs au cours de la période de formation. ▪ Familiarité avec le domaine médical. ▪ Compréhension du système de santé d'Abobo, des questions d'actualité, etc.

Méthode de formation	▪ Cascade ▫ Cascade 1 : Formation des formateurs des Districts Sanitaires (7 jours) dirigée par l'équipe technique nationale et les équipes de projet (DSIM, SOGOI, SIP, autres). ▫ Cascade 2 : Formation des sages-femmes et des infirmier(ère)s (5 jours),. Les experts nationaux et les membres de l'équipe projet étaient les superviseurs ▪ Participants à la formation : max. 25 personnes/formation
----------------------	---

(2) Elaboration des outils de communication

Lors de l'atelier 'élaboration du programme de formation des sages-femmes et des infirmier(ère)s, huit outils ont été élaborés par ordre de priorité en fonction de la fréquence et du calendrier d'utilisation ainsi que le budget annuel du projet :

- Scénarios (examens prénataux : pendant la grossesse, l'accouchement et immédiatement après l'accouchement).
- Scénario en images (examens postnatals : du post-partum au planning familial).
- Brochure pour les professionnels de la santé et les autres partenaires, ainsi que les autres Directions et Programmes du Ministère de la Santé : aperçu du projet)
- Brochures pour la communauté : soins prénatals et postnatals, précautions à prendre pendant la grossesse, connaissances sur l'accouchement, planning familial).
- 3 affiches (2 pour les communautés et 1 pour les professionnels de la santé)
- Kakemono

Une réunion de finalisation et de validation de ces outils de communication a été organisée par l'équipe technique nationale

L'élaboration de ces outils a été confié à un prestataire externe

2.2.7. Élaboration d'un plan d'action de formation pour le renforcement des capacités des sages-femmes et des infirmiers(ères) (activité 1.9)

Sur la base de l'activité 1.8, un atelier de finalisation et validation du contenu de la formation des sages-femmes et des infirmiers(ères) a été organisée (25-27/04/2023) pour finaliser le contenu nécessaire à la mise en œuvre du programme de formation. Les décisions prises sont les suivantes :

- Programme de formation (titre des modules, leurs objectifs, méthodologie de dispensation des modules (théories et pratiques), contenu des modules, temps de dispensation des modules, références, etc.)
- Support des modules (présentation PowerPoint)
- Matériels et équipements nécessaires à la formation pratique (simulation), (équipement médical, modèles humains, consommables, registres de livraison, etc.).
- Outils de communication
- Pré-tests et post-tests, formulaires d'évaluation de la formation
- Certificats de formation
- Objectif de formation : 247 sages-femmes et infirmiers(ères) au total dans les Districts Sanitaires d'Abobo Ouest et Est (Abobo Ouest : 52 sages-femmes ; Abobo Est : 179 sages-femmes et 16 infirmiers(ères)).
- Méthode de formation : maximum 25 participants/groupe, répartis en 05 sessions. Des séances de débriefing étaient organisées après les sessions de formation pour discuter des questions opérationnelles avec l'équipe d'experts nationaux.

2.2.8. Formation des sages-femmes et les infirmiers(ères) (activité 1.10)

(1) Formation des formateurs

La formation des formateurs (en théorie et pratique) a été organisée en juin et en août 2023 pour former les majors des maternités de chaque établissement cible en tant que formateurs du niveau district (Tableau 16). Le décalage entre la formation théorique et pratique s'explique par un retard dans la livraison du matériel de formation (modèles anatomiques).

La formation pratique, initialement prévue sur trois jours, a été étendue à cinq jours en raison de l'importance du contenu de la formation et de la nécessité pour chaque participant de maîtriser pleinement chaque compétence. Tant les sessions théoriques que pratiques ont été menées de manière participative, avec des discussions animées.

Chaque session était suivie d'un débriefing permettant d'améliorer le contenu des modules, d'évaluer la méthodologie de l'enseignement et de l'organisation de la formation des sages-femmes et des infirmiers(ères).

Tableau 16 : Vue d'ensemble de la formation des enseignants

Programme	Formation théorique : 05-08 juin 2023 (4 jours) Débriefing après la formation théorique : 09 juin 2023. Formations pratiques : 31 juillet - 04 août 2023 (5 jours) Débriefing après la formation pratique : 14 août 2023.
Objectif.	Renforcer les capacités des sages-femmes et infirmiers(ières) des Districts Sanitaires d'Abobo Est et Ouest
Formateurs du niveau central	9 DGS, DSIM, SOGOCI, SIP, DSCPS, SYNSFI, ASFI.
participants	35 personnes ▪ 21 sages-femmes majors des établissements Sanitaires de Premier Contact des Districts Sanitaires d'Abobo Ouest et Est. ▪ 3 sages-femmes et infirmiers(ères) majors du CHR d'Abobo ▪ 4 coordinatrices de la Santé de la Mère et de l'Enfant / de la des Districts Sanitaires d'Abobo Ouest et Est ▪ DGS, DSIM, DSCPS PNSME, PNSSU-saj, ASFI, SYNSFI
Contenu des modules de formation	4 jours de formation théorique en salle, 5 jours de compétences pratiques

(2) Formation sur le modèle de Continuum de Soins de Santé Maternel et Néonatal

La formation de sages-femmes et infirmiers(ères) des 22 structures sanitaires cibles s'est déroulé en cinq sessions du 21 août au 20 octobre 2023, en raison de cinquante (50) participants reparté en deux groupes de 25 prestataires par session. L'aperçu de ces sessions de formation sont présentées dans le Tableau 17.

Tableau 17 : Aperçu de la formation des sages-femmes et des infirmières

Programme	1 ^{ère} session : 21-25 août 2023. Débriefing (1 ^{ère}) : 29 août 2023. 2 ^{ème} session : 04-08 septembre 2023. 3 ^{ème} session : 18-22 septembre 2023. Débriefing (2 ^{ème}) : 28 septembre 2023 4 ^{ème} session : 02-06 octobre 2023. 5 ^{ème} session : 16-20 octobre 2023. Débriefing (3 ^{ème}) : 30 octobre 2023
Objectif	Renforcer les capacités des sages-femmes et infirmiers(ières) des Districts Sanitaires d'Abobo Est et Ouest.
Formateurs	DGS, DSIM, SOGOCI, SIP, DSCPS, SYNSFI, ASFI sages-femmes majors des maternités des structures cibles (Abobo Est et Ouest), les coordinatrices de la Santé de la Mère et de l'Enfant des Districts Sanitaires d'Abobo Est et Ouest.
Participants	Total 258 (45 à la 1 ^{ère} session, 52 à la 2 ^{ème} session, 51 à la 3 ^{ème} session, 52 à la 4 ^{ème} session et 58 à la 5 ^{ème} session)
Contenu de la formation	3 jours de formation théorique, 2 jours de formation pratique

Les résultats de la formation ont montré une augmentation moyenne générale d'environ 5 points (sur 20) relativement aux pré-tests et post-tests, et les évaluations des participants ont montré leur satisfaction générale quant à la formation théorique et pratique.

D'autre part, plusieurs observations relatives à l'organisation de la formation, à la gestion du temps et au contenu des modules de formation. Les différentes recommandations formulées par les participants sont résumé dans le Tableau 18. Ces recommandations portaient surtout sur la méthodologie de formation qui a été à la suite améliorée par l'utilisation des projections vidéos, des jeux de rôles et exercices

pratiques sur le partogramme. Les principales recommandations sont résumées dans l'Annexe 7.

Tableau 18 : Difficultés rencontrées et solutions proposées

	Difficultés	Solutions proposées
Déroulement de la formation	Le contenu des modules trop long.	Réduire le contenu des modules de formation en fonction du nombre de jours de formations (cinq jours).
	Les formateurs du niveau district sont très peu impliqués dans la formation théorique.	Améliorer le contenu des modules et la méthodologie de formation en vue de faciliter la mise en œuvre de la formation en cascade.
	La majorité du matériel ne correspondait pas aux objectifs de la formation (par exemple, 5 types de sutures x 2 boîtes chacune, des machines pour l'aspiration, des sets d'intubation pour adultes et des masques de réanimation), des médicaments (Doliprane, Mifépristone, etc.) et des articles qui n'ont jamais été utilisés dans le cadre de la formation.	Adapter les matériels et équipements aux objectifs de la formation.
Contenu	Le contenu de la formation était trop long.	Améliorer le contenu des modules et la méthodologie de formation
	Temps de formation insuffisant.	Mettre l'accent sur l'évaluation de l'accouchement normal, la réanimation néonatale et les références et contre-références.
	Temps de formation insuffisant pour obtenir d'obtenir un changement de comportement chez les sages-femmes et infirmiers(ères)	- Organiser des sessions de formation sur l'approche 5SKAIZEN TQM - Mettre l'accent sur le suivi après la formation et les soins respectueux maternels et néonataux.
	Le tamponnement intra-utérin par ballonnet (UBT) et l'aspiration intra-utérine après fausse couche (AMIU) sont des procédures utilisées en dernier recours, et nous les enseignons dans la situation actuelle où les soins de base efficaces devraient être effectués au préalable. Si ces pratiques sont utilisés trop fréquemment au niveau primaire, il existe un risque d'aggravation des symptômes, de complications et de retards dans les références.	- Se concentrer sur l'amélioration des soins de base tout en précisant que ces procédures sont un dernier recours - Comprendre les indications et les risques de ces procédures.
Pédagogie	- Il est difficile d'évaluer l'efficacité de tous les aspects de la méthode d'enseignement de la formation. - Les diapositives contiennent beaucoup de texte ce qui peut provoquer une certaine monotonie. - Certains points importants n'ont pas bénéficié de suffisamment de temps. - Différence entre le contenu magistral et le contenu pratique	- Gardez les cours dans un style interactif - Utilisez beaucoup de diagrammes et d'illustrations dans vos diapositives - Utiliser efficacement les outils vidéos et le matériel pédagogique qui favorise visuellement une compréhension approfondie - Allouer plus de temps aux points importants - Assurer la cohérence entre le cours magistral et le contenu pratique.
Compréhension Méthode d'évaluation	Les pré-tests et post-tests ne permettent pas d'évaluer correctement les participants.	- Des questions de test seront posées à partir de chaque module. - Ajuster le nombre de questions en fonction de l'importance du module

2.2.9. Suivi et évaluation des résultats de la formation des infirmiers(ères) et des sages-femmes activité 1.11)

(1) Suivi post-formation des sages-femmes

Avant la supervision, deux visites et coaching post-formation ont été menés pour s'assurer que les sages-femmes des établissements de santé cibles appliquaient dans leur pratique ce qu'elles avaient appris au cours de la formation (Tableau 19).

Tableau 19 : Suivi post-formation des sages-femmes et infirmiers(ères)

	Suivi post-formation des premières sages-femmes et infirmiers(ères)	Suivi post-formation des secondes sages-femmes et infirmiers(ères)
Date	06/12/2023	13/02/2024
Objectif	▪ Vérifier l'application pratique des compétences acquises lors de la formation ▪ L'environnement de travail des sages-femmes en termes de qualité des soins. ▪ Conseils si nécessaire. ▪ Confirmation de l'emplacement du stockage du matériel à fournir.	▪ Vérifier l'application pratique des compétences acquises lors de la formation ▪ L'environnement de travail des sages-femmes en termes de qualité des soins. ▪ Conseils si nécessaire.
Participants	▪ Formateurs de sages-femmes/infirmiers(ères) : SOGOCI (1), DSIM (1), sage-femme major (1), PACSSMN (2) ▪ DSIM (1), PACSSMN (5)	▪ Formateurs de sages-femmes et d'infirmiers(ères) : DSIM (4), SOGOCI (1), PNSME (1), sage-femme major (3), PACSSMN (1) ▪ DSIM (1), PACSSMN (5)
Structures sanitaires cibles	▪ Centre de santé du district sanitaire 2 d'Abobo Ouest (FSUCOM Anonkoua koute, CSU-Com Bocabo).	▪ 3 établissements dans le district sanitaire d'Abobo Est (CHR Abobo, FSU Com Avocatier et CSU Kennedy Clouetcha). ▪ 2 structures dans le district sanitaire d'Abobo Ouest (CSU-Com Assomin, CSU-Com Agoueto)
Méthodologie	▪ 1 équipe ▪ Observations basées sur la grille d'évaluation	▪ 3 équipes ▪ Observations basées sur la grille d'évaluation
Eléments d'évaluation	▪ 17 éléments, notamment l'environnement matériel de l'établissement de santé, les soins de maternité, les soins aux nouveau-nés, les normes et procédures affichées, etc.	▪ 29 points dans cinq domaines, dont l'accueil, la prévention des infections, l'affichage des normes, procédures et protocoles, les soins de maternité, l'observation des accouchements, etc.

Parmi les domaines où les acquis de la formation ont été mis à profit, on peut citer la rédaction de partogrammes (comptes rendus de l'évolution de l'accouchement) et la pratique de la réanimation néonatale. Bien qu'il y ait encore beaucoup à faire dans chacun de ces domaines, l'amélioration de la sensibilisation des sages-femmes est un progrès constant. D'autre part, des problèmes tels que le manque d'expérience dans les techniques de base et l'absence de soins respectueux de la mère et de l'enfant ont également été mis en évidence.

Les résultats des supervisions sont restitués aux responsables des établissements cibles suivis des recommandations. Ces missions de suivi post-formation ont permis de revoir la méthodologie de la supervision prévue pour le mois de mars. Les structures visitées ont été sélectionnées dans chaque district sanitaire comme celles ayant un nombre relativement élevé de patientes et d'accouchements, mais seuls deux accouchements ont pu être observés lors du suivi, ce qui a rendu difficile l'observation des compétences des sages-femmes dans la pratique.

(2) Supervision

Les grilles de la supervision utilisées respectivement par la DGS, le PNSME et la DSIM pour réaliser la supervision post-formation des sages-femmes ont été obtenues. Elles sont toutes utilisées par les districts sanitaires pour la supervision des structures primaires (ESPC), mais avec des contenus différents. En outre, il existe un « Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et

pédiatriques intégrés », développé par l'OMS et le Ministère de la Santé en 2018, basé sur les Directives de l'OMS sur la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement.

La comparaison des grilles d'évaluation a montré que les grilles de la DGS, de la PNSME et de la DSIM étaient axées sur l'évaluation du fonctionnement global de la structure et comportaient peu d'éléments d'évaluation de la qualité des soins. Les éléments d'évaluation portant sur la qualité des soins pendant l'accouchement ont été extraits de l'outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux, néonataux et pédiatriques, et ont été considérés comme une grille de supervision.

Du point de vue de l'évaluation de l'efficacité de la formation, il aurait été préférable d'observer directement la performance des sages-femmes et infirmiers(ières) pendant les accouchements même si seulement un nombre limité de structures ont été visitées, mais en raison du faible nombre d'accouchements pendant la journée et de la forte volonté de la DSIM de cibler toutes les structures, un total de 22 structures (1 CHR, 14 ESPC du District de Santé d'Abobo Est, 7 ESPC du District de Santé d'Abobo Ouest) devaient être ciblées.

La supervision a été effectuée conformément à ce plan (11-15/03/2024, Tableau 20) ; au total 21 structures sanitaires sur 22 ont été visitées lors de cette supervision. Les résultats des supervisions sont restitués aux responsables des établissements cibles suivis des recommandations. Seulement quatre accouchements ont été observés au cours de la mission de cinq jours. Les équipes ont procédé alors à une simulation d'accouchement pour vérifier autant que possible les connaissances et les compétences acquises par les prestataires formés.

Pour les séances de simulation il faudrait s'accorder sur le contenu et la méthodologie.

Les connaissances acquises lors de la supervision ont été compilées sous forme de recommandations (voir Tableau 21).

Les résultats de ces observations sont résumés dans l'Annexe 8 afin de contribuer à l'amélioration des soins prodigués par les sages-femmes à l'avenir. En raison du délai très court pour la fin du projet, certains aspects n'étaient pas intégrés dans la grille d'évaluation, l'objectif était donc d'évaluer la « qualité des soins sages-femmes » comme l'impact de la formation. De plus, il y a eu un manque de préparation pour les simulations d'accouchement, mais le défi futur est de se préparer soigneusement à l'avance afin que chaque équipe puisse utiliser une procédure harmonisée, par exemple en préparant un scénario approprié. Afin de contribuer à l'amélioration des soins obstétricaux futurs, un rapport résumant les éléments d'observation non inclus dans la grille d'évaluation a été organisé séparément du rapport des résultats de la supervision.

Tableau 20 : Vue d'ensemble de la supervision

Période	Du lundi 11 au vendredi 15 mars 2024.
Objectif	Évaluer la qualité des soins prodigués aux mères et aux nouveau-nés dans les établissements cibles du projet ▪ Sections supervisées ; soins prénatals et de soins postnatals aux mères et aux nouveau-nés lors de l'accouchement, environnement de l'accouchement, soins prodigués par des sages-femmes pendant l'accouchement, soins prodigués à différents stades de l'accouchement (premier, deuxième et troisième trimestres), utilisation du matériel fourni. ▪ Faire des recommandations
Superviseurs	Quatre équipes composées de représentants des structures suivantes ▪ Représentants de différents départements du ministère de la santé (DGS, DSIM, PNSSU-saj, PNSME) ▪ Représentant des sociétés savantes (SOGOCI) ▪ Représentant des organisations professionnelles des Sages-femmes (ASFI) ▪ Coordinatrices, SME des Districts Sanitaires d'Abobo Est et Ouest. ▪ Formateurs (sages-femmes et infirmiers(ières)) ▪ Experts japonais
Cibles	Total 22 structures couvertes par le projet (1 CHR, 14 ESPC dans le District Sanitaire d'Abobo Est, 7 ESPC dans le district sanitaire d'Abobo Ouest)
Méthodologie de la supervision	Les procédures suivantes sont utilisées pour chaque établissement : 1) explication de l'objectif de la supervision au directeur de l'établissement, 2) supervision, 3) restitution des résultats suivi des recommandations.
Elément d'évaluation	Au total, 70 éléments (nombre d'éléments entre parenthèses) ont été vérifiés pour les 13 étapes suivantes ; ▪ A. Réception (5) ▪ B. Prévention et contrôle des infections (3) ▪ C. Soins avant et après l'accouchement ▫ Conditions à la livraison (11) ▫ Soins de soutien pendant l'accouchement (8) ▫ Soins pendant le premier trimestre (7) ▫ Soins pendant le deuxième trimestre (4) ▫ Soins pendant le troisième trimestre (4) ▪ D. Soins néonataux. ▫ Réanimation néonatale (2) ▫ Surveillance et soins immédiats des nouveau-nés (11) ▫ Promotion de l'allaitement (8) ▫ Prise en charge des nouveau-nés avant la sortie de l'hôpital (3) ▫ Fournir des informations et des conseils aux mères (2) ▪ E. Matériel fourni (5)

Tableau 21 : Recommandations de la supervision

Destinataires	Recommandations
Ministère de la santé	▪ Supervision régulière pour pérenniser les acquis du projet ▪ Veiller à ce que les directives, les normes, les protocoles et les algorithmes soient appliqués dans les établissements de santé. ▪ Améliorer les conditions de travail dans les établissements de santé
Direction Régionale de la santé Abidjan I/ Directions Départementales de la Santé d'Abobo Est et Ouest	▪ Assurer la durabilité des acquis du projet par un suivi et un accompagnement régulier (tous les 3 mois) des prestataires de soins de santé. ▪ Veiller à la maintenance préventive et curative des matériels et équipements reçus ▪ Veiller à ce que les directives, les normes, les protocoles et les algorithmes soient appliqués dans les établissements de santé.

Destinataires	Recommandations
Les responsables des structures de santé	▪ Mettre en place des signalétiques internes et externes ▪ Elaborer et afficher les circuits des patients ▪ Veiller à ce que les directives, les normes, les protocoles et les algorithmes soient appliqués dans les établissements de santé. ▪ Mettre le matériel et l'équipement fournis à la disposition des prestataires de services et soins de santé ▪ Assurer la maintenance préventive et curative des matériels et équipements reçus ▪ Mettre en place un service d'accueil avec un personnel formé. ▪ Désigner une personne qualifiée (médecin, infirmière ou sage-femme) pour faire le tri des patients ▪ Assurer une gestion adéquate des déchets (tri et élimination) ▪ Améliorer les conditions de travail du personnel (climatisation, aménagement, hygiène des locaux). ▪ Installer un groupe électrogène
Prestataires de soins de santé (principalement les sages-femmes).	▪ Fournir des soins de qualité aux femmes en couches conformément aux protocoles, aux normes et aux directives. ▪ Fournir des soins de soutien aux femmes, aux enfants et aux familles ▪ Remplir correctement les outils de gestion (par exemple, les registres d'accouchement, les partogrammes). ▪ Veiller à ce qu'un registre soit utilisé pour enregistrer l'arrivée des femmes enceintes avant de remplir le partogramme. ▪ Respecter les directives relatives à la surveillance du post-partum immédiat ▪ Réorganiser les salles d'accouchement, les salles postnatales et les autres services ▪ Utiliser efficacement le matériel et l'équipement fournis ▪ Assurer l'hygiène et l'entretien des salles d'accouchement, des soins postnatales, des salles d'examen, des toilettes et des équipements de travail. ▪ Appliquer efficacement les directives relatives à la désinfection à l'eau et à l'alcool pour l'hygiène des mains avant et après les procédures ▪ Utiliser correctement les EPI (les tabliers et les bottes) fournis pour prévenir les infections ▪ Renforcer le travail d'équipe.
JICA	▪ Soutenir les missions de coaching et de supervision ▪ Soutenir le gouvernement de la Côte d'Ivoire dans la mise à échelle du projet

2.3. Description des activités liés au résultat 2

2.3.1. Sélection des établissements de santé cibles pour la mise en œuvre du modèle (activité 2.1)

Lors des discussions sur la révision du PDM suite à la mission du siège de la JICA en novembre 2022, il a été décidé que la zone cible serait les Districts Sanitaires d'Abobo Est et d'Abobo Ouest de la commune d'Abobo dans la Région Sanitaire d'Abidjan I, et que les structures cibles seraient les 23 structures suivantes au total, y compris quelques structures privées.

- Établissements sanitaires de niveau 1 : 14 établissements sanitaires dans le District Sanitaire d'Abobo Est et 7 établissements sanitaires dans le district sanitaire d'Abobo Ouest (21 établissements au total),
- Établissements sanitaires de niveau 2 : Centre Hospitalier Régional d'Abobo (hôpital public), District Sanitaire d'Abobo Est
- Établissements sanitaires de niveau 3 : Centre Hospitalier Universitaire de Cocody (dont les services de gynécologie-obstétrique ont été temporairement transférés à l'hôpital général d'Adjamé suite à sa réhabilitation).

La sélection des établissements sanitaires de niveau 3 était prévu pour mener des activités visant, à améliorer le système de référence et de contre-référence.

2.3.2. Collecte d'informations sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des activités (activité 2.2)

Peu après le lancement du projet, la manager du projet, les points focaux et les experts japonais ont participé aux revues de décès maternels qui se tenaient chaque mois au Centre Hospitalier Universitaire de Cocody (établissement de référence de niveau 3 de la zone cible du projet). Il a été demandé de faire le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des revues de décès maternels.

En outre, les questions liées au système de référence et contre-référence sont abordées dans l'activité 2.7 (2.3.6).

2.3.3. Analyse du système de distribution des médicaments, matériels et équipements pour l'accouchement normal et les soins obstétricaux néonataux d'urgence de base (activité 2.4)

En février 2024, la Direction des Activités Pharmaceutiques (DAP), responsable de la politique de distribution des médicaments essentiels et des équipements médicaux courants, a été contacté pour obtenir des documents sur la nouvelle politique en matière de médicaments (2023-2025) et les politiques sur le système d'approvisionnement en médicaments. En outre, des informations sur l'approvisionnement ont été données par le Directeur Départemental de la Santé du District Sanitaire d'Abobo Est. Ces informations sont ;

- Les médicaments et matériels, principalement destinés aux structures sanitaires publiques de Côte d'Ivoire, sont essentiellement fournis par la Nouvelle Pharmacie de Santé Publique (NPSP).
- La NPSP dispose d'une liste de médicaments et de matériels essentiels, mais tous les médicaments et autres matériels ne sont pas nécessairement disponibles à tout moment. On ne dispose pas encore d'informations sur les ruptures de stock spécifiques et les livraisons manquantes.
- Chaque établissement de santé peut faire des commandes individuelles de médicaments à la NPSP. Les médicaments et autres intrants sont distribués quatre semaines après la commande, mais en cas de besoin urgent, ils sont distribués en une semaine si la raison est claire, s'ils sont en stock et si le paiement a été effectué.
- Dans le cas du District Sanitaire d'Abobo Est, les médicaments parviennent au District Sanitaire, d'où ils sont distribués aux différentes structures sanitaires, bien que dans certains cas, si la NPSP dispose d'un budget suffisant (principalement pour l'essence), ils sont distribués directement dans les différentes structures sanitaires. Certains établissements sanitaires ne sont pas enregistrés dans le système d'approvisionnement de la NPSP et font leur commande par auprès du District Sanitaire. Les vaccins du Programme Elargi de Vaccination (PEV) sont distribués mensuellement avec les médicaments de la NPSP. Les produits sanguins sont rarement disponibles dans les structures sanitaires de niveau 1. Dans les hôpitaux de référence seuls les médecins sont autorisés faire la commande des produits sanguins, mais il existe une antenne du Centre National de Transfusion sanguine (CNTS) près du CHR, à partir de laquelle des commandes sont passées au CNTS en cas de besoin.
- Ceux qui ne font pas partie de l'approvisionnement de la NPSP font leurs commandes des vaccins dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) et des produits sanguins à travers le CNTS et ses antennes ; il y a eu peu de cas de retards ou de pénuries dans l'approvisionnement en vaccins à travers les PEV, à l'exception de la distribution des produits sanguins à travers le CNTS et ses antennes. Les produits sanguins ont connu une pénurie sur l'ensemble du territoire, mais une amélioration a été constatée depuis la fin de l'année 2022.

En ce qui concerne le système de distribution des équipements médicaux et des médicaments, des politiques et des plans de la Direction des Activités Pharmaceutiques (DAP) et la Nouvelle Pharmacie de Santé Publique (NPSP) sont en cours, et des efforts doivent être faits par chaque District Sanitaire pour améliorer les opérations en accord avec ces plans. Le budget, les ressources humaines et les infrastructures pour améliorer ces systèmes de distribution restent tous insuffisants, et les efforts pour les améliorer ont été encouragés par des opportunités de contact avec les responsables des Districts Sanitaires (atelier de validation du modèle PACSSMN et atelier final).

2.3.4. Acquisition et fourniture d'équipements pour les accouchements normaux et les Soins obstétricaux Néonataux d'Urgence de base (activités 2.3 & 2.5)

Dans le cadre de la révision du programme de formation des prestataires sur l'accouchement normal et aux Soins obstétricaux Néonataux d'Urgence de base, une liste d'équipements médicaux a été retenue et fournie en mars 2023. Sur la base de cette liste, certains kits d'accouchement et d'incision périnéale ont été achetés et utilisés pendant la formation des sages-femmes et des infirmiers(ères).

Par la suite, sur la base du budget disponible pour l'achat de matériel, la quantité de matériel à fournir a été déterminée en fonction du nombre d'accouchements par mois dans les établissements sanitaires cibles (plus de 100 par mois, 50-99 par mois et 49 ou moins par mois). En outre, cette liste du matériel a été finalisée après confirmation des besoins auprès des sages-femmes et les infirmiers(ères) majors des établissements sanitaires cibles qui ont participé à la formation. (Octobre 2023).

Les procédures de passation de marchés ont été menées en prévision d'une livraison et d'une mise à disposition pour la fin janvier 2024, mais la mise à disposition a été reportée au mois de mars 2023 en raison du retard dans la livraison de certains équipements et du remplacement d'autres qui ne répondaient pas aux spécifications. Le 07 mars 2024, une cérémonie officielle de remise des matériels et équipements a été organisée dans le District Sanitaire d'Abobo Est avec la présence des Directeurs Départementaux d'Abobo Est et Ouest et les représentants de toutes les structures sanitaires cibles du projet.

Les équipements fournis et leurs quantités sont présentés dans le Tableau 22. Les détails des équipements fournis aux structures cibles sont disponibles en Annexe 4.

Tableau 22 : Équipement fourni aux installations cibles

A l'usage des mères	Pour les nouveau-nés
▪ Kits de livraison (63)* ▪ Kit de périnéotomie (21)* ▪ Sphygmomanomètre (66) ▪ Lits (35) ▪ Support IV (70) ▪ Tables de livraison (33) ▪ Lampes d'examen (13) ▪ Cloisons (13) ▪ Kits de livraison (19) ▪ Set d'incision périnéale (6) ▪ DIU pour la contraception et jeux d'instruments utilisés pour la pose et le retrait (35) ▪ Jeux d'instruments utilisés pour insérer et retirer les implants contraceptifs (35) ▪ Sondes urinaires (2200) ▪ Miroir vaginal Djimon (35) ▪ Stéthoscope à sons cardiaques fœtaux (stéthoscope Doppler à ultrasons) (57) ▪ Gel pour Doppler (83) ▪ Feuilles imperméables (92) ▪ Échelles pour adultes (44) ▪ Échelles de taille pour adultes (22) ▪ Stéthoscope double (66) ▪ Plate-forme à 2 marches pour monter sur la table de livraison (66).	▪ Sacs d'Ambu de réanimation néonatale (26)* ▪ Masque 0 (pour les prématurés) (48) ▪ Masque 1 (pour les nouveau-nés) (96) ▪ Ventouses en forme de pingouin (48) ▪ Chauffe-bébés (7) ▪ Pèse-bébé nouveau-né (44) ▪ Mesure de la taille des nouveau-nés (22) ▪ Lampes pour garder les nouveau-nés au chaud (14)
	Pour les mères et les nouveau-nés
	▪ Oxymètres de pouls (35) ▪ Tabliers imperméables (175) ▪ Crocs médicaux (175) ▪ Lunettes de protection (175) ▪ Plateaux à pus (110) ▪ Thermomètres (66)

* Matériel d'accouchement et matériel de périnéotomie mars 2023.

2.3.5. Suivi et évaluation de l'utilisation du matériels et équipements et recommandations pour la révision des normes du Ministère de la Santé, le cas échéant (activité 2.6)

Le contrôle de l'utilisation de l'équipement devrait être effectué lors de la supervision après la fourniture de l'équipement, mais la courte période entre la fourniture de l'équipement et la supervision a rendu presque impossible le contrôle de l'utilisation de l'équipement, mais le système de gestion et l'utilisation efficace de l'équipement ont été recommandés lors de la supervision dans chaque structure sanitaire visitée. Cependant, des recommandations sur la maintenance préventive et curative et l'utilisation du

matériel et équipements fournis ont été faites par chaque équipe de supervision aux responsables de chaque structure sanitaire lors de la supervision. Il a été recommandé de désigner une personne responsable de la gestion du matériels et équipements fournis sur le site et de tenir un registre pour la maintenance.

2.3.6. Identification des problèmes et le suivi des recommandations des réunions de la SDMPR (activité 2.7).

Les visites post-formations effectuées dans les établissements cibles en décembre 2023 et la supervision en mars 2024 ont permis de constater que les établissements sanitaires de niveau 1 avaient tendance à référer facilement tous les cas mineurs vers des établissements sanitaire du niveau supérieur. Les raisons évoquées étaient la méconnaissance des protocoles de soins pour l'hypertension gestationnelle de base, l'hémorragie du post-partum et l'accouchement prolongé, et la rupture fréquente des médicaments essentiels. Au moment de la référence, il est nécessaire de prendre des mesures pour stabiliser l'état de la mère et du bébé dans l'établissement sanitaire de premier contact, mais il est devenu courant que les mères attendent une ambulance pendant 30 minutes à une heure avant d'être évacuée. Ce qui met en danger la vie de la mère et de l'enfant. De nombreuses sages-femmes ne maîtrisent pas la conduite à tenir avant et pendant la référence.

L'on a aussi noté que de nombreuses sages-femmes ne connaissaient pas les premiers gestes d'urgence et les procédures nécessaires avant la référence. L'équipe projet a participé à une revue de décès maternels dans le District Sanitaire d'Abobo Ouest le 08 mars 2024. Des cas ont été examinés où le nouveau-né est décédé en raison d'une dystocie des épaules et d'une hémorragie du post partum immédiat causée par un gros fœtus, qui n'a pas réagi à la réanimation, et la mère a été évacuée au Centre Hospitalier Universitaire d'Angré (CHUA) après l'accouchement où le décès de la mère a été confirmé à l'arrivée. C'était la seule revue de décès maternel à laquelle l'équipe Projet a participé.

Tableau 23 : Problèmes, recommandations et responsables lors de la revue des décès maternels, compilées par le District de Sanitaire d'Abobo Ouest

Défi	Proposition	Personne responsable
Aucune ambulance n'est présente dans l'établissement sanitaire.	Demander à la structure d'acquiescer une ambulance.	Directeur Départemental de la Santé
Pratique insuffisante des connaissances acquises au cours de la formation (par exemple, gestion de l'hémorragie post-partum).	Organiser des missions de supervision pour les sages-femmes formées dans le cadre du projet PACSSMN	DSIM / coordonnatrice de la santé de la mère et de l'enfant
	Coaching sur site	
	Renseigner correctement la fiche de surveillance de chaque parturiente	Prestataires la santé (sages-femmes)
Absence de recherche systématique des antécédents médicaux de la patiente (femme enceinte)	Rechercher systématiquement tous les antécédents médicaux de la patiente (femme enceinte)	Prestataires de santé (sages-femmes)
Mauvais remplissage du registre d'accouchement.	Renseigner correctement et tous les outils de gestion	Prestataires de santé (sages-femmes)

Les trois principales causes de décès maternels - les retards dans la décision de consulter un médecin, les retards dans l'accès et le transport, et les retards dans la prise en charge - ont été analysées comme étant respectivement de 29 %, 15 % et 56 % en Côte d'Ivoire. Plus que les problèmes de référence, c'est la réaction après l'arrivée à l'hôpital qui est responsable de la majorité des décès maternels et, comme l'a montré l'enquête de base, la capacité d'évaluation des sages-femmes pose d'importants problèmes.

Sur la base de ce qui précède, une proposition de procédure d'évaluation lors de la revue des décès maternels a été élaborée. Un résumé des recommandations est présenté dans le tableau ci-dessous, les recommandations 1) à 3) étant considérées comme efficaces lorsqu'elles sont mises en œuvre par le District Sanitaire et les recommandations 4) étant mises en œuvre par les Districts Sanitaires et les établissements de santé.

Tableau 24 : Projet de procédures pour examen lors la revue des décès maternels SDMPR

Questions à examiner	Détails de la proposition					
1) Priorisation des problèmes	▪ Après avoir dressé la liste des problèmes actuellement considérées comme des défis, il convient de les prioriser en éliminant autant que possible les préjugés. Par exemple, les problèmes sont notés en fonction des éléments suivants :					
	Questions clés					
	Point de vérification					
	Impact	▪ En cas de mise en œuvre, quel serait l'impact sur les clients ?				
	Urgence	▪ Le problème doit-il être résolu immédiatement ?				
	Possibilité	▪ Est-il possible de mettre en œuvre le processus d'amélioration au sein de l'établissement sanitaire et dans un délai raisonnable (dans les 6 mois) ?				
	Disponibilité des Ressources	▪ Est-il possible de mettre en œuvre le thème (amélioration des problèmes identifiés) avec les ressources disponibles (fonds, personnel, équipement) ? ▪ Les données et les informations nécessaires à l'analyse de la situation sont-elles disponibles ? Si elles ne sont pas disponibles, peuvent-elles être collectées où ?				
		Défi	Impact	Urgence	Possibilité	Ressource
	Les sages-femmes ne connaissent pas les facteurs de risque de l'hémorragie post-partum	2	2	2	2	8
	Les sages-femmes ne sont pas en mesure de répondre aux urgences en cas d'hémorragie flasque	3	3	2	2	10
	Le transport des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (BEmONC) aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (CEmONC) dure plus de 2 heures	2	1	1	1	5
	Accès limité aux transfusions sanguines	2	2	1	2	7
	Les sages-femmes ne sont pas en mesure de traiter l'hypertension gestationnelle	3	3	2	1	9
	Accès limité à des soins d'avortement sûrs	3	2	1	2	8
2) Problèmes prioritaires. Analyse des causes profondes	▪ Analyser les causes profondes des problèmes prioritaires ayant obtenu un score total élevé au point 1). L'objectif n'est pas de fournir un traitement symptomatique des problèmes visibles, mais d'identifier les causes qui ne sont pas visibles, dans le but de trouver une solution à la racine. Voici un exemple.					
	Question prioritaire	Question 1 (max. 3)	Question 2 (max. 3)			
	Les sages-femmes ne sont pas en mesure de répondre aux urgences en cas d'hémorragie du post partum immédiat	▪ Les sages-femmes ne peuvent pas déterminer l'urgence d'une hémorragie post-partum	▪ Les sages-femmes ne sont pas en mesure d'évaluer la quantité de sang perdue.			
			▪ Les sages-femmes n'observent pas les signes vitaux et l'état général des patientes			
		▪ Les sages-femmes ne peuvent pas déterminer la cause de l'hémorragie	▪ Les sages-femmes ne connaissent pas les critères pour les constantes de choc.			
			▪ 4T et ne connaissent pas les caractéristiques de chacun d'entre eux.			
		▪ Les médicaments utilisés pour les interventions d'urgence ne sont pas disponibles en permanence dans la structure sanitaire	▪ La dureté/position du fond utérin n'est pas palpable.			
	▪ Défauts placentaires non identifiés					
	▪ Pas de protocole pour les pharmaciens dans BEmONC					
			▪ Le maintien d'un approvisionnement permanent en médicaments serait prélevé sur le budget de la structure sanitaire et ne serait pas rentable si les patients ne pouvaient pas payer plus tard.			
		▪ Le système repose sur le fait que les familles se rendent dans une pharmacie située à l'extérieur des locaux de la structure sanitaire pour acheter				
3) Identification des Actions correctrices	▪ Envisager des mesures correctrices pour les causes profondes identifiées au point 2). Il est conseillé d'en discuter avec les parties prenantes.					
4) Plan d'action	▪ Intégrer chaque action correctrice dans un plan d'action. Un plan d'action comportant un plan d'action clair est élaboré en consultation avec les parties concernées et évalué régulièrement (tous les 1 à 3 mois).					

2.4. Description des travaux liés au résultat 3

Sur la base du résultat 3 du PDM ver.0 « Le concept du modèle de continuum de soins maternels et néonataux est intégré dans le module de formation initiale des infirmières et des sages-femmes », une réunion a été organisée en septembre 2019 pour préparer la révision du programme de formation de base, qui servira de base à un programme de formation des sages-femmes avec une approche par compétences. Le profil des sages-femmes (ce qu'elles devraient être, ce qu'elles font) qui peut répondre aux besoins des pays cibles, qui est nécessaire pour l'élaboration d'un énoncé de normes (Référentiel de compétences) sur les compétences (Référentiel), a été discuté et des améliorations ont été identifiées.

Cependant, selon la mission du siège de la JICA de novembre 2022, il est difficile de mettre en œuvre le modèle de continuum de soins maternels et néonataux dans la formation de base au cours de la période restante du projet car cela prendra assez de temps, et le modèle PACSSMN (projet) devrait être mis en œuvre et évalué par le biais d'activités conformes au PDM révisé (ver. 1). Comme il était souhaitable que le modèle soit intégré dans la formation de base une fois validé, le résultat 3 a été modifié en « Le modèle de continuum des soins maternels et néonataux est validé et mis en pratique » dans le PDM révisé (ver. 1). Il a été remplacé par des activités de suivi et d'évaluation des activités liées aux résultats 1 et 2, de validation du projet de modèle PACSSMN et de formulation de recommandations pour les stratégies de diffusion, afin que le modèle puisse être établi et mis en pratique de manière exhaustive dans le cadre de l'initiative de la Côte d'Ivoire après l'achèvement du projet.

2.4.1. Valider le concept de modèle de continuum de soins (activité 3.1)

Le modèle de Continuum de Soins de Santé Maternelles et Néonatale (modèle PACSSMN), qui a été partagé avec les parties prenantes en décembre 2022, n'est qu'une visualisation d'un schéma conceptuel. En vue d'une compréhension harmonisée de toutes les parties prenantes et de faciliter sa mise en œuvre pratique, il serait souhaitable de disposer d'une description claire du modèle dans son ensemble (objectifs, composantes, relations entre chaque composante, etc.), des détails de chaque composante et des procédures pour la mise en œuvre des activités prioritaires.

La note conceptuelle vise à clarifier les efforts visant à améliorer la santé maternelle et infantile et à assurer une compréhension commune entre les parties prenantes, y compris ses objectifs, les deux concepts de continuité des soins, les composantes du modèle ivoirien et les activités prioritaires dans le contexte ivoirien., est structurée de manière concise. et transmettre clairement. L'essentiel du modèle révisé est résumé dans un document d'environ 5 pages, concernant les problèmes et les perspectives de la pratique du modèle. Un aperçu de la note conceptuelle est présenté dans le Tableau 25.

Les composantes du modèle national s'articulent autour des six éléments du cadre du système de santé proposé par l'OMS : la gouvernance, le personnel de santé, le financement de la santé, l'information sur la santé, la logistique et la prestation de services. Ces éléments ont été regroupés en trois grandes catégories : la gouvernance (incluant le financement de la santé et l'information sanitaire), la qualité des soins et la prestation de services (incluant le personnel de santé et la structure (logistique)), et la gestion des établissements de santé (comprenant le personnel de santé, la structure (la logistique) et l'information sanitaire). En Côte d'Ivoire, l'implication, la collaboration, les partenariats et la coopération avec la communauté⁴ a été ajoutée comme une composante clé, en raison du fort sentiment de méfiance qui prévaut. Ce sentiment reflète le contexte socioculturel et historique de ce pays multiethnique, marqué par un manque de confiance de la communauté et une coopération limitée avec le système de santé moderne.

En outre, un schéma conceptuel du modèle conventionnel (Figure 2) permettait difficilement de comprendre la relation entre les différents composants, mais le modèle révisé permet une meilleure compréhension des relations entre les différentes composantes (Figure 3). En d'autres termes, le système de santé, y compris la prestation des services de santé maternelle et infantile, reposant sur une base de

⁴ Depuis que le siège de l'OMS a proposé le concept des six piliers (composantes) pour le renforcement des systèmes de santé en 2007, il a été suggéré que ce concept soit uniquement du point de vue des prestataires de services de santé, et que la « participation et la coopération communautaires » soient ajoutées aux composantes du point de vue des soins de santé primaires et de la santé publique. L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et certains experts ont exprimé ce point de vue.

collaboration et de contributions communautaires. Cet ensemble est guidé par la gouvernance à chaque niveau du système de santé. À la fin de l'atelier, un schéma conceptuel du modèle avec des activités prioritaires pour chaque composante a été validé par toutes les parties prenantes. Le modèle a ensuite été articulé sous la forme d'une note conceptuelle

Tableau 25 : Aperçu de la note conceptuelle du modèle de continuum de soins

Objectif	▪ Mise en place du modèle ivoirien pour renforcer la continuité des soins des mères, des enfants et des nouveau-nés. ▪ Définition des composantes du modèle et clarification des relations entre chaque composante ▪ Identification des activités prioritaires pour améliorer la continuité des soins à la mère, au nourrisson et au nouveau-né ;
Concept de continuum de soins	▪ Deux continuités ▫ Continuité temporelle : continuité des soins dans le temps depuis la petite enfance jusqu'à la grossesse et l'accouchement ▫ Continuité spatiale : coordination et cohérence de la prise en charge sociale entre la mère et l'enfant, la famille, la communauté locale, les établissements publics de santé, les maternités, les hôpitaux, etc. ▪ Des soins centrés sur le patient qui respectent le rôle des sages-femmes et l'indépendance de la mère et de l'enfant
Cadre du modèle Côte d'Ivoire (composantes)	1. Renforcement de la gouvernance : Collaboration à trois niveaux : central, régional et districts sanitaires. (1) Central : formulation de politiques, sécurisation budgétaire, développement des infrastructures, formation et évaluation des agents de santé ; (2) États et districts sanitaires : communication de la politique nationale aux établissements de premier contact et aux agents de santé, gestion des établissements de santé. 2. Améliorer le fonctionnement des établissements de santé : renforcer les équipes, améliorer les conditions de travail, respecter les normes et améliorer la gestion du matériel 3. Améliorer la qualité des soins : Renforcer la formation des agents de santé, le suivi et la référence, la sensibilisation et l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux. 4. Collaboration et contribution de la communauté : Promouvoir la participation et la coopération communautaires, renforcer la collaboration avec les établissements sanitaires, comprendre les besoins des résidents et sensibiliser.
Défis et perspectives	Défis : ▪ Le modèle PACSSMN est basé sur les conditions urbaines, et le développement d'un modèle prenant en compte les différences régionales est nécessaire pour une application dans les zones rurales et semi-urbaines. ▪ Tenir compte de la durabilité, de la qualité et de la quantité des ressources humaines et de la nécessité de développer les infrastructures pour une diffusion à l'échelle nationale. Perspectives : ▪ Évaluation et finalisation du modèle, approbation publique ▪ Formulation et mise en œuvre d'une stratégie pour une diffusion à l'échelle nationale

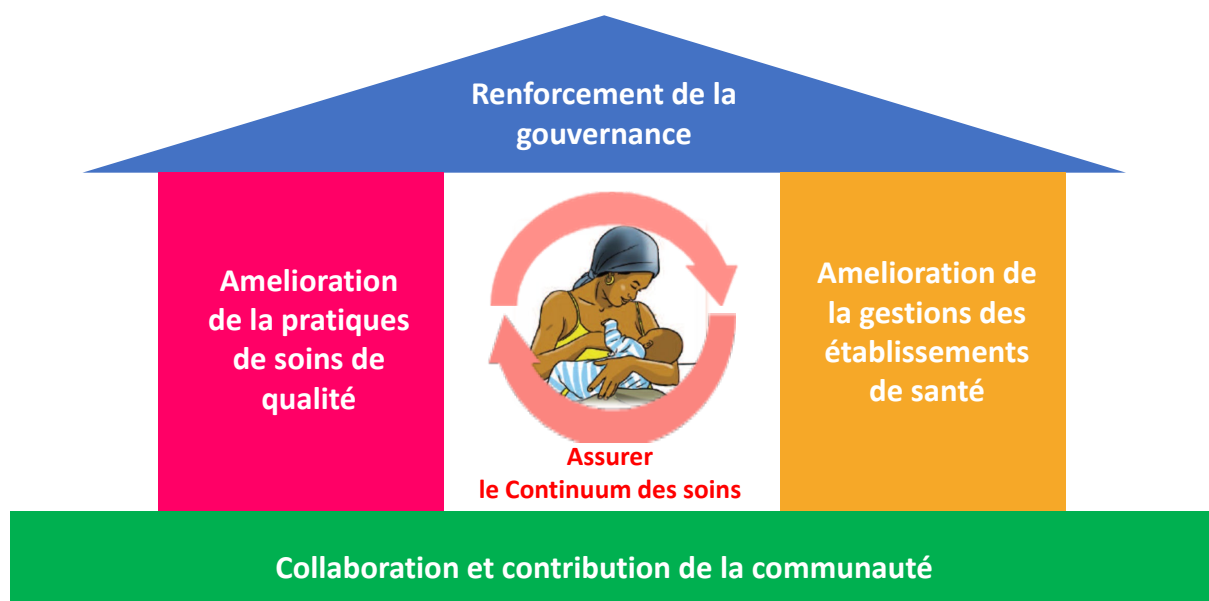


Figure 3 : Schéma conceptuel du modèle PACSSMN (version révisée)

Sur la base des activités du projet depuis le partage du modèle PACSSMN, un projet de note conceptuelle a été préparé (mai 2024), vérifiant les composants du modèle. Un atelier de révision du modèle a été organisée en vue de sa validation les parties prenantes (03-04/06/2024).

Vingt-et-un participants (21) issus de la DSIM, de la DGS, des Associations Professionnelles des sages-femmes Ivoiriennes, de la Direction Régionale de la Santé d'Abidjan 1, des Directions Départementale de la Santé d'Abobo Est et Ouest, de Centre Hospitalier Régional d'Abobo et d'autres ont discuté des problèmes, des activités prioritaires et des principaux défis à relever pour chaque composante du modèle lors des travaux de groupes. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 26 : Activités et défis prioritaires dans les Districts Sanitaires d'Abobo sur la base du modèle proposé (par composante)

Composants	Activité prioritaire	Défis
Renforcer la capacité de gouvernance	- Afficher les tarifs des actes et services de santé - Renforcer la supervision et le coaching/assurer la disponibilité et l'application des directives et des normes du Ministère de la Santé en matière de santé maternelle et infantile - Faire fonctionner le système de référence et contre- référence - Organiser des revues de décès maternels selon les directives nationales - Mener régulièrement des enquêtes de satisfaction auprès des utilisateurs des structures sanitaires / mettre en place des prix d'excellence p.	- Uniformité des tarifs des services/affichage des services offerts - Négligence et manque de responsabilité professionnelle - Organisation du système de référence et contre-référence (procédures internes et externes). - Identification et notification des décès / application des recommandations issues des audits - Ressources humaines et gestion financière

Composants	Activité prioritaire	Défis
Améliorer le fonctionnement des établissements de soins de santé	▪ Identifier la situation actuelle du personnel de l'établissement en fonction des normes nationales et des besoins de l'établissement en matière de services. ▪ Préparer et mettre à disposition une norme écrite de description de poste pour le personnel. ▪ Négocier avec les gestionnaires des structures sanitaires pour assurer une distribution équitable des fonds à tous les services. ▪ Appliquer un ensemble minimal d'activités en fonction de chaque niveau de soins primaires et tertiaires ▪ Numériser des dossiers médicaux	▪ Construction de nouvelles infrastructures/financement/mobilité du personnel ▪ Non-respect des descriptions de poste/absence de descriptions de poste ▪ Bonne gouvernance (gestion efficace des fonds) ▪ Non-application des documents réglementaires ▪ Ressources financières/équipement informatique et personnel ▪ Connaissances informatiques/électricité, problèmes d'accès à l'internet
Pratiques de soins de qualité.	▪ Renforcer la formation initiale et continue du personnel de santé, en particulier des sages-femmes et des infirmiers(ères), dans le respect des normes nationales et internationales ▪ Former et responsabiliser le personnel de santé (obstétriciens et gynécologues, sages-femmes et infirmiers(ères) auxiliaires) pour des soins de qualité, notamment dans le respect du patient. ▪ Élaborer une liste de formateurs nationaux pour répondre aux besoins de formation. ▪ Mettre en place des équipes d'amélioration de la qualité (EAQ) dans chaque établissement de santé, y compris des équipes pluridisciplinaires, afin de prévenir les dysfonctionnements au sein des établissements de santé. ▪ Rendre disponibles les décrets, les ordonnances, les directives, les normes et les protocoles.	▪ Insuffisance des ressources financières et du matériel pédagogique ▪ Manque de professionnalisme des prestataires ▪ Manque de suivi du personnel formé ▪ Manque d'implication des autorités sanitaires ▪ Non-respect des Directives, Normes et Protocoles
Collaboration avec les communautés	▪ Organiser des activités de sensibilisation avec les chefs religieux et les chefs de communauté (pour sélectionner les relais communautaires et travailler avec les professionnels de la santé). ▪ Rendre fonctionnelles les réunions trimestrielles des organes de gestion tels que les COGES. (Nécessité d'interagir en permanence avec les communautés et de prendre en compte leurs préoccupations) ▪ Réaliser des enquêtes de satisfaction annuelles au sein de la communauté (pour obtenir un retour d'information sur les soins maternels et infantiles). ▪ Répertoire, former et impliquer les matrones dans les activités de soins prénatals (soins informés et respectueux). ▪ Mise en place des écoles des maris (pour soutenir les femmes des examens médicaux et éliminer les obstacles liés aux préjugés).	▪ Implication/intéressement des chefs religieux et des chefs de communautés dans la gestion des établissements de santé ▪ Dysfonctionnement/financement des COGES ▪ Financement/fonctionnalité des boîtes à idées et analyse de leur contenu ▪ Participation de tous au bon fonctionnement des établissements de santé ▪ Mettre en place des organisations pour pérenniser les résultats et impliquer les communautés

Les discussions ont permis d'améliorer la compréhension du modèle et de clarifier les activités prioritaires de chaque composante afin de mieux refléter le contexte culturel et social de la Côte d'Ivoire. Il y a également eu une meilleure prise de conscience des défis que les parties prenantes doivent relever pour mettre le modèle en pratique.

Suite à l'atelier de révision et de validation du modèle, une note conceptuelle destinée au Ministère en charge de la Santé, aux Directions Régionales et Départementales de la Santé, aux établissements de santé et aux communautés mettant en œuvre le modèle de soins continus maternels et néonataux a été finalisée (Annexes 11 et 12).

2.4.2. Identification de méthodes pour développer et accélérer la mise en œuvre du modèle de continuum de soins (activité 3.2)

Un atelier de restitution des résultats du projet s'est tenu les 6 et 7 juin 2024, auquel ont participé 36 personnes au total, dont les Directeurs Départementaux de la Santé et les coordinatrices de la santé de la Mère et de l'Enfant d'Abobo Est et Ouest de la Direction Régionale de la santé d'Abidjan 1, de la Direction du Centre Hospitalier Régional d'Abobo, les sages-femmes majors des maternités des établissements de santé de niveau 1, du représentant de JHPIEGO. L'atelier a permis de présenter les principales activités du projet (formation des sages-femmes et des infirmiers(ères), supervision) et le modèle PACSSMN approuvé dans le cadre de l'activité 3.1. Chaque présentation a été suivie d'une discussion animée et les recommandations suivantes ont été formulées.

Tableau 27 : Recommandations issues des ateliers de partage des résultats

Annonce	Recommandations
Aperçu du projet.	▪ Mettre en place un système de gestion et la fidélisation du personnel dans les établissements de santé.
Formation des prestataires	▪ Etendre la formation sur le modèle à tous les professionnels de santé, y compris les obstétriciens. ▪ Concernant le changement de comportement des participants à la formation, créer un graphique facile permettant de comprendre des changements au fil du temps, montrer clairement les chiffres à l'appui, le nombre de participants ayant modifié leur comportement et comparer les services avant et après la formation en vous référant aux rapports des établissements.
Supervision	▪ Présenter les résultats de la supervision selon les quatorze (14) domaines supervisés
Modèle PACSSMN	▪ Bien qu'il y ait eu un accord avec le modèle dans son ensemble, des suggestions ont été faites telles que la modification de la terminologie des principales activités.
Défis, perspectives et proposition	▪ La DSIMI a déclaré qu'elle aimerait obtenir l'approbation du Ministère en charge de la Santé et de l'appui de la JICA pour faire un déploiement à l'échelle nationale.

En outre, le modèle PACSSMN et la note conceptuelle clairement articulée qui ont reçu l'approbation technique dans l'activité 3.1 seront réapprouvés par le Secrétariat du Ministère de la Santé et la Direction Générale de la Santé à l'avenir, et les mesures nécessaires seront prises pour disséminer le modèle dans toutes les formations sanitaires du pays, compte tenu de la vision et de l'axe stratégique de la politique nationale de santé en Côte d'Ivoire.

Chapitre 3. Réalisation des objectifs du projet

3.1. État d'avancement des objectifs et des résultats du projet

Le tableau ci-dessous résume les progrès réalisés par rapport aux objectifs et aux résultats du projet décrits dans le PDM ver. 3.

Tableau 28 : Liste des réalisations des objectifs et des résultats du projet

Résultats attendus	Indicateur	Etat d'avancement
[Objectifs du projet] Améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services dans la prestation de soins continus aux mères et aux nouveau-nés dans la zone cible	1. Augmentation de la satisfaction des sages-femmes travaillant dans des établissements de santé appliquant des éléments du modèle de continuum de soins pour la mère et le nouveau-né.	Réalisé Les enquêtes de satisfaction menées à la fin du projet ont permis de mesurer la satisfaction des sages-femmes travaillant dans les établissements de santé cibles, qui est passée de 84,70 au moment de l'enquête de base à 102,16.
	2. Augmentation de la satisfaction des femmes qui ont accouché dans un établissement de santé en appliquant les éléments du modèle de continuum de soins maternels et néonataux.	Réalisé Les enquêtes de satisfaction menées à la fin du projet ont permis de mesurer la satisfaction des femmes ayant accouché dans les établissements de santé ciblés, qui est passée de 80,83 à 85,91 lors de l'enquête de base.
[Résultat 1] Renforcer les capacités des sages-femmes et des infirmiers(ères) sur le modèle de continuum de soins maternels et néonataux dans les établissements sanitaires cibles.	1. 80 % des sages-femmes et des infirmières des établissements ciblés sont formées dans le cadre du programme de formation révisé.	Réalisé Toutes (100 %) les sages-femmes et les infirmières des établissements ciblés ont reçu une formation.
	2. Amélioration de la connaissance des normes de qualité des soins chez les sages-femmes et les infirmiers(ères)	Réalisé Bien qu'aucune comparaison avant/après n'ait été effectuée, on peut supposer qu'il y a eu une amélioration des connaissances, 80 % des établissements sanitaires ayant été jugés excellent ou bon en termes de qualité de service pendant la supervision. En outre, l'on a noté une amélioration des résultats du test pré-post avec un score moyen passant de 10-11 sur 20 à 15-16. de 10-11 sur 20 à 15-16. lors des sessions de formation
[Résultat 2] Les systèmes de référence et contre-référence sont renforcés dans les zones cibles sur la base du modèle de continuum de soins pour la mère et le nouveau-né.	1. Nombre de maternités disposant des installations essentielles pour fournir des soins périnataux normaux, des soins d'accouchement normaux et des soins obstétricaux d'urgence de base conformément à la politique, aux normes et aux protocoles.	Réalisé L'équipement a été fourni à tous les établissements sanitaires cibles du projet (22)
	2. Rapport des revues de décès maternels sur les mesures proposées pour améliorer le système de référence et contre-référence partagé lors de la réunion.	Réalisé Mesures d'amélioration élaborées grâce à la supervision et aux résultats des revues de décès maternels
[Résultat 3] Le modèle de continuité des soins de santé maternelle et néonatale sont validés et mis en pratique.	1. Rapport de l'atelier d'identification des stratégies de diffusion du modèle de continuum de soins maternels et néonataux sur la base des résultats des activités du PACSSMN	Réalisé Un atelier de révision et validation du modèle a été organisée, au cours de laquelle la feuille de route et la stratégie ont été discutées.

3.1.1. Réalisation du résultat 1

(1) Indicateur 1 : 80 % des sages-femmes et des infirmiers(ères) des établissements sanitaires cibles sont formés dans le cadre du programme de formation révisé

Au total, il était prévu la formation de 247 sages-femmes et infirmiers des Districts Sanitaires ciblés d'Abobo Ouest et Est (Abobo Ouest : 52 sages-femmes, Abobo Est : 179 sages-femmes et 24 infirmiers), nous avons formés au total 282 (dont 24 formées comme formateurs). La formation s'est déroulée en cinq sessions d'août à octobre 2023. Cet indicateur est donc atteint à plus de 100 % (114%).

(2) Indicateur 2 : Amélioration de la connaissance des normes de qualité des soins chez les sages-femmes et les infirmiers(ères) formés

A partir des informations susmentionnées (2.2.8(2)), on peut dire qu'il y a eu une amélioration des connaissances des sages-femmes et des infirmiers(ères), étant donné que les résultats du pré-post pendant la formation des infirmiers(ères) et des sages-femmes ont augmenté de 5 à 6 points sur un total possible de 20 points.

La supervision a également révélé que trois structures sanitaires avaient un score global de 80 % ou plus (excellente qualité des services fournis) pour la continuité des soins mère-enfant, 14 structures sanitaires avaient un score global de 60-80 % (bonne qualité des services fournis), trois structures sanitaires avaient un score global de 40-60 % (qualité insuffisante des services fournis) et une structure sanitaire avait un score global de 40 % ou moins (qualité très insuffisante des services fournis). La note la plus basse (la qualité des services fournis est très insuffisante) a été attribuée à un établissement sanitaire. Par conséquent, 80 % des 21 établissements ayant fait l'objet d'une supervision ont été jugés comme ayant une bonne ou une excellente qualité de service. Bien qu'il ne soit pas possible de déterminer dans quelle mesure les connaissances se sont améliorées, étant donné qu'une comparaison avant/après utilisant la même grille d'évaluation n'a pas été possible, on peut supposer qu'il y a eu une amélioration au niveau des connaissances, étant donné que les responsables des établissements sanitaires, les coordonnatrices SME des Districts Sanitaires, les sages-femmes majors des maternités ont évalué la qualité des services comme étant « bien meilleure qu'avant, y compris en ce qui concerne les soins de soutien aux patients ». On peut supposer qu'il y a également eu une amélioration au niveau des connaissances.

3.1.2. Réalisation du résultat 2

(1) Indicateur 1 : Nombre de maternités disposant d'installations essentielles pour fournir des soins périnataux de routine et des soins obstétricaux néonataux d'urgence de base conformément aux politiques, normes et protocoles

Après avoir examiné les protocoles du ministère en charge de la santé, le nombre d'accouchements dans les établissements sanitaires cibles, ainsi que les besoins des sages-femmes majors dans chaque établissement sanitaire, une liste d'équipements a été dressée et la fourniture a été effectuée en mars 2024 (juin pour certains équipements) dans les 22 établissements sanitaires cibles du projet.

(2) Indicateur 2 : Rapport sur les mesures proposées pour améliorer le système de référence et contre-référence lors des revues SDMPR

Lors de la revue des décès maternels qui s'est tenue dans le District Sanitaire d'Abobo Ouest le 8 mars 2024, les problèmes, les recommandations et les responsables ont été résumés (voir le Tableau 23). Cependant, en raison des insuffisances dans le contenu de ce résumé, des mesures d'amélioration ont été élaborées pour les réunions SDMPR, en tenant compte des problèmes du système de référence et contre-référence identifiés lors des missions de visite post-formation de décembre 2023 dans les établissements sanitaires cibles. Ces mesures d'amélioration sont détaillées dans l'Annexe 10. Par conséquent, cet indicateur a été considéré comme atteint.

3.1.3. Réalisation du résultat 3

Le rapport sur la stratégie de diffusion du modèle de continuum de soins maternels et néonataux basé sur

les résultats des activités du PACSSMN a été élaboré à partir des résultats de l'atelier révision et de validation du modèle de continuum des soins maternels et néonataux (03-04/06/2024) et de l'atelier de restitution des résultats de la mise en œuvre activités du projet f (06-07/06/2024).

3.1.4. Réalisation des objectifs du projet⁵

(1) Indicateur 1 : Satisfaction des sages-femmes travaillant dans des établissements de santé et appliquant des éléments du modèle de continuum de soins maternels et néonataux.

La satisfaction à l'égard des 28 questions s'est améliorée, passant de 84,70 dans l'enquête de base à 102,16 dans l'enquête de satisfaction. Les comparaisons avec l'enquête de base par sont présentées dans le tableau ci-dessous, et l'analyse de chacune des quatre composantes du modèle PACSSMN a également montré une augmentation de la satisfaction. En outre, la satisfaction s'est améliorée pour toutes les questions, à l'exception de celle relative aux Salaires et avantages. Dans l'ensemble, la satisfaction des sages-femmes s'est donc améliorée et l'indicateur 1 a été atteint.

Tableau 29 : Comparaison entre l'enquête de base et l'enquête de satisfaction (Indicateur 1)

	Questions (nombre d'items entre parenthèses)	Enquête de base	Enquête de satisfaction	Ecart de points
Renforcer les capacités de la gouvernance	Salaires et avantages (3)	6.52	6.42	-0.10
	Budgétisation et affectation des équipements et des fournitures (5)	13.52	17.87	4.35
	Supervision (2)	6.57	7.88	1.30
Améliorer le fonctionnement des établissements de santé	Gestion des établissements de santé (12)	39.38	46.64	7.26
	Entretien du matériel et des fournitures (2)	5.37	7.38	2.01
Améliorer la qualité de la pratique des soins	Formation continue (1)	3.62	4.47	0.85
	Services de traitement et de prévention (2)	7.01	8.12	1.11
Collaborer avec les communautés	Collaborer avec les communautés (1)	2.71	3.38	0.67
Montant total		84.70	102.16	17.46

(2) Indicateur 2 : Satisfaction des femmes qui ont accouché dans un établissement de santé appliquant les éléments du modèle de continuum de soins pour la mère et le nouveau-né.

La satisfaction relative aux dix-huit (18) questions s'est améliorée, passant de 80,83% dans l'enquête de base à 85,92% dans l'enquête de satisfaction. Les comparaisons avec l'enquête de base par question sont présentées dans le tableau ci-dessous. Il y a également eu une augmentation de chacun des niveaux de satisfaction pendant la grossesse, l'accouchement et après accouchement. En revanche, la satisfaction relative aux soins néonataux pendant la période postnatale a diminué, passant de 5 à 4,96. Il s'agit d'une question à laquelle toutes les femmes interrogées dans le cadre de l'enquête de base ont répondu par « satisfait (5 sur 5) ». D'autre part, 97,9 % des femmes interrogées ont également répondu « satisfaites » dans l'enquête de satisfaction, ce qui peut être interprété comme une légère diminution, tout en maintenant un niveau de

Satisfaction élevée. D'autres questions ont montré une légère diminution de la satisfaction dans six des questions totales (de -0,01 à -0,06), tandis que 12 questions (66,7%) ont montré une augmentation de la

⁵ La satisfaction des sages-femmes et des femmes qui accouchent n'est pas un indicateur suffisant pour évaluer la qualité des soins et l'amélioration de l'utilisation des services. La satisfaction des sages-femmes dépend en grande partie de l'environnement de travail et des conditions de travail, tels que la qualité de travail d'équipe, les horaires de travail, les salaires et la système de gestion. Par conséquent, une haute satisfaction ne conduit pas nécessairement à une amélioration de la qualité des soins ou de l'utilisation des services. D'autre part, le taux de consultation pour le bilan de santé postnatal en Côte d'Ivoire étant extrêmement faible, une augmentation de ce taux pourrait contribuer à la réduction des décès néonataux, qui est le but global du projet. Par conséquent, le « taux d'utilisation des examens de santé postnatals » a été envisagé comme un indicateur alternatif pour le suivi. Toutefois, en juillet 2024, la dernière version du Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) ne fournissait des données que jusqu'à 2021, ce qui rendait les dernières valeurs du taux de consultation postnatals indisponibles.

satisfaction. Dans l'ensemble, la satisfaction des femmes a donc augmenté et l'indicateur 2 a été atteint.

Tableau 30 : Comparaison des enquêtes de base et de satisfaction (Indicateur 2)

	Questions (nombre d'items entre parenthèses)	Enquête de base	Enquête de satisfaction	Ecart de points
pendant la grossesse	Examens prénataux (2)	9.87	9.96	0.08
Pendant l'accouchement	Environnement (5)	23.71	23.84	0.13
	Acceptation des professionnels de la santé (1)	4.90	4.96	0.05
	Soins centrés sur le patient (4)	13.68	17.77	4.09
	Contact précoce entre la mère et le nourrisson / soins kangourou (1)	4.74	4.79	0.05
	Expériences de naissance (2)	9.48	9.79	0.31
	Confiance dans les installations (1)	4.94	5.00	0.06
Après l'accouchement (post-partum)	Soins aux nouveau-nés (1)	5.00	4.96	-0.04
	Soins aux mères (1)	4.51	4.85	0.34
Total		80.83	85.92	5.09

3.2. Perspectives de réalisation des objectifs du projet

Les taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) pour les Districts Sanitaires d'Abobo Est et d'Abobo Ouest de 2019, l'année de démarrage du projet, à 2021 sont présentés dans le tableau ci-dessous. En 2021, le taux de mortalité dans le District Sanitaire d'Abobo Ouest a diminué de manière significative par rapport à l'année précédente et a diminué depuis lors, tandis que dans le District Sanitaire d'Abobo Est, il a augmenté. Cela peut être dû à une diminution de l'utilisation des services due à l'impact du Covid-19 et aux fluctuations des taux de déclaration, mais les facteurs à l'origine de l'augmentation significative en 2022 sont inconnus et les prévisions futures sont difficiles. De plus, on dit qu'il y a une augmentation du nombre de femmes enceintes gravement malades transportées de l'extérieur d'Abobo vers le CHR et certains ESPC d'Abobo, c'est pourquoi des statistiques seront collectées sur les décès maternels en séparant les patientes provenant de l'intérieur et de l'extérieur de la zone d'Abobo. Ainsi donc, ces paramètres rendent difficile l'obtention de chiffres précis sur l'objectif global (taux de mortalité maternelle uniquement dans le district d'Abobo).

Tableau 31 : Objectifs principaux du projet et réalisations attendues

Objectif du projet :	Indicateur	Perspectives de réussite		
		Année (par exemple AD)	Abobo Est zone de santé	Abobo Ouest zone de santé
Réduction des décès maternels et néonataux dans les établissements de santé de la zone cible	1. Réduction de 10 % de la mortalité maternelle évitable dans les établissements de santé cibles (établissements de niveau 1 et niveau 2 dans la zone cible.	2019	15.2 ^{*1}	63.5 ^{*1}
		2020	51.0 ^{*1}	65.6 ^{*1}
		2021	72.2 ^{*1}	20.0 ^{*1}
		2022	161.4 ^{*2}	31.1 ^{*3}
		2023	NA	13.3 ^{*3}
		2027 (valeur cible)	13.7	57.2
		^{*1} RASS 2019, 2020, 2021		
		^{*2} Calculs d'experts à partir du rapport annuel 2022 du district de santé d'Abobo East.		
		^{*3} Calculé par des experts à partir du rapport annuel 2023 du district de santé d'Abobo West.		

Chapitre 4. Problèmes, idées et leçons apprises dans la mise en œuvre et la gestion de projets

4.1. Questions relatives à l'exécution du projet

4.1.1. Contraintes sur le système de mise en œuvre du projet

Au début de ce projet, la structure de mise en œuvre n'était pas clairement établie et validée et aucune réunion du comité conjoint de coordination n'a eu lieu. Le premier CCC a eu lieu deux ans après le démarrage du projet. En conséquence, il a fallu un certain temps pour démarrer les activités du projet à grande échelle. De plus, il a été difficile de convenir d'une date consensuelle à cause du calendrier très chargé de Monsieur le Ministre en charge de la Santé, qui est le directeur du projet. Ce qui a retardé la signature des documents officiels tels que les changements de Procès-verbal (R/D).

4.1.1. Contraintes opérationnelles du projet dues aux restrictions de voyage causées par la propagation de nouvelles infections par le coronavirus

Les experts de longue durée ont été évacués en raison de la nouvelle pandémie de coronavirus (Covid-19) à partir de mars 2020 et leurs homologues ont dû donner la priorité à la réponse du en charge de la santé au Covid-19, ce qui les a obligés à continuer à travailler à distance. Cependant, l'équipe était confrontée à des difficultés liées au manque d'équipement pour le télétravail. Ce qui a entraîné des retards dans la mise en œuvre des activités du projet. Jusqu' en mars 2021.

4.1.2. Manque de communication tant du côté japonais que du côté ivoirien

Après la fin des troubles politiques, comme il s'agissait du premier projet de coopération technique dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire, il a fallu du temps pour comprendre les modalités des activités et les procédures de mise en œuvre. Cette difficulté rencontrée dans la communication est certainement due aux différences culturelles des deux pays. En Côte d'Ivoire, les décisions sont souvent prises d'en haut, et il existe une hiérarchie stricte entre les médecins et les autres professionnels de santé, donc la communication entre le chef de projet et les experts japonais était difficile au début du projet.

4.1.3. Contraintes sur le calendrier de mise en œuvre des activités

Comme de nombreuses activités ont été retardées en raison des problèmes susmentionnés, le PDM a été revu pour modifier certains résultats, un an avant la fin du projet. Cela signifie que des activités importantes ont été concentrées sur la dernière année du projet, ce qui a imposé un certain nombre de contraintes dans l'atteinte des objectifs fixés au départ.

4.1.4. Manque de capacité des fournisseurs en matière d'acquisition d'équipements.

Pour l'achat de matériel médical, une liste restreinte a été établie et les fournisseurs ont été sélectionnés parmi ceux qui avaient déjà passé des contrats avec le Ministère en charge de la santé, mais les délais ont rarement été respectés en raison du temps nécessaire pour mener à bien le processus d'importation. En outre, de nombreux problèmes se sont posés et certains équipements ne répondaient pas aux spécifications. En raison de ce retard de livraison, la fourniture du matériels et équipements aux établissements sanitaires cibles a été retardée, ce qui a eu un impact sur les activités ultérieures, comme l'impossibilité de confirmer l'état d'utilisation de l'équipement comme initialement prévu pour lors des supervisions.

4.2. Innovations dans la mise en œuvre et le fonctionnement du projet

4.2.1. Efforts pour améliorer la communication

Des réunions hebdomadaires régulières ont été programmées à partir de janvier 2024, ce qui a permis de discuter des questions importantes. En outre, des efforts ont été faits pour maintenir une communication étroite pendant l'absence des experts sur le terrain grâce à WhatsApp et aux courriers électroniques.

4.2.2. Renforcement des systèmes de mise en œuvre du projet

La nécessité de renforcer les ressources humaines au niveau de la DSIM a été soulevée par la partie japonaise lors du deuxième CCC en novembre 2023. Par la suite, un médecin-gynécologue de la Société des obstétriciens et gynécologues de Côte d'Ivoire (SOGOCI), un membre du secrétariat de l'Association des Sages-femmes Ivoiriennes (ASFI) et un inspecteur des soins du Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) ont été ajoutés à l'effectif des points focaux projet en janvier 2024, portant le total à cinq (05) membres.

Au Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire, les Directions et Programmes de santé ayant en charge la santé maternelle et infantile sont la DSIM et le PNSME, mais le système de gestion de projet a été renforcé avec l'appui du PNSME a permis un partage fluide de l'information et que des médecins-gynécologues de la SOGOCI et de l'ASFI.

4.2.3. Coopération avec d'autres opérations connexes

Le service consultatif du programme de santé a démarré en juin 2022 et a collaboré avec le secrétariat du ministère de la santé en partageant les progrès et les problèmes du projet, en coordonnant avec d'autres structures du ministère de la santé et en coordonnant avec d'autres Partenaires Techniques et Financiers.

Le projet a finalement pu mettre en œuvre la formation des sages-femmes et des infirmiers(ières) au cours de la dernière année du projet avec l'appui des experts japonais, la formation a pu être réalisée efficacement en 2023 les sessions de formation étaient suivies des missions de supervision, l'atelier de sensibilisation et d'information de la communauté, l'atelier de révision et de validation du modèle, l'atelier de restitution des activités de mise en œuvre du projet et l'enquêtes de satisfaction. La nécessité de réaliser diverses activités en un temps limité a permis de mener à bien le travail en collaboration avec les services consultatifs et en mobilisant le personnel national le cas échéant.

4.3. Leçons apprises

4.3.1. Leçons apprises de la mise en œuvre du programme de formation

(1) Révision du programme de formation

Lors de la révision du programme de formation, des efforts ont été faits pour améliorer le contenu de la formation avec le soutien d'un groupe de travail élargi au début du projet et, par la suite, d'un plus grand nombre d'experts et de parties prenantes, y compris des organismes professionnels tels que l'ASFI, le PNSME, le PNSSU-SAJ, la DSC et des organisations connexes (SOGOCI, SIP, ASFI), un large éventail de contenus a été développé. Les experts japonais comprenaient non seulement des sages-femmes et des infirmières, mais aussi des médecins, afin d'apporter un soutien dans une perspective plus large.

Lors de l'élaboration des programmes de formation, il est important d'encourager la participation d'un large éventail d'acteurs impliqués dans la santé maternelle et infantile dans le pays cible et d'intégrer diverses perspectives. Le contenu des programmes de formation doit être adapté aux conditions et aux besoins locaux, tout en tenant compte des Normes et des Directives internationales.

Pour les échéances futures, le programme de formation devrait se concentrer sur l'évaluation de l'accouchement normal, la réanimation néonatale et le système de référence. En outre, il est nécessaire d'enseigner des approches véritablement efficaces et conformes aux normes et directives internationales, notamment en ce qui concerne le partogramme.

(2) Mise en œuvre de la formation

Dans la mise en œuvre de la formation des sages-femmes et des infirmiers(ères), les présentations en plénière ont été améliorées avec l'utilisation de projection de vidéo de renommée internationale pour les thématiques clés et d'autres ressources. Après la formation, les projections de vidéo a été partagé avec les participants pour faciliter la mise à jour des compétences. Le contenu de la formation a permis de créer des supports de cours qui serviront de référence pour les futures formations continues des sages-femmes et des infirmiers(ères). Pour améliorer le contenu de la formation des sessions de débriefings ont été organisées à la fin de la première et la troisième session.

Il est nécessaire d'assurer un suivi post formation en apportant un soutien continu à l'apprentissage. Le guide de formation associée à des supports visuels et des exercices pratiques peuvent faciliter un apprentissage plus efficace en fonction des conditions et des besoins. Il est également important de faire des évaluations régulièrement pendant la formation afin d'améliorer le contenu et les méthodes de formation. Il est essentiel de recueillir et d'analyser le retour d'informations des participants à la formation afin d'y améliorer la qualité.

4.3.2. Leçons apprises de la mise en œuvre de la supervision

Lors de la planification et de la mise en œuvre de la supervision, nous avons pris en compte la période écoulée depuis la formation, le calendrier de fourniture du matériels et équipements et la durée de séjour des experts. Toutefois, en raison des contraintes des temps pour le projet, nous n'avons pas pu faire suffisamment de préparatifs. Ainsi, nous n'avons pas pu établir une méthode de mise en œuvre ou d'évaluation qui répondrait à l'objectif initial de la supervision, à savoir mesurer l'efficacité de la formation des sages-femmes et des infirmières. Par exemple, dans le cadre des simulations d'accouchement, chaque équipe avait des méthodes différentes et les critères d'évaluation ne pouvaient pas être harmonisés.

Pour la planification et la mise en œuvre de la supervision, il est nécessaire de réaliser une bonne préparation celle-ci incluant la garantie d'un temps de préparation suffisant, le partage et l'harmonisation des points de vue et les critères de jugement concernant les méthodes de mise en œuvre et d'évaluation, la création de scénarios pour les simulations d'accouchement et la formation des superviseurs. Il est également souhaitable de prendre en compte le calendrier et la méthode de supervision lors de la planification de la formation.

4.3.3. Leçons apprises de l'acquisition des matériels et équipements

Les matériels et équipements ont été identifiés en fonction des besoins réels exprimés par les prestataires. Cependant, en raison du temps écoulé entre l'identification des besoins et la fourniture des matériels et équipements, certains n'étaient plus prioritaires pour certaines structures sanitaires et ont été échangés de manière flexible entre les structures sanitaires.

Pour d'éventuels livraison de matériels et équipements, il serait souhaitable d'effectuer une évaluation des besoins en visitant les établissements sanitaires et en ayant des entretiens avec le personnel médical et les responsables des structures.

Une fois le matériel et l'équipement fourni, il faudra mettre en place un système permettant de faire la maintenance préventive et curative. Un suivi et une évaluation après la fourniture doivent être effectués, et il peut être nécessaire de déplacer l'équipement ou d'acquérir du matériel supplémentaire en fonction des besoins.

4.3.4. Leçons apprises du développement d'outils

Lors de l'élaboration du modèle de continuum de soins et du développement des outils d'information et de sensibilisation de la communauté, des efforts ont été faits pour s'assurer que la communauté soit impliquée autant que possible.

Lors de l'élaboration des outils, il est nécessaire de bien comprendre la culture, les coutumes et la langue de la région cible et de veiller à ce que le contenu les respecte. Il est important que le contenu et la conception de l'outil soient faciles à comprendre et à accepter le point de vue de la population. Il est important d'encourager la participation des personnes qui seront les utilisateurs des outils, tels que les professionnels de santé locaux, et de tenir compte de leurs besoins et de leurs opinions.

Chapitre 5. Recommandations pour atteindre les objectifs du projet

Sur la base des résultats des activités à ce jour, nous recommandons ce qui suit afin d'atteindre l'objectif global de ce projet : « Réduire les décès maternels et néonataux dans les établissements de soins de santé de la zone cible. »

5.1. Mise en œuvre continue du modèle PACSSMN (Au Ministère en charge de la Santé)

Le modèle PACSSMN développé et approuvé par le projet est un modèle qui prend en compte le contexte socioculturel de la Côte d'Ivoire et la situation actuelle dans les formations sanitaires à travers les résultats de l'enquête de base et les discussions lors des ateliers de validation du modèle. La mise en œuvre continue du continuum de soins santé maternelle et néonatale selon ce modèle dans le District Sanitaire d'Abobo après l'achèvement du projet est essentielle pour atteindre les objectifs du projet.

5.2. Formation continue des sages-femmes et des infirmières (Au Ministère en charge de la Santé)

L'une des quatre composantes du modèle de continuum de soins pour la mère et le nouveau-né consiste à améliorer la qualité des prestations dans les établissements de santé, et il est important que la formation continue des sage-femmes et des infirmiers(ères) continue soit assurée. Cependant, lors des prochaines sessions de formation, il est nécessaire d'améliorer les programmes et les modules de formation sur la base des propositions d'amélioration (voir l'Annexe 7).

Plus précisément, il est nécessaire de clarifier l'objectif de la formation, de se concentrer sur des compétences spécifiques à savoir : l'évaluation normale de l'accouchement, la réanimation néonatale et les références pour réduire les décès maternels et néonataux, tout en garantissant que les soins prodigués respectent les mères et les bébés. De plus, il serait souhaitable de centrer l'enseignement sur les points où des erreurs sont souvent commises pendant la formation et d'intégrer des activités de groupe. Ainsi donc dans le but de réduire les décès maternels et néonataux, les éléments ci-dessus doivent être particulièrement pris en compte.

5.2.1. Importance du renforcement des compétences sur l'accouchement normal.

Les observations de l'enquête de base et de la supervision ont révélé un manque de connaissances et de compétences de base chez les sages-femmes qui s'occupent des accouchements normaux, ce qui signifie que les soins appropriés ne sont pas toujours prodigués – par exemple il a été constaté que les soins appropriés ne sont pas toujours fournis, avec notamment l'incapacité de déterminer le degré de dilatation du col de l'utérus, l'incapacité de mesurer avec précision la fréquence cardiaque fœtale et l'incapacité de comprendre la rotation normale du fœtus pendant l'accouchement. Bien que la formation menée par le projet se soit concentrée sur la pratique il s'avère donc nécessaire de mettre à jour les connaissances et les compétences en mettant l'accent sur les modules relatifs à l'accouchement normal dans le cadre du recyclage continu des sages-femmes.

5.2.2. Améliorer les compétences d'évaluation des sages-femmes

L'insuffisance de compétences des sages-femmes en matière de prise en charge à la naissance est un problème identifié dans le rapport SDMPR et dans l'enquête de base. Il est nécessaire de renforcer la capacité des sages-femmes et des infirmiers(ières) à déterminer ce qu'elles doivent observer, quel diagnostic doit être établi à partir de leurs observations et quels soins doivent être prodigués sur la base du diagnostic.

Pour ce faire, il est important de revenir sur la formation de base des sages-femmes relative aux soins maternels néonataux respectueux, les examens prénataux du premier, deuxième, troisième et quatrième trimestre de grossesse et la prise en charge adéquate de l'hémorragie du post-partum et méthodes d'écoute des bruits du cœur du fœtus, l'hémorragie du post-partum, etc. devraient être révisées.

En outre, il est tout aussi important de faire des renforcements des capacités des sages-femmes à partir des cas cliniques portant sur le travail d'accouchement prolongé, les anomalies de rotation et la dystocie de l'épaule, qui sont couramment rencontrés dans la pratique clinique de même que la recherche d'anxiété,

l'hypertension artérielle, l'estimation du poids du bébé et leur prise en charge appropriée

5.3. Mise en œuvre des recommandations basées sur les résultats de la supervision (Au Ministère en charge de la Santé, DRS, DDS, ESPC et prestataires)

A la suite de la supervision de mars 2024, des recommandations pour chaque partie prenante ont été compilées (Tableau 21).

Les priorités de chaque partie prenante peuvent être résumées comme suit.

Ministère de la Santé : Veiller à l'application rigoureuse des Directives, des Normes et des Protocoles dans les structures sanitaires.

DRS, DDS et ESPC : Veiller à application rigoureuse Directives, des Normes, des Protocoles et des Algorithmes au niveau des établissements de santé. Et aussi, sensibiliser les obstétriciens à prodiguer des soins respectueux aux femmes enceintes et allaitantes

Prestataires (principalement sages-femmes) : fournir des soins de haute qualité basés sur des Directives, des Normes et des Protocoles, pratiquer des soins respectueux des femmes, des enfants et leurs familles, utiliser de manière appropriée les outils de gestion et gérer améliorer la qualité de l'hygiène.

La mise en œuvre de ces recommandations est importante pour l'atteinte des objectifs du projet. En particulier, un suivi et un coaching post formation réguliers (environ 4 à 6 fois par an) de la part des Districts Sanitaires devraient être réalisés. Le niveau central devra faire des supervisions aussi régulières que possible (environ une fois par an), en dépit des contraintes budgétaires et des ressources humaines. Toutefois, il s'avère nécessaire d'améliorer les outils et mécanisme de suivi et supervision. D'autres améliorations des systèmes et outils nécessaires à la mise en œuvre du suivi et de la supervision sont nécessaires. Il est également nécessaire de garantir un budget suffisant, de former et soutenir le personnel chargé de faire le suivi du projet.

Bien que les éléments directement liés aux soins prodigués par les sages-femmes et aux décès maternels aient été retirés de la grille d'évaluation lors de la supervision, la supervision future devrait utiliser des outils tels que l'Outil pour l'évaluation globale et l'amélioration de la qualité des soins obstétriques, néonataux et pédiatriques développé par l'OMS et le ministère de la Santé en 2018 afin de fournir une évaluation détaillée de la qualité des soins obstétriques, néonataux et pédiatriques. Il est important pour réduire les décès maternels et néonataux d'évaluer en détail et d'apporter les améliorations nécessaires sur la base des résultats.

5.4. Promouvoir une collaboration constructive entre les obstétriciens et les sages-femmes (Au Ministère en charge de la Santé et prestataires)

Même si les sages-femmes suivent des formations, améliorent leurs compétences et s'efforcent de fournir de meilleurs services basés sur le modèle PACSSMN, leur capacité à exercer efficacement peut être entravée par le manque de compréhension des obstétriciens. Par exemple, au niveau du CHR d'Abobo, un établissement de soins secondaires, de nombreux obstétriciens semblent indifférents aux soins respectueux des droits et des souhaits des femmes enceintes et des nouveau-nés, ainsi qu'à un traitement courtois des patients et de leurs familles. Dans ces conditions, il est difficile pour les sages-femmes de fournir des services de haute qualité de manière autonome dans un pays où la hiérarchie professionnelle est très marquée. Il est essentiel que les obstétriciens et gynécologues comprennent pleinement la philosophie et les principes du modèle PACSSMN et agissent en tant que partenaires et mentors pour les sages-femmes. En adoptant cette approche au plus haut niveau du ministère de la Santé, des améliorations significatives en matière de santé maternelle et infantile peuvent être réalisées.

5.5. Amélioration des réunions SDMPR au niveau des Districts Sanitaires

La section 2.3.6. a présenté les résultats des réunions de la SDMPR et a suggéré un certain nombre de procédures à suivre lors de ces rencontres. En effet, il est très peu probable que des recommandations générales comme « appliquer les soins conformément aux protocoles » induisent un changement significatif au niveau clinique. Ainsi, pour réduire efficacement la mortalité maternelle, il est crucial que

les étapes mentionnées dans le Tableau 24 soient mises en œuvre par les responsables et les participants aux réunions de SDMPR eux-mêmes et que les actions correctives soient régulièrement appliquées à tous les niveaux. Par ailleurs, pour encourager des mesures rigoureuses de lutte contre la mortalité maternelle, y compris d'éventuelles modifications de protocoles, il serait indispensable d'impliquer l'ensemble des parties prenantes à tous les niveaux. Cela inclut les responsables des établissements de référence, afin de pouvoir réfléchir ensemble aux mesures nécessaires et de formuler des recommandations réalistes dans le cadre du processus de prise de décision.

5.6. Collaboration avec les Partenaires Techniques et Financiers intervenants le secteur de la santé maternelle et infantile (À la JICA)

Plusieurs partenaires soutiennent des activités dans les zones et les établissements sanitaires cibles du projet. C'est pourquoi le modèle de continuum de soins de santé maternelle et néonatale, les plans d'amélioration de la formation (y compris les outils de formation révisés) et les recommandations établis dans le cadre du projet seront partagés avec les partenaires Techniques et Financiers donateurs travaillant dans le domaine de la santé maternelle et infantile afin de les encourager à les utiliser efficacement dans leurs activités et à les transposer à plus grande échelle.

Cadre logique du Projet (PDM)

Version 2 (à la date du 12 décembre 2023)

Nom du Projet :

Projet d'amélioration du continuum des soins de santé maternelle et néonatale

Période du Projet :

juillet 2019 - juillet 2024 (cinq ans)

Zone du Projet :

Districts sanitaires d'Abobo Est et d'Abobo Ouest (Abidjan)

Agences de mise en œuvre : La Direction-Générale de Santé (DGS), La Direction des Soins Infirmiers et Maternels (DSIM), Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME), CHU de Cocody, Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS), Direction Régionale Abidjan 1 (anciennement Abidjan 2), Districts Sanitaires d'Abobo Est et d'Abobo Ouest

Groupes cibles : Femmes enceintes, en phase d'accouchement et en période post-partum (mères) et nouveau-nés

Résumé narratif	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses importantes
Objectif général Contribuer à la réduction des décès maternels et néonataux dans les établissements sanitaires de la zone cible.	- Réduction de 10 % du taux de mortalité maternelle évitables dans les établissements sanitaires cibles (1 ^{ère} ligne et 2 ^{ème} ligne) de la zone cible de la zone cible.	- Résultats des audits - Résultats des SDMR	
Objectif du Projet Améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services dans le continuum de l'offre des soins de santé maternelle et néonatale dans les zones cibles.	- Augmentation du niveau de satisfaction des sages-femmes travaillant dans les établissements de santé appliquant les éléments du modèle du continuum de soins de santé maternelle et néonatale. - Augmentation du niveau de satisfaction des femmes ayant accouché dans les établissements de santé appliquant les éléments du modèle du continuum de soins de santé maternelle et néonatale.	- Rapport final	
Résultat attendus 1. Le renforcement des capacités des sages-femmes et des infirmier(ère)s est mis en œuvre dans les établissements cibles sur la base du modèle du continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés. 2. Les systèmes de référence (référence / contre-référence) sont renforcés dans les zones cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonatals. 3. Un modèle de continuum de soins maternels et néonatals est vérifié et disponible	- 80 % de sages-femmes et d'infirmier(ères) des établissements cibles formés avec le système de formation révisé. - Amélioration des connaissances sur les normes de qualité de soins des sage-femmes et des infirmier(ère)s formés - Nombre de maternités disposant des équipements essentiels pour permettre la prestation de soins périnataux normaux et de soins obstétricaux d'urgence de base, conformément aux politiques, normes et protocoles. - Rapport sur les mesures proposées en vue d'améliorer le système de référence qui ont été partagées lors des réunions de surveillance des décès maternels et périnataux et de riposte (SDMPR) - Rapport sur les stratégies de vulgarisation du modèle de continuum de soins maternels et néonatals sur la base des résultats des activités du PACSSMN	- Plan de formation - Liste des sages-femmes et infirmier(ère)s formés - Rapport final - Liste des maternités disposant des équipements essentiels conformément aux normes - Rapport final - Rapport final	

Activités	Intrants	Partie ivoirienne	Hypothèses importantes
[pour le Résultat attendu 1.] 1.1 Développer un protocole de recherche pour collecter les données nécessaires à l'observation et à la mesure du processus et de l'impact du projet comme base de référence, selon les 3 systèmes en interaction (les systèmes socio-culturels disciplinaire et éducationnel). 1.2 Mener des études de base, des recherches afin de recueillir les données nécessaires pour comprendre l'état actuel du projet et identifier les problèmes. 1.3 Définir les concepts permettant d'améliorer la qualité des soins maternels et néonataux fondés sur des données probantes (les résultats de 1.2) et identifier les composantes du modèle de soins sur le continuum. 1.4 Identifier les activités prioritaires dans les composantes d'un modèle de continuum de soins sur la base de 1.3. 1.5 Les résultats de 1.3 et 1.4 seront partagés avec les membres du Comité Conjoint de Coordination (CCC) pour le projet. 1.6 Organiser un atelier d'information de la communauté (collectivité locale, territoriale, association de femmes / jeunes, Guides religieux, Chefs coutumiers, etc) sur la mise en œuvre du PACSSMN afin de susciter l'adhésion, l'implication et l'engagement de la communauté. 1.7 Rendre disponibles les documents normatifs et de politiques 1.8 Réviser et mettre à jour les systèmes de formation existants (programmes de formation, y compris la formation des formateurs, outils de formation, supervision, outils de communication tels que les cartes conseil) pour les sages-femmes, infirmier(ère)s afin de renforcer leurs capacités à pratiquer les "soins continus maternels et néonataux". 1.9 Développer un plan d'action de formation (y compris la formation de formateurs) pour le renforcement des capacités de sages-femmes et les infirmier(ère)s, conformément au 1.8. 1.10 Mettre en œuvre des formations (y compris la formation de formateurs) de renforcement des capacités pour les sages-femmes et les infirmier(ère)s dans les zones cibles. 1.11 Superviser et évaluer les résultats de la mise en œuvre du 1.8, 1.9, 1.10, en vue d'améliorer le système de formation (programme de formation, outils de formation et supervision)	Partie japonaise - Experts de la JICA - Conseiller en chef, - Soins de santé maternelle et néonatale, - Santé communautaire, - Gestion de formation, - Suivi et évaluation, - Coordinateur(trice) - Matériel - Equipements médicaux nécessaires aux soins maternels et néonataux - Véhicule à usage prioritaire pour l'équipe d'experts de la JICA - Formations - impression des supports de formation, supports d'IEC pour les activités de santé communautaire - Autres éléments - coût des activités de relations publiques	Partie ivoirienne - Bureau de projet pour l'équipe d'experts de la JICA - Entretien du matériel - Coût des médicaments, des fournitures et des produits sanguins - Transport, hébergement et perdiems des participants aux formations / réunions des surveillants / superviseurs et des autres membres du personnel de contrepartie	Hypothèses importantes - Sécurisation de l'environnements sanitaires dans les zones cibles - Pas de changements fréquents de professionnels de la santé dans les structures de santé cibles - Un montant approprié de remboursements est versé en temps opportun aux structures de santé pour les services d'accouchement et des soins néonataux fournis dans le cadre du programme de gratuité ciblée des soins de santé - Les moyens de transport d'urgence des patients sont fonctionnels - Les médicaments, les fournitures et les produits sanguins sont livrés en temps opportun aux structures de santé cibles

[pour le Résultat attendu 2] 2.1 Déterminer les établissements de santé cibles conformément au 1.3. 2.2 Collecter des informations sur la mise en œuvre actuelles du système de référence des établissements de la première ligne vers les établissements de niveau supérieur afin d'identifier les problèmes de référence. 2.3 Etudier le déploiement de l'équipement et des fournitures médicales nécessaires aux accouchements normaux et aux soins obstétricaux d'urgence de base dans les établissements de santé à chaque niveau, conformément aux normes du ministère de la santé. 2.4 Identifier le système de distribution pour la disposition appropriée des équipements et des fournitures médicales nécessaires aux accouchements normaux et aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base, conformément au 2.3. 2.5 Acheter et fournir les équipements manquants sur la base des résultats de l'activité 2.3. 2.6 Evaluer l'utilisation des équipements distribués (2.5) et faire des recommandations si nécessaire pour la révision des normes du Ministère de la santé concernant les équipements requis à chaque niveau des établissements de santé. 2.7 Identifier des mesures correctives pour une pratique de référence correcte, sur la base des résultats de l'enquête de base et des réunions de surveillance des décès maternels et périnatales et de riposte (SDMPR).		Conditions préalables
[pour le Résultat attendu 3] 3.1 Vérifier les concepts du modèle de continuum de soins identifiés en 1.3 et 1.4 sur la base de l'évaluation de la série d'activités des résultats 1 et 2. 3.2 Identifier les méthodes pour déployer et accélérer la pratique du modèle de continuum de soins vérifié en 3.1.		Problèmes et mesures correctives

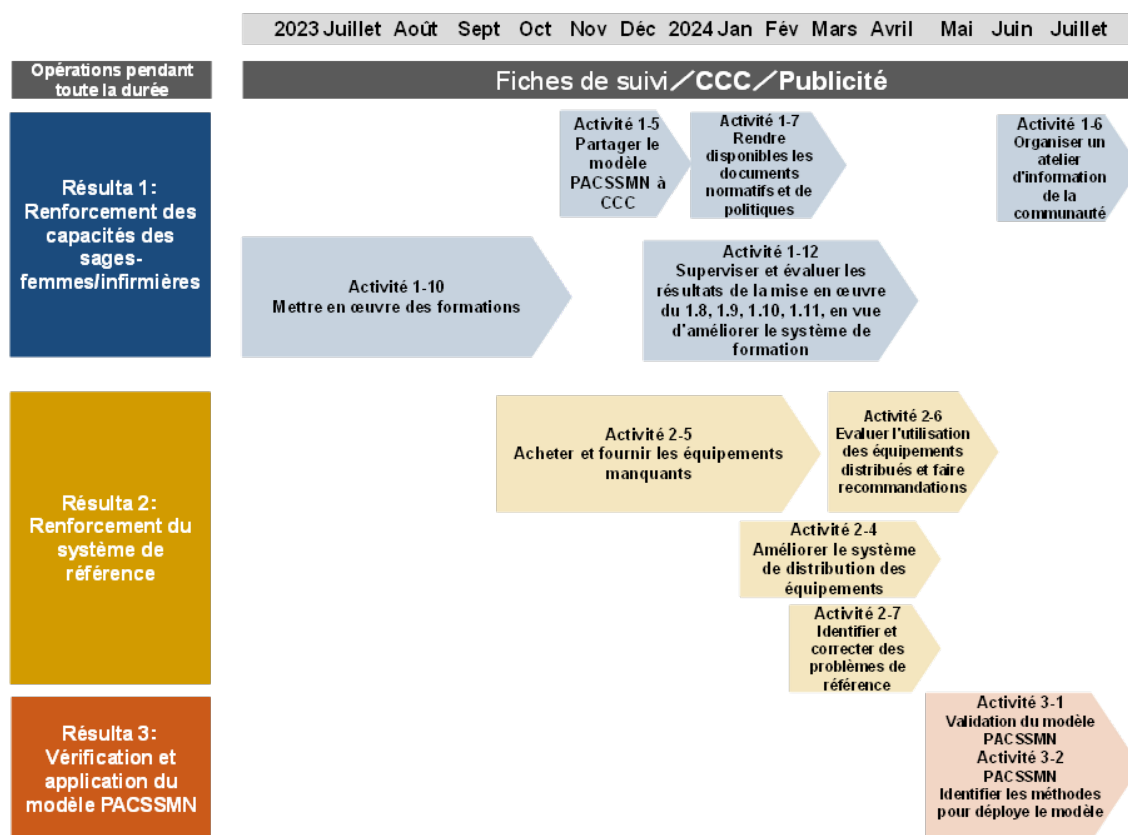
Plan Opérationnel

Version 3

Date le 4 juillet 2024

Titre du Projet: PROJET D'AMÉLIORATION DU CONTINUUM DE SOINS DE SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE																												
Inputs		Année		2019 AFJ		2020 AFJ		2021 AFJ		2022 AFJ		2023 AFJ		2024		Remarques		Suivi										
				I		II		III		IV		I		II				Problèmes		Solutions								
Experts																												
Conseiller en chef	Plan																											
	Réalisation																											
Soins de santé maternelle et néonatale	Plan																											
	Réalisation																											
Santé communautaire	Plan																											
	Réalisation																											
Gestion de formation	Plan																											
	Réalisation																											
Suivi et évaluation	Plan																											
	Réalisation																											
Coordinateur(trice)	Plan																											
	Réalisation																											
Equipment																												
Équipements médicaux nécessaires aux soins maternels et néonatals	Plan																											
	Réalisation																											
Training in Japan																												
	Plan																											
	Actual																											
Activités		Année		2019 AFJ		2020 AFJ		2021 AFJ		2022 AFJ		2023 AFJ		2024		Organisations Responsables		Réalisations		Problèmes & Solutions								
				I		II		III		IV		I		II		JP		CI										
Sous-activités																												
Résultat 1: Le renforcement des capacités des sages-femmes et infirmier(ère)s est mis en œuvre dans les établissements cibles sur la base du modèle du continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés.																												
1.1	Développer un protocole de recherche pour collecter les données nécessaires à l'observation et à la mesure du processus et de l'impact du projet comme base de référence, selon les 3 systèmes en interaction (les systèmes socio-culturels disciplinaire et éducationnel).	Plan																									DSIM	
	Réalisation																											
1.2	Mener des études de base, des recherches afin de recueillir les données nécessaires pour comprendre l'état actuel du projet et identifier les problèmes.	Plan																									DSIM	
	Réalisation																											
1.3	Définir les concepts permettant d'améliorer la qualité des soins maternels et néonataux fondés sur des données probantes (les résultats de 1.2) et identifier les composantes du modèle de soins sur le continuum.	Plan																									DSIM	
	Réalisation																											
1.4	Identifier les activités prioritaires dans les composantes d'un modèle de continuum de soins sur la base de 1.3.	Plan																									DSIM	
	Réalisation																											
1.5	Les résultats de 1.3 et 1.4 seront partagés avec les membres du Comité Conjoint de Coordination (CCC) pour le projet.	Plan																									DSIM	
	Réalisation																											
1.6	Organiser un atelier d'information de la communauté (collectivité locale, territoriale, association de femmes /jeunes, Guides religieux, Chefs coutumiers, etc.) sur la mise en œuvre du PACSSMN afin de susciter l'adhésion, l'implication et l'engagement de la communauté.	Plan																									DSIM	
	Réalisation																											
1.7	Rendre disponibles les documents normatifs et de politiques	Plan																									DSIM	
	Réalisation																											
1.8	Réviser et mettre à jour les systèmes de formation existants (programmes de formation, y compris la formation des formateurs, outils de formation, supervision, outils de communication tels que les cartes conseil.) pour les sages-femmes, infirmier(ère)s afin de renforcer leurs capacités à pratiquer les "soins continus maternels et néonataux".	Plan																									DSIM	
	Réalisation																											
1.9	Développer un plan d'action de formation (y compris la formation de formateurs) pour le renforcement des capacités des sages-femmes et les infirmier(ère)s, conformément au 1.8.	Plan																									DSIM	
	Réalisation																											

Organigramme opérationnel (à partir de juillet 2023)



Liste des équipements fournis par ESPC ciblé

Equipement \ ESPC	FSU COM Anonkoua Koute	CSU COM Agoueto	CSU COM Assomin	CSU COM Bocabo	FSU COM Abobo Sagbe	CM PRIVE Clinique El Rapha de Abobo	CSU-DM Public Assapsu Anonkoua III de Abobo	FSU COM Akeiko!	CSU COM Banco Sud	FSU COM Abobo Baoule	Centre Medical Rotary	CSU Djibi Village	FSU COM Avocatier	CSU COM Kennedy Clouetcha	CSU COM Abobote	CSU COM BC	Centre Medico Social Saint Cœur Abobote	CSU-D SOS Village Enfants de Abobo Est	CMS Confessionnel Ange Gardien d' Abobo	Centre Confessionnel Clouetcha	FSU Hinneh Abobo PK18	CHR Houphouet Boigny de ABOBO	Total
Saturomètres	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	35
Insufflateurs (fabriqué par Laerdal)	3	1	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	3	3	3	3	2	1	2	3	1	3	48
Masques N°0 (fabriqué par Laerdal)	3	1	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	3	3	3	3	2	1	2	3	1	3	48
Masques N°1 (fabriqué par Laerdal)	6	2	6	6	6	2	2	2	6	6	2	2	6	6	6	6	4	2	4	4	4	6	96
Pingouins	3	1	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	3	3	3	3	3	1	2	2	1	3	48
Tables de réanimation + Stabilisateurs	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	7
Pèse bébé	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	44
Tensiomètres	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	66
Lits de mise en observation	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	35
Potences	4	2	4	4	4	2	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	3	2	3	4	2	4	70
Table d'accouchement	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	0	33
Lampes d'examen	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	13
Paravents	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	13
Boîtes d'accouchement	5	4	3	5	4	2	4	4	4	2	2	4	3	4	4	4	2	2	2	4	4	10	82
Boîtes d'épisiotomie	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	27
Boîte de pose et retrait DIU	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	35
Boîte de pose et retrait d'implant	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	35
SONDE VESICALE, nelaton, stérile, u.u., CH 10, 40 cm	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 200
Valves obstétricales	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	35
Doppler fœtal	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	57
Gel pour Doppler fœtal	5	2	5	5	5	2	2	2	5	5	2	2	5	5	5	5	5	2	2	5	2	5	83
Tabliers	10	5	10	10	10	5	5	5	10	10	5	5	10	10	10	10	10	5	5	10	5	10	175
Bottes	10	5	10	10	10	5	5	5	10	10	5	5	10	10	10	10	10	5	5	10	5	10	175
Lunettes	10	5	10	10	10	5	5	5	10	10	5	5	10	10	10	10	10	5	5	10	5	10	175
Alèzes	5	3	5	5	5	3	3	3	5	5	3	3	5	5	5	5	5	3	3	5	3	5	92
Haricots	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	110
Toise bébé	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22

Equipement \ EPC	FSU COM Anonkoua Koute	CSU COM Agoueto	CSU COM Assomin	CSU COM Bocabo	FSU COM Abobo Sagbe	CM PRIVE Clinique El Rapha de Abobo	CSU-DM Public Assapsu Anonkoua III de Abobo	FSU COM Akeiko!	CSU COM Banco Sud	FSU COM Abobo Baoule	Centre Medical Rotary	CSU Djibi Village	FSU COM Avocatier	CSU COM Kennedy Clouetcha	CSU COM Abobote	CSU COM BC	Centre Medico Social Saint Cœur Abobote	CSU-D SOS Village Enfants de Abobo Est	CMS Confessionnel Ange Gardien d' Abobo	Centre Confessionnel Clouetcha	FSU Hinneh Abobo PK18	CHR Houphouet Boigny de ABOBO	Total
		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	44
	Pèse personne	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
	Toise adulte	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	66
	Thermomètres	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	66
	Stéthoscope biauriculaire	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	66
	Escabot 2 marches	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	14
	Lampes chauffantes + Stabilisateurs	1	0	2	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	0	21
	Stabilisateurs																						

**PROCES-VERBAL DE LA DEUXIEME REUNION DU COMITE CONJOINT DE COORDINATION
POUR LE PROJET D'AMELIORATION DU CONTINUUM DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET
NEONATALE**

La deuxième réunion du Comité Conjoint de Coordination (CCC) pour le Projet de coopération technique de l'Agence japonaise de Coopération internationale (JICA) intitulé « Projet d'Amélioration du continuum de soins de santé maternelle et néonatale » (ci-après désigné par « PACSSMN » ou le « Projet ») s'est tenu le mardi 21 novembre 2023, à la salle de Conférence du Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU), à Abidjan. Sous la présidence de Monsieur le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (Directeur du Projet) et en présence de Monsieur le Représentant Résident du bureau de la JICA Côte d'Ivoire, les membres du CCC ont discuté des points visés dans le document ci-joint.

Abidjan, le 21 novembre 2023



M. WAKABAYASHI Motoharu

Représentant Résident
Bureau de l'Agence japonaise de Coopération
internationale (JICA) en Côte d'Ivoire



S.E. M. DIMBA Pierre N'Gou

Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique et
de la Couverture Maladie Universelle
(MSHPCMU) / Directeur du Projet
République de Côte d'Ivoire

DOCUMENT JOINT

Le Projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN) dans la région sanitaire d'Abidjan 1 a débuté depuis juin 2019 et doit couvrir une période de cinq (5) ans. L'objectif du présent Procès-verbal est de confirmer les décisions mutuelles des deux parties sur l'orientation de la mise en œuvre du Projet pour les vingt-neuf (29) derniers mois, sur la base de l'état d'avancement des activités depuis l'organisation du précédent Comité Conjoint de Coordination (CCC).

Les objectifs spécifiques de cette réunion étaient les points suivants :

- ▶ Présenter l'état d'avancement des activités du Projet ;
- ▶ Définir les défis et perspectives du Projet ;
- ▶ Définir les prochaines étapes du Projet.

1. Ouverture, Participants, Programme de la réunion

1.1. Ouverture et Allocutions

Monsieur le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, **M. DIMBA Pierre N'Gou**, a ouvert la réunion à 15h30 en formulant les mots de bienvenue à l'endroit des différents participants et les à inviter à se présenter.

Dr TOA BI Laurent, Chargé d'études à la Direction Générale de la Santé a été désigné comme modérateur de la réunion qui a fait la présentation des objectifs et de l'agenda de cette rencontre.

Monsieur le Représentant Résident de la JICA a introduit son allocution en remerciant Monsieur le Ministre pour sa présence à cette réunion et en saluant ses efforts pour la mise en œuvre du projet, il a mentionné l'importance de la coopération entre les gouvernements ivoirien et japonais, principalement dans le domaine de la santé. Il a ensuite rappelé l'objectif principal de cette réunion qui était de faire le point de l'état d'avancement du projet en évoquant toutes les étapes franchies dans sa mise en œuvre. Il a enfin souhaité que cette coopération puisse porter ses fruits et avoir des répercussions durables sur les services de santé maternelle et néonatale dans la zone cible en particulier et en Côte d'Ivoire en général.

A sa suite, M. le Ministre en tant que Directeur du Projet a entamé son allocution en adressant ses sincères remerciements à la Coopération japonaise pour leur appui technique et financier à l'implémentation du Continuum de soins de santé maternels et néonataux en Côte d'Ivoire, il a souligné les progrès observés selon l'Enquête Démographique et de Santé 2021 (EDS-CI 2021) concernant les indicateurs de santé notamment celui de la mortalité maternelle qui est passé de six cent quatorze (614) à trois cent quatre-vingt-cinq (385) décès pour cent mille (100 000) naissances vivantes, il a rappelé les challenges et les défis auxquels le gouvernement fait face et a relaté les insuffisances en termes de matériels et équipements au niveau des structures sanitaires. Ainsi, a-t-il espéré que la formation des 282 prestataires de santé, la fourniture des équipements et l'ensemble des autres activités puissent contribuer à améliorer davantage les indicateurs sanitaires.

1.2. Participants

Etaient présents à cette rencontre 31 participants, dont 18 représentants de la partie ivoirienne, 11 représentants de la partie japonaise et 2 représentants des partenaires techniques et financières (voir Annexe 1).

1.3. Programme retenu

Le programme de la réunion s'est déroulé comme suit :

- ▶ Présentation des Termes de référence de la deuxième réunion.
- ▶ Présentation de l'Etat d'avancement et des Perspectives du PACSSMN.
- ▶ Echanges et Discussion.
- ▶ Synthèse et Fin.
- ▶ Cérémonie de Clôture.

2. Présentation de l'état d'avancement et des perspectives du PACSSMN

Madame la Directrice des Soins Infirmiers, Maternels et Infantiles (DSIMI), Manager du Projet, Dr DIANGO NOBOU Claudine, a fait une présentation sur l'Etat d'avancement et les Perspectives du Projet (voir Annexe 2).

3. Discussions générales

A la fin de la présentation, le modérateur a introduit la séance de discussions.

Ainsi, Monsieur le Ministre a ouvert la série de discussion en donnant la parole à la conseillère principale du Projet afin d'avoir son avis sur la présentation. La conseillère principale Madame Yamagata a fait savoir que la présentation a été préparée par les deux parties. Elle a aussi indiqué qu'il y avait encore certaines activités à entreprendre et qu'elle souhaiterait que la phase de supervision soit entamée très rapidement afin de vérifier que les compétences acquises et les recommandations au cours de la formation soient correctement suivies.

Le Directeur de Projet a ensuite invité les autres participants à prendre la parole.

C'est ainsi que le Représentant du Représentant Résidant de l'OMS a pris la parole afin de :

- ▶ Traduire ses remerciements à l'endroit du Ministre de la santé pour l'ensemble des activités qui sont menées dans le but de l'amélioration de la qualité de la santé du couple mère-enfant qui contribuera au bien-être des familles et des communautés ;
- ▶ Encourager également ce genre de projet qui fait d'abord l'évaluation de la situation et qui axe ses interventions sur les résultats de cette évaluation ;
- ▶ Réitérer au Ministre de la Santé, l'engagement de l'OMS à soutenir la Côte d'Ivoire pour toutes les questions en lien avec la mère et l'enfant.

Monsieur le Ministre de la Santé a par la suite souhaité avoir des clarifications sur les points suivants :

- ▶ Les établissements de la zone cible ont-ils tous bénéficié de la formation ?
- ▶ Les politiques, les directives, les protocoles de soins, etc. sont-ils disponibles sur le terrain ?
- ▶ Quel impact le Projet a-t-il sur la communauté ?

Il a pour ce faire donné la parole aux responsables des deux districts abritant les structures cibles.

Ainsi, la Directrice du CHR d'Abobo, Mme FONDIO TAN Nathalie, a indiqué que la majeure partie des prestataires de son établissement avaient été correctement formés et qu'il fallait attendre une certaine période avant d'évaluer l'impact de cette formation.

Les Représentantes des districts sanitaires d'Abobo Est et Ouest ont souligné également que tous les prestataires de leurs centres de santé avaient bénéficié de la formation et des nouvelles compétences acquises, elles ont également souligné que l'application des nouvelles mesures étaient en cours et qu'il fallait attendre un certain temps avant de voir l'impact sur la communauté.

Monsieur le Ministre de la santé a ensuite passé la parole à Madame la Manager du Projet qui a indiqué qu'effectivement toutes les structures de la zone cible avaient bénéficié de la formation et que des missions de supervision seraient très prochainement organisées pour vérifier l'effectivité de la mise en oeuvre des nouvelles pratiques apprises lors de la formation.

Elle a estimé qu'il était prématuré d'évaluer l'impact du Projet sur la communauté, elle a précisé que toutes les structures avaient exprimé leurs besoins en termes d'équipements / matériels qui avaient déjà fait l'objet d'une commande. Leur mise à disposition faciliterait l'application des nouvelles politiques et permettrait une évaluation cohérente de l'impact du Projet sur la communauté.

Pour ce qui concerne les Politiques et Normes, le Représentant du Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) a ajouté que les Politiques et Normes existent au sein du PNSME et qu'elles ont été diffusées jusqu'au niveau des districts, mais pas suffisamment au niveau des établissements de santé de premier niveau.

Monsieur le Ministre de la santé a souhaité savoir comment l'équipe Projet pourra vérifier l'application des Politiques et Normes et si la période restante de six (06) mois permettrait de finaliser les activités restantes du Projet.

Le Directeur de Cabinet adjoint, Pr SORO Kountélé Gona a voulu savoir si les résultats escomptés seraient réalisables au terme des six (6) mois restants.

Madame la Manager du Projet a rassuré que des missions d'évaluation de la mise en application des politiques et de l'impact de la formation seraient organisées dans ce sens et que l'arrivée des équipements demandés par les centres de santé permettrait d'accélérer la transmission et la mise en œuvre des politiques favorisant ainsi le renforcement de la gouvernance. La commande ayant été déjà été passée, la mise à disposition de ces équipements serait imminente.

Sur ce point, Monsieur le Représentant Résident de la JICA Côte d'Ivoire, M.WAKABAYASHI Motoharu, a souhaité rebondir en indiquant qu'effectivement les commandes de matériels étaient en cours. Toutefois, il a tenu à souligner qu'il faudrait que la coopération entre les experts japonais et les homologues ivoiriens soit effective afin d'avoir les résultats escomptés dans le cadre du Projet. Il a insisté sur le fait que la partie ivoirienne devrait prendre en compte les conseils des experts japonais et d'intégrer leur savoir-faire afin d'atteindre des résultats innovants jusqu'à la fin de ce projet. Il a en outre relevé un besoin important en termes de ressources humaines nationales et également de mobilisation budgétaire de la part du gouvernement ivoirien pour les activités à venir.

Sur les points évoqués par Monsieur le Représentant Résident, Monsieur le Ministre de la santé a indiqué être du même avis et a souhaité savoir l'apport concret de la partie japonaise dans le volet technique lors de la formation des prestataires en matière de transfert de connaissance.

Sur ce point, la Manager du Projet a souligné que l'élaboration des outils de formation avaient été faite d'un commun accord avec les premiers experts japonais et que l'un des problèmes étaient que ceux-ci se relayant après une certaine période. Il y avait une certaine discontinuité des acquis enregistrés avec les experts partis et que les nouveaux experts devraient s'imprégner de ces acquis pour pouvoir évaluer concrètement les avancées.

Par la suite le Représentant de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire (SOGOCI) Dr KIMOU Agnissan Bernadin, a informé le Ministre de la santé que les experts Japonais étaient impliqués dans le processus de la formation depuis la révision et la validation des outils ainsi que le plan de formation jusqu'à la dernière session de formation.

A la suite de cet argumentaire, le Ministre a souhaité savoir quels étaient les inputs concrets des experts japonais intégrés aux modules de formation existants afin de faire la différence entre les anciennes pratiques et les nouvelles.

A cette question, le représentant de la SOGOCI a mentionné qu'il serait difficile de pouvoir faire ressortir concrètement les inputs des experts japonais au niveau du contenu des modules de formation, néanmoins, les sessions pratiques se sont faites avec les équipements (mannequins et vidéos) mis à disposition par la partie japonaise.

Par la suite, Dr KONE Fana de la DSIMI, Point focal du Projet a renchéri que l'utilisation des vidéos pédagogiques utilisées lors des deux (02) jours et demi de formation théorique était une idée de la partie japonaise et que ces vidéos ont été appréciées par l'ensemble des participants.

A l'issue de ces échanges, le Ministre a dit qu'il fallait faire en sorte qu'il y ait une nette amélioration dans les pratiques de soins des prestataires afin de déterminer l'apport réel du Projet.

Il a relevé que le principe de la coopération technique consistait en un transfert des compétences techniques de la partie japonaise pour améliorer les pratiques de soins actuelles qui ont amené le gouvernement ivoirien à solliciter cette collaboration.

Pour ce faire, il a souhaité que soit élaboré un plan d'action concret pour les six (06) derniers mois du Projet afin d'avoir des résultats visibles, probants et appréciables au vu des investissements consentis par la partie japonaise. Il a indiqué qu'au cas où le temps restant ne suffirait pas pour l'exécution de ce plan, il serait souhaitable d'évoquer avec la partie japonaise la possibilité d'un prolongement de la fin du projet afin d'atteindre les objectifs fixés.

En soulignant une fois de plus la nécessité d'intégrer les avis des experts japonais afin d'avoir des supports de formation consensuels issus des deux parties (Experts japonais et ivoiriens) ; lesquels supports propres au PACSSMN serviront de base de formation au moment du passage à échelle.

Il a souhaité que les actions des mois à venir soient plus efficaces notamment à travers :

1. L'augmentation et le renforcement des ressources humaines du Projet ;
2. L'accélération de la mise à disposition des équipements et matériels dans les structures de santé ;
3. L'évaluation de l'impact du Projet et des changements à opérer ;
4. L'élaboration des supports de formation consensuels.

4. Recommandations

A la fin de la réunion, les recommandations suivantes ont été faites :

- ▶ Elaboration d'un plan d'action pour la période restante du projet ;
- ▶ Organisation de la prochaine réunion du CCC dans trois (3) mois.

5. Clôture de la réunion

A la suite des discussions entre les participants, le modérateur Dr TOA BI Laurent a fait la synthèse en rappelant les sujets qui ont fait l'objet de discussions ainsi que les résolutions adoptées.

Monsieur le Ministre de la santé a souhaité que compte tenu de l'imminence de la fin du Projet, la prolongation de la durée du projet soit inscrite à l'ordre du jour du prochain CCC qui aura lieu dans trois mois.

Monsieur le Représentant Résident de la JICA Côte d'Ivoire dit avoir pris acte de la volonté du Ministre de voir le projet se prolonger. Il a ensuite pris l'engagement de porter l'information au siège de la JICA

et a fait savoir que l'arrivée très prochaine d'une mission du siège de la JICA sera une bonne opportunité pour aborder ce sujet.

L'Ordre du jour étant épuisé, Monsieur le Ministre a levé la séance à 17h30.

Annexe 1 : Liste de présence

Annexe 2 : Présentation diapos : Termes de référence de la deuxième réunion du CCC

Annexe 3 : Présentation diapos : Etat d'avancement et Perspectives du PACSSMN



Annexe 1 : Liste de présence

Partie Ivoirienne

- | | |
|----------------------------|---|
| ▶ M.DIMBA Pierre N’Gou | Ministre en charge de la Santé / Directeur du Projet / MSHPCMU |
| ▶ Pr SORO Kountélé Gona | Directeur de Cabinet adjoint / MSHPCMU |
| ▶ Mme POYAN Christelle | Conseillère Technique / MSHPCMU |
| ▶ Dr DIANGO NOBOU Claudine | Directrice DSIMI / Manager du Projet / MSHPCMU |
| ▶ Dr TOA BI Laurent | Chargé d’étude / Direction Générale de la Santé (DGS) |
| ▶ Mme N’DRAMAN Charlotte | Chargée d’études / Direction Générale de la Santé (DGS) |
| ▶ Dr GOURE BI Tra Blaise | Point Focal / PACSSMN / DSIMI |
| ▶ Dr KONE Fana | Point Focal / PACSSMN / DSIMI |
| ▶ M. OKOUA Jean Fabrice | Chargé de Communication / DSIMI |
| ▶ M. YEO Sékou | Inspecteur des Soins Infirmiers / Programme Nationale de la Santé de la Mère et de l’Enfant (PNSME) |
| ▶ Mme KOUADIO N’DA Pélagie | Ingénieure des Technique Sanitaire / Programme National Santé Scolaire et Universitaire-Santé Adolescents et Jeunes (PNSSU-SAJ) |
| ▶ Mme N’DA OUATTARA Edith | Ingénieure des Techniques sanitaires / Direction de la Santé Communautaire (DSC) |
| ▶ Mme FE NANSE Jeanne | Inspecteur de Santé / Enseignante / Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) |
| ▶ Dr DIET BANGOURA Aminata | Médecin / Chef de Service suivi évaluation / District Sanitaire Abobo Est |
| ▶ Mme SANOGO Fatoumata | Sage-femme / Coordinatrice SME / District Abobo Ouest |
| ▶ Mme FONDIO TAN Nathalie | Directrice / Centre Hospitalier Régional d’Abobo (CHR) |
| ▶ Mme TANOHI KOI Tatiana | Secrétaire à l’organisation / Association des Sages-femmes Ivoiriennes (ASFI) |
| ▶ Dr KIMOU Agnissan | Formateur / SOGOCI |

Partie japonaise

- | | |
|---------------------------|---|
| ▶ M. OKAYASU Toshiharu | Chargé de Coopération / Ambassade du Japon |
| ▶ M. WAKABAYASHI Motoharu | Représentant Résident / JICA Côte d’Ivoire |
| ▶ Mme YOSHINO Yasue | Chef Secteur Santé / JICA Côte d’Ivoire |
| ▶ M. PODE Thierry | Chargé de Programme Secteur Santé / JICA Côte d’Ivoire |
| ▶ Mme YAMAGATA Ritsuko | Conseillère Principale / PACSSMN |
| ▶ Dr SHIMIZU Toshiyasu | Conseiller Principal adjoint / PACSSMN |
| ▶ Mme SUZUMORI Izumi | Coordinatrice / PACSSMN |
| ▶ Mme NAKAMURA Etsuko | Expert chargée de la formation des sages-femmes et infirmiers / PACSSMN |
| ▶ Mme NAKAYAMA Yusuke | Expert en suivi et évaluation / PACSSMN |
| ▶ M. AKOSSI Maxime | Assistant technique / PACSSMN |
| ▶ M. DATCHA Yves | Assistant administratif / PACSSMN |

Partenaire technique et Financier

- | | |
|------------------------|---|
| ▶ Dr YAO Blaise | Chargé de Nutrition / Organisation Mondiale de la Santé (OMS) |
| ▶ Dr ABOU-KONE Pauline | Chargé de projet / Unité de coordination des projets de santé de la Banque Mondiale (UCPS-BM) |

Annexe 2 : Termes de référence de la Deuxième Réunion du CCC



PLAN

- I. Contexte et justification
- II. Objectifs
- III. Méthodologie
- IV. Période et lieu
- V. Participants
- VI. Agenda

I. Contexte et justification

- Malgré l'amélioration des indicateurs clés de la mortalité maternelle (Taux : 385 DM pour 100 000 NV / EDS 2021), néonatale (Taux : 30/1000NV / EDS 2021) et infantile (52/1000 NV / EDS 2021), la qualité des soins constitue toujours une préoccupation majeure pour la Côte d'Ivoire.
- Depuis le mois de juillet 2019, le Projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN) a été initié par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle MSHPCMU et ce, à travers la Direction des Soins Infirmiers, Maternels et infantiles (DSIMI) en partenariat avec l'Agence Internationale de Coopération Japonaise (JICA).

I. Contexte et justification

- Ce Projet vise la mise en place d'un "modèle du Continuum de Soins Maternels et Néonataux basé sur les preuves scientifiques" axé sur le renforcement des compétences des sage-femmes dans les établissements de santé. Il a pour finalité l'amélioration de la qualité des soins de Santé Maternelle et Néonatale (SMN) permettant ainsi de contribuer efficacement à la réduction du taux de Morbidité et de Mortalité Maternelle et Néonatale.

I. Contexte et justification

- PACSSMN est composé de trois (3) étapes : i) un état des lieux ; ii) la planification et l'implantation de l'intervention visant le changement du Continuum des soins selon les recommandations de l'état des lieux ; et, iii) l'évaluation des résultats de l'intervention. Il est implanté dans la Région Sanitaire d'Abidjan 1 plus précisément dans les Districts Sanitaires d'Abobo Est et d'Abobo Ouest ainsi qu'au CHU de Cocody dont les Services de Gynécologie-Obstétrique ont été redéployés momentanément au niveau de l'Hôpital Général d'Adjamé pendant la période de l'enquête de base.

I. Contexte et justification

- Cette enquête a été réalisée de février à Mars 2022 avec l'appui du CIRES (Centre International de Recherche Economique et Social), un bureau de consultant nationaux. Les résultats de cette enquête ont révélé des insuffisances au niveau des compétences des prestataires à toutes les étapes de la prise en charge des parturientes à savoir : pendant les consultations prénatales et postnatales, l'accouchement ainsi que l'accueil et l'organisation du travail. Et cela à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (1er au 3ème niveau).

I. Contexte et justification

- Dans le cadre de la mise en œuvre des activités du Plan Opérationnel du Projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN), un certain nombre d'activités a été mené à savoir l'enquête de base et le renforcement des capacités des Sage-femmes et Infirmiers(ères) des Districts Sanitaires d'Abobo Ouest et Est.
- Afin de faire le point des activités de la mise en œuvre de ce projet, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU), à travers la Direction des Soins Infirmiers et Maternels et infantiles (DSIMI) / PACSSMN avec l'appui technique et financier de la JICA, organise le 21 novembre 2023, à la salle de réunion Cabinet du MSHPCMU, la deuxième réunion du Comité Conjoint de Coordination (CCC) du projet PACSSMN.

II. Objectifs

II.1 OBJECTIF GENERAL

- Contribuer au renforcement du suivi de la mise en œuvre du projet

II.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Présenter l'état d'avancement des activités du projet ;
- Définir les défis et les perspectives du projet.

II. Résultats attendus

- L'état d'avancement des activités du projet est présenté ;
- Les défis et les perspectives du projet sont définis.

III. Méthodologie

Les travaux de cette rencontre se dérouleront sous forme d'exposés en plénière pour approbation suivis de discussions.

IV. Période et lieu

La deuxième réunion du Comité Conjoint de Coordination du PACSSMN se déroulera le **21 novembre 2021** à la **salle de conférence du Cabinet du MSHP-CMU**.

IV. Participants

Les participants sont issus du MSHPCMU, de l'Ambassade du Japon en Côte d'Ivoire, du Représentant Résident de la JICA, des experts de la JICA, des Partenaires Techniques et Financiers, des Directions/Programmes/DRS/DDS du MSHPCMU et des Organisations Professionnelles de la Santé.

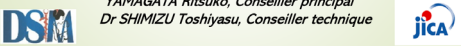
IV. Agenda

HORAIRES	ACTIVITES	STRUCTURE / PERSONNE RESPONSABLE
13H30-14H30	Accueil des participants : - Installation des participants(e)s	DSIMI/PACSSMN
14H30-14H45	Cérémonie d'ouverture : - Allocution de son Excellence Monsieur l'Ambassadeur du Japon ou du Représentant de la JICA - Allocution du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle.	DSIMI/PACSSMN
14H45-15H00	Présentation des TDR de la réunion du CCC	DSIMI/PACSSMN
15H00-15H30	Présentation de l'état d'avancement	DSIMI/PACSSMN
15H30-16H00	Echanges/Discussions	
16H00-16H15	Synthèse et Fin	Expert partie nationale
16H15-16H30	Cérémonie de clôture - Mot de son Excellence Monsieur l'Ambassadeur du Japon ou du Représentant de la JICA ; - Mot de Monsieur le Ministre MSHP CMU.	DSIMI/PACSSMN
COCKTAIL		

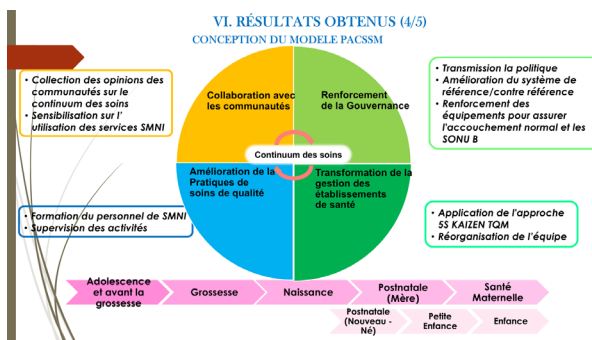
JE VOUS REMERCIE



Annexe 3 : Etat d'avancement et Perspectives du PACSSMN

 PROJET D'AMÉLIORATION DU CONTINUUM DES SOINS DE SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE « Deuxième réunion du comité conjoint de coordination » 21 Novembre 2023 Dr DIANGO Claudine, Directrice DSIM et Manager PACSSMN YAMAGATA Ritsuko, Conseiller principal Dr SHIMIZU Toshiyasu, Conseiller technique 	PLAN DE PRESENTATION INTRODUCTION I. CONTEXTE II. OBJECTIFS III. RESULTATS ATTENDUS IV. PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE V. ACTIVITÉS MISES EN ŒUVRE DE 2022 À 2023 VI. RESULTATS OBTENUS VII. LEÇONS APPRISSES VIII. ACQUIS IX. DÉFIS X. PERSPECTIVES / PROCHAINES ETAPES CONCLUSION																
INTRODUCTION - En Côte d'Ivoire, l'amélioration de la qualité des soins pour chaque femme et enfant, avec un accent particulier sur les mères et les nouveau-nés, est d'une extrême urgence. - Pour répondre à la vision globale de l'OMS selon laquelle « chaque femme enceinte et chaque nouveau-né reçoivent des soins de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale » ainsi qu'à l'ODD 3, le gouvernement ivoirien à travers son Ministère en charge de la Santé, a entrepris plusieurs programmes de coopération.	I. CONTEXTE PACSSMN Vision: Implémenter en Côte d'Ivoire le modèle du « Projet de Renforcement des Soins Maternels et Néonatales » Depuis juillet 2019, le projet d'Amélioration du Continuum des soins de santé Maternelle et Néonatale est mis en place par le MSHPCMU ; les Recommandations de l'Enquête de base constitueront la feuille de route et ce, à travers la DSIMI, dans les Districts Sanitaires d'Abobo Est et Ouest Période du Projet : Juillet 2019 - Juillet 2024 (cinq ans)																
II. OBJECTIFS II.1 OBJECTIF GLOBAL DU PROJET Contribuer à la réduction des décès maternels et néonataux dans les établissements sanitaires de la zone cible. II.2 OBJECTIF DU PROJET Améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services dans le continuum de l'offre des soins de santé maternelle et néonatale dans les zones cibles.	III. RESULTATS ATTENDUS Résultat 1 : Le renforcement des capacités des sages-femmes et des infirmier(ère)s est mis en œuvre dans les établissements cibles sur la base du modèle du continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés. Résultat 2 : Les systèmes de référence (référence/contre-référence) sont renforcés dans les zones cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonataux. Résultat 3 : Un modèle de continuum de soins maternels et néonataux est vérifié et disponible.																
IV. PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE / ORGANISATION DU PROJET Directeur du Projet : Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle Manager du Projet : Directrice DSIMI Experts de la JICA : Conseillers techniques japonais dans plusieurs domaines d'expertise Autres partenaires : DGS, DAF, DIEM, DIIS, DSC, PNSME, PNSSU-SAJ, DRS Abidjan 1, DDS Abobo Est et Ouest, INFAS, CHU de Cocody, SOGOCI, SIP et les organisations professionnelles des sages-femmes.	V. ACTIVITÉS MISES EN ŒUVRE DE 2022 À 2023 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Activités</th><th>Période</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Réalisation de l'enquête de base</td><td>Février – Mars 2022</td></tr> <tr> <td>Partage des résultats de l'enquête de base</td><td>Décembre 2023</td></tr> <tr> <td>Conception du Modèle PACSSMN</td><td></td></tr> <tr> <td>Révision du Cadre logique et plan opérationnel</td><td>Juin 2023</td></tr> <tr> <td>Préparation de la formation des Sages-Femmes et Infirmiers(ères)</td><td>Mars – Mai 2023</td></tr> <tr> <td>Réalisation de formation des formateurs et des prestataires</td><td>Juin - Octobre 2023</td></tr> <tr> <td>Processus d'approvisionnement en équipements</td><td>En cours depuis Septembre 2023</td></tr> </tbody> </table>	Activités	Période	Réalisation de l'enquête de base	Février – Mars 2022	Partage des résultats de l'enquête de base	Décembre 2023	Conception du Modèle PACSSMN		Révision du Cadre logique et plan opérationnel	Juin 2023	Préparation de la formation des Sages-Femmes et Infirmiers(ères)	Mars – Mai 2023	Réalisation de formation des formateurs et des prestataires	Juin - Octobre 2023	Processus d'approvisionnement en équipements	En cours depuis Septembre 2023
Activités	Période																
Réalisation de l'enquête de base	Février – Mars 2022																
Partage des résultats de l'enquête de base	Décembre 2023																
Conception du Modèle PACSSMN																	
Révision du Cadre logique et plan opérationnel	Juin 2023																
Préparation de la formation des Sages-Femmes et Infirmiers(ères)	Mars – Mai 2023																
Réalisation de formation des formateurs et des prestataires	Juin - Octobre 2023																
Processus d'approvisionnement en équipements	En cours depuis Septembre 2023																
VI. RESULTATS OBTENUS (1/5) 9 ENQUÊTE DE BASE Cibles - Femmes enceintes, en phase d'accouchement et en période post-partum (mères) et nouveau-nés; - Responsables, gestionnaires et prestataires des structures cibles, leaders communautaires et guides religieux, associations de femmes et jeunes, les ASC, les femmes et hommes de la communauté Techniques utilisées - focus group avec les leaders communautaires, les femmes (160) et les hommes de la communauté (147 hommes) - Revue documentaire, - Observation des pratiques de soins et questionnaires.	VI. RÉSULTATS OBTENUS (2/5) QUELQUES RESULTATS DE L'ENQUÊTE DE BASE <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Gouvernance</td><td>- Besoin d'amélioration de la gestion / Management - Non disponibilité des politiques et directives de la santé maternelle et néonatale élaborés au niveau central - Problèmes liés au système de référence et contre-référence</td></tr> <tr> <td>Ressources Humaines</td><td>- Insuffisance du personnel de santé (médecins pédiatres et gynécologues, sages-femmes et infirmiers(ères)) - Mauvaise répartition du personnel de santé</td></tr> </tbody> </table>	Gouvernance	- Besoin d'amélioration de la gestion / Management - Non disponibilité des politiques et directives de la santé maternelle et néonatale élaborés au niveau central - Problèmes liés au système de référence et contre-référence	Ressources Humaines	- Insuffisance du personnel de santé (médecins pédiatres et gynécologues, sages-femmes et infirmiers(ères)) - Mauvaise répartition du personnel de santé												
Gouvernance	- Besoin d'amélioration de la gestion / Management - Non disponibilité des politiques et directives de la santé maternelle et néonatale élaborés au niveau central - Problèmes liés au système de référence et contre-référence																
Ressources Humaines	- Insuffisance du personnel de santé (médecins pédiatres et gynécologues, sages-femmes et infirmiers(ères)) - Mauvaise répartition du personnel de santé																

VI. RÉSULTATS OBTENUS (3/5)	
QUELQUES RESULTATS DE L'ENQUÊTE DE BASE	
❑ Offre des soins	- Non respect des Directives, des Standards et protocoles de Soins, ----- - Besoin de renforcement des compétences
❑ Équipements, Matériels et Médicaments	- Manque d'équipements , matériels et médicaments
❑ Collaboration avec la communauté	- Manque d'informations pour les communautaires - Non-respect de la Pyramide Sanitaire



VI. RÉSULTATS OBTENUS (5/5)
RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

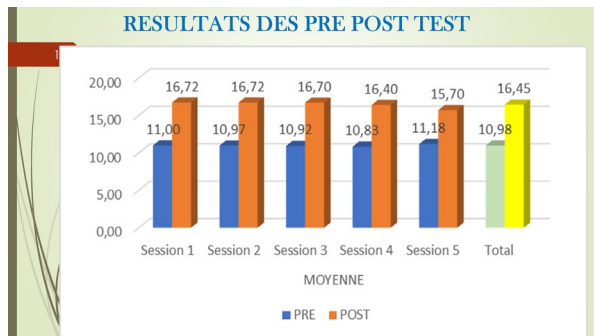
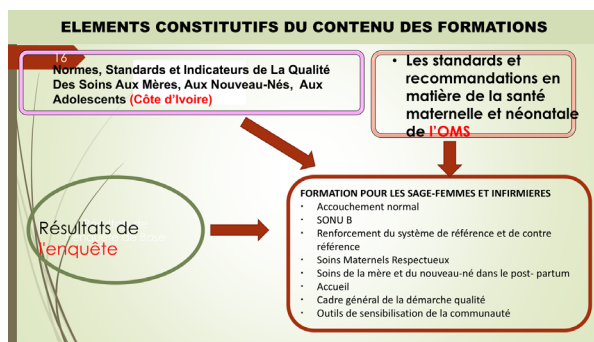
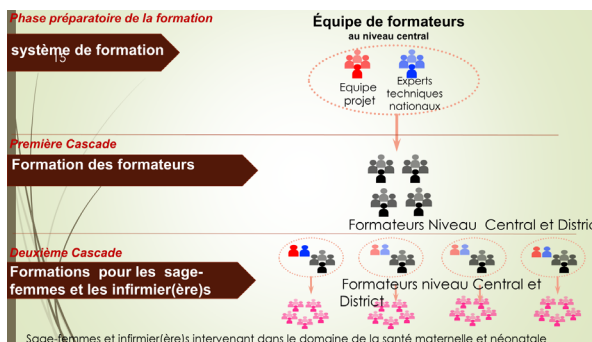
14

- Révision et validation des modules de formation
- Sessions de formation des prestataires sage-femmes et infirmiers

➤ Formation en deux étapes:

- 1ère cascade(2) : formation d'un Pool de formateurs (35)
- 2ième cascade: formation des prestataires (SF et IDE)

Nombre de prestataires à former : 282 /247 prévus (114%)



- VII. LEÇONS APPRIS
- Renforcement des compétences des prestataires constitue de réelles stratégies et interventions pour améliorer la qualité des soins
 - Besoin de formation exprimé par les prestataires
 - Formation continue très attendue et appréciée par les prestataires
 - Importance d'une bonne coordination entre toutes les parties prenantes pour la résolution des défis et challenges
 - Impact positif de l'utilisation des modèles anatomiques et des projections de vidéos dans le cadre de la formation

- VIII. ACQUIS
- Rapport de l'étude de base disponible
 - Guide de formation sur le continuum des soins de santé maternelle et néonatale
 - Existence d'un pool de formateurs nationaux sur le continuum des soins de santé maternelle et néonatale
 - Mise à jour des connaissances des prestataires sage-femmes et infirmiers(ères) des structures cibles
 - Acquisition de mannequins pour la mise à jour de la pratique des prestataires

IX. DEFIS (1/2)

Defis à court terme

- Réviser l'indicateur de l'objectif global et de l'objectif du projet ;
- Maintenir les prestataires formés dans les districts sanitaires cibles en vue de l'obtention des résultats escomptés ;
- Mettre en œuvre le plan opérationnel du PACSSMN avant la fin de la période impartie ;
- Elaborer le contenu et évaluer le modèle du Continuum de soins dans les structures sanitaires cibles.

IX. DEFIS (2/2)

Defis à long terme

- Passer à échelle des formations basées sur le modèle PACSSMN ;
- Contribuer à améliorer la formation initiale des sage-femmes et infirmiers(ères) ;
- Promouvoir la santé maternelle et infantile dirigée et / ou centrée sur les sage-femmes et la communauté.

X.PERSPECTIVES ET PROCHAINES ETAPES

	DELAI
Déterminer la valeur cible de l'indicateur de l'objectif global	Mi -Décembre 2023
Signer le compte rendu des discussions sur le point précédent	Fin Décembre 2023
Participer aux réunions de surveillance des décès maternels et périnataux et de riposte	Décembre 2023
Equiper les structures sanitaires cibles du projet	Janvier-Février 2024
Organiser de réunions d'élaboration et de validation des outils de supervision	Janvier 2024
Réaliser de missions de supervision des sages-femmes et infirmiers formés	Février-mars 2024
Organiser deux (02) rencontres d'information et de sensibilisation de la communauté sur le projet	Mars-avril 2024

CONCLUSION

- Le PACSSMN a obtenu de bons résultats malgré les difficultés rencontrées au démarrage des activités, le fléau du comme COVID-19, notamment la formation des sage-femmes;
- Grâce au PACSSMN, le Ministère en charge de la Santé pourra être doté d'un modèle de continuum des soins de santé maternelle et néonatale afin de renforcer la qualité des soins dans les structures de santé cibles;
- Ceci sera possible avec une contribution accrue, des PTF et des différentes parties prenantes avec toujours l'engagement de Monsieur le Ministre de la Santé, Directeur du projet pour la réussite de PACSSMN.

MERCI POUR VOTRE AIMABLE ATTENTION



**PROCES-VERBAL DE LA REUNION FINALE DU COMITE CONJOINT DE COORDINATION
POUR LE PROJET D'AMELIORATION DU CONTINUUM DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET
NEONATALE**

La réunion finale du Comité Conjoint de Coordination (CCC) pour le Projet de coopération technique de l'Agence japonaise de Coopération internationale (JICA) intitulé « Projet d'Amélioration du continuum de soins de santé maternelle et néonatale » (ci-après désigné par « PACSSMN » ou le « Projet ») s'est tenue le mercredi 19 juin 2024, à la salle de Conférence du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU), à Abidjan sous la présidence de Monsieur le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (Directeur du Projet) et en présence de Monsieur le Représentant Résident du bureau de la JICA Côte d'Ivoire.

Les membres du CCC ont discuté des points visés dans le document ci-joint.

Abidjan, le 19 juin 2024

M. WAKABAYASHI Motoharu

Représentant Résident
Bureau de l'Agence Japonaise de Coopération
Internationale (JICA) en Côte d'Ivoire

S.E. M. DIMBA Pierre N'Gou

Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de
la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU)
/ Directeur du Projet
République de Côte d'Ivoire

DOCUMENT JOINT

Le Projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN) dans la région sanitaire d'Abidjan 1 a débuté depuis juin 2019 et devait couvrir une période de cinq (5) ans. Le présent procès-verbal vise à faire le bilan de la réunion finale du Comité Conjoint de Coordination (CCC).

L'objectif général de cette réunion était de faire le bilan de la mise en œuvre des activités du projet depuis le dernier CCC.

Les objectifs spécifiques de cette réunion étaient les points suivants :

- Présenter l'état d'avancement des activités du projet ;
- Définir les défis et les perspectives du projet.

Monsieur le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, **M. DIMBA Pierre N'Gou**, a ouvert la réunion à 15h50 en formulant les mots de bienvenue à l'endroit des participants.

Le Sous-directeur chargé de la Planification Familiale, de la Santé de la Mère et de l'Enfant à la DSIMI, **Dr GOURE BI**, a été désigné comme modérateur de la réunion. Il a fait la présentation des objectifs et de l'agenda de cette rencontre.

1. Ouverture, Participants, Programme de la réunion

1.1. Ouverture et Allocutions

Monsieur le Représentant Résident de la JICA, **M. WAKABAYASHI Motoharu**, a introduit son allocution en remerciant Monsieur le Ministre pour sa présence à cette réunion et en saluant ses efforts pour la mise en œuvre du projet. Il a mentionné l'importance de la coopération entre les gouvernements ivoirien et japonais, principalement dans le domaine de la santé. Dans le cadre du PACSSMN, il a surtout remercié Madame la Manager et son équipe composée d'experts et points focaux pour la qualité du travail abattu durant ces années. Il a ensuite rappelé l'objectif principal de cette réunion qui était de faire le bilan des activités réalisées dans le cadre de la mise en œuvre du Projet. Il a enfin souhaité que toutes les recommandations issues de cette coopération technique puissent porter leurs fruits et avoir des répercussions durables sur les services de santé maternelle et néonatale dans la zone cible du projet en particulier et en Côte d'Ivoire en général. .

A sa suite, M. le Ministre, Directeur du Projet, a entamé son allocution en adressant ses sincères remerciements à la Coopération japonaise pour leur appui technique et financier à l'implémentation du Continuum de soins de santé maternels et néonatals en Côte d'Ivoire. Il a, dans un premier temps, souligné les progrès réalisés dans la lutte contre la mortalité maternelle et qui sont attestés par la dernière enquête démographique et de Santé (EDS 2021). En effet, selon l'EDS, le taux de mortalité maternelle est passé de six cent quatorze (614) à trois cent quatre-vingt-cinq (385) décès pour cent mille (100 000) naissances vivantes . Ensuite, il a rappelé les challenges et les défis auxquels le gouvernement était confronté s'est félicité aussi bien de la formation dont ont bénéficié les deux cent quatre-vingt-deux (282) prestataires de santé, que de la fourniture d'équipements aux vingt-deux (22) formations sanitaires de la zone cible. Au regard de ce qui précède, M. le Ministre a émis le souhait que ces actions puissent contribuer à long terme à l'amélioration des indicateurs sanitaires.

Par la suite, M. le Ministre a invité tous les participants autour de la table de séance à se présenter avant d'aborder le sujet de cette rencontre.

1.2. PParticipants

Etaient présents à cette rencontre vingt-huit (28) participants, dont quinze (15) représentants de la partie ivoirienne, onze (11) représentants de la partie japonaise et deux (02) représentants des partenaires techniques et financiers (voir Annexe 1).

1.3. PProgramme retenu

Le programme de la réunion était le suivant :

- ▶ Présentation des Termes de Référence de la réunion finale du CCC ;
- ▶ Présentation du bilan de la mise en œuvre des activités du PACSSMN ;
- ▶ Echanges et Discussions ;
- ▶ Synthèse et Fin ;
- ▶ Cérémonie de Clôture.

2. Présentation du bilan de la mise en œuvre des activités du PACSSMN

Madame la Directrice des Soins Infirmiers, Maternels et Infantiles (DSIMI), Manager du Projet, **Dr DIANGO NOBOU Claudine**, a fait une présentation sur le bilan de la mise en œuvre des activités du Projet (voir Annexe 2).

3. Discussions générales

Après la présentation faite par Madame la Manager du Projet, Monsieur le Ministre a ouvert la série de discussions en donnant la parole aux Experts Japonais afin d'avoir leur avis sur la présentation. Les experts japonais ont indiqué être en phase autant sur le fond que la forme de la présentation.

Monsieur le Ministre a ensuite invité les autres participants à prendre la parole.

Tout d'abord, le représentant de l'Ambassade du Japon prenant la parole a cherché à savoir si tous les prestataires de la zone cible avaient été formés.

A cette question, Madame la Manager du Projet a indiqué que les deux cent quatre-vingt-deux (282) prestataires formés comprenaient à la fois le nombre initial visé qui est de deux cent quarante-sept (247) ainsi que les prestataires nouvellement affectés.

Pour renchérir, le Conseiller principal adjoint du PACSSMN, Dr Shimizu a exprimé sa fierté d'avoir pu atteindre les trois (03) résultats attendus définis dans le cadre logique, réalisant ainsi l'objectif du Projet.

Par la suite, le représentant de l'OMS a souhaité connaître l'effectivité de la disponibilité des équipements dans les structures sanitaires de la zone cible vu que la présentation a fait mention de la non mise à disposition aux prestataires dans certains centres.

A cette question, Madame la Manager du Projet a indiqué que dans les centres où les équipements n'avaient pas pu être observés, ceux-ci n'avaient pas encore été installés lors du passage des équipes de supervision. Cependant dans d'autres centres, une partie des équipements livrés avaient été mis en stock par les prestataires de santé.

Par la suite, la représentante de l'UNFPA tout en saluant les résultats obtenus par le Projet, s'est montrée favorable pour une mise à échelle du modèle. Elle a ensuite cherché à savoir la nature des insuffisances au niveau de la formation initiale mentionnées dans la présentation.

A cette interrogation, Madame la Manager du Projet a indiqué que ces insuffisances avaient été identifiées au niveau de l'enquête de base et étaient en rapport avec la formation pratique des étudiantes sage-femmes.

Par la suite, la Directrice Départementale du District Sanitaire d'Abobo Ouest, **Dr OURA Christine**, a indiqué avoir observé beaucoup de points de satisfaction à savoir entre autres :

- L'amélioration de l'accueil par les prestataires ;
- L'amélioration dans les procédures de référence et contre référence ;
- La valeur ajoutée apportée par la Directrice du Centre d'Anonkoua Kouté à travers l'aménagement d'une extension de la maternité sous la supervision de la DIEMP, des salles d'isolement et l'achat d'une ambulance.

Par la suite, le Conseiller principal adjoint, **Dr SHIMIZU**, a relevé le niveau variable des capacités des sage-femmes constaté lors de l'atelier de sensibilisation des communautés et a ainsi recommandé d'introduire certaines mesures pour rehausser et harmoniser les capacités des sage-femmes avant la fin de la formation initiale.

Ensuite, la Directrice générale de la CMU, **Dr KOUASSY Edith**, a indiqué qu'il aurait été intéressant de mettre en évidence l'impact du projet sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile compte tenu de l'objectif général du Projet qui était de réduire le nombre de décès maternels et néonataux dans les structures sanitaires de la zone cible. Elle a souhaité savoir, compte tenu des changements apportés sur le PDM initial, si les activités mises en œuvre étaient uniquement des actions issues du plan d'action révisé suite à la mission du siège ou si elles faisaient partie du plan d'action initial.

A cette question, Madame la Manager du Projet a indiqué que les activités mises en œuvre sont celles qui ont été inscrites dans le plan d'action d'urgence compte tenu du temps restant.

Sur le point relatif au nombre de décès maternels le Directeur Départemental du District Sanitaire d'Abobo Est, **Dr KANGA Charles**, a indiqué à titre illustratif de la réduction des décès maternels dans son district sanitaire qu'auparavant le nombre était de vingt-neuf (29) décès maternels et il est passé à dix-sept (17) décès maternels par an avec uniquement un (01) seul décès maternel dans les centres de premier niveau où les prestataires ont reçu la formation dans le cadre de la mise en œuvre du PACSSMN.

Après toutes ces interventions, Monsieur le Ministre a pris la parole pour exprimer ses réserves sur la pertinence de certains points et a souhaité que ceux-ci soient approfondis dans le rapport final pour une éventuelle mise à échelle du PACSSMN. Ce sont notamment :

- ▶ Faire ressortir les défis pour une éventuelle mise à l'échelle du Projet,
- ▶ Faire ressortir les leçons à tirer et les actions restantes à entreprendre pour pouvoir atteindre totalement nos objectifs à savoir qu'il n'y aura plus aucun décès maternel lié aux accouchements,
- ▶ Faire ressortir les acquis pouvant servir de socle pour une éventuelle mise à l'échelle du Projet,
- ▶ Faire apparaître les résultats significatifs,
- ▶ Mettre l'accent sur l'amélioration de l'accueil et avoir un guide affiché sur la prise en charge des parturientes plutôt que dans les classeurs,

- ▶ Faire une synthèse des nouvelles techniques apportées par la coopération technique japonaise afin de pouvoir avoir une nouvelle base concernant les soins maternels et infantiles, et
- ▶ Promouvoir ces nouvelles techniques et proscrire les anciennes qui étaient la cause du nombre élevé de décès maternels et néonataux.

Monsieur le Ministre a demandé à l'équipe du Projet de prendre en compte toutes les observations qui ont été faites afin d'avoir une idée claire sur les activités devant être mises en œuvre pour la pérennisation du Projet et trouver les financements nécessaires dans cette optique.

Par la suite, la Cheffe de Secteur Santé de la JICA, **Mme HIGASHINO**, a tenu à préciser qu'une mission d'évaluation des effets du PACSSMN sera diligentée d'ici trois (03) ans afin de vérifier l'impact à long terme des activités entreprises dans le cadre du Projet.

4. Recommandations

A la fin de la réunion, la recommandation principale est l'amélioration des documents finaux du Projet qui seront soumis à Monsieur le Ministre avec intégration des points susmentionnés.

5. Clôture de la réunion

Monsieur le Ministre a rappelé les efforts qui sont faits par le gouvernement pour l'amélioration des indicateurs des conditions de vie des populations en général et surtout dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. Il a surtout salué l'engagement des partenaires techniques et financiers dans toutes les actions du gouvernement et a souhaité plus de synergie dans la mise en œuvre des actions. Et il a félicité l'équipe projet pour le bon travail effectué.

Enfin, Monsieur le Représentant Résident de la JICA a rappelé l'engagement de son institution à soutenir et accompagner le gouvernement ivoirien et le ministère dans l'atteinte de ses objectifs en matière de santé.

L'ordre du jour étant épuisé, Monsieur le Ministre a levé la séance à 17h30.

Annexe 1 : Liste de présence

Annexe 2 : Présentation troisième réunion du CCC

Annexe 1 : Liste de présence

Partie Ivoirienne

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ▶ M. DIMBA Pierre N’Gou | Ministre / Directeur du Projet / MSHPCMU |
| ▶ Pr SORO Kountélé Gona | Directeur de Cabinet adjoint / MSHPCMU |
| ▶ Dr KOUASSY Edith Clarisse | Directrice générale de la Couverture Maladie Universelle |
| ▶ Dr EHUI Charles | Conseiller technique / MSHPCMU |
| ▶ Dr DIANGO NOBOU Claudine | Directrice DSIMI / Manager du Projet / MSHPCMU |
| ▶ Mme N’DRAMAN Charlotte | Chargée d’études / Direction générale de la Santé (DGS) |
| ▶ Dr GOURE BI Tra Blaise | Point Focal / PACSSMN / DSIMI |
| ▶ Dr KONE Fana | Point Focal / PACSSMN / DSIMI |
| ▶ Mme TANOHI KOI Tatiana | Point Focal / PACSSMN / DSIMI |
| ▶ Mme N’DA OUATTARA Edith | Représentante de la Direction de la Santé Communautaire (DSC) |
| ▶ Dr KANGA Charles | Directeur Départemental / District Sanitaire d’Abobo Est |
| ▶ Dr OURA Ahou Christine
Epse YAO | Directrice Départementale / District Sanitaire d’Abobo Ouest |
| ▶ Dr KIMOU Agnissan | Formateur / Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire (SOGOCI) |
| ▶ Dr ADON Ariane | Formatrice / Société Ivoirienne de Pédiatrie (SIP) |
| ▶ Mme DIALLO Awa | Présidente / Association des Sage-femmes Ivoiriennes (ASFI) |

Partie japonaise

- | | |
|---------------------------|--|
| ▶ M. OKAYASU Toshiharu | Chargé de Coopération / Ambassade du Japon |
| ▶ M. WAKABAYASHI Motoharu | Représentant Résident / JICA Côte d’Ivoire |
| ▶ Mme HIGASHINO Manami | Chef Secteur Santé / JICA Côte d’Ivoire |
| ▶ M. PODE Thierry | Chargé de Programme Santé / JICA Côte d’Ivoire |
| ▶ Mme YAMAGATA Ritsuko | Conseillère principale / PACSSMN |
| ▶ Dr SHIMIZU Toshiyasu | Conseiller principal adjoint / PACSSMN |
| ▶ Mme SUZUMORI Izumi | Coordinatrice / PACSSMN |
| ▶ M. AKOSSI Maxime | Assistant technique / PACSSMN |
| ▶ M. DATCHA Yves | Assistant administratif / PACSSMN |
| ▶ M. SOUMAHORO Aboubacar | Assistant technique / PACSSMN |
| ▶ M. ABISSA Matthias | Assistant administratif / PACSSMN |

Partenaire technique et Financier

- | | |
|----------------------------|---|
| ▶ Dr M’BRA Vincent de Paul | Pharmacien / Organisation mondiale de la Santé (OMS) |
| ▶ Mme KOFFI Akoua Isabelle | Chargé de programme Santé Maternelle / Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) |

Annexe 2 : Présentation finale



Troisième réunion du comité conjoint de coordination (CCC 3)

19 juin 2024

Dr. DIANGO Claudine, Directrice DSIM, Manager PACSSMN



YAMAGATA Ritsuko, Conseillère principale
Dr. SHIMIZU Toshiyasu, Conseiller technique



INTRODUCTION

CONTEXTE PACSSMN

OBJECTIFS

RESULTATS ATTENDUS

PLAN DE PRESENTATION

INTRODUCTION
I. CONTEXTE
II. OBJECTIFS
III. RESULTATS ATTENDUS
IV. PARTENAIRES DE MISE EN OEUVRE
V. ACTIVITES MAJEURES
VI. RESULTATS OBTENUS
VII. ETAT DE REALISATION DE L'OBJECTIF DU PROJET
VIII. ACQUIS
IX. BONNES PRATIQUES
X. DEFIS
XI. RECOMMANDATIONS
XII. PERSPECTIVES / PROCHAINES ETAPES
CONCLUSION

INTRODUCTION

- ❖ En Côte d'Ivoire, l'amélioration de la qualité des soins pour chaque femme et enfant, avec un accent particulier sur les mères et les nouveau-nés, est d'une extrême urgence eu égard à leurs taux de mortalités estimés à 385 DM pour 100 000 NV / EDS 2021), néonatale (Taux : 30/1000NV / EDS 2021).
- ❖ Pour répondre à la vision globale de l'OMS selon laquelle « chaque femme enceinte et chaque nouveau-né reçoivent des soins de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale » ainsi qu'à l'ODD 3, le gouvernement ivoirien à travers son Ministère en charge de la Santé, a entrepris plusieurs projets de coopération avec l'Agence japonaise de Coopération internationale (JICA) dont le PACSSMN.

I. CONTEXTE PACSSMN

Vision: Offrir à chaque femme enceinte et à chaque nouveau-né des soins de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale dans les Districts Sanitaires d'Abobo Est et Ouest

Depuis juillet 2019, le projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN) est mis en place par le MSHPCMU à travers la DSIM avec la collaboration de la JICA.

Les Recommandations issues de l'Enquête de base réalisée de février à mars 2022 ont constitué la feuille de route dudit projet.

Période du Projet : Juillet 2019 - Juillet 2024 (cinq ans)

II. OBJECTIFS

OBJECTIF GLOBAL DU PROJET

Contribuer à la réduction des décès maternels et néonataux dans les établissements sanitaires de la zone cible.



OBJECTIF DU PROJET

Améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services dans le continuum de l'offre des soins de santé maternelle et néonatale dans la zone cible.

III. RESULTATS ATTENDUS

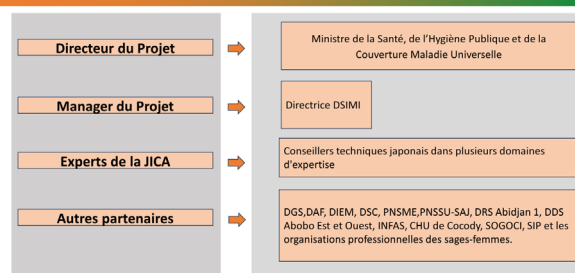
Résultat 1 : Le renforcement des capacités des sages-femmes et des infirmier(ère)s est mis en œuvre dans les établissements cibles sur la base du modèle du continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés.

Résultat 2 : Le système de référence (référence/contre-référence) est renforcé dans les structures cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonataux.

Résultat 3 : Un modèle de continuum de soins maternels et néonataux est révisé et disponible.

PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE / ORGANISATION DU PROJET

IV. PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE / ORGANISATION DU PROJET



ACTIVITÉS MAJEURES

V. ACTIVITÉS MAJEURES (1/4)

Activités	Période
1 ^{ère} réunion du Comité Conjoint de Coordination (CCC)	Juin 2021
Etudes de base afin de recueillir les données	Février – Mars 2022
Atelier de restitution des résultats de l'Etude de base	Décembre 2022
Ateliers d'identification, finalisation et validation des modules de formation	Mars-Avril 2023
Ateliers d'élaboration d'un plan de formation des sages-femmes et les infirmier(ère)s	Mai-Juin 2023
Ateliers de formation des formateurs et des prestataires (SF & IDE)	Juin – Octobre 2023

V. ACTIVITÉS MAJEURES (2/4)

Activités	Période
2 ^{ème} réunion du Comité Conjoint de Coordination (CCC)	Novembre 2023
Missions de visites et coaching post formation	Décembre 2023 – Février 2024
Mise à disposition des directives, normes et protocoles de prise en charge du couple mère – enfant	Décembre 2023 – Février – Mars 2024
Mission de distribution des matériels et des équipements	Mars 2024
Mission d'appui à la revue de décès maternel / CMS EL RAPHA	Mars 2024

V. ACTIVITÉS MAJEURES (3/4)

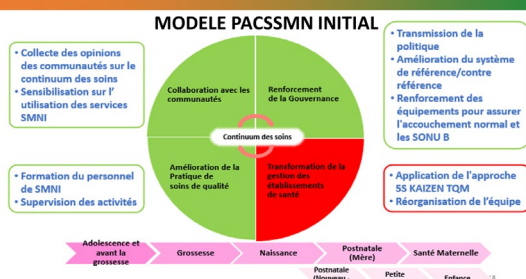
Activités	Période
Mission de supervision dans les établissements cibles du Projet	Mars 2024
Atelier de sensibilisation et d'information de la communauté sur les activités du Projet	Mai 2024
Enquête de satisfaction auprès des sages-femmes et la communauté (les accouchées)	Mai 2024
Atelier de révision et de validation du modèle de continuum de soins de santé maternelle et néonatale	Juin 2024

V. ACTIVITÉS MAJEURES (4/4)

Activités	Période
Atelier de restitution des activités de la mise en œuvre du projet d'amélioration du continuum de soins de santé maternelle et néonatale	Juin 2024
Réunion finale du Comité Conjoint de Coordination (CCC)	19 juin 2024

RÉSULTATS OBTENUS

VI. RÉSULTATS OBTENUS (1/18)



VI. RÉSULTATS OBTENUS (2/18)



VI. RÉSULTATS OBTENUS (3/18)

Axes stratégiques du model PACSSMN:

- ☐ Renforcement de la gouvernance
- ☐ Amélioration de la pratique de soins de qualité
- ☐ Collaboration avec les communautés
- ☐ Transformation de la gestion des établissements de santé

21

VI. RÉSULTATS OBTENUS (4/18)

Renforcement de la gouvernance

- ◆ **Transmission de la politique (Décembre 2023 à Mars 2024)** : Toutes les vingt-deux (22) structures cibles disposent des normes, directives, protocoles et standards (Classeurs, affiches).
- ◆ **Amélioration du système de référence/contre référence** : Adoption de bonnes pratiques :
 - Utilisation de la fiche harmonisée de la référence et contre référence (MSHPCMU)
 - Existence d'un réseau de communication entre les ESPC et les structures de référence (Appels)
 - Accompagnement des parturientes par les prestataires.

22

VI. RÉSULTATS OBTENUS (5/18)

Renforcement de la gouvernance

◆ Renforcement des équipements pour assurer l'accouchement normal et les

SONU B (Mars 2024) : Toutes les vingt-deux (22) structures cibles ont été dotées en matériels et équipements selon les besoins exprimés :

- Tables d'accouchement, boîtes d'accouchement et d'épisiotomie,
- Tables de réanimation de nouveaux nés,
- Lits de mise en observation,
- Lampes chauffantes et lampes d'examen,
- Consommables ...

23

VI. RÉSULTATS OBTENUS (6/18)

Amélioration de la pratique de soins de qualité

◆ Visites et Coaching post formation: Deux (02) visites avec coaching post formation dans six (06) centres de santé (13 décembre 2023 et 13 février 2024)

- **Effets à court terme de la formation** :
 - Changement des attitudes et aptitudes (Soins respectueux),
 - Bonne organisation du travail (Passation de service, bilan des gardes ...),
 - Remplissage correct des outils (Partogramme, registre d'accouchement, registre de Cpn ...)

24

VI. RÉSULTATS OBTENUS (7/18)

Amélioration de la pratique de soins de qualité

◆ Mission de Supervision

- **Organisation** :
 - Durée : Cinq (05) jours du 11 au 15 Mars 2024,
 - Équipes : Quatre (04) équipes (Experts Ivoiriens et Japonais),
 - Outil Utilisé : Outil de l'OMS pour la qualité des soins mère – enfant (Adapté).
- **Sections (05)** :
 - Accueil,
 - Prévention et contrôle des infections,
 - Soins Perpartum et Postpartum,
 - Soins néonataux courants,
 - Matériels et équipements fournis.
- **Nombre de Structures supervisées** : Vingt et une (21) structures

25

VI. RÉSULTATS OBTENUS (8/18)

AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE DE SOINS DE QUALITÉ

Critères d'évaluation de la qualité des soins de l'OMS utilisé par le Ministère en charge de la Santé

Symbole	Paliers	Descriptif
	Premier niveau Entre 80 à 100%	La qualité offerte est excellente Pas de dysfonctionnements majeurs. Pas beaucoup de recommandations. Satisfaction du personnel et des usagers
	Deuxième niveau Entre 60 et 80%	La qualité offerte est bonne Quelques dysfonctionnements Quelques conseils d'amélioration
	Troisième niveau Entre 40 et 60%	La qualité offerte est insuffisante Beaucoup de dysfonctionnements Beaucoup de recommandations d'amélioration
	Quatrième niveau Moins de 40%	La qualité offerte est très insuffisante Existence de graves dysfonctionnements

VI. RÉSULTATS OBTENUS (9/18)

AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE DE SOINS DE QUALITÉ

Tableau de Synthèse des Résultats de Supervision

Ratios sur 21 Structures	1er niveau Entre 80 à 100%	2e niveau Entre 60 à 80%	3e niveau Entre 40 à 60%	4 ^e Niveau Moins de 40%
Accueil	04/21 19%	09/21 43%	04/21 19%	04/21 19%
Prévention et Contrôle des infections	08/21 38%	11/21 52%	01/21 5%	01/21 5%
Soins Perpartum / Postpartum	03/20 15%	09/20 45%	06/20 30%	02/20 10%
Soins Néonataux courants	11/20 55%	08/20 40%	01/20 5%	-
Matériels et Equipements	06/21 29%	12/21 57%	-	03/21 14%

26

VI. RÉSULTATS OBTENUS (10/18)

Amélioration de la pratique de soins de qualité

◆ Mission de Supervision

- **Effets à moyen terme de la formation** :
 - Nette amélioration de la qualité de l'accueil,
 - Mise en pratique des soins respectueux au couple mère-enfant,
 - Réelle promotion de l'allaitement exclusif,
 - Meilleure organisation de la référence.

28

VI. RÉSULTATS OBTENUS (11/18)

Collaboration avec les communautés

◆ Atelier de sensibilisation de la communauté

- **Organisation** :
 - **Durée** : Un (01) jour 28 mai 2024
 - **Objectifs** : L'objectif général est de
 - ✓ Améliorer la compréhension de la communauté sur la mise en œuvre du projet PACSSMN.
 - **Les objectifs spécifiques** de cette activité sont de :
 - ✓ Informer la communauté sur la mise en œuvre du projet PACSSMN, et
 - ✓ Sensibiliser la communauté sur l'utilisation des services de santé dans les structures cibles.
 - **Profil des participants** : Niveau central (Directions et programmes de santé) Partenaire technique et financier (JICA) ; Représentant de la DRS Abidjan 1 et des DDS Abobo Ouest et Est ; Les représentants de la communauté (Guides religieux, Chefs coutumiers, Chefs de quartier ; leaders communautaires, mairie, représentants COGES, etc.)

29

VI. RÉSULTATS OBTENUS (12/18)

Collaboration avec les communautés

◆ Atelier de sensibilisation de la communauté

- **Recommandations** :
 - ✓ Renforcer la formation de base des prestataires,
 - ✓ Associer et impliquer d'avantage la communauté dans la gestion des établissements de santé et la réalisation des activités de santé,
 - ✓ Améliorer la qualité de l'accueil et des soins de santé dans nos établissements sanitaire.

VI. RÉSULTATS OBTENUS (13/18)

Collaboration avec les communautés

◆ Réalisation d'une enquête de satisfaction

N° Etudes de base	Questions adressées aux femmes nouvellement accouchées	Modalités	Etude de base	Enquête de satisfaction
79	Si vous étiez enceinte à nouveau, retourneriez-vous voir la ou les mêmes personnes qui vous ont suivie pendant votre dernière grossesse ?	Oui	96,77%	100%
		Non	3,2%	0%
127	Avez-vous confiance dans le Centre, établissement où a eu lieu votre accouchement ?	Oui	98,40%	100%
		Non	1,60%	0%
137	Globalement, est-ce que votre accouchement s'est déroulé comme vous le vouliez ?	Oui	90,20%	98,9%
		Non	9,80%	1,1%

31

VI. RÉSULTATS OBTENUS (14/18)

◆ Réalisation d'une enquête de satisfaction

N° Etudes de base	Questions adressées aux femmes nouvellement accouchées	Modalités	Etude de base	Enquête de satisfaction
116	Pendant votre accouchement, vous-a-t-on demandé votre avis avant de prendre une décision ?	Oui	32,30%	83,2%
		Non	67,70%	16,8%
105	Avez-vous eu la possibilité de manger durant le travail ?	Oui	19,40%	20,0%
		Oui, mais je n'ai pas voulu	1,60%	45,3%
		Non	79,00%	34,7%
148	Comment qualifiez-vous l'aide que vous avez reçue du personnel de l'hôpital ou de la maternité pour vos soins personnels ?	Satisfaisante	86,90%	94,7%
		Insatisfaisante	11,50%	2,1%
		Peu satisfaisante	1,60%	3,2%

VI. RÉSULTATS OBTENUS (15/18)

Résultat 1 : Les capacités des sage-femmes et infirmières sont renforcées dans les établissements cibles sur la base du modèle du continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés.

Résultat 1 : Renforcement des capacités des sages-femmes et infirmier(ère)s dans les établissements cibles sur la base du modèle du continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés

❖ **Indicateur 1 :** 80% des sages-femmes et infirmier(ère)s ont été formé sur le modèle PACSSMN.

➤ **Niveau d'atteinte :** 115%

33

VI. RÉSULTATS OBTENUS (16/18)

Résultat 2 : Le système de référence est renforcé dans les zones cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonataux

Résultat 2 : Le système de référence est renforcé dans les zones cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonataux

❖ **Indicateur 1 :** Nombre de maternités disposant des équipements essentiels pour permettre la prestation de soins périnataux normaux et de soins obstétricaux d'urgence de base, conformément aux POLITIQUES, NORMES ET PROTOCOLES.

➤ **Niveau d'atteinte :** 100 %

➤ **Cible à atteindre :** 22

34

VI. RÉSULTATS OBTENUS (17/18)

Résultat 2 : Le système de référence est renforcé dans les zones cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonataux

Résultat 2 : Le système de référence est renforcé dans les zones cibles sur la base du modèle de continuum de soins maternels et néonataux

❖ **Indicateur 2 :** Rapport sur les mesures proposé en vue d'améliorer le système de référence qui ont été partagés lors des réunions de la surveillance des décès maternels et périnataux et la riposte (SDMPR).

➤ **Niveau d'atteinte :** 100 %

35

VI. RÉSULTATS OBTENUS (18/18)

Résultat 3 : Un modèle de continuum de soins maternels et néonataux est vérifié et disponible

Résultat 3 : Réviser et valider le modèle de continuum des soins de santé maternel et néonatal

❖ **Indicateur :** Rapport sur les stratégies de vulgarisation du modèle de continuum de soins maternels et néonataux sur la base des résultats des activités du PACSSMN.

➤ **Niveau d'atteinte :** NA (en cours)

36

ETAT DE REALISATION DE L'OBJECTIF DU PROJET

VII. ETAT DE REALISATION DE L'OBJECTIF DU PROJET

Objectif : Améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services dans le continuum de l'offre des soins de santé maternelle et néonatale dans la zone cible.

❖ **Indicateur 1 :** Augmentation du niveau de Satisfaction des sages-femmes dans la zone du projet

❖ **Indicateur 2 :** Augmentation du niveau de Satisfaction des femmes ayant accouché dans les établissements de santé de la zone du projet.

➤ **Niveau d'atteinte :** Réalisé

➤ **Indicateur 1 :** Satisfaction des sages-femmes était bien montrée au moment de la formation

➤ **Indicateur 2 :** Augmentation du niveau de satisfaction des femmes est bien montrée par l'analyse de l'enquête de satisfaction

38

ACQUIS

VIII. ACQUIS

- ❑ Structures sanitaires cibles dotées en matériels et équipements pour la prise en charge adéquate du couple mère – enfant,
- ❑ Existence d'un modèle de continuum de soins de santé maternelle et néonatale dans la zone cible,
- ❑ Tous les prestataires (282 sages-femmes et infirmiers) des structures cibles formés sur le modèle du continuum de soins,
- ❑ Existence d'un pool de formateurs nationaux sur le continuum SMNI,

40

BONNES PRATIQUES

IX. BONNES PRATIQUES (1/4)

Tous les prestataires des 22 structures cibles organisent mieux la référence

Constat : les parturientes référées faisaient le tour des structures de référence avant de trouver une place pour leur prise en charge; ce qui avait une incidence sur le nombre de décès maternel et néonatal.

Causes : Mauvaise organisation de la référence

Actions menées :

- Les prestataires font les premiers gestes avant toute évacuation
- Echanges téléphoniques entre les ESPC et les centres de référence pour les références
- Mise en place d'une plateforme entre les sages-femmes de la zone cible du projet
- La parturiente est accompagnée par un prestataire qualifié lors des références

42

IX. BONNES PRATIQUES (2/4)

Résultats:

- Déclaration de la communauté: « Nous sommes rassurés par la présence des sages-femmes à nos côtés lors des évacuations »
- Déclaration de la communauté : « Le problème de place est réglé avant notre évacuation »

43

IX. BONNES PRATIQUES (3/4)

L'accueil et les soins respectueux

Constat : le mauvais accueil et traitement des patientes.

Causes : manque de conscience professionnelle et d'humanisme des prestataires

Actions menées :

- Les prestataires ont été formés sur l'accueil et les soins maternels et néonataux respectueux
- Des missions de visites et coachings post formation ont été organisées dans les structures cibles

Résultats :

- Déclaration de la communauté « On a constaté une amélioration de l'accueil »
- « Nous avons la possibilité d'être aux côtés des parturientes pendant l'accouchement »

44

IX. BONNES PRATIQUES (4/4)

L'accueil et les soins respectueux

Résultats :

N° Etudes de base	Questions adressées aux femmes nouvellement accouchées	Modalités	Etude de base	Enquête de satisfaction
116	Pendant votre accouchement, vous-a-t-on demandé votre avis avant de prendre une décision ?	Oui	32,30%	83,2%
148	Comment qualifiez-vous l'aide que vous avez reçue du personnel de l'hôpital ou de la maternité pour vos soins personnels ?	Satisfaisante	86,90%	94,7%

45

DEFIS

X. DEFIS (1/2)

- ☐ Maintenir les prestataires formés dans les structures sanitaires cibles en vue de l'obtention des résultats escomptés,
- ☐ Mettre en place un mécanisme de formation continue sur le continuum SMNI des prestataires nouvellement affectés dans les structures sanitaires cibles pour pérenniser les acquis du Projet en dépit de la mobilité des prestataires.

47

X. DEFIS (2/2)

- ☐ Passer à échelle les formations basées sur le modèle PACSSMN
- ☐ Mettre en place un cadre de collaboration avec la communauté pour l'amélioration des indicateurs SMNI,
- ☐ Impliquer les gynécologues dans le passage à échelle du modèle PACSSMN.

48

XI. RECOMMANDATIONS (1/4)

AU MSHPCMU

- Veiller à la mise à échelle du Projet PACSSMN

49

XI. RECOMMANDATIONS (2/4)

AU DIRECTEUR REGIONAL DE LA SANTE ET AUX DIRECTEURS

DEPARTEMENTAUX

- ☐ Faire le suivi et le coaching régulièrement pour pérenniser les acquis du projet,
- ☐ Veiller au suivi de la pratique des soins selon les directives, normes, protocoles et algorithmes dans les structures de santé

XI. RECOMMANDATIONS (3/4)

AUX RESPONSABLES DES STRUCTURES SANITAIRES

- ☐ Améliorer les conditions de travail des agents (climatisation, aménagement et hygiène des locaux),
- ☐ Assurer le suivi et la maintenance des matériels et équipements,
- ☐ Mettre en place un mécanisme de restitution des formations pour les nouveaux affectés

XI. RECOMMANDATIONS (4/4)

AUX PRESTATAIRES

- ☐ Prodiger des soins de qualité aux parturientes en se basant sur les protocoles, normes et directives du ministère,
- ☐ Assurer des soins respectueux aux femmes et aux enfants,
- ☐ Faire une réorganisation de la salle d'accouchement (Major SF)

A LA JICA

- ☐ Appuyer l'État de Côte-d'Ivoire pour la mise à échelle du projet pour la pérennisation des acquis.

XII. PERSPECTIVES ET PROCHAINES ETAPES

ACTIVITES	DELAI
Organiser le CCC final	19 juin 2024
Déployer et accélérer la pratique du modèle de continuum de soins	

CONCLUSION

CONCLUSION

- ☐ Le modèle de continuum de soins de santé maternelle et néonatale issu de la mise en œuvre du PACSSMN pourra servir de base pour toutes les interventions pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux avec une contribution accrue, des PTFs et des différentes parties prenantes avec toujours l'engagement de Monsieur le Ministre en charge de la Santé, Directeur du projet.

MERCI DE VOTRE
AIMABLE ATTENTION



ANNEXES





Sommaire Exécutif
du Rapport d'Etude de base sur l'évaluation pré-intervention de la
qualité du continuum de soins de santé maternelle et néonatale
dans les établissements sanitaires cibles des directions
départementales de la santé d'Abobo est et ouest

dans le cadre du
Projet d'amélioration du continuum des soins
de santé maternelle et néonatale (PACSSMN)

29 AOUT 2022

1 SOMMAIRE EXÉCUTIF

Afin de mieux contribuer à la lutte contre la mortalité maternelle et infantile en Côte d'Ivoire, le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MHSP) via la Direction des soins infirmiers et maternels (DSIM), en collaboration avec l'Agence de coopération internationale du Japon (JICA), envisagent un projet d'implantation d'une intervention qui vise à améliorer la qualité des soins sur le continuum de soins maternels et néonataux dans les établissements sanitaires cibles des directions départementales de la santé d'Abobo Est et Ouest, Abidjan. Dans ce contexte est né le projet intitulé :

« Implantation et évaluation de la qualité du continuum de soins de santé maternelle et néonatale dans les établissements sanitaires cibles des directions départementales de la santé d'Abobo est et ouest »

Le présent rapport fait état de l'étude de base de la qualité actuelle du continuum, préliminaire à l'implantation de toute intervention.

Le continuum pour la santé de la mère, du NN et de l'enfant réfère généralement à la continuité de soins pour chaque individu et pour tout le cycle de vie (adolescence, grossesse, accouchement, etc.), ainsi qu'entre les milieux de soins (y compris : soins ménagers et communautaires ; services ambulatoires et de proximité ; soins cliniques). Bien qu'il soit généralement admis que les ressources humaines en santé (RHS) hautement qualifiées, en particulier les SF, est nécessaire pour assurer le continuum de soins, le nombre des RHS y compris les SF est inégalement réparti dans les pays ouest-africains dont la Côte d'Ivoire. Le projet PACSSMN comprend trois étapes : préparer, implanter et évaluer l'intervention qui vise à améliorer le continuum des soins de SMN dans les établissements participants. Le présent protocole d'intervention vise la 1ère étape du projet PACSSMN dont l'objectif consiste à établir un état des lieux ou une analyse de la situation actuelle du continuum en place et celle des RHS y œuvrant afin d'identifier les problèmes et établir les priorités à cibler par l'intervention du PACSSMN. Le projet est une étude de cas unique portant sur le continuum des soins appliqué dans les différents établissements des directions départementales de la santé d'Abobo Est et Ouest-Abidjan, ainsi que de l'institution de formation des agents à la santé (INFAS). Environ 750 personnes (RHS, bénéficiaires des services de SMN, membres de la communauté, responsables d'institutions gouvernementales, responsables de formations sanitaires) ont fait partie de l'échantillon de participants. Une variété de méthodes de collecte des données a été utilisée : analyse de documents, analyse secondaire de données (registres des établissements); entrevues individuelles et de groupe, observation, journal de bord. La triangulation des sources de données et des données analysées a servi pour brosser le tableau global de la situation du continuum des SMN pour aider à orienter l'intervention prévue par le PACSSMN et la DSIM pour améliorer le continuum. Le rapport servirait de comparaison avec les données qui seraient collectées en post intervention pour déterminer le niveau d'amélioration du continuum des soins périnataux.

Comme le PACSSMN vise l'implantation d'une intervention complexe sur une organisation sanitaire complexe « continuum des soins de SMN et de santé reproductive », celle-ci sera considérée comme « un cas face à un changement ou une innovation à venir ». Le présent projet a appliqué un devis d'une « étude de cas avant – après l'intervention sans témoin ». Il s'agit d'une étude de cas unique à niveaux d'analyse imbriqués et ce, dans les deux districts sanitaires (District Sanitaire d'Abobo Est et Abobo Ouest) dans la Direction régionale d'Abidjan 1. Le continuum est considéré avec les trois-systèmes en interaction qui contribuent à son existence et à son évolution soit : i) les systèmes socio-culturels (règlementations; normes; financement; établissements de santé et de formation; gestion des RHS; culture de la société; besoins des populations des services); ii) disciplinaire (modèles de pratiques professionnelles : organisation, ressources, formation continue, attraction, recrutement, déploiement, fidélisation; etc.) ; et, iii) éducationnel (programme de formation; enseignants; étudiants, etc.).

Pour guider cette analyse, nous avons eu recours à différents modèles et standards selon les dimensions à couvrir. Par exemple, pour l'analyse de la situation des établissements, nous avons utilisé

le cadre de A. Donabedian qui couvre : a) la structure (disponibilité des politiques, des normes, des RH, des infrastructures, du matériel et des équipements de prise en charge, etc.) ; b) les processus (activités de soins et services de santé et à leur conformité avec des normes professionnelles ou des pratiques exemplaires) ; et, 3) les effets (satisfaction des prestataires, parturientes et leurs familles ; indicateurs de santé de la mère et de l'enfant). Pour l'analyse de la performance des RHS, nous avons utilisé le cadre de G. Dussault qui tient compte de l'ensemble des dimensions de la performance des RHS qui exercent une influence sur l'atteinte des objectifs des systèmes de soins, en l'occurrence : la couverture ; la productivité ; la qualité technique ; la qualité socioculturelle et la stabilité organisationnelle.

Les sites de l'étude comprenaient : i) le ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle; ii) tous les établissements de santé des districts sanitaires d'Abobo Est et d'Abobo Ouest, Zones de santé sélectionnées pour l'implantation du PACSSMN soit : au niveau des soins de la 1^{ère} ligne offrant les soins de santé primaires (14 du côté Est et 07 du côté Ouest; iii) au niveau de la 2^{ème} ligne : l'hôpital général d'Abobo Nord (01) dans le district sanitaire de l'Est ; iv) l'hôpital général d'Ajamé (01) où les fonctions du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Cocody ont été provisoirement transférées, représentait le niveau de 3^{ème} ligne; et v) l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS)(01), site de formation initiale des RHS concernées par les SMN du continuum à l'étude.

Les variables à l'étude réfèrent aux dimensions « structure – processus – résultats » des établissements de santé et aux caractéristiques des programmes de formation des participants. La structure est composée des ressources humaines, financières, techniques et informationnelles. Chaque composante de la structure fut explorée sous trois (3) angles : sa nature, sa quantité et sa qualité.

Le processus se rapporte à la dimension organisationnelle qui concerne l'accessibilité aux services, l'étendue de la couverture des services offerts par l'intervention considérée, ainsi que la globalité et la continuité des soins et des services. La structure organisationnelle est documentée en fonction du niveau de la pyramide sanitaire auquel appartient chaque structure de. Quant aux critères d'analyse de la qualité des soins en tant que tels, ceux-ci correspondaient à ce qui suit : 1) la qualité technique : justesse et compétence d'exécution ; et 2) la qualité non technique : confidentialité, courtoisie, support et communication. Les effets ou résultats ont été sondés à partir des indicateurs de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant tels que précisés par l'OMS et des échelles ont permis de mesurer la satisfaction des RHS et des bénéficiaires des soins SMN reçus.

La période d'enquête sur le terrain s'est déroulée du 16 février 2022 au 10 mars 2022. Compte tenu des caractéristiques de la population cible et des domaines multidisciplinaires à couvrir, l'équipe de l'enquête était composée de superviseurs et d'enquêteurs du domaine de la sociologie et de la santé. La réalisation de cette étude a connu quelques difficultés: logistique; accueil dans les établissements; préparation des enquêteurs; rendez-vous non respectés par les personnes invitées à participer ; incidents socio-politiques dans certains milieux visités ; et quelques soucis reliés à la saisie informatisée des données ou même la validation systématique des données de la collecte.

Le processus d'analyse a suivi les deux méthodes longitudinales et transversales qui ont permis respectivement : 1) de créer des tableaux de synthèse avec des scores au niveau des établissements du système de santé (1^{ère} ligne à la 3^{ème} ligne); 2) de regrouper les caractéristiques du Continuum de soins de SMN en interaction dans les trois-systèmes et selon les domaines suivants : la structure, le processus et les résultats d'une part et le contexte de la formation des RHS d'autre part.

Enfin, les résultats des analyses qualitatives et quantitatives ont été combinés en utilisant l'approche la *longitudinal oscillating mixed methods design*, d'abord au sein de chaque niveau du système de soins et puis entre les niveaux. Ce dernier type d'analyse a permis de dégager des patterns communs et de mettre en lumière les principaux facteurs contextuels qui nuisent ou facilitent le bon fonctionnement des soins tout au long du continuum de soins de SMN dans la région sanitaire d'Abidjan 1.

L'autorisation du comité d'éthique national a été obtenue préalablement au démarrage de l'étude. Les autorités sanitaires des établissements ciblés ont été informées du bien-fondé de l'étude et de son intérêt pour le système de santé.

Les résultats de l'étude

La première section du rapport expose les résultats de l'analyse des données collectées, tel que présentées dans la méthodologie. Elle comprend : a) la description de la population-cible et les échantillons qui ont été approchés et appelés à participer; la structure, le processus et les résultats du fonctionnement de chacun des établissements de soins du continuum; le programme de formation des principales RHSMN ; et, b) la présentation d'une synthèse des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces qui se dégagent de l'analyse des données et de la situation qui prévaut au niveau du continuum.

Les caractéristiques de la population cible sont exposées eu regard des trois (3) systèmes : socio-culturel; disciplinaire et éducationnel. Le *système socio-culturel* est représenté par les directions ministérielles (un directeur des ressources humaines en santé a pu être rencontré et interviewé ainsi que trois (3) représentants d'associations professionnelles); 21 administrateurs des établissements de santé selon leur niveau dans le système de santé; 65 leaders communautaires, 142 hommes et 160 femmes des régions attenantes aux établissements de santé et enfin 120 femmes nouvellement accouchées. Le *système disciplinaire* fut représenté par les RHS déclinées en fonction du niveau de l'établissement dans le Continuum (1^{ère}- 3^{ème} ligne). L'échantillon qui a répondu à l'enquête est composé de 214 personnes dont 209 sont des femmes (98%) et 63% sont âgées de plus de 35 ans.

Le système éducationnel est formé de 28 étudiants dont la moitié est âgée entre 25 et 29 ans et 82% sont des femmes, célibataires à 82% et de 18 membres du corps enseignant.

LA STRUCTURE

Les données qui permettent la description de ces aspects structurels du continuum proviennent d'entrevues (19) avec les personnes concernées mais plus particulièrement des documents officiels et formels existants dans les établissements. Ces résultats couvrent : les finalités, les missions/valeurs; les droits et devoirs de la population en termes de services de SMN; et, les ressources : humaines, financières, techniques et informationnelles mises à la disposition du Continuum des SMN.

Les finalités, les missions

Ce genre d'informations indispensable pour établir une planification stratégique dans les institutions devraient être disponible. Cependant, même si certains de ces documents étaient mentionnés par les participants, ils n'ont pas été rendu disponibles aux enquêteurs qui avaient la responsabilité de les procurer aux chercheurs. Ainsi, ces informations n'ont pas pu être documentées sauf pour les programmes de formation.

Les ressources humaines, financières, techniques et informationnelles

L'étude a montré que plusieurs centres de santé (CS) recrutent du personnel à temps partiel. Les directeurs n'expliquent pas les raisons de ce type de recrutement qui, quoique justifiable, il risque de nuire à la qualité des soins et à leur continuité et d'alourdir le travail du service administratif. Ce recrutement touche principalement la catégorie médicale mais aussi des Inf. et des SF dans certains CS. Par contre, les RHS des établissements de 2^{ème} et 3^{ème} lignes sont recrutées à plein temps. Seul l'établissement de 2^{ème} ligne affirme son besoin de recruter une centaine de nouveaux RHS.

Formation continue du personnel

Les résultats ont montré qu'il n'existe pas un plan stratégique et opérationnel pour la formation continue du personnel et ce, surtout au niveau des établissements de 2^{ème} et 3^{ème} lignes. La majorité du personnel qui bénéficie des formations continues sont les SF en premier lieu, les points focaux, les

médecins non spécialistes, les Inf., les majors (SF et Inf.), les médecins chefs, les aides-soignantes, les laborantins et les gestionnaires.

Ressources financières des structures de santé

Cette enquête ne nous a pas permis d'avoir des informations substantielles concernant le système de financement des établissements enquêtés. Toutefois, certains directeurs nous ont informés qu'ils reçoivent de l'aide financière de la communauté, de donateurs privés, des ONG, etc. et qu'ils avaient un statut semi-privé qui leur permettaient de facturer les bénéficiaires pour leurs services.

Quant aux politiques des frais des soins, elles ont été étudiées à partir de 3 questions adressées aux directeurs des établissements. Les scores obtenus à ce niveau pour les établissements de 2^{ème} et 3^{ème} lignes sont conformes aux politiques, par contre les scores des établissements de 1^{ère} ligne montrent qu'un travail de réévaluation s'avère nécessaire pour une meilleure application de ces politiques.

Politiques, directives et revues

Les politiques, directives et protocoles incluant les revues et audits - qui existent ou qui sont appliquées éventuellement dans les établissements de santé participants - ont fait l'objet d'évaluation à partir des données qui proviennent essentiellement de l'outil proposé par l'OMS; ces données ont été triangulées avec celles collectées via des entrevues réalisées avec les personnes concernées dans les différents établissements participants.

Les politiques sont étudiées à partir de 12 standards qui traitent des frais accessibles pour l'hospitalisation, du système d'information sur les frais, des politiques contre les paiements non officiels, des mécanismes en cas d'urgence et de la fourniture de certains médicaments gratuits, la participation de la communauté, la lutte contre les infections, le respect des recommandations, la présence des médicaments essentiels, etc. A ce niveau, les scores récapitulatifs obtenus sont respectivement 2.42/5, 3.91/5 et 3.5/5 pour les établissements de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} lignes respectivement. Ce résultat montre que l'application de toutes ces politiques nécessite un travail rigoureux pour les mettre en application et ce, à tous les niveaux.

Il en est de même pour tous les standards relatifs aux directives au niveau des établissements de 1^{ère} et 2^{ème} lignes. Les scores obtenus sont les suivants : 2.11/5; 1/5 et 4.3/5. Enfin, concernant les revues et audits, les scores obtenus montrent que de grands efforts doivent être déployés dans les CS et qu'un travail rigoureux doit être fait dans les autres établissements. (scores : 2.84/5; 3.16/5 et 3.66/5).

Ressources techniques des structures de santé

Il s'agit d'évaluer les infrastructures des CS, les médicaments et les produits disponibles en lien avec les services de soins de SMN, les laboratoires ainsi que la disposition des établissements à offrir des services selon les standards, au niveau du continuum de soins de SMN. Sur le plan de l'infrastructure, les coupures d'électricité et d'eau sont des barrières considérables pour les CS. Bien que certains établissements ont trouvé des solutions intermédiaires à ces problèmes, ces deux éléments restent une menace importante pour les professionnels, la population et la santé.

Dans son document sur l'évaluation des capacités des établissements de santé, l'OMS propose une liste de 120 médicaments qui doivent être disponibles dans un hôpital de SMN. Les résultats montrent que l'hôpital de 2^{ème} ligne possède 35 catégories de médicaments dans sa pharmacie (29% de la liste globale). L'hôpital de 3^{ème} ligne possède 63 médicaments (52.5% de la liste globale). Les pharmaciens ont observé que malgré la présence de certains médicaments, le processus de ravitaillement peut connaître une lenteur administrative qui cause parfois, des ruptures de stocks de longue durée. Quant aux CS de 1^{ère} ligne, la disponibilité des médicaments dépend des services rendus par le CS. Ainsi, certains médicaments manquent car le CS n'assure pas l'un ou l'autre des soins : hospitaliers, d'urgence, d'accouchements ou de néonatalogie.

Quant au matériel des établissements, le problème majeur se résume aux établissements de 1^{ère} ligne : matériel usé, désuet, en panne régulière ou bien non fonctionnel. Souvent, les bureaux ne sont pas

suffisants en nombre pour les RHS et ne sont pas toujours équipés en air conditionné, lavabos et eau courante. Il en est de même pour les laboratoires où l'espace des examens est très réduit même dans les établissements de 2^{ème} et 3^{ème} ligne. Les faiblesses au niveau des laboratoires résident dans la rupture de stocks de réactifs, dans les pannes des machines et le nombre du personnel qui opère les laboratoires ainsi que de leur statut d'emploi (vacataires).

Disposition des établissements

L'évaluation a porté sur la disposition des structures en cas d'urgence (7 standards), les soins maternels et néonataux et le système de transfert (3 standards) (scores 2.52/5; 3/5 et 4/5).

Selon les observations des enquêteurs : **1)** le système de triage est absent dans plusieurs structures ou n'est pas bien défini (établissements de 1^{ère} et 2^{ème} lignes); **2)** les soins d'urgence assurés aux mères 2 CS et l'établissement de 2^{ème} ligne disposent d'une salle d'opération pour les césariennes et sont disponibles 24h/24h. Par contre, l'hôpital de 3^{ème} ligne a eu une salle pour les césariennes qui est disponible de 7h le matin à 21h le soir ; **3)** le service de néonatalogie est absent dans la majorité des CS et dans les établissements de 2^{ème} et 3^{ème} lignes. Un seul CS de 1^{ère} ligne dispose depuis quelques mois d'un service de néonatalogie de 5 lits; **4)** les soins infantiles : les services de consultation externe en pédiatrie de 1^{ère} ligne ne sont pas séparés des services généraux de consultation externe, alors qu'ils le sont dans les établissements de 2^{ème} et 3^{ème} lignes; il fonctionnent 8h30/jour; **5)** tous les établissements de 1^{ère} et 3^{ème} lignes ne disposent pas d'une salle séparée pour l'hospitalisation des patients en pédiatrie. L'hôpital de 2^{ème} ligne dispose de 19 lits pour cette catégorie d'hospitalisation; **6)** aucun établissement ne dispose d'une salle séparée pour l'hospitalisation de cas "infectieux" en pédiatrie; **7)** les enfants nécessitant des soins chirurgicaux ou atteints de maladies graves, sont transférés à un niveau supérieur de soins, au CHU Cocody ou au CHR Abobo, selon les CS; et **8)** Le système relatif au transfert des patients en cas d'urgence n'est pas accessible et nécessite une nouvelle réorganisation dans les CS (score 1.96/5); il est acceptable dans les établissements de 2^{ème} et 3^{ème} lignes.

Ressources informationnelles des structures de santé

Ces ressources sont étudiées à partir du système d'information sanitaire (5 standards et des dossiers médicaux (9 standards).

Tous les CS utilisent le registre SIG pour le renseignement des informations sanitaires; ils ont deux registres primaires dans les services de CPN et CPoN qui compilent le nombre total des consultations. En général, plusieurs critiques sont faites quant à la tenue du SIG et les données qu'il contient. Les directeurs ont proposé la révision du contenu de ce document. Par ailleurs, tous les établissements participants affirment ne pas avoir un système informatisé des données sanitaires.

Quant aux dossiers médicaux, le score total obtenu est très faible au niveau des CS 2.34/5. Certains CS n'ont pas de dossiers médicaux; lorsqu'ils sont disponibles, ils sont mal tenus et mal conservés. La complétude des informations dans les dossiers, surtout quand il y a un transfert, n'est pas de rigueur. Les CS comptent sur le carnet de santé des patients qui renseigne le plus sur les antécédents médicaux et les actes portés pour traiter les maladies. Ainsi, le carnet de santé de la famille est le seul document fiable qui est tenu le plus à jour. Les dossiers médicaux dans les établissements de 2^{ème} et 3^{ème} lignes ont obtenu un score de 5/5.

LE PROCESSUS EN VIGUEUR DANS LES ÉTABLISSEMENTS DU CONTINUUM DE SMN PARTICIPANTS

Cette section couvre : les politiques en vigueur au niveau des établissements de santé; les règles et les directives de gestion disponibles; la qualité organisationnelle des services ainsi que la qualité de la pratique professionnelle.

Les politiques

Au niveau des politiques qui entourent le fonctionnement des services de SMN tout au long du continuum, nous avons pris en compte les dimensions socio-culturelles, disciplinaires et éducationnelles. Le niveau socioculturel comprend les lois, directives, textes officiels, etc. qui auraient un impact sur le fonctionnement des services SMN.

Nous n'avons malheureusement pas pu avoir accès à ce type de documents qui proviendraient essentiellement des ministères - tels celui de la santé - prioritairement et qui auraient un impact sur le fonctionnement des services; la formation et le déploiement des RHS ainsi que l'offre des services de SMN et la garantie de leur qualité. Ainsi, la présente étude s'est limitée aux normes et directives qui guident les établissements de services SMN.

Les politiques des établissements de santé sont appréciées selon l'outil de l'OMS avec 12 standards scores : 2.42/5; 3.91/5 et 3.5/5). Les faiblesses observées au niveau des directives sont liées à celles portant sur la rupture des stocks des médicaments essentiels et les dates rapprochées de péremption, à l'inexistence de certains services, à la désinvolture dans l'application des directives, aux problèmes financiers des CS et enfin, les tensions entre les administrateurs et les RHS. Toutes ces faiblesses menacent la qualité des soins et leur continuité.

Les ordres et associations professionnelles

Les ordres et associations participants : certains membres de ces corps professionnels ne connaissent pas leur existence ni leur rôle; un bon nombre de ceux qui sont informés n'y a pas encore adhéré.

Le recrutement, l'emploi du personnel de la SMN et sa fidélisation

Les directeurs des RHS se sont prononcés sur l'existence de programmes et de stratégies pour la gestion des RHS particulièrement en ce qui a trait : aux stratégies pour améliorer l'image du personnel de la SMN et son rôle dans les différents milieux du système ; aux stratégies portant sur la répartition des RH sur les formations sanitaires et sur le plan de carrière. Là où l'absence de décisions gouvernementales se fait sentir c'est la place accordée à l'attraction pour la fidélisation des RHS dans les milieux particulièrement ruraux et difficiles. Parmi les faiblesses observées dans cette dimension : le manque de plan de carrière des professionnels, les lacunes dans la connaissance des directeurs sur les stratégies de gestion RHS, le personnel des CS en 1^{ère} ligne ne remplit qu'à 50% le contrat tel que stipulé, et les conditions d'octroi des primes moins bien connues.

Les règles de gestion

Les règles de gestion et directives utilisées dans les établissements de santé représentent le deuxième critère d'appréciation du processus. Dans le contexte du continuum de soins SMN, la collecte des données, utilisant l'outil proposé par l'OMS, a montré que les établissements de 1^{ère} et 2^{ème} lignes accusent des scores très bas (respectivement 1.76/5 et 1/5) alors que l'établissement de 3^{ème} ligne a un score de 5/5. Les faiblesses notées au niveau des règles de gestion concernent surtout l'établissement de 2^{ème} ligne. En ce qui a trait aux CS les faiblesses sont surtout pour les directives des situations d'urgences et l'absence de manuels de soins néonataux, obstétricaux et pédiatriques.

DIRECTIVES DE PRISE EN CHARGE DES CAS MATERNELS

L'hôpital de référence de 3^{ème} ligne est plutôt conforme aux directives par contre une faiblesse, du circuit des patientes particulièrement dans certains CS et dans l'établissement de 2^{ème} ligne, est notée.

Soins obstétricaux d'urgence

Ces soins ont été évalués à partir du circuit des patientes et de la disposition et structure des soins d'urgence. Les faiblesses identifiées au niveau du circuit se présentent comme suit : transfert des patientes sans documents de transfert adéquats; système de triage dans les CS à revoir et à consolider. Il accuse des faiblesses à tous les niveaux, particulièrement en CS (revoir la formation et le profil des personnes qui font le triage); au niveau l'établissement de 2^{ème} ligne la faiblesse concerne la disponibilité des médicaments pour les soins d'urgence : Médicaments pour les soins d'urgence non

disponibles régulièrement; tests de laboratoires des situations d'urgence non disponibles dans les établissements de 2^{ème} et 3^{ème} lignes. Enfin, le manque en équipement dans les CS réduit leur disponibilité pour faire face aux urgences.

Services de maternité

Cette composante a été étudiée à travers trois (3) dimensions : le personnel de la maternité, l'hygiène et la prévention des accidents, et l'attention apportée aux malades les plus graves.

En ce qui concerne le personnel, les forces sont représentées par : un nombre suffisant de gynécologues à l'hôpital de 3^{ème} ligne; les RHS qualifiés, disponibles et empathiques dans 10 CS, et, un personnel dynamique à l'établissement de 2^{ème} ligne. Quant aux faiblesses identifiées : l'insuffisance en nombre des RHS dans les CS -tous profils confondus- ce qui alourdit leur charge de travail et leur fatigue.

Plusieurs problèmes d'hygiène sont des barrières à l'évolution des établissements de santé. Les structures sont anciennes et poussiéreuses, le matériel est vieillissant et/ou en rupture ; les lits et la literie non adéquats dans un bon nombre de CS et en 2^e ligne ; les sources d'eau ne sont pas disponibles partout; et, les moustiquaires sont déficitaires à tous les niveaux.

La prise en charge des malades les plus graves : conforme aux exigences dans les établissements de 2^{ème} et 3^{ème} lignes, est déficiente dans les CS de 1^{ère} ligne.

Lutte contre l'infection et soins de soutien (au sein de la maternité)

La seule pratique de lutte contre l'infection porte sur le changement de vêtements et chaussures par les RHS alors que l'hygiène des mains serait la mieux appliquée dans les CS et l'utilisation des gants est mieux appliquée quoique imparfaite. Quant aux soins de soutien, les forces distinguées sont au niveau des établissements de 2^{ème} ligne et 3^{ème} ligne dans lesquels les médecins sont très regardant pour les soins administrés aux femmes et où la collaboration interdisciplinaire favorise les bonnes conditions pour les soins et la courtoisie. Quant aux faiblesses, elles figurent aux trois niveaux du système de soins : absence de service de mise en observation des femmes; inégalité de la qualité des soins dans les CS ; besoin de service de restauration pour les parturientes (2^{ème} ligne) ; manque de RHS, insuffisance du plateau technique et du matériel de 1^{ère} nécessité (bassin, paravent) (3^{ème} ligne).

Prise en charge des cas maternels

Les soins antépartum ciblent la prise en charge de la pré-éclampsie et de la prévention et prise en charge des infections pendant la grossesse. La pré-éclampsie est un soin délicat qui a prouvé des faiblesses : au niveau des CS par manque de formation du personnel et du matériel nécessaire; en 3^{ème} ligne, par manque de service de réanimation et de formation du personnel en réanimation. Quant à la prévention et prise en charge des infections pendant la grossesse, les forces se résument à la connaissance intégrée des RHS des protocoles de prise en charge des patientes et aux moyens d'affichage et de sensibilisation de ces directives dans la communauté et sur les lieux du travail. La faiblesse à ce niveau touche surtout les CS où l'antibiothérapie après césarienne et traitement de la pyélonéphrite, particulièrement, sont les moins bien appliquées.

Soins perpartum et postpartum

Travail normal et accouchement par voie basse

Les faiblesses notées sont particulièrement au niveau des 2^e et 3^e lignes : 1) la surveillance de la 1^{ère} phase du travail; 2) les soins individualisés : bouger, changer de position, personne accompagnante de la femme en travail, les procédures expliquées et autorisations demandées; le choix des postures; le fait de demander à la parturiente de vider la vessie et enfin la phase de la délivrance. De même, au niveau du, les faiblesses sont liées à la surveillance de la hauteur utérine, des lochies, de l'HTA, etc.

Prévention et prise en charge du travail prématuré

Les faiblesses sont remarquées au niveau de la prise en charge du travail prématuré et des césariennes à problème en 1^{ère} ligne et plusieurs lacunes aux 2^{ème} et 3^{ème} lignes.

Prise en charge de la dystocie

La prise en charge de la dystocie et du travail prolongé est difficile en 1^{ère} et 2^{ème} lignes.

Hémorragie du post-partum (HPP)

La prise en charge de l'hémorragie du postpartum est très lacunaire et fragile en 1^{ère} et 2^{ème} lignes ; l'accès au sang, pour une transfusion, pose problème en 3^{ème} ligne. De même, l'absence d'un protocole pour la prise en charge rapide de la réanimation est une menace pour la santé maternelle.

Contrôle et suivi

La force à ce niveau est la disponibilité du personnel pour la prise en charge des bébés. Toutefois, le contrôle du suivi est lacunaire dans les 1^{ère} et 2^{ème} lignes. De même, si le contrôle et le suivi du bébé malade est de qualité, il est toutefois déficient pour la continuité dans le transfert contre-transfert.

Le dossier médical et le suivi des patientes

La tenue des dossiers, des registres ainsi que la circulation de l'information pour le suivi des parturientes en 1^{ère} ligne connaît plusieurs « gaps » et la conservation des dossiers reste à améliorer dans les établissements de 2^{ème} et 3^{ème} lignes. Par ailleurs, l'informatisation du dossier médical est reconnue un avantage pour réduire la charge de travail des professionnels.

Hygiène et prévention des accidents

Soins néonataux courants

Les soins sont plutôt de bonne qualité ainsi que les directives pour apprendre aux mères à s'occuper des bébés à la maison. Cependant, les CS n'ont pas les directives sur la réanimation d'un NN ni celle de l'éducation de la mère à s'occuper de son bébé.

Lutte contre l'infection dans les services de nouveau-nés

Les forces en 1^{ère} ligne sont relatives à la désinfection régulière des services ; le lavage régulier des mains et le port systématique des gants. Les faiblesses relèvent de la technique du lavage des mains qui n'est pas toujours exécutée de façon correcte.

Prise en charge du nouveau-né malade

Soins de soutien

Les soins de soutien aux NN malades sont très bien organisés dans les CS au niveau du traitement des convulsions, des besoins nutritionnels des bébés et du traitement de la jaunisse par photothérapie. Quant aux faiblesses, elles se résument en 1^{ère} ligne en un manque de directives pour soigner les NN à problèmes : utilisation d'O₂; ponction lombaire et maintien de la température ambiante. De même, les directives ne sont pas affichées dans le service.

Les modalités de transfert et contre-transfert tout le long du Continuum de SMN

Les forces dans cette dimension correspondent en : La disponibilité des ambulances et leur bon entretien dans 3 CS; l'existence d'un service social dans certains CS de 1^{ère} ligne pour la gestion de la gratuité des transferts et la bonne communication avec les patients. Les faiblesses se situent aux 3 niveaux du système en un manque des ressources matérielles pour le transport ainsi que des ressources financières en l'absence de gratuité du service; transfert dans des conditions précaires; patientes non accompagnées durant le transfert, sans dossier explicatif; pas de gratuité des transferts en 1^{ère} ligne; en 2^{ème} ligne les patientes doivent participer aux frais du carburant et en 3^{ème} ligne manque des ambulances.

Les Audits: comités et revues

L'audit n'est pas systématique dans les CS et dans les 2 hôpitaux participants.

Globalité et gamme des services dispensés

Charge de travail et type d'activités professionnelles

Les forces sont les suivantes : en 1^{ère} et 3^{ème} lignes, la SF est la principale responsable des CPN (1-4), des SONUB, des CPoN. Cette charge est partagée avec les gynécologues principalement, pour les césariennes ; les RHS en majorité, accordent le plus gros de son horaire de travail aux services pré, per et postnatals ; parmi les activités remplies par les RHS, particulièrement les SF, non reliées à leurs tâches principales, la tâche de « formation » est la principale, suivie par le soutien/ appui et par la supervision (1^{ère} et 3^{ème} lignes). Quant aux faiblesses, elles sont notées ainsi : non existence d'une organisation particulière des services des RHS; charge horaire plutôt élevée ; en 1^{ère} ligne, certaines SF occupent 3 fonctions : CPN, CPoN et salle d'accouchement. Les leaders communautaires critiquent cette organisation à cause des va et vient de la SF pour assumer toutes ces fonctions. Une des raisons qui poussent les femmes enceintes à s'adresser aux matrones et à la médecine traditionnelle est la lenteur dans la prise en charge par les SF dans les CS. En 2^{ème} ligne, la charge est partagée moitié-moitié entre SF et gynécologues. Les données : Activités de soutien remplies par chacun des membres de l'équipe multidisciplinaires en SMN, méritent une vérification.

Accessibilité des ressources humaines, matérielle et financière

Disponibilité et accessibilité des RHS

L'accessibilité des RHS n'est pas suffisante pour répondre aux besoins des populations desservies. Les commentaires de plusieurs groupes de la population dont les leaders communautaires veulent que : le nombre de RHS disponible est suffisant mais non accessible. Plusieurs dysfonctionnements quant à cette accessibilité : pas de respect des horaires ; placotage et longues pauses, pas de RV fixés aux patientes, etc. font en sorte que le temps d'attente est trop long pour les bénéficiaires. Pour cela les femmes s'en vont chez les matrones sur RV.

Disponibilité et accessibilité des ressources matérielles

Les infrastructures sont disponibles en 2^{ème} et 3^{ème} lignes alors que celles de la 1^{ère} ligne est à améliorer.

Médicaments essentiels et produits sanguins

La gestion des médicaments connaît des faiblesses aux 3 niveaux du système de soins : les médicaments périmés dans 9 CS et l'établissement de 2^{ème} ligne ; la chaîne de froid (vaccins) et stock de médicaments à revoir; l'espace de stockage est exigu ; le mobilier manque et le nombre du personnel n'est pas suffisant.

Système éducationnel. Formation des SF et des inf.

L'étude de base a porté sur la description du système qui entoure la formation des RHS qui sont au cœur de ces soins SMN mais qui demeurent le maillon faible dans le rouage du système disciplinaire de la pratique professionnelle aux différents niveaux du Continuum de soins SMN : je cite les SF et les Inf. Pour cela, nous avons approché l'INFAS, principal institut de formation de ces RHS et nous avons rencontré les personnes responsables de l'INFAS, les enseignants des deux corps de métier et des étudiants concernés. De plus, nous avons approché les représentants des ordres/associations professionnelles concernés ; les responsables des RHS au niveau des ministères ; les responsables de la pratique disciplinaire dans les milieux de la pratique ; etc. et ce, dans le souci de trianguler l'analyse des données collectées à l'INFAS. Les dimensions étudiées dans cette partie réfèrent aux 4 dimensions d'un système : ses valeurs et sa philosophie, sa façon d'agir et ses outils, la population concernée et la finalité et ce, sur la base de l'approche pédagogique appliquée en relation avec le modèle professionnel ciblé.

En termes de réglementation des curricula de formation, les personnes responsables de la formation mentionnent, avec quelques nuances, que pour la formation Inf./SF ou Inf./SF/maïeuticien, il existe un

programme national validé par l'OOAS. La majorité des enseignants participants (13/18) reconnaissent l'existence d'une politique nationale qui règle le contenu et le déroulement du programme. Le niveau de formation est identifié de niveau Licence pour les deux (2) disciplines. En termes de recrutement, les conditions d'admission aux programmes sont édictées par le gouvernement aux deux programmes qui, à leur création en 1991, donnaient lieu à un Diplôme d'État de SF ou d'Inf. suites à des études d'une durée de trois (3) ans.

En termes de philosophie et de valeurs du programme, les étudiants et les enseignants ont été interrogés sur la place, dans leur formation théorique et pratique, des valeurs et de la philosophie sous-jacentes au cadre de la pratique des SMN qui garantissent une qualité des soins SMN (Cadre de Renfrew et al.). Les étudiantes SF ont été moins positives au sujet de la philosophie (en théorie et en pratique), l'optimisation des soins, l'autonomisation de la femme, l'utilisation pertinente de la technologie et plus précisément, leur connaissance du cadre propre à la qualité des soins et services en périnatalité, cadre créé spécifiquement pour améliorer la pratique des SF. Du côté des Inf., nous constatons une reconnaissance de la place de ces concepts plutôt dans leur formation théorique que dans celle pratique. De leur côté, les enseignants semblent plutôt affirmer que la majorité de ces concepts sont considérés comme étant inclus dans la formation autant théorique que pratique. Toutefois, on remarque que le concept d'« autonomisation de la femme » reçoit le score le plus hésitant pour les enseignants SF alors que ce concept est au cœur du cadre et de la pratique de SF dans cette approche! De leur part, les RHS et les directeurs des établissements de la santé, accordent une faible place à la présence de ces concepts de qualité dans la formation et dans la pratique de ces RHS.

Quant aux acteurs concernés par les programmes de formation des SF et Inf. à l'INFAS comprennent les enseignants et les étudiants principalement. En ce qui concerne les enseignants, il était surprenant d'apprendre que la totalité des participants étaient dans l'incapacité de brosser le tableau du profil de leur équipe à savoir quels étaient la qualification (titre professionnel) et le nombre d'enseignants, masculin et féminin, opérant à temps plein ou à temps partiel au niveau académique, clinique ou de toute autre domaine de formation. Par ailleurs, les enseignants ont reconnu, à l'unanimité, l'insuffisance du nombre de personnel pour offrir le contenu de l'un ou l'autre des programmes concernés par l'étude de base du PACSSMN et le besoin en enseignants pour les travaux pratiques. De leur part, les étudiants n'ont pas une relation avec leur association ou ordre professionnels, environ la moitié des étudiants SF et Inf. ne savent pas qu'il existe de tels corps professionnels.

MÉTHODOLOGIE

Les caractéristiques d'un programme basé sur les compétences

Nous avons interrogé les étudiants et les enseignants sur les conditions organisationnelles du développement du programme de formation des SF et des Inf. en se basant sur les normes de développement d'un programme basé sur les compétences. Les étudiants ont été très positifs dans leur appréciation sauf quand il s'agissait de caractéristiques spécifiques au programme par compétence! Du côté des enseignantes, l'approbation positive des libellés devient plus hésitante quand il s'agit de reconnaître l'existence des différents référentiels du métier, des compétences, de l'évaluation et de la pédagogie !

Les caractéristiques des activités cliniques réalisées durant les stages, reconnues par les étudiants s'éloignent de ce que les enseignants apportent comme données. Ainsi, rares sont les étudiants participants à l'étude qui ont effectué un stage, dans l'un ou l'autre des domaines d'expertise pour une période supérieure à 4 semaines alors que les enseignants accordent une dizaine ou une douzaine de semaines pour chacun des milieux de stage figurant dans le tableau 89 (voir plus loin).

Quant au nombre d'actes professionnels réalisés, rares sont les étudiants qui ont atteint les 20 indiqués par les enseignants. Un grand nombre des répondants a affirmé ne pas connaître le nombre d'actes réalisés !

De plus, nous avons interrogé les étudiants, les enseignants et plusieurs autres acteurs du système à savoir si la formation des SF et des Inf. à l'INFAS permettait le développement de capacités couramment utilisées dans les référentiels de compétences standards. Ce qui est surprenant c'est de détecter cette tendance à reconnaître que les capacités existent dans leur formation mais la réalisation était constamment admise à un moindre pourcentage. Ainsi, les capacités formulées en termes de soins sont plus hautement cotées que celles touchant à des compétences transversales ou transdisciplinaires telle le professionnalisme (accord 100%, réalisation 75% pour les deux corps de métiers) alors que l'organisation/gestion reçoit une des plus faibles cotes en termes de formation (56 et 58%) et pour la réalisation, les SF obtiennent la cote de 50% et les Inf. 91,7% à titre autonome.

Les résultats des services offerts dans les établissements du continuum de SMN participants la satisfaction des RHS et des bénéficiaires des soins SMN reçus

Les résultats des services SMNI seront traduits sous 2 dimensions : i) les indicateurs de santé de la mère et de l'enfant; et, ii) la satisfaction des bénéficiaires des soins SMN reçus et celle des RHS qui dispensent ces soins et services quant à leur environnement et conditions de travail.

Les indicateurs de santé de la mère et de l'enfant utilisés sont ceux présentés dans l'outil de l'OMS (2017) sur les « Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé ». Les données collectées proviennent des registres (SIG), des dossiers des parturientes ou des registres de l'hôpital pour l'année précédant l'étude sur le terrain. Ces indicateurs sont les suivants : les complications liées à la grossesse, la position des femmes face à l'allaitement et à la planification des grossesses, l'utilisation des services de SMN (consultations et hospitalisations) pour les mères et NN, les diagnostics les plus fréquents pour les consultations externes des mères enceintes et de les NN.

En général, les résultats relatifs des statistiques octroyés par les établissements appellent à une révision pour s'assurer de la fiabilité des données obtenues du fait du manque de certaines informations. Les données révèlent surtout un nombre de décès maternels très élevé (701 décès) qui suggère un taux de mortalité très élevé. En effet, en l'absence des chiffres réels du nombre total des naissances vivantes (NV) dans les milieux enquêtés, le nombre de 16,601 NV survenues dans les 20 CS participants suggèrent qu'il y aurait autant de naissances, éventuellement dans les 2^{ème} et 3^{ème} lignes. La situation est encore plus dramatique pour les jeunes adolescentes de moins de 19 ans: celles-ci ont eu un nombre élevé de consultations externes, comparées aux femmes de tous âges, sans aucune consultation d'urgence ni hospitalisation mais un nombre de décès assez élevé en 3^{ème} ligne.

Les principales complications vécues par les femmes enceintes au niveau du continuum de SMN sont les saignements et l'hypertension. Ces complications semblent être plus fréquentes en 1^{ère} ligne, toute cause et tout trimestre de la grossesse confondus. Les principales causes de consultation des femmes enceintes sont le paludisme, l'anémie, les infections (respiratoire, typhoïde, urinaire), les pneumopathies et les malnutritions. Quant aux cinq (5) diagnostics les plus fréquents des consultations externes des NN sont le paludisme, les infections materno-fœtales, la détresse respiratoire et la souffrance cérébrale, en 1^{ère} ligne. Les données de la 2^{ème} et 3^{ème} ligne n'étaient pas disponibles.

Environ la moitié des femmes accouchées participantes à l'étude disent avoir eu une grossesse planifiée. La presque totalité de ces femmes disent vouloir allaiter leur enfant et ce, jusqu'à 18 mois pour la moitié d'entre elles; alors que les deux tiers des femmes de la communauté disent avoir allaité leur enfant jusqu'à 18 mois.

La satisfaction des RHS et des bénéficiaires des soins SMN reçus

Les résultats de la satisfaction des RHS ont montré que les professionnels, tous niveaux du Continuum des soins SMN confondus, expriment une satisfaction plutôt mitigée. En effet, pour les différentes catégories de condition de travail, les scores obtenus ne dépassent jamais le score 4, jugé acceptable; les plus bas scores concernent le salaire et les avantages ainsi que la structure sanitaire. Toutefois, les directeurs surtout des établissements de 2^{ème} et 3^{ème} lignes considèrent que les RHS de leur

établissement sont plutôt satisfaits de leurs conditions de travail; alors que pour la 1^{ère} ligne la direction a la même opinion de la satisfaction des RHS quant à leurs conditions de travail. Quant aux deux motifs les plus insatisfaisants, les professionnels de la santé les résument à la rémunération qui ne leur permet pas de mener une vie décente d'une part et la charge de travail qui est très élevée et que la majorité des personnes interviewées et des bénéficiaires a confirmée. Pour améliorer le degré de leur satisfaction au travail, les revendications des RHS se présentent comme suit : révision de l'échelle salariale, protection sociale et médicale, traitement équitable des fonctionnaires, mise en place d'un système clair des plans de carrière et de la formation continue, restauration durant les gardes et amélioration des conditions structurelles et techniques des établissements de la santé.

Quant à la satisfaction des bénéficiaires, elle fut appréciée à partir de questions adressées aux femmes accouchées, aux femmes et aux hommes de la communauté; ceux-ci ont exprimé leur opinion quant au déroulement des soins et services reçus durant toute la période périnatale et sur leur qualité technique et non technique ainsi que sur l'environnement et le contexte dans lequel se déroulent ces soins.

Au sujet du soutien reçu du personnel durant la grossesse et le suivi prénatal, les femmes nouvellement accouchées trouvent complets les soins prénatals reçus et sont, majoritairement (2^{ème} ligne) sinon la totalité (1^{ère} et 3^{ème} lignes). De plus, les femmes suivies dans les CS ont trouvé les soins reçus personnalisés et sont prêtes à retenter la même expérience pour une autre grossesse, alors que les femmes suivies dans les établissements de 2^{ème} et 3^{ème} lignes sont un peu moins certaines de reprendre cette même expérience. Par ailleurs, les femmes et les hommes dans la communauté semblent plutôt satisfaits de leur expérience de soins prénatals dans les CS et l'établissement de 3^{ème} ligne. L'établissement de 2^{ème} ligne présente encore une fois, des cotes moins reluisantes.

Au sujet de l'accouchement, les femmes nouvellement accouchées dans les différents établissements participants se sont exprimées au sujet de leur satisfaction en ce qui a trait à l'environnement dans lequel s'est déroulé leur accouchement. Quant à la confiance en l'endroit où a eu lieu leur accouchement, l'accueil et l'espace qu'offre le milieu, au niveau de bruit dans ces lieux, en termes de protection de leur intimité et d'ambiance chaleureuse, les femmes qui ont eu leur accouchement dans les CS sont satisfaites à 100% et le degré de satisfaction propice dans l'établissement de 3^{ème} ligne. Les femmes de la communauté ont attribué à ces caractéristiques leur satisfaction totale (100%) en ce qui a trait à l'établissement de 3^e ligne, suivies par les bénéficiaires des services des CS. De leur côté, les hommes de la communauté ont également hautement qualifié l'établissement de 3^e ligne sauf pour l'intimité et le bruit.

Cette position est maintenue au sujet de leur satisfaction quant au moment où elles ont pu prendre leur bébé après la naissance. En fin de compte, à la question de savoir, au cas où elles devaient accoucher de nouveau, si elles choisiraient pour les assister, la même personne qui les a assistées lors de leur dernier accouchement, la 1^{ère} ligne a eu le plus haut niveau d'approbation (96,8%) suivie de la 3^e ligne (91,3%) et en dernier la 2^e ligne (75%).

Au sujet du soutien reçu du personnel pour les soins du bébé et leurs propres soins, les femmes qui ont accouché dans les CS sont très satisfaites suivies des femmes qui ont accouché dans l'établissement de 3^{ème} ligne. Enfin pour les soins post-partum, seules les femmes qui ont accouché dans les CS ont bénéficié de la visite d'une RHS dans le postpartum dans le délai d'une semaine.

2 RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Un continuum de soins de SMN est une entité complexe faisant appel à trois systèmes (et sous-systèmes) à différents niveaux et à une multitude et diversité d'acteurs. Les résultats de l'état des lieux ont démontré l'étendue et la complexité de la situation. La conclusion que nous pouvons en tirer consiste à reconnaître qu'une intervention complexe de cette envergure ne peut être la responsabilité d'une seule entité et évidemment pas d'une seule personne.

En effet, apporter des corrections aux différentes facettes des faiblesses du continuum feront nécessairement interagir les composantes des trois-systèmes incluant les acteurs concernés par la structure, le processus et les résultats du fonctionnement du Continuum et par la formation. En effet, cibler un/quelques aspects ou une/quelques dimensions du continuum fait courir un grand risque de ne pas aboutir à un changement dont l'impact permettrait d'atteindre le résultat ultime attendu : la réduction de la mortalité maternelle et infantile évitable.

Ainsi, nos recommandations générales portent sur :

1. la structure à mettre en place pour réformer le Continuum de soins SMN ; et,
2. le plan d'action stratégique.

Il est évident que l'entité qui assumera le leadership pour mener la réforme du Continuum des soins SMN dans les zones de santé d'Abobo Est et Abobo Ouest à Abidjan-1 est la DSIM avec à sa tête madame le Manager. Elle est soutenue par la JICA qui identifiera les aspects de la réforme qui correspondent à son domaine d'intérêt soit la formation continue des RHS principalement.

Cependant, pour arriver à une amélioration de la qualité des services au niveau du continuum, il sera indispensable de mettre en place différents comités, regroupant des représentants des différentes milieux et acteurs/bénéficiaires et ce, pour mettre en place les activités susceptibles d'apporter l'amélioration souhaitée.

Par ailleurs, La mise en place de ces recommandations et mesures susceptibles d'apporter un changement de fond tout au long du continuum de soins de SMN, fait appel à différents acteurs de différents milieux interdisciplinaires, inter et intra-systèmes. Ces acteurs auront à réfléchir ensemble sur le plan stratégique à mettre en place pour permettre le fonctionnement des différents regroupements d'acteurs (comités ou sous-comités) qui mobiliseraient les ressources humaines, matérielles et financières requises pour atteindre les différents résultats attendus.

2.1 CONCLUSION

Le présent rapport décrit le tableau qui a été brossé à l'occasion d'une étude faisant l'état des lieux, portant sur le fonctionnement du continuum des soins de SMN dans les établissements sanitaires cibles des directions départementales de la sante d'Abobo Est et Ouest. Cet état des lieux a permis de déceler les forces et les faiblesses de cette entité complexe donnant lieu à une intervention complexe qui ne peut être l'affaire d'une personne ni d'un groupe simple. Il fait appel à une organisation complexe où chaque intervenant ou groupes d'intervenants apportera sa contribution selon son expertise. L'important c'est d'aller ensemble!

Alors, notre recommandation finale c'est de se regrouper, de développer une stratégie qui rallie des forces variées et des partenaires multiples et d'aller ensemble pour régler ce problème et cette calamité. Il ne faudrait plus être les témoins passifs de la souffrance et de la mortalité de ces êtres vulnérables particulièrement si on est convaincu que cette amélioration de la santé des mères et des enfants aura une répercussion majeure sur la population et le pays en général.

Suggestions sur la révision de la formation

Juillet 2024

PACSSMN

Contenu

1. Objets de la présente proposition	3
2. Points clés concernant les suggestions	3
2-1. Importance de renforcer et réviser les connaissances et compétences en ce qui concerne l'accouchement normal	3
2-2. Compétences en matière d'évaluation	3
2-3. Apprentissage à l'aide d'études de cas	3
2-4. Partogramme	4
3. Objectifs	5
3-1. But de la formation	5
3-2. Objectifs à court terme	5
3-3. Objectifs de la formation	5
4. Agenda de formation	5
5. Évaluation du cours	6
5-1. Objectifs de l'évaluation	6
5-2. Évaluation la formation	6
5-3. Critères de certification	6
6. Suivi et supervision	7
7. Aperçu de Modules	8
Module 1 : Soins Respectueux	8
Module 2 : Les soins de la grossesse	10
Module 3 : Soins durant l'accouchement	12
Module 4 : Soins de la mère et du nouveau-né dans le post-partum	18
Module 5 : Soins au nouveau-né	20
Module 6 : Référence / Contre référence (RCR)	23
8. Exemples de détail utilisé dans le Module 3	25
Introduction	25
Session 1 : Définition de l'accouchement normal et des soins courants	26
Session 2 : Évaluation initiale et soins à l'admission	32
Session 3 : Évaluation et soins durant la première stade d'accouchement	34
Session 4 : Évaluation et soins durant le deuxième stade d'accouchement	43
Session 5 : Soins en cas de complications et/ ou d'anomalies chez la mère ou le fœtus	55
Session 6 : Évaluation et soins durant le troisième stade de l'accouchement	62
9. Exemples de présentation utilisés dans le Module 3	67
10. Exemples de études de cas utilisés dans le Module 3	82
11. Liste de tâches pour la Gestion de la formation	101

1. Objets de la présente proposition

La formation des infirmières et des sages-femmes a été réalisée dans le cadre du projet, toutefois, il y a eu des problèmes concernant l'organisation de la formation, la gestion du temps, le contenu des cours magistraux et le contenu et le déroulement de la phase relative aux compétences pratiques. Afin de contribuer à la résolution de ces défis et difficultés, les experts japonais ont tenté de discuter des suggestions d'amélioration lors du débriefing à mi-parcours et du débriefing final de la formation, mais la plupart des suggestions n'ont pas pu être prises en compte. Ces recommandations ont donc été compilées par les experts japonais afin de servir de référence pour une formation plus efficace, efficiente et pérenne en Côte d'Ivoire à l'avenir.

2. Points clés concernant les suggestions

2-1. Importance de renforcer et réviser les connaissances et compétences en ce qui concerne l'accouchement normal

Sur la base des résultats de l'enquête de base, on peut dire que l'accent devrait être mis sur ce module. Chaque fois que nous avons fait cette suggestion dans le cadre du projet, nous avons entendu à plusieurs reprises des déclarations du niveau central selon lesquelles "les sages-femmes le font tout le temps" ou "les sages-femmes savent déjà comment le faire", mais être capable de le faire par habitude et répétition est complètement différent d'être capable de fournir des soins de haute qualité. Afin de fournir des soins basés sur des preuves scientifiques et dans le respect de la mère et de l'enfant, la formation devrait permettre aux participants de revoir leurs soins habituels, de remarquer les domaines à améliorer et de mettre à jour leurs connaissances et leurs compétences.

2-2. Compétences en matière d'évaluation

Le besoin de renforcement en termes de capacité d'évaluation des sages-femmes pendant l'accouchement est un défi qui a été identifié dans le rapport de SDMPR ainsi que dans l'enquête de base. Il serait donc utile que le module dans sa structure et son contenu puisse permettre de renforcer les capacités des sages-femmes et des infirmières à réfléchir et à se poser des questions concernant les éléments qu'elles doivent observer, ceux auxquels elles doivent faire attention ainsi qu'aux diagnostics à tirer de ce qu'elles observent et aux soins à fournir sur la base des diagnostics qu'elles effectuent.

2-3. Apprentissage à l'aide d'études de cas

Pour développer les compétences d'évaluation, il est efficace d'utiliser des études de cas sur le travail prolongé, les anomalies de rotation et la dystocie de l'épaule, qui sont couramment rencontrées dans la pratique clinique. Par exemple, au lieu d'utiliser

systématiquement de l'ocytocine pour stimuler le travail en cas de progression lente de l'accouchement, il est souhaitable de pouvoir réaliser des exercices qui amènent l'étudiant à réfléchir à la prise en charge appropriée en évaluant la cause, par exemple s'il y a une forte anxiété ou une forte tension, des anomalies de rotation ou un poids estimé élevé du bébé.

2-4. Partogramme

Le partogramme actuellement utilisé en Côte d'Ivoire est un modèle officiel n'est pas le plus récent, et selon les directives et le manuel d'utilisation publiés par l'OMS en 2018, il n'est pas recommandé de supposer que l'utérus s'ouvre à 1 cm par heure, et le nouveau modèle de partogramme est sans lignes d'alerte et ligne d'action. Il est préférable d'utiliser le nouveau modèle de partogramme. Toutefois, il convient d'attendre la décision du ministère de la santé avant d'introduire le nouveau partogramme.

En attendant, il est conseillé d'éviter d'utiliser les partogrammes actuels dans la formation, qui sont difficiles à remplir, par exemple parce que la résolution est faible et que le texte est tassé, écrit en caractère de petite taille et souvent illisible, ou parce que les marges du papier A4 sont trop larges et que le graphique est de taille réduite. Un format facile à lire et à écrire devrait être utilisé, comme le projet l'a déjà suggéré à plusieurs reprises.

En outre, la formation a consacré une (01) heure au cours théorique et plus de deux (02) heures aux exercices. Comme il y a certains éléments du partogramme où tout le monde est susceptible de faire des erreurs, il serait plus efficace de focaliser le cours sur ces points. En outre, étant donné que le niveau de compréhension des participants variait et que certaines sages-femmes s'en sortaient bien, le travail en groupe devrait être incorporé comme méthode d'apprentissage.

3. Objectifs

3-1. But de la formation

Augmenter la fréquentation des structures de santé en Côte d'Ivoire à travers l'offre de soins respectueux et de qualité aux mères et aux nouveau-nés.

3-2. Objectifs à court terme

- 1) Instaurer les soins basés sur des preuves pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ;
- 2) Améliorer le système de référence et de contre référence ;
- 3) Renforcer la communication et la collaboration au sein des ESPC et hôpitaux.

3-3. Objectifs de la formation

- 1) Renforcer les connaissances des prestataires sur les soins de la mère et du nouveau-né pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ;
- 2) Évaluer l'état physique et émotionnel de la mère pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ;
- 3) Évaluer l'état physique du nouveau-né à la naissance et dans le post-partum ;
- 4) Offrir des soins respectueux à la mère et au nouveau-né ;
- 5) Renforcer l'organisation de la référence et contre référence.

4. Agenda de formation

- La durée totale de la formation : 5 jours (elle comprend l'ouverture, la clôture et l'évaluation)
- Les heures de formation par jour : 6-7 heures/jour

Date	Heure	Session
Jour 1	9h00- 9h30	Ouverture
	9h30-10h10	Pré-test
	10h10-10h30	Pause-Café
	10h30-10h45	Introduction
	10h45-12h25	Module 1 : Session1 : Concepts de soins maternels respectueux (SMR) Module 1: Session2: Application pratique de SMR par les sages-femmes
	12h25-13h55	Module 2: Session1: Surveillance de la grossesse
	13h55-15h00	Pause-déjeuner
	15h00-16h20	Module 2: Session2: Application pratique des soins maternels respectueux
	16h20-16h30	
Jour 2	9h00- 9h30	Résumé du 1er jour et feedback
	9h30-11h20	Module3: Session1: Définition de l'accouchement normal et des soins courants
	11h20-11h45	Pause-Café
	11h45-12h50	Module3: Session2: Evaluation initiale et soins à l'admission
	12h50-14h00	Module3: Session3: Evaluation et soins durant le premier stade de l'accouchement
	14h00-15h00	Pause-déjeuner
	15h00-16h30	Module3: Session3: Evaluation et soins durant le premier stade de l'accouchement
Jour 3	8h30- 9h00	Résumé du 2ème jour et feedback
	9h00-10h30	Module3: Session3: Evaluation et soins durant le premier stade de l'accouchement
	10h30-10h50	Pause-Café
	10h50-13h20	Module3: Session4: Evaluation et soins durant le deuxième stade de l'accouchement

	13h20-14h20	Pause-déjeuner
	14h20-16h10	Module3: Session4: Evaluation et soins durant le deuxième stade de l'accouchement
	16h10-16h30	Résumé du 3ème jour et feedback, Restitution de la mi formation
Jour 4	8h30-10h30	Module3: Session5: Soins en cas de complications et/ou d'anomalies chez la mère ou le fœtus
	10h30-10h50	Pause-Café
	10h50-12h00	Module3: Session6: Evaluation et soins durant le troisième stade de l'accouchement (la délivrance)
	12h00-13h50	Module4: Session : Evaluation et conduite à tenir (CAT) dans le post-partum
	13h50-14h50	Pause-déjeuner
	14h50-16h20	Module5: Session 1: Soins du nouveau-né à la naissance
	16h20-16h30	Résumé du 4ème jour et Feedback
Jour 5	8h30- 9h00	Résumé du 4ème jour et Feedback
	9h00-10h30	Module5: Session 2: Soins aux nouveau-né asphyxié
	10h30-10h50	Pause-Café
	10h50-11h50	Post-test
	11h50-13h50	Module6 : Session 1: Organisation, contenu et mesures préalables de la Référence / Contre référence (RCR) Module6: Session 2: Rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans la Référence / Contre référence (RCR)
	13h50-14h50	Pause-déjeuner
	14h50-15h50	Evaluation de la formation Clôture

5. Évaluation du cours

5-1. Objectifs de l'évaluation

- Fournir un retour d'information aux participants et aux formateurs sur les progrès de l'apprentissage ;
- Mesurer les connaissances, les capacités d'appréciation et les compétences pratiques acquises par les participants pendant la formation ;
- Améliorer le programme de formation.

5-2. Évaluation la formation

- Évaluation journalière :
- Évaluation de la formation :
 - Atteinte des objectifs ;
 - Méthodologie ;
 - Pertinence des thèmes ;
 - Durée de la formation ;
 - Organisation.

5-3. Critères de certification

Il y a 2 critères pour le certificat.

Présence :

- Les participants doivent assister à plus de 80 % du programme de la formation

Résultat du pré/post-test :

- Les participants doivent obtenir plus de X % de score au niveau du post-test.

Remarque :

Les organisateurs discuteront des scores avec les formateurs et décideront si les participants peuvent recevoir le certificat ou non.

6. Suivi et supervision

Après la formation, les organisateurs et les formateurs rendront visite aux participants et évalueront leurs performances après 3 mois, 6 mois de formation.

7. Aperçu de Modules

Module 1 : Soins Respectueux

Session 1 : Concepts de soins maternels respectueux (SMR)

Objectifs : Après cette leçon, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Définir les concepts de SMR
- 2) Décrire les recommandations de l'OMS
- 3) Expliquer les actions qui ne sont pas recommandées

Session 2 : Application pratique de SMR par les sages-femmes

Objectifs : Après cette leçon, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Fournir des informations suffisantes, claires et concises aux parturientes et à leur famille
- 2) Organiser le service de sorte à respecter l'intimité et la confidentialité de la parturiente
- 3) Expliquer une communication efficace

Durée : 100 minutes (50 + 50)

Session 1 : Concepts de soins maternels respectueux (SMR)

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Temps	Évaluation
1) Définir les concepts de SMR	- Définition les concepts de SMR - Histoire les SMR	- Brainstorming, - Présentation de la session par le facilitateur	- Ordinateur - Vidéo Projecteur - Feuille flip chart - Marqueurs	15 min	Questions/ Réponses
2) Décrire les recommandations de l'OMS	- Recommandations de l'OMS Sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement	- Présentation de la session par le facilitateur	- Ordinateur - Vidéo Projecteur	25 min	Questions/ Réponses
3) Expliquer les actions qui ne sont pas recommandées	- Recommandations de l'OMS Sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Vidéo Projecteur - Feuille flip chart - Marqueurs	10 min	Questions/ Réponses

Session 2 : Application pratique de SMR par les sages-femmes

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Durée	Évaluation
1) Fournir des informations suffisantes, claires et concises aux parturientes et à leur famille	- Pratiques d'explication et de consentement avant et après les soins	- Jeux de rôles (Cas1) - Synthèse	- Tables - Chaises	30 min	Observation pratique
2) Organiser le service de sorte à respecter l'intimité et la confidentialité de la parturiente	- Pratiques de respecter l'intimité et la confidentialité à la maternité	- Brainstorming - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Vidéo Projecteur - Feuille flip chart - Marqueurs	10 min	Questions réponses
3) Expliquer une communication efficace	- Principes d'une communication efficace - Étapes et avantage d'une communication efficace	- Brainstorming - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Vidéo Projecteur - Feuille flip chart, Marqueurs	10 min	Questions réponses

Module 2 : Les soins de la grossesse

Session 1 : La surveillance de la grossesse

Objectifs : Après cette session, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Expliquer la surveillance de la grossesse ;
- 2) Décrire le contenu de chaque étape de la CPN ;
- 3) Expliquer l'intérêt de l'utilisation du carnet de santé.

Session 2 : L'application pratique des soins maternels respectueux

Objectifs : Après cette leçon, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Effectuer une communication interpersonnelle ;
- 2) Offrir des soins maternels respectueux tout au long de la grossesse selon les PNP ;
- 3) Remplir correctement les supports (carnet de santé et registre)

Durée : 170 minutes (90 + 80)

Session 1 : La surveillance de la grossesse

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Temps	Évaluation
1) Expliquer la surveillance de la grossesse	- Définition de la surveillance de la grossesse - Explication du but de la surveillance de la grossesse	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart	10 min	Questions/ Réponses
2) Décrire le contenu de chaque étape de la CPN	- Etapes pour chaque CPN	- Brainstorming - Présentation du facilitateur - Étude de cas - Synthèse	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart	60 min	Questions/ Réponses Évaluations discussion (étude de cas)
3) Expliquer l'intérêt de l'utilisation du carnet de santé.	- Intérêt du carnet de santé - Utilisation du carnet de santé - Conservation du carnet de santé	- Brainstorming - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart - Présentation	20 min	Questions/ Réponses

Session 2 : Application pratique des soins maternels respectueux

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Temps	Évaluation
1) Effectuer une communication interpersonnelle	- Attitudes et habilités de communication interpersonnelle	- Brainstorming - Montrer une vidéo - Discussions - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart - Vidéos/Application	30 min	Questions/ Réponses Observation des discussions
2) Offrir des soins maternels respectueux tout au long de la grossesse selon les PNP	Soins maternels respectueux : - Préservation - Protection - Choix libres et éclairés - Soutien continu - Relation aidante - Accompagnant choisi par la patiente	- Étude de cas - Discussions - Synthèse du formateur - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart - Étude de cas suite	30 min	Observations Auto-évaluation des joueurs Feedback par le grand groupe
3) Remplir correctement les supports (carnet de santé et registre)	- Remplissage selon les directives	- Exercice de remplissage - Lecture dirigée - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Projecteur - Carnet de santé - Étude de cas suite	20 min	Questions/réponses Étude de cas

Module 3 : Soins durant l'accouchement

Session 1 : Définition de l'accouchement normal et des soins courants

Objectifs : Après cette leçon, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Définir l'accouchement normal
- 2) Évaluer l'état de différence stades de l'accouchement
- 3) Prodiguer la surveillance appropriée pendant l'intrapartum du fœtus

Session 2 : Évaluation initiale et soins à l'admission

Objectifs : Après cette leçon, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Évaluer l'état de santé de la parturiente à l'admission
- 2) Prodiguer les soins requis sur la base de l'évaluation au moment de l'admission

Session 3 : Évaluation et soins durant le premier stade de l'accouchement

Objectifs : Après cette leçon, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Établir une communication aidante avec la parturiente
- 2) Décrire le déroulement normal du premier stade de l'accouchement
- 3) Expliquer les influences de la position sur le déroulement du travail
- 4) Remplir le partogramme selon les normes pour une prise de décisions appropriées
- 5) Donner des conseils appropriés à la parturiente et à son entourage pour un bon déroulement du travail et de l'accouchement

Session 4 : Évaluation et soins durant le deuxième stade de l'accouchement

Objectifs : Après cette leçon, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Décrire la définition et recommandations du deuxième stade de l'accouchement
- 2) Expliquer les avantages et les limites de chaque position d'accouchement
- 3) Identifier et traiter les présentations vicieuses et les malpositions
- 4) Prodiguer les manœuvres en cas de dystocie des épaules

Session 5 : Soins en cas de complications et/ou d'anomalies chez la mère ou le fœtus

Objectifs : Après cette leçon, les participants devraient être en mesure :

- 1) Identifier les complications et/ou anomalies au cours de l'accouchement
- 2) Prodiguer des soins respectueux culturellement acceptables à la parturiente présentant des complications selon les normes et protocoles

Session 6 : Évaluation et soins durant le troisième stade de l'accouchement (la délivrance)

Objectifs : Après cette leçon, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Prodiguer des soins durant le troisième stade de l'accouchement en respectant les étapes de la GATPA
- 2) Assurer la surveillance du nouveau-né et de la mère dans les deux heures suivant la naissance
- 3) Expliquer les gestes d'urgence en cas d'hémorragie du post partum

Durée : 825 minutes (110 + 65 + 250 + 230 + 100 + 70)

Session 1 : Définition de l'accouchement normal et des soins courants

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Temps	Évaluation
1) Définir l'accouchement normal	- Définition de l'accouchement normal selon l'OMS	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Feuille flip chart - Marqueurs - Ordinateur - Projecteur	10min	Questions-Réponses
2) Évaluer l'état de différence stades de l'accouchement	- Les différents stades de l'accouchement	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Feuille flip chart - Marqueurs - Ordinateur - Projecteur	10min	Questions-Réponses Observation
3) Prodiger la surveillance appropriée pendant l'intrapartum du fœtus	- Fréquence et timing d'auscultation - Procédure d'auscultation - Manœuvres de Léopold - Sites d'écoute des BDCF - DR C BRAVADO	- Présentation du facilitateur avec démonstration	- Ordinateur - Projecteur - MamaNatalie - Doppler	90min	Questions-Réponses Observation

Session 2 : Évaluation initiale et soins à l'admission

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Temps	Évaluation
1) Évaluer l'état de santé de la parturiente à l'admission	- Accueil - Interrogatoire (Recueil d'informations utiles) - Examen de la parturiente - Information sur les résultats de l'examen	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Feuille flip chart - Marqueurs - Ordinateur - Projecteur	20min	Questions-Réponses Observation
2) Prodiger les soins requis sur la base de l'évaluation au moment de l'admission	- Soins requis sur la base de l'évaluation au moment de l'admission	- Études de cas (Cas1) - Présentation du facilitateur	- Feuille flip chart - Post-it - Marqueurs - Ordinateur - Projecteur	45min	Questions-Réponses Observation Auto-évaluation

Session 3 : Évaluation et soins durant le premier stade de l'accouchement

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Temps	Évaluation
1) Établir une communication aidante avec la parturiente	- Communication aidante - Attitudes aidantes pendant les soins (écoute, empathie, disponibilité, respect) des prestataires durant le premier stade de l'accouchement	- Jeux de rôles (Cas1, Cas2) - Synthèse - Projection de film (7 min) - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Projecteur - Cathéter - Pincettes - Gants non stériles - Doppler - Pagne - Sphygmomanomètre - Tasses et soucoupes à café - Ballon de gym - natte de yoga	70min	Questions- Réponses Observation
2) Décrire le déroulement normal du premier stade de l'accouchement	- Définition du premier stade de l'accouchement - Les différentes phases du premier stade chez la primipare et la multipare : ✓ Phase de latence ✓ Phase active - Recommandation de l'OMS du deuxième stade de l'accouchement	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Feuille flip chart - Post-it - Marqueurs - Ordinateur - Projecteur	20min	Questions- Réponses
3) Expliquer les influences de la position sur le déroulement du travail	- Les différentes positions et leurs Influences sur la progression du travail	- Brainstorming - Présentation du facilitateur avec démonstration	- Feuille flip chart - Ordinateur - Projecteur - Modèle bassin et bébé	40min	Questions- Réponses Observation
4) Remplir le partogramme selon les normes pour une prise de décisions appropriées	- Éléments du partogramme - Instructions de remplissage - Interprétation - Limites du partogramme	- Brainstorming - Présentation du facilitateur - Exercices : remplissage et interprétation - Synthèse	- Partographe - Ordinateur - Projecteur	60min	Questions- Réponses Observation
5) Donner des conseils appropriés à la parturiente et à son entourage pour un bon déroulement du travail et de l'accouchement	- Conseils pour un bon déroulement du travail : ✓ Positions ✓ Exercices de relaxation ✓ Alimentation ✓ Déambulation	- Brainstorming - Études de cas (Cas3, Cas4) - Synthèse	- Feuille flip chart - Ordinateur - Projecteur	60min	Questions- Réponses Observation

Session 4 : Évaluation et soins durant le deuxième stade de l'accouchement

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Temps	Évaluation
1) Décrire la définition et recommandations du deuxième stade de l'accouchement	- Définition et durée du deuxième stade de l'accouchement - Recommandation de l'OMS du deuxième stade de l'accouchement	- Brainstorming - Présentation du facilitateur	- Feuille flip chart - Marqueurs - Ordinateur - Projecteur	20min	Questions- Réponses
2) Expliquer les avantages et les limites de chaque position d'accouchement	- Direction de la sortie de l'accouchement en position variées - Différentes postures : dorsale, latérale, à quatre pattes, à genoux et la position de McRoberts - Avantages et inconvénients des différentes positions	- Présentation du facilitateur avec démonstration - Travaux de groupe (pratique chaque position) - Synthèse	- Ordinateur - Projecteur - Modèle bassin et bébé - Tables - Chaises - Kit réel (mannequin simulateur d'accouchement) - Nattes de yoga - Ballons de gym	90min	Questions- Réponses Observation
3) Identifier et traiter les présentations vicieuses et les malpositions	- Définition des présentations anormales - Entrée malaxiale - Anomalie de la deuxième rotation - CAT une entrée malaxiale ou une rotation anormale	- Études de cas (Cas1) - Présentation du facilitateur avec démonstration	- Scénario - Marqueurs - Feuille flip chart - Projecteur - Modèle bassin et bébé	60min	Questions- Réponses Observation
4) Prodiguier les manœuvres en cas de dystocie des épaules	- Définition de dystocie des épaules - HELPER4	- Études de cas (Cas2) - Présentation du facilitateur avec démonstration	- Scénario - Marqueurs - Feuille flip chart - Projecteur - Modèle bassin et bébé	60min	Questions- Réponses Observation

Session 5 : Soins en cas de complications et/ou d'anomalies chez la mère ou le fœtus

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Temps	Évaluation
1) Identifier les complications et/ou anomalies au cours de l'accouchement	Complications et/ou anomalies chez la mère ou le fœtus	- Brainstorming - Présentation du facilitateur - Synthèse	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart - Marqueurs	10min	Questions- Réponses Observation
2) Prodiguier des soins respectueux culturellement acceptables à la parturiente présentant des complications selon les normes et protocoles	- Prise en charge des complications et/ou anomalies chez la mère et le fœtus selon le niveau de la structure : ✓ Anticipation dans les gestes d'urgence ✓ Communication avec la parturiente et sa famille ✓ Préparation de l'évacuation si nécessaire	- Études de cas (Cas 1 et 2) - Synthèse	- Scénario - Feuille flip chart	90min	Questions- Réponses Observation

Session 6 : Évaluation et soins durant le troisième stade de l'accouchement (la délivrance)

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Temps	Évaluation
1) Prodiguier des soins durant le troisième stade de l'accouchement en respectant les étapes de la GATPA	- GATPA : ✓ Définition ✓ Différentes étapes	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Feuille flip chart - Marqueurs - Ordinateur - Projecteur	30min	Questions- Réponses
2) Assurer la surveillance et du nouveau-né et de la mère dans les deux heures suivant la naissance	- Surveillance de la mère et du nouveau-né en salle d'accouchement dans les deux premières heures : ✓ Éléments de surveillance chez la mère ✓ Éléments de surveillance chez le nouveau-né	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Feuille flip chart - Marqueurs - Ordinateur - Projecteur	20min	Questions- Réponses
3) Expliquer les gestes d'urgence en cas d'hémorragie du post partum	- Définition - Gestes d'urgence	- Brainstorming - Synthèse - Présentation	- Feuille flip chart - Marqueurs - Ordinateur - Projecteur	20min	Questions- Réponses

Module 4 : Soins de la mère et du nouveau-né dans le post-partum

Session : Évaluation et conduite à tenir (CAT) dans le post-partum

Objectifs : Après cette session, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Décrire le post-partum
- 2) Évaluer l'état clinique de la femme et du nouveau-né dans le post-partum
- 3) Expliquer les gestes d'urgence et les soins respectueux en cas de complications chez la mère et le nouveau-né dans le post-partum
- 4) Prodiguer les soins au couple mère et nouveau-né dans le post-partum selon leur état
- 5) Fournir des conseils à la femme et à sa famille
- 6) Offrir des soins respectueux à la mère et au nouveau-né dans le post-partum

Durée : 110 minutes

Session : Évaluation et CAT dans le post-partum

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Temps	Évaluation
1) Décrire le post-partum	Définition du post-partum Classification du post-partum : - post-partum immédiat - post-partum précoce - post-partum tardif Intérêt du suivi dans le post partum	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Vidéo Projecteur - Feuille flip chart	20 min	Questions/ Réponses
2) Évaluer l'état clinique de la femme et du nouveau-né dans le post-partum	- Surveillance de la mère et du nouveau-né - L'évaluation de l'état de la femme et nouveau-né - Signes d'urgence et de danger chez la mère - Signes de danger chez le nouveau-né	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Vidéo Projecteur - Feuille flip chart - Marqueurs	20 min	Questions/ Réponses Observation
3) Expliquer les gestes d'urgence et les soins respectueux en cas de complications chez la mère et le nouveau-né dans le post-partum	- Prise en charge des urgences selon le niveau de la structure - Communication avec la mère et sa famille	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur - Travaux de groupe - Étude de cas 1	- Ordinateur - Vidéo projecteur - Feuille flip chart - Étude de cas 1	25 min	Questions/ Réponses
4) Prodiguier les soins au couple mère et nouveau-né dans le post-partum selon leur état	- Suivi de la mère et du nouveau-né lors des trois consultations post natales	- Brainstorming - Synthèse - Étude de cas - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart - Marqueurs	10 min	Questions/ Réponses Observation pratique
5) Fournir des conseils à la femme et à sa famille	- Conseils sur le suivi des CPoN, la contraception, l'état civil, la vaccination, l'AME, la nutrition et l'hygiène	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur - Counseling	- Ordinateur - Vidéo projecteur - Feuille flip chart - Marqueurs	10 min	Questions/ Réponses
6) Offrir des soins respectueux à la mère et au nouveau-né dans le post-partum	- Les soins au couple mère et nouveau-né dans le post-partum	- Travaux de groupe - Étude de cas 2	- Feuille flip chart - Marqueurs - Carnet de santé - Étude de cas 2	25 min	Questions/ Réponses Observation pratique

Module 5 : Soins au nouveau-né

Session 1 : Soins du nouveau-né à la naissance

Objectifs : À la fin de la session, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Apprécier l'adaptation du nouveau-né
- 2) Décrire les soins immédiats prodigués au nouveau-né
- 3) Effectuer l'examen systématique du nouveau-né

Session 2 : Soins au nouveau-né asphyxié :

Objectifs : À la fin de la session, les participants devraient être capable de :

- 1) Définir les concepts de l'asphyxie et de la réanimation
- 2) Citer les matériel et médicaments nécessaires pour la réanimation du nouveau-né en salle de naissance
- 3) Décrire les étapes de prise en charge du nouveau-né asphyxié à la naissance par l'approche HBB
- 4) Décrire les étapes de la réanimation avancée en salle de naissance
- 5) Effectuer les soins au nouveau-né après la réanimation

Durée : 180 minutes (90 + 90)

Session 1 : Soins du nouveau-né à la naissance

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Temps	Évaluation
1) Apprécier l'adaptation du nouveau-né	- Évaluation initiale du nouveau-né à la naissance	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Vidéoprojecteur - Feuille flip chart et marqueurs	10 min	Questions/ Réponses
2) Décrire les soins immédiats prodigués au nouveau-né	- Soins immédiats à la naissance	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur - Simulation sur mannequin	- Ordinateur - Vidéoprojecteur - Mama Natalie - Grille d'observation	40 min	Questions/ Réponses Observation
3) Effectuer l'examen systématique du nouveau-né	- Examen systématique du nouveau-né en salle d'accouchement	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur - Simulation sur mannequin	- Ordinateur - Vidéoprojecteur - Mama Natalie - Grille d'observation	40 min	Questions/ Réponses Observation

Session 2 : Soins au nouveau-né asphyxié : HBB (Helping Babies Breathe) et réanimation complète

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Temps	Évaluation
1) Définir les concepts de l'asphyxie et de la réanimation	- Définition d'asphyxie - Facteurs de risque d'asphyxie - Définition de la réanimation	- Brainstorming - Présentation du formateur	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart - Marqueurs	5 min	Questions/ Réponses
2) Citer les matériels et médicaments nécessaires pour la réanimation du nouveau-né en salle de naissance	- Liste du matériel et des médicaments de réanimation - Description de l'environnement adapté : - Description du coin du nouveau-né fonctionnel	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du formateur	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart et Marqueurs - Affiche de HBB - Mama Natalie - Grille d'observation	5 min	Questions/ Réponses
3) Décrire les étapes de prise en charge du nouveau-né asphyxié à la naissance par l'approche HBB	- Approche HBB - La minute d'or - Initier la ventilation - Critère d'une ventilation efficace	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du formateur - Simulation sur mannequin	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart - Marqueurs - Dépliant - Mama Natalie	50 min	Questions/ Réponses Observation

4) Décrire les étapes de la réanimation complète en salle de naissance	- Approche TARCiM - Massage cardiaque - Administration de l'adrénaline	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du formateur - Simulation sur mannequin	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart - Marqueurs - Dépliant - Mama Natalie	20 min	Questions/ Réponses Observation
5) Effectuer les soins au nouveau-né après la réanimation	- Eléments de surveillance du nouveau-né réanimé - Critères de référence après la réanimation du nouveau-né asphyxié	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du formateur	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart - Marqueurs	10 min	Questions/ Réponses

Module 6 : Référence / Contre référence (RCR)

Session 1 : Organisation, contenu et mesures préalables de la RCR

Objectifs : Après cette session, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Définir les concepts de la RCR ;
- 2) Décrire les étapes de l'organisation de la référence / contre référence.

Session 2 : Rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans la RCR

Objectif : Après cette session, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Décrire les rôles et les responsabilités de chaque acteur impliqué dans la référence contre référence.

Durée : 120 minutes (60 + 60)

Session 1 : Organisation, contenu et mesures préalables de la référence / contre référence

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Temps	Évaluation
1) Définir les concepts de la RCR	- Système de référence - Régulation - Référence - Contre référence - Orientation - Évacuation	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart	20 min	Questions/ Réponses
2) Décrire les étapes de l'organisation de la RCR	- Constat de la complication - Alerte - Conditions pré-transfert - Régulation - Ressources : Logistiques et humaines - Transfert - Réception au centre d'accueil - Feedback - Stratégies de la RCR	- Brainstorming - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart	40min	Questions/ Réponses

Session 2 : Rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans la RCR

Objectif	Contenu	Méthodes	Matériels nécessaires	Temps	Évaluation
1) Décrire les rôles et les responsabilités de chaque acteur impliqué dans la RCR	- Rôles des requérants - Rôles des agents de la régulation - Rôles de l'équipe de transport - Rôles du personnel référent	- Travaux de groupe - Synthèse - Présentation du facilitateur	- Ordinateur - Projecteur - Feuille flip chart - Étude de cas	60 min	Questions/ Réponses Étude de cas

8. Exemples de détail utilisé dans le Module 3

Introduction

Rappel historique

Depuis l'antiquité, diverses aides matérielles et humaines permettant la suspension ou l'appui ont été utilisées pour faciliter la verticalité ou d'autres positions lors de l'accouchement.



Illustration 1. Représentations très classiques

Vous remarquerez qu'il y a tout sauf une position : la position couchée sur le dos, les genoux écartés, la tête levée, les bras tirant sur des poignées, le corps plié en deux, la respiration bloquée... Donc tout sauf notre fameuse et incontournable position gynécologique !

Vers le 17^{ème} siècle, nous assistons à la médicalisation de l'accouchement dans un but sécuritaire avec l'adaptation de la position gynécologique systématique. Malheureusement, cette position « non physiologique » conduit inmanquablement à plus d'extraction instrumentales, à des pratiques inadéquates et enfin, à l'insatisfaction grandissante du couple.

L'accouchement dépend-t-il uniquement des mouvements du bébé ?!

Les schémas anatomiques illustrant l'accouchement montrent à quel point le bébé doit « s'accommoder », comme dit la mécanique obstétricale, qui parle de la contraction, du « mobile fœtal » et des « détroits » du bassin maternel que le bébé doit franchir.

À en croire cette représentation où rien ne bouge chez la mère, c'est au bébé de tout faire : d'abord fléchir sa nuque, présenter le plus petit diamètre de sa tête face au plus grand diamètre du bassin, ensuite tourner sa tête pour aborder le deuxième détroit qui est à 90° du premier, et descendre vers l'arrière, prendre appui sous la symphyse de la maman pour remonter et sortir vers l'avant ; enfin, laisser sa tête revenir dans l'axe où elle était au départ pour que les épaules puissent sortir, car il avait un peu le cou tordu pendant tout ce temps.

Pas simple comme trajectoire !

Si tout n'est pas parfaitement adapté et que la mère ne bouge pas, que son bassin ne s'accommode pas, un blocage peut survenir. Augmenter par l'ocytocine la contraction qui pousse le bébé vers la sortie ne peut alors que conduire à fatiguer la mère et l'enfant.

Mais si la mère bouge, le résultat est complètement différent. En effet, le bassin s'élargit, la force de gravité aide, et cela peut également corriger l'orbite de rotation.

L'accouchement est un effort conjoint de la mère et du bébé !

Session 1 : Définition de l'accouchement normal et des soins courants

1. Définition de l'accouchement normal

Selon l'OMS, l'accouchement normal comporte les 5 éléments suivants :

1. La grossesse est à terme (37 à 42 semaines d'aménorrhée) ;
2. Le déclenchement de l'accouchement est spontané ;
3. Le risque de complications au cours du travail et de l'accouchement est faible ;
4. La présentation en sommet ;
5. Le nouveau-né (y compris le nouveau-né de faible poids à la naissance à l'exclusion de toute autre complication) et la mère sont bien portants après l'accouchement

2. Différents stades de l'accouchement

Stade	Phase	Symptômes et signes	Durée
Premier stade	Phase de latence	- Des contractions utérines douloureuses - Des modifications variables du col comprenant un certain degré d'effacement - Une progression lente de la dilatation allant jusqu'à 5 cm pour le premier accouchement ainsi que pour les suivants.	- La durée standard de la phase de latence n'a pas été établie et peut grandement varier d'une femme à l'autre.
	Phase active	- Des contractions utérines douloureuses régulières, un degré important d'effacement du col de l'utérus - Une dilatation du col de l'utérus plus rapide allant de 5 cm à la dilatation complète pour le premier accouchement ainsi que pour les suivants.	- La durée de la phase active ne dépasse généralement pas 12 heures pour les premiers accouchements, et 10 heures pour les accouchements suivants.
Deuxième stade		- A la période allant de la dilatation complète du col à la naissance du bébé, pendant laquelle la femme ressent une envie involontaire de pousser, provoquée par des contractions utérines d'expulsion.	- La durée du deuxième stade du travail varie d'une femme à l'autre. La naissance survient généralement au bout de trois heures pour un premier accouchement alors que pour les accouchements ultérieurs, la naissance intervient dans une limite de temps de deux heures.

3. Surveillance intrapartum du fœtus

La surveillance fœtale intrapartum consiste au suivi relatif au bien-être du fœtus effectué pendant le travail. Elle est basée sur les changements et les schémas du BDCF et peut être réalisée à l'aide du monitoring fœtal électronique continu (MFEC) ou de l'auscultation intermittente structurée (AIS) en utilisant un stéthoscope conventionnel, un stéthoscope de Pinard ou un appareil Doppler pour échographie fœtale (illustration 2). Il ressort que le MFEC est responsable d'une augmentation des césariennes cependant les incidences liées à la mortalité périnatale et à la paralysie cérébrale n'ont pas diminué. Par ailleurs son utilisation est limitée par un manque de fiabilité de l'interprétation inter et intra observateurs; il est raisonnable d'utiliser la technique d'AIS qui devrait être intégrée à tous les types d'accouchements.



Illustration 2. Monitoring fœtal électronique continu (gauche). Stéthoscope de Pinard et appareil Doppler (droite) pour l'AIS.

Auscultation intermittente structurée

Fréquence de l'auscultation

- Toutes les 30 minutes pendant la phase active du premier stade du travail si la patiente est évaluée comme étant à faible risque, et toutes les 15 minutes si la patientes est évaluée comme étant à haut risque.
- Toutes les 5 minutes pendant le second stade du travail pour toutes les patientes.

Quand ausculter (évaluer le BDCF avant et après)

- Admission de la patiente
- Rupture spontanée ou provoquée des membranes
- Administration de médicaments
- Examen vaginal
- Administration ou initiation d'une analgésie/anesthésie
- Activité utérine anormale
- Commencement de l'augmentation du travail

Procédure d'auscultation

1. Palper l'abdomen pour déterminer la position du fœtus (manœuvres de Léopold).
2. Placer le Doppler ou le stéthoscope de Pinard au-dessus de la zone d'intensité maximale des battements cardiaques du fœtus (normalement là où est localisé le thorax du fœtus).
3. Différencier le pouls de la mère du pouls du fœtus en prenant le pouls radial de la mère.
4. Palper pour les contractions utérines pendant l'auscultation du BDCF afin d'en déterminer la relation.
5. Compter le BDCF entre les contractions pendant au moins 60 secondes pour déterminer le rythme moyen de base (et le noter sur le partogramme).
6. Compter le BDCF après la contraction utérine pendant 60 secondes pour identifier la réponse du fœtus au travail actif.

Manœuvres de Léopold

Il y a trois principales méthodes pour déterminer la disposition, la présentation et la position fœtale. La première est la manœuvre de Léopold ou la palpation abdominale (illustration 3). La deuxième méthode est l'examen vaginal. La troisième méthode est l'utilisation de l'ultrason.

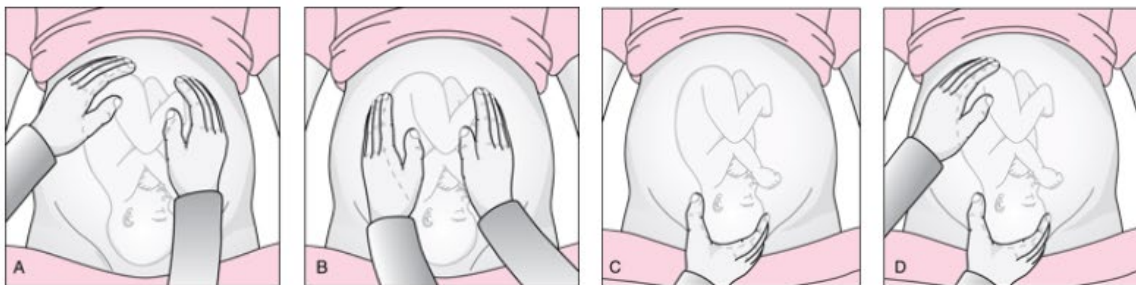


Illustration 3. Manœuvre de Léopold

- (A) Le fond de l'utérus est palpé pour déterminer quelle partie du fœtus occupe le fond.
- (B) Chaque côté de l'abdomen maternel est palpé pour déterminer de quel côté est la colonne vertébrale du fœtus et quelles sont les extrémités.
- (C) La partie au-dessus de la symphyse pubienne est palpée pour localiser la partie du fœtus qui se présente.
- (D) Une main applique une pression sur le fond utérin, pendant que l'index et le pouce de l'autre main palpent la partie qui se présente pour confirmer la présentation et déterminer alors à quel niveau le fœtus est descendu et si le fœtus est engagé.

Sites d'écoute des bruits du cœur du fœtus

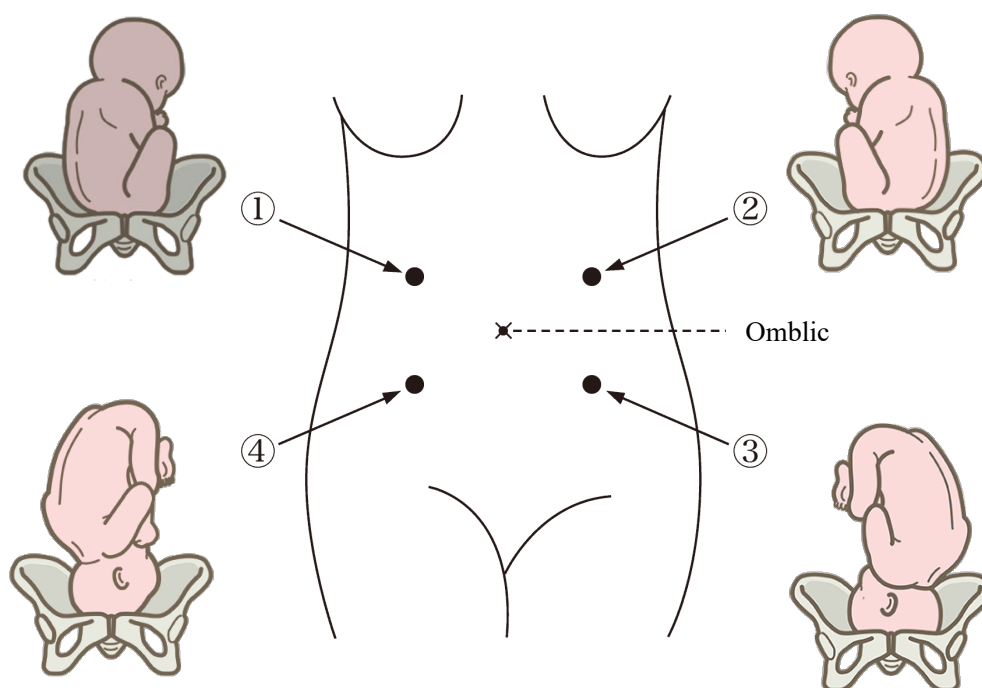


Illustration 4. Sites d'écoute des bruits du cœur du fœtus

Interprétation des anomalies du BDCF

La mnémonique **DR C BRAVADO** est une approche systématique pour l'interprétation des tracés du BDCF autant pour le MFEC que pour l'AIS. Lors de l'utilisation de la mnémonique pour l'une ou l'autre de ces techniques, les données enregistrées du BDCF et des contractions utérines devraient permettre une interprétation visuelle adéquate dans le cas du MFEC ou être un jumelage des résultats de l'auscultation intermittente entre les contractions (rythme de base) et de l'auscultation précédant et suivant les contractions palpées dans le cas de l'AIS.

DR C BRAVADO

Déterminer le niveau de Risque

Contractions

Fréquence de **B**ase ("**B**aseline **R**Até")

Variabilité

Accélération

Décélération

Évaluation globale ("**O**verall Assessment")

- **Déterminer le niveau de Risque** : Avant qu'aucun tracé du BDCF ne puisse être interprété, l'historique de la patiente est évalué pour être en mesure de déterminer les risques. La réserve fœtale est évaluée en fonction de la situation clinique.
- **Contractions** : La méthode de monitoring peut consister à la palpation du fond de l'utérus pendant 10 minutes afin de déterminer l'amplitude et la fréquence des contractions. Les contractions utérines sont quantifiées quant au nombre de contractions sur une période de 10 minutes. Les contractions sont classifiées normales (< 5 contractions pendant une période de 10 minutes) ou d'hyperstimulation (> 5 contractions pendant une période de 10 minutes).
- **Fréquence de Base ("Baseline RAte")** : Le rythme de base est déterminé entre les contractions. Un rythme normal se situe entre 110 et 160 BPM. -Bradycardie: elle se définit par un rythme de base < 110 BPM et est associée aux bébés post-matures et à une présentation occipito-postérieure. -Tachycardie: elle se définit par un rythme de base > 160 BPM. Le mouvement du fœtus, de l'anxiété ou de la fièvre chez la mère, la déshydratation de la mère ou encore la cétose ou des agents bêta-adrénolytiques sont autant de causes possibles de la tachycardie fœtale non liée à l'hypoxie. Une tachycardie persistante dépassant les 180 BPM, surtout s'il y a présence de fièvre chez la mère, peut être un signe de chorioamnionite ou l'indication d'une souffrance fœtale grave (asphyxie ou anémie).
- **Variabilité** : Normalement, le rythme cardiaque fœtal montre des fluctuations par rapport à l'activité cardiaque de base qui est irrégulière en termes d'amplitude et de fréquence. La détection est plus précise avec le recours aux électrodes du cuir chevelu ou au MFEC. Il est difficile d'interpréter la variabilité avec l'AIS.
- **Accélérations** : Les accélérations sont des augmentations soudaines dans le tracé du BDCF, au-dessus du rythme de base le plus récent, et dont la fréquence la plus élevée est atteinte en < 30 secondes. La culmination de l'accélération est > 15 BPM et dure pendant > 15 secondes. Les accélérations indiquent habituellement le bien-être du fœtus; l'absence d'accélérations n'indiquent toutefois pas nécessairement une souffrance fœtale, mais justifie la nécessité d'une évaluation plus approfondie.
- **Décélérations** : Les décélérations se définissent en relation avec les contractions utérines. Si elles se produisent au cours de plus de 50% des contractions à l'intérieur d'un intervalle de 20 minutes, on les appelle décélérations récurrentes. Si elles se produisent au cours de moins de 50% des contractions à l'intérieur d'un intervalle de 20 minutes, on les désigne par décélérations intermittentes. -Décélérations précoces : Diminution graduelle du BDCF avec un retour au rythme de base, associée à une contraction utérine. Le point le plus bas est atteint au même moment où la contraction atteint son paroxysme. Les décélérations précoces sont presque toujours bénignes si on ne note aucune autre anomalie dans le tracé du BDCF, et elles représentent des modifications locales transitoires de la circulation sanguine résultant de la stimulation des centres nerveux vagues due à la compression de la tête. -Décélérations variables : Les décélérations variables sont des réductions soudaines du

BDCF en dessous du rythme de base avec l'atteinte du point le plus bas en < 30 secondes. La réduction du BDCF est > 15 BPM et dure > 15 secondes mais < 2 minutes et peut ne pas être associée à des contractions. Les décélérations variables sont habituellement le résultat de la compression du cordon qui se traduit par une augmentation de la résistance périphérique et par un changement dans l'oxygénation. - Décélérations tardives spontanées : Les décélérations tardives spontanées pourraient être un signe d'insuffisance utéroplacentaire.

- Évaluation globale ("Overall Assessment") : Une fois les schémas de contractions et du BDCF évalués et les risques définis, une évaluation globale de la situation et un plan de gestion devraient être faits. La prise en charge de la mère doit être basée sur le contexte clinique et sur le BDCF, incluant un plan pour la suite de la surveillance fœtale si on permet la continuation du travail. Lorsque des décélérations sont identifiées, il est nécessaire de considérer la réanimation intra-utérine et l'accouchement immédiat.

RÉSUMÉ

Le monitoring fœtal commence par l'évaluation des risques pour la mère et le fœtus. L'interprétation doit être faite en fonction de l'historique clinique et du schéma général du BDCF, et en fonction du stade du travail. Avec l'AIS, une bradycardie en dessous de 100 BPM ou une tachycardie au-dessus de 180 BPM requièrent un accouchement accéléré. Quelle que soit la technologie employée, il est primordial d'établir une relation de soutien avec la patiente pendant tout le travail.

Session 2 : Évaluation initiale et soins à l'admission

1. Etapes de l'évaluation de la femme à l'admission

1. Accueil chaleureux

Lorsqu'une femme arrive à l'hôpital, elle peut être nerveuse ou anxieuse, alors traitez-la avec gentillesse et chaleur.

2. L'écoute de la femme

Vérifier l'heure du début du travail, l'intervalle et l'intensité actuels des contractions, et si elle a perdu des eaux / sang ou non.

Vérifier si elle ressent les MAF (Mouvements actifs du Fœtus), céphalées. C'est difficile pour elle de répondre quand elle a des contractions, alors demandez quand lorsque les contractions s'arrêtent.

3. Recueil d'information

Confirmation des antécédents personnels (Médicaux, gynéco-obstétricaux, chirurgicaux, physiologiques), familiaux, conjugaux et du déroulement de la grossesse

Identification des facteurs de risques et facteurs morbides :

Age plus de 35 ans ou moins de 20 ans, Grande parité, césarienne antécédente, taille moins 150cm, Rh négative, anémie, pré-éclampsie, diabète, les infections pouvant être transmises de la mère à l'enfant
Projet de naissance

4. Examen

- Lavage des mains, port de gants
- Examen général (Prise des constantes, Albuminurie,...)
- Examen physique (Coloration des muqueuses, OMI,...)
- Examen obstétrical (Seins, HU, BDC, TV, Pelvimétrie,...)
- Examen paraclinique (si indiqué)

Utiliser des gants stériles s'il y a une possibilité de ruptures membranes lors des TV.

NB : Communiquer avec la parturiente tout au long de l'examen et lui donner les résultats dans un langage simple et compréhensible lui permettant un choix libre et éclairé.

2. Soins requis sur la base de l'évaluation au moment de l'admission

Etude de cas

Cas 1 : Primipare avec une vive inquiétude

Soins maternels respectueux

Des soins maternels respectueux- cela fait référence à des soins organisés et fournis à toutes les femmes de façon à préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, à garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, et à permettre des choix éclairés ainsi que soutien continu pendant le travail et l'accouchement.

Communication efficace

La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables.

Accompagnement

Un accompagnant choisi est recommandé pour toutes les femmes pendant l'accouchement et la naissance

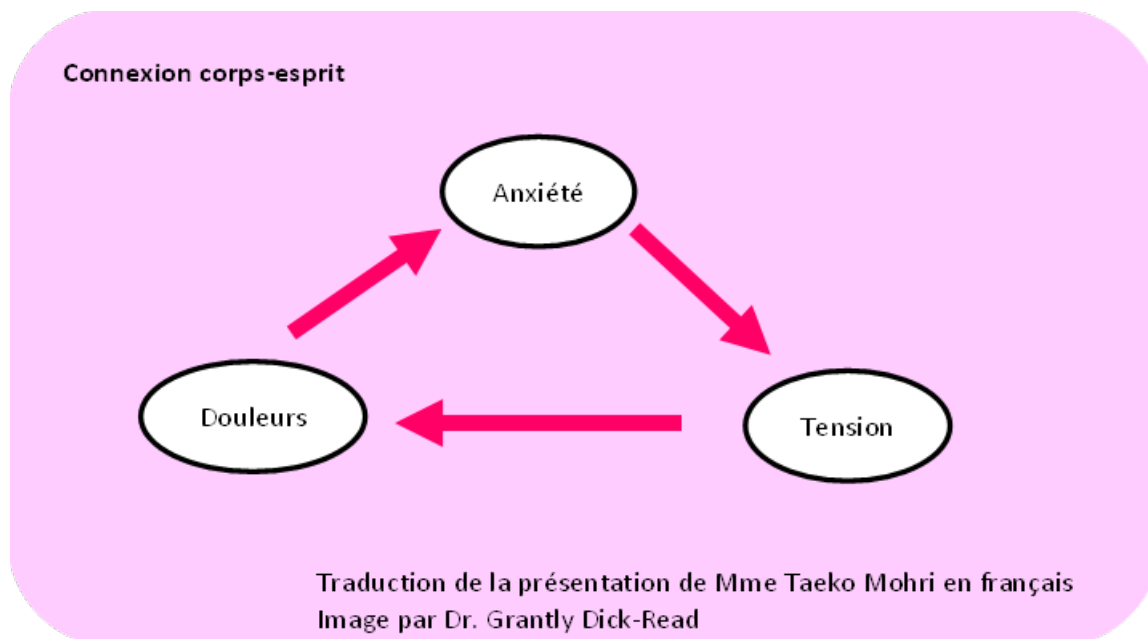
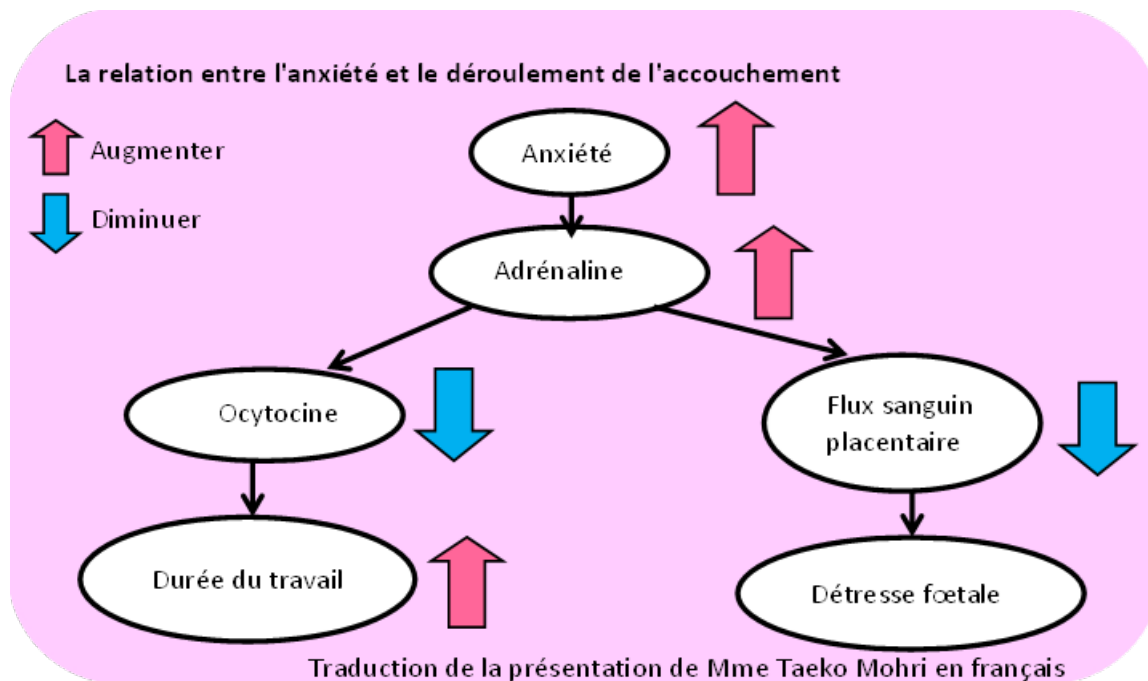
Session 3 : Évaluation et soins durant la première stade d'accouchement

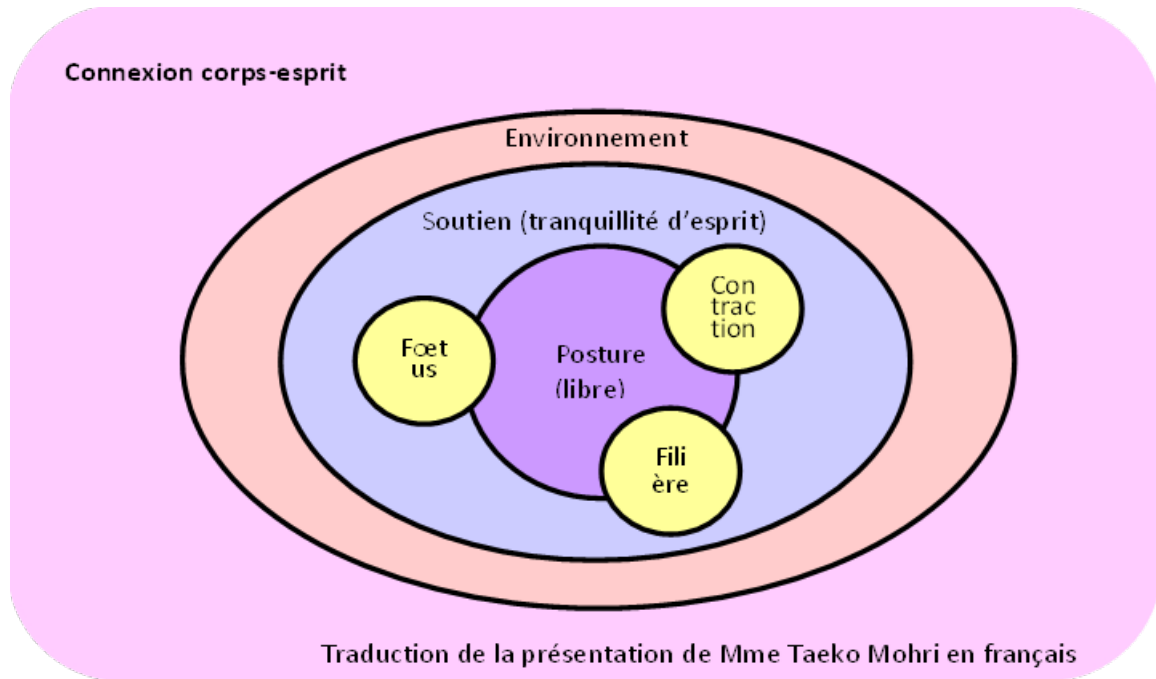
1. Communication aidante avec la parturiente

Jeu de rôle

Cas 1 : Primipare avec une vive inquiétude et une sage-femme (intimidante, négligente)

Cas 2 : Primipare avec une vive inquiétude et une sage-femme (douce, compréhensive, empathique)





2. Définition et recommandations du premier stade de l'accouchement

1. Définition

Selon l'OMS, le premier stade de l'accouchement comprend :

- La phase de latence est une période qui se caractérise par des contractions utérines douloureuses et des changements variables du col de l'utérus, comprenant un certain degré d'effacement et une progression lente de la dilatation allant jusqu'à 5 cm pour le premier accouchement et ainsi que pour les suivants ;
- La phase active du travail est une période qui se caractérise par des contractions utérines douloureuses régulières, un degré important d'effacement du col de l'utérus et une dilatation du col de l'utérus plus rapide allant de 5 cm à la dilatation complète pour le premier accouchement et ainsi que pour les suivants ;

2. Recommandations

Selon l'OMS, les recommandations du premier stade de l'accouchement sont les suivantes :

- Les femmes devraient être informées que la durée standard de la phase de latence n'a pas été établie et peut grandement varier d'une femme à l'autre. Toutefois, la durée de la phase active (de 5 cm jusqu'à la dilatation complète) ne dépasse généralement pas 12 heures pour les premiers accouchements, et 10 heures pour les accouchements suivants ;
- Pour les femmes enceintes avec un début de travail spontané, le rythme de dilatation du col de l'utérus d'1 cm/heure au cours de la phase active (représenté par la ligne d'alerte du partogramme) n'identifie

pas correctement les femmes présentant des risques d'issue défavorable pour l'accouchement et n'est donc pas recommandé à cette fin ;

- Un rythme de dilatation d'1cm/heure au minimum au cours de la phase active est peu réaliste et trop rapide pour certaines femmes et n'est donc pas recommandé pour identifier la progression normale du travail. La seule dilatation du col de l'utérus à un rythme inférieur à 1 cm/heure ne devrait pas être une indication de routine pour une intervention obstétricale ;
- Le travail peut ne pas s'accélérer naturellement avant qu'un seuil de dilatation du col de l'utérus de 5 cm ne soit atteint. Par conséquent, l'utilisation d'intervention médicale pour accélérer le travail et l'accouchement (comme l'administration d'ocytocine ou la césarienne) avant ce seuil n'est pas recommandées si les conditions fœtales et maternelles sont rassurantes.

3. Influences de la position sur la marche du travail

Selon la position choisie par la femme pendant le travail, plusieurs avantages ont été démontrés sur les plans technique et scientifique. La femme peut se tenir debout, marcher, s'asseoir, se suspendre ou se mettre à genoux, prendre une douche ou un bain pour se détendre ou adapter successivement chaque position comme elle le souhaite. Pour permettre à la parturiente d'avoir plus de liberté, les voies veineuses ne sont pas systématisées, il n'est pas nécessaire de bénéficier de beaucoup d'accessoires pour être confortable, se détendre, rester sereine. Ainsi, les avantages de la déambulation et de l'adaptation de différentes positions pendant le travail sont nombreux de :

1. Sur la dynamique utérine :
 - Intensité et fréquence des contractions utérines plus grandes ;
 - Régularité plus marquée des contractions utérines ;
 - Relaxation plus complète entre les contractions utérines ;
2. Sur la dilatation cervicale : elle est plus rapide ;
3. Sur la durée du travail : 1^{ère} et 2^{ème} phases plus courtes ;
4. Sur le bien-être fœtal :
 - Meilleure circulation utéroplacentaire avec meilleure oxygénation fœtal ;
 - Meilleure descente et rotation de la présentation du fait de l'augmentation du diamètre du bassin ;
 - Moins de souffrance fœtale pendant le travail ;
5. Sur le bien être maternel :
 - Plus grand confort avec participation active au travail ;
 - Moins de stress et de douleur ;
 - Moins de besoins en analgésiques ;
 - Moins d'ennui et d'angoisse liés à l'immobilité
 -

3-1. Entrée de la tête du fœtus dans le bassin

L'angle d'entraînement (l'angle entre l'axe du fœtus et la colonne vertébrale de la mère) varie selon la position. Plus l'angle d'entraînement est large, plus la tête du bébé peut entrer facilement dans le bassin. La position optimale pour l'entrée de la tête dans le bassin est la position debout, avec un angle d'entraînement plus élevé qu'en position couchée. L'angle s'élargit.

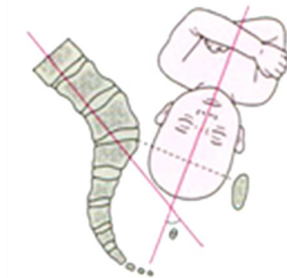


Illustration 5. Angle d'entraînement

3-2. Fonction orthomorphique du canal vaginal osseux

Russel (1969) a précisé trois points de mouvement osseux dans l'articulation sacro-iliaque : ①mouvement postérieur vers le haut de l'apex du sacrum, ②mouvement vers le bas du sacrum et ③mouvement de charnière de l'acétabulum.

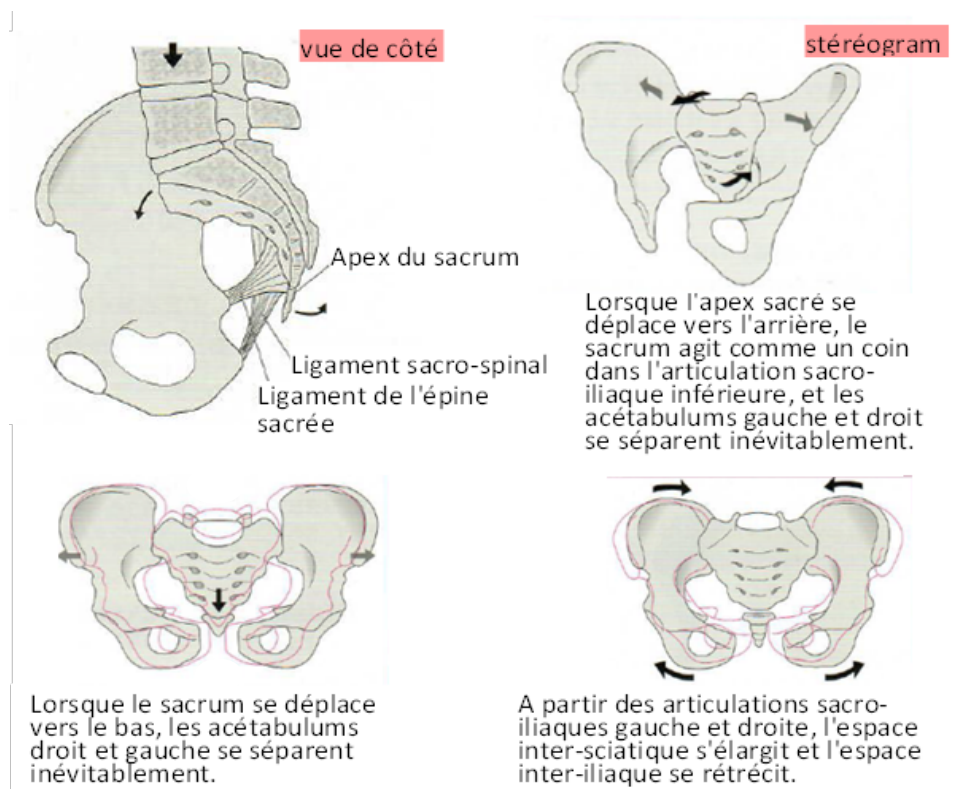


Illustration 6. Mouvement osseux dans l'articulation sacro-iliaque

Sur la base de ces mouvements osseux, **l'orifice pelvien s'élargit en position accroupie, l'épine interosseuse s'élargit lorsque les jambes sont ouvertes en position assise, et les diamètres pelviens s'élargissent en position à quatre pattes.**

3-3. Position préférée d'un point de vue anatomique et physiologique

1. Position debout

Avantages

- Possibilité d'augmentation de la fréquence, l'intensité et de la durée des CU
- Diminution des douleurs lombaires
- Liberté de mouvement
- Meilleure circulation utéroplacentaire
- Bonne ouverture du détroit inférieur
- Position idéale pour profiter de la pesanteur et favoriser l'engagement et la descente du fœtus
- Rotation facilitée si la femme est debout et penchée vers l'avant

Limite

- Fatigue maternelle



2. Position accroupie

Avantages

- Possibilité d'augmentation de la fréquence, l'intensité et de la durée des CU
- Engagement et descente du fœtus favorisé par la force de gravité vers le bas
- Liberté de mouvement du bassin
- Meilleure circulation utéroplacentaire
- Possibilité d'une relaxation optimale du périnée

Limites

- Beaucoup de pression si présence d'hémorroïdes, de varices ou d'un périnée fragile
- Pieds engourdis après un long moment



3. Position à quatre pattes

Avantages

- Correction de la rotation postérieure en position antérieure
- Diminution des douleurs lombaires
- Liberté de mouvement du sacrum
- Ouverture du bassin
- Facilité de l'effacement du col

Limite

- Fatigue maternelle après un long moment

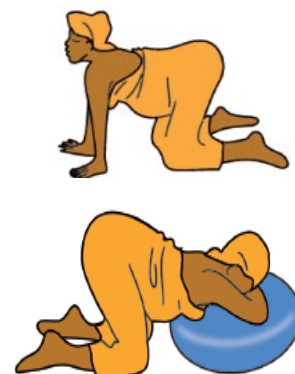


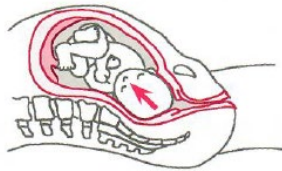
Illustration 7. Positions variées

3-4. Revue de la rotation

1. Première rotation

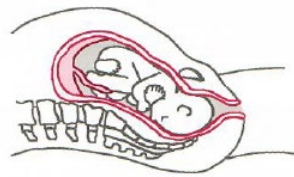
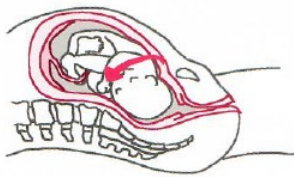
Le fœtus céphalique adopte une position fléchie au niveau de l'entrée du bassin, le menton étant ramené vers la poitrine. C'est la position qui présente la plus petite circonférence et qui facilite le passage dans le canal vaginal.

À ce stade, le fœtus est en position de menton haut, c'est-à-dire en antiflexion.



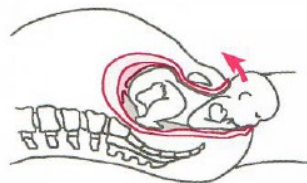
2. Deuxième rotation

La tête du fœtus entre dans le canal vaginal en position latérale, descend et tourne progressivement, et au moment de l'accouchement, le visage du fœtus fait face au dos de la mère. Si la tête du fœtus entre dans la sortie pelvienne sans la deuxième rotation, le fœtus sera en position latérale basse, descendant en étant couché sur le côté, et si la deuxième rotation se fait du côté opposé, le fœtus sera une présentation OIDP (occipito-iliaque droit postérieure) ou OIGP (occipito-iliaque gauche postérieure) avec le visage du fœtus face à la paroi abdominale de la mère.



3. Troisième rotation

Lorsque la tête du fœtus descend vers la sortie pelvienne avec OIDA (occipito-iliaque droit antérieure) ou OIGA (occipito-iliaque gauche antérieure), l'occiput est fixé sous l'os pubien, et la tête, qui était en position de flexion, est délivrée en s'étendant vers l'avant avec ce point d'appui.



4. Quatrième rotation

Lorsque la tête du bébé est délivrée, elle reprend sa position latérale initiale.

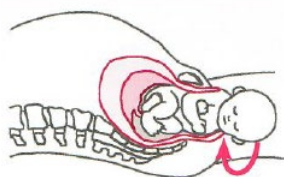


Illustration 8. Rotation du fœtus

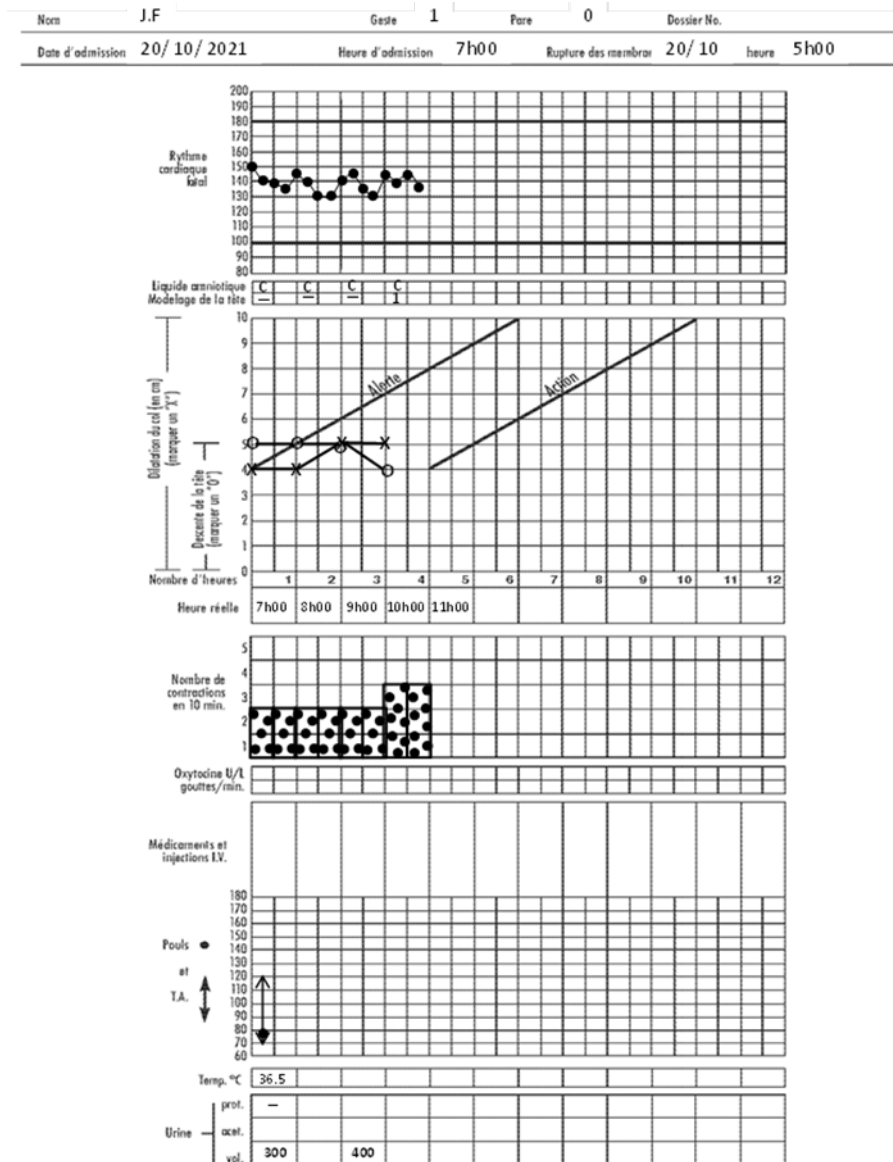
4. Partogramme pour une bonne prise de décisions

Avantages du partogramme :

- Visualiser la progression du travail pour aider la prise de décision
- Assurer un suivi continu de la parturiente lors du changement d'équipe
- Dépister une dystocie de façon précoce

Limites du partogramme :

- Instrument exclusivement destiné à la surveillance et à la conduite du travail
- Ne permet pas d'identifier les autres facteurs qui pourraient être présents avant le début du travail notamment pendant la phase de latence
- N'est pas indiqué devant une complication survenue au cours de la grossesse et dont la nature nécessite une intervention immédiate



Instructions de remplissage

- **Liquide amniotique : noter la couleur lors de chaque examen vaginal :**
 - I : membranes intactes
 - C : rupture des membranes, liquide clair
 - M : liquide teinté de méconium
 - B : liquide teinté de sang
- **Modelage :**
 - 1 : sutures apposées
 - 2 : sutures qui se chevauchent mais chevauchement réductible
 - 3 : sutures qui se chevauchent mais chevauchement irréductible
- **Descente :** concerne la partie de la tête (divisée en 5 parties) palpable au-dessus de la symphyse pubienne ; la marquer d'un cercle (O) à chaque toucher vaginal. A 0/5, le sinciput (S) est au niveau de la symphyse pubienne.

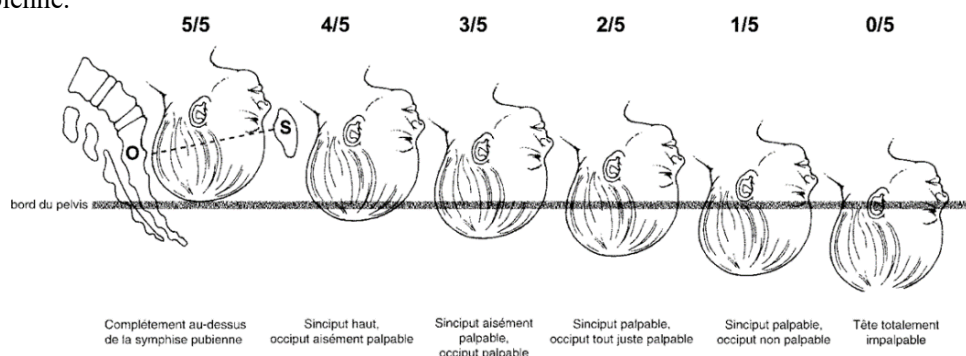
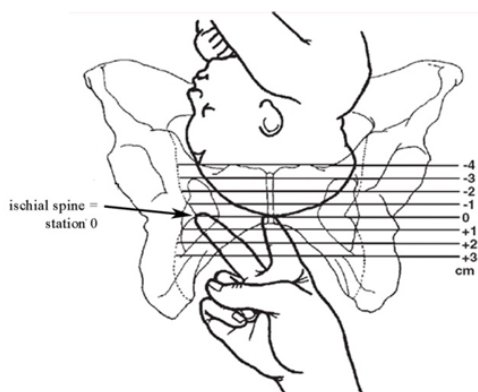


Illustration 9. Descente de la tête divisée en 5 parties



Station	Descente correspondante
-4 à -3	5
-2 à -1	4
0	3
+1	2
+2	1
+3	0

Illustration 10. Descente de la tête en examen vaginal

- **Nombre de contractions :** toutes les demi-heures ; déterminer à la palpation le nombre de contractions en 10 minutes et noter leur durée en secondes
 - Moins de 20 secondes :
 - Entre 20 et 40 secondes :
 - Plus de 40 secondes :

5. Conseils appropriés à la parturiente et à son entourage pour un bon déroulement du travail

Etude de cas

Cas 3 : Primipare avec une vive inquiétude, très tendue, et elle reste tout le temps collé au lit

Cas 4 : Travail prolongé avec une rotation anormale

Soins nécessaires

Relaxation

Une augmentation de l'anxiété entraîne une augmentation de la sécrétion d'adrénaline. En conséquence, la sécrétion d'ocytocine diminue et le temps écoulé pour l'accouchement s'allonge. Le flux sanguin placentaire est également réduit, et le dysfonctionnement du fœtus est plus susceptible de se produire.

Mobilité maternelle et position

Une posture libre augmente le flux sanguin vers l'utérus et provoque des contractions utérines appropriées. Un flux sanguin placentaire accru prévient les dysfonctionnements du fœtus. Lorsqu'une femme est assise ou debout, la gravité favorise la descente du fœtus et la maturation du col de l'utérus.

Boisson et nourriture par voie orale

Il n'y a aucune raison d'interdire de manger ou de boire pendant le travail, sauf s'il est clair qu'une césarienne sera nécessaire. La perte de force et d'énergie et la baisse du taux de sucre dans le sang causé par l'absence de nourriture ou de boisson peuvent déclencher un accouchement difficile.

Afin de favoriser la progression du travail, il est nécessaire de donner à la mère quelque chose qu'elle peut manger et boire facilement et qu'elle aime.

Si la femme hésite à manger à cause de la douleur, la sage-femme doit lui dire que manger et boire l'aidera à accoucher et la soigner pour qu'elle puisse manger et boire facilement.

Miction

La miction doit être encouragée toutes les 3 à 4 heures, car une vessie pleine peut interférer avec le déroulement de l'accouchement. Il est important que la sage-femme aide la femme à aller aux toilettes et à uriner spontanément autant que possible, plutôt qu'utiliser une sonde.

Comme mentionné ci-dessus ; la mobilité maternelle aide à faire progresser l'accouchement.

Repos

Si la femme est épuisée ou n'a pas dormi, cela peut avoir un impact sur le travail et l'accouchement. Lorsque les contractions sont faibles et que la femme s'assoupit, la sage-femme doit faire en sorte que la femme se repose un moment. Il arrive souvent qu'après que la femme ait dormi un peu et repris des forces, les contractions s'intensifient et l'accouchement progresse.

Session 4 : Évaluation et soins durant le deuxième stade d'accouchement

1. Définition et recommandations du deuxième stade de l'accouchement

1-1. Définition et durée

Selon l'OMS, le deuxième stade de l'accouchement comprend :

- La deuxième phase est la période entre la dilatation complète du col de l'utérus et la naissance de l'enfant, pendant laquelle la femme ressent le besoin involontaire de pousser suite aux contractions utérines d'expulsion.
- Les femmes devraient être informées que la durée de la deuxième phase varie d'une femme à l'autre. Lors des premiers accouchements, la naissance a généralement lieu en moins de 3 heures, tandis que pour les accouchements suivants, la naissance a généralement lieu en moins de 2 heures.

1-2. Recommandations

Selon l'OMS, les recommandations du premier stade de l'accouchement sont les suivantes :

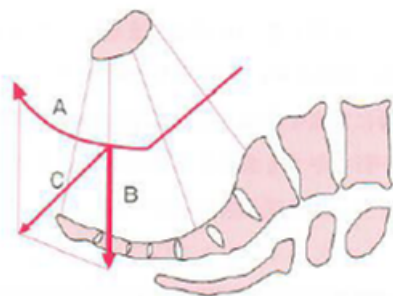
- Les femmes devraient être informées que la durée de la deuxième phase varie d'une femme à l'autre. Lors des premiers accouchements, la naissance a généralement lieu en moins de 3 heures, tandis que pour les accouchements suivants, la naissance a généralement lieu en moins de 2 heures ;
- Il est recommandé d'encourager l'adoption des positions d'accouchement choisies individuellement par la femme, y compris les positions verticales ;
- Les femmes dans la phase d'expulsion de la deuxième phase du travail devraient être encouragées et soutenues à suivre leur propre envie de pousser ;
- Pour les femmes dans la deuxième phase du travail, les techniques visant à réduire le traumatisme du périnée et à faciliter la naissance spontanée (y compris le massage du périnée, les compresses chaudes, et une surveillance « manuelle » du périnée) sont recommandées, selon les préférences de la femme et les options disponibles ;
- L'épisiotomie de routine ou son large emploi ne sont pas recommandés pour les femmes qui accouchent spontanément ;
- L'expression abdominale pour faciliter l'accouchement pendant la deuxième phase du travail n'est pas recommandée.

2. Avantages et limites de chaque position d'accouchement

2-1. Direction de la sortie de l'accouchement en positions variées

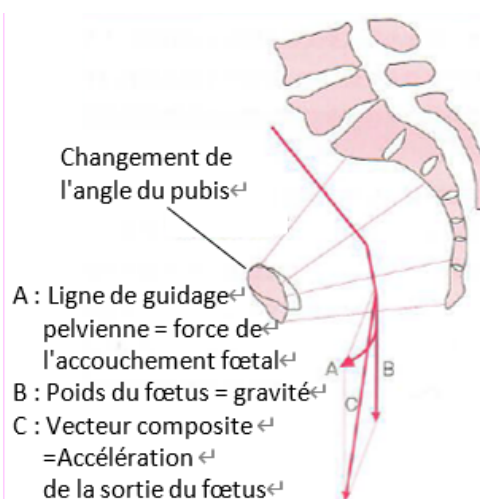
En position couchée, le canal vaginal humain est guidé vers le haut par une courbe en forme de S (figure 1), mais en position accroupie ou à quatre pattes, le canal vaginal est guidé vers le bas par la gravité de la tête du fœtus (figures 2 et 3). En outre, en position accroupie ou à quatre pattes, on peut dire qu'il s'agit d'une posture qui réduit les douleurs causées par le mouvement du coccyx, car la pression du coccyx sur la tête du fœtus est moindre qu'en position couchée. La position latérale est également facile à réaliser sur la table d'accouchement, mais il convient de noter que les lacérations de petite lèvre, qui se trouvent sur le côté inférieur, sont plus susceptibles de se produire.

Figure 1 Position couchée



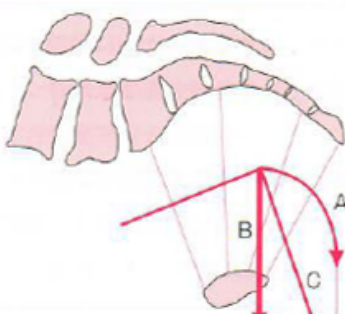
- A : Ligne de guidage pelvienne = force de l'accouchement fœtal
- B : Poids du fœtus = gravité
- C : Vecteur composite = nécessité d'une protection périnéale

Figure 2 Position accroupie



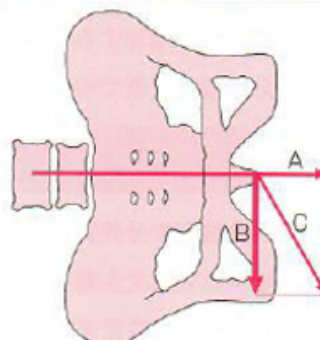
- A : Ligne de guidage pelvienne = force de l'accouchement fœtal
- B : Poids du fœtus = gravité
- C : Vecteur composite = Accélération de la sortie du fœtus

Figure 3 Position à quatre pattes



- A : Ligne de guidage pelvienne = force de l'accouchement fœtal
- B : Poids du fœtus = gravité
- C : Vecteur composite = nécessité d'une protection des petites lèvres supérieures

Figure 4 Latérale



- A : Ligne de guidage pelvienne = force de l'accouchement fœtal
- B : Poids du fœtus = gravité
- C : Vecteur composite = nécessité d'une protection de petite lèvre qui se situe sur le côté inférieur

Illustration 11. Direction de la sortie en positions variées

2-2. Les avantages et ce sur quoi les sages-femmes doivent faire attention dans chaque position d'accouchement

1. Position couchée

Avantage

- Réponse rapide aux urgences

Limites

- Difficulté pour la parturiente de pousser
- Possibilité de déchirures périnéales (la direction de l'accouchement et la ligne de guidage pelvienne étant fortement déplacées)

2. Position accroupie

Avantages

- Descente du fœtus favorisée par la force de gravité vers le bas
- Liberté de mouvement du bassin
- Position physiologique pour effectuer les efforts expulsifs
- Élargissement du diamètre de dégagement

Limites

- Instabilité, fatigue accrue et œdème périnéal après des périodes prolongées dans la même position
- Nécessité d'avoir une personne pour soutenir le tronc de la mère ou quelque chose à quoi la mère peut s'accrocher
- Nécessité de régler la pression de la protection périnéale pour éviter que l'enfant ne saute vigoureusement

3. Position à quatre pattes

Avantages

- Correction de la position en postérieure en position antérieure
- Diminution des douleurs lombaires
- Mobilité du sacrum
- Ouverture du bassin
- Aide à ralentir un travail trop rapide afin d'éviter la déchirure du périnée
- Solution devant la dystocie des épaules

Limites

- Douleurs aux genoux si elle reste dans la même position pendant une longue période
- Difficulté de voir le visage de la parturiente
- Difficulté d'écouter le rythme cardiaque fœtal

4. Position latérale

Avantages

- Soulagement de la douleur lombaire
- Possibilité d'un prolongement de l'intervalle entre les contractions, mais d'une intensité efficace
- Correction des malrotations et du ralentissement du rythme cardiaque fœtal
- Facile à convertir en position couchée en cas d'urgence

Limites

- Nécessité de protéger la petite lèvre qui situe sur le côté inférieur

2-3. Position de McRoberts

Si la femme est couchée sur le dos et que vous voulez augmenter la force de l'accouchement une fois de plus, demandez-lui de prendre la position de McRoberts. Demandez à la parturiente de tenir ses cuisses et de les rapprocher le plus possible de sa poitrine.

La zone de sortie pelvienne s'élargit en position de McRoberts par rapport à la position couchée.

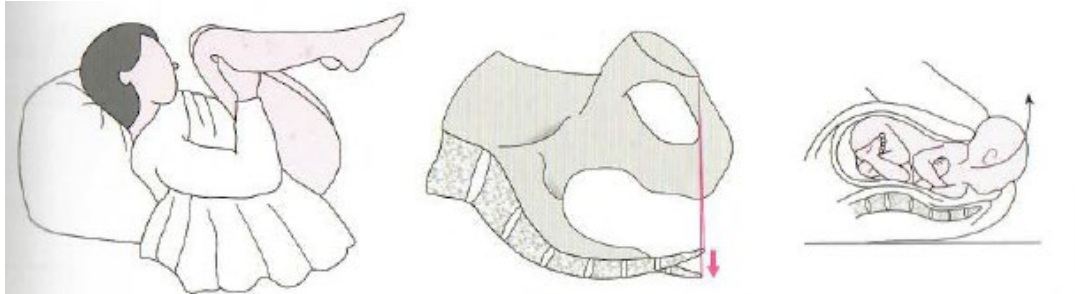


Illustration 12. Changements dans la zone de sortie pelvienne dus à la position McRoberts

3. Présentations vicieuses et malpositions

Etude de cas

Cas 1 : Contraction faible avec une présentation occipito-iliaque droit postérieure (OIDP)

3-1. Définition

Les définitions sont importantes lorsqu'on se réfère à une discussion sur les présentations anormales. Présentation (ou allongé, disposition) se réfère à une relation entre l'axe long du fœtus à celui de la mère, spécifié comme longitudinal, transversal, ou oblique (également référé comme instable). Présentation se réfère à la partie du fœtus qui est en avant ou "se présentant" dans la filière pelvi génitale. Le fœtus peut se présenter par sommet, siège, face, front ou épaule. Position se réfère au point de référence sur la partie qui se présente, et comment elle est liée au bassin maternel. Par exemple, le point de référence sur le sommet est l'occiput. Lorsque l'occiput fœtal est dirigé vers la symphyse de la mère, ou antérieurement, le fœtus est dans la position d'occiput antérieur (OA) et ainsi de suite, telle indiquée dans l'illustration 4.

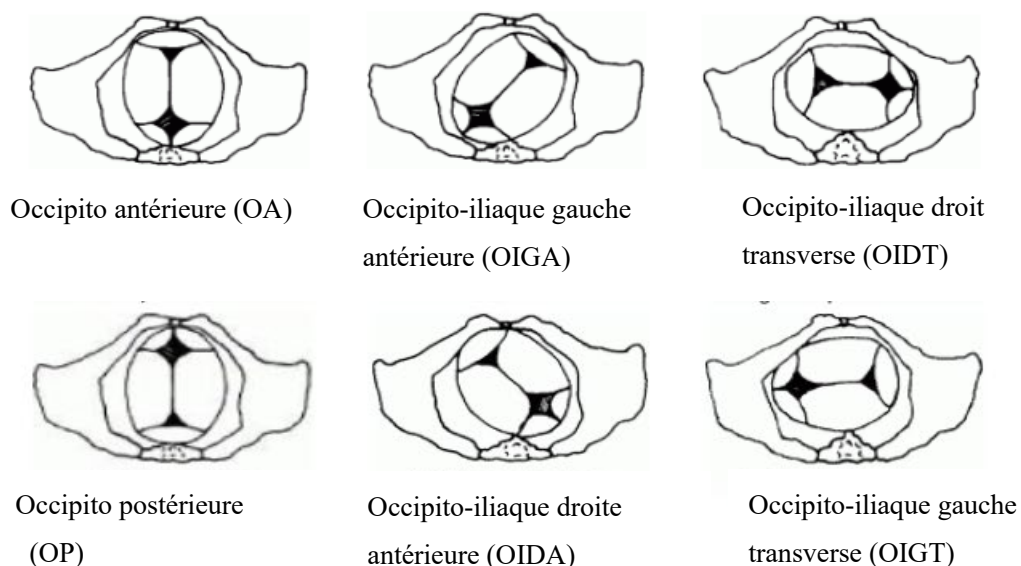


Illustration 13. Différentes positions fœtales pour la présentation du sommet. Le point de référence est l'occiput par rapport à la symphyse de la mère.

3-2. Entrée malaxiale

Lorsque la tête du fœtus pénètre dans le bassin, la suture sagittale descend avec une déviation antérieure ou postérieure par rapport à l'axe pelvien, ce qui est appelé entrée malaxiale. Il existe deux types d'entrée malaxiale : l'entrée antérieure, dans laquelle la ligne médiane de la tête du fœtus fait face au sacrum maternel et l'os pariétal antérieur est avancé, et l'entrée postérieure, dans laquelle la ligne médiane de la tête du fœtus fait face à l'os pubien et l'os pariétal postérieur est avancé.

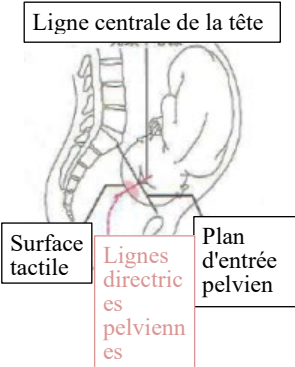
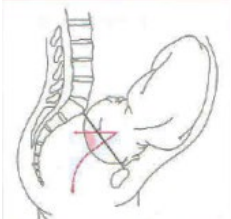
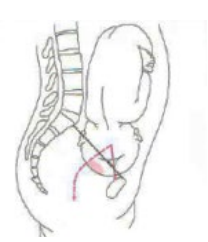
	Entrée axe normal	Entrée malaxiale	
		Entrée antérieure	Entrée postérieure
Vue latérale de la mère	Ligne centrale de la tête 	 Le pariétal (petite fontanelle) s'enfonce plus près du coccyx. Fréquent chez les personnes ayant un bassin large.	 Le pariétal (petite fontanelle) se rapproche du pubis. La courbure est faible.
Toucher vaginal			

Illustration 14. Entrée axe normal et entrée malaxiale

3-3. Anomalie de la deuxième rotation

Lorsque la tête du fœtus descend en position latérale jusqu'à proximité de la sortie pelvienne, elle est en position latérale basse. Si le fœtus est rétroversé de façon à ce que sa face soit tournée vers la face ventrale de la mère, la suture sagittale peut être verticale mais le fœtus sera en position occipitale postérieure avec la grande fontanelle sur le côté supérieur, ce qui rendra l'accouchement difficile.

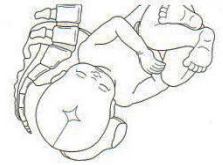
	Vue de face de la mère	Vue latérale de la mère	Toucher vaginal
Position occiput postérieure			
Position latérale basse			

Illustration 15. Anomalie de la deuxième rotation

3-4. Comment traiter une entrée malaxiale ou une rotation anormale ?

L'observation et le toucher vaginal sont très importants pour traiter une entrée malaxiale ou une malrotation. Que le fœtus soit à gauche ou à droite position, que le dos du fœtus soit en avant ou en arrière, que la suture sagittale soit à droite ou à gauche, etc. En imaginant ainsi la posture du fœtus, on apporte ensuite la correction nécessaire.

- Si le dos du fœtus est tourné vers la postérieure de la mère, nous demandons à la parturiente la position à quatre pattes afin que le dos du fœtus tourne vers l'abdomen de la mère par gravité.



Illustration 16. Traiter à quatre pattes

- Si la suture sagittale est oblique même lorsque le col de l'utérus est presque entièrement ouvert, la mère doit être placée en position couchée gauche si le dos du fœtus est du côté droit, et en position couchée droite si le dos du fœtus est du côté gauche.
- Si la suture sagittale reste dans un diamètre transversal ou oblique et ne descend pas jusqu'à la sortie pelvienne, essayez de placer le bébé en position pelvienne haute sans gêne. Cela permet de soulager la pression exercée par la cavité pelvienne sur la tête du fœtus et de la ramener dans l'utérus. Lorsque l'utérus est mou pendant les contractions intermittentes, soulevez doucement le fœtus de la paroi abdominale.
- L'utilisation d'un ballon de gym est très efficace lorsqu'une rotation anormale est suspectée. Lorsque la mère rebondit, le fœtus rebondit et tourne normalement.

Nous essaierons différentes méthodes telles que marcher, s'asseoir, s'agenouiller, s'accroupir et se tenir debout.

4. Dystocie des épaules

Etude de cas

Cas 2 : Dystocie des épaules

4-1. Définition

La dystocie des épaules est définie comme l'inclusion de l'épaule antérieure contre la symphyse pubienne maternelle, après le dégagement de la tête du fœtus. Elle se produit lorsque le diamètre biacromial (largeur des épaules) est supérieur au diamètre de l'orifice d'entrée du bassin.

Les facteurs prénataux comprennent une dystocie d'épaule précoce, un diabète gestationnel, une grossesse prolongée, une macrosomie, une mère de taille trop petite, et une anatomie pelvienne anormale. Les signes intra-partum alarmants qui devraient signaler une possibilité de dystocie des épaules sont une longue phase proactive de la première étape du travail, une deuxième étape de travail prolongée avec un 'pompage de tête', et la nécessité de forceps ou de ventouse pour l'accouchement.

Les lésions de tissus mous sont la complication la plus fréquente chez la mère, avec un risque accru de déchirement périnéal du troisième et quatrième degré, et un potentiel ultérieur de formation de fistule recto-vaginal. L'hémorragie post-partum, due à une atonie utérine ou à un traumatisme canal de naissance, est également plus fréquente. Une diathèse symphysaire et une rupture utérine se produisent rarement. Parmi les plus fréquentes complications fœtales de la dystocie des épaules sont les paralysies du plexus brachial, les fractures claviculaires et de l'humérus, et l'hypoxie fœtale.

4-2. Gestion

L'anticipation et le développement d'un plan institutionnel sont des étapes importantes dans la lutte contre cette situation d'urgence. Le mnémonique **HELPER4** est un outil clinique qui peut fournir aux accoucheurs un cadre structuré à suivre pour faire face à une situation extrêmement difficile et chargée. 30 à 60 secondes sont la durée de temps recommandée pour chaque manœuvre.

H : Demander de l'Aide ("Help") additionnelle. Activer le plan préétabli pour le personnel pour agir en utilisant l'équipement nécessaire.

E : Évaluer et Expliquer.

L : Lever les Jambes ("Legs") (La manœuvre de McRoberts dans l'illustration 17). C'est la première étape de la gestion. La procédure implique la flexion des hanches de la mère, en positionnant les cuisses de la mère vers le haut sur son abdomen. Ceci simule la position accroupie, avec l'avantage d'augmenter le diamètre d'entrée. Les infirmières et les membres de la famille présents à l'accouchement peuvent aider pour cette manœuvre. La position McRoberts doit se poursuivre pendant les essais d'autres manœuvres. Cette seule manœuvre est censée soulager plus de **40%** l'ensemble des dystocies des épaules.

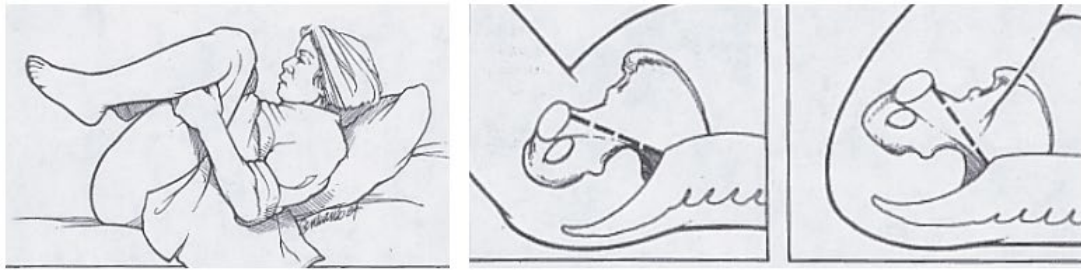


Illustration 17. Manœuvre de McRoberts

P : Pression sus-pubienne. Un assistant doit tenter de faire une pression externe manuelle sus-pubienne pendant environ 30 à 60 secondes, pendant que l'accoucheur continue une traction légère. Cette manœuvre est parfois appelée Rubin's I.

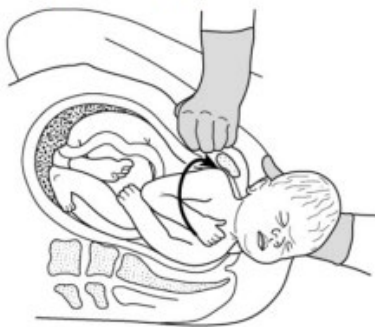


Illustration 18. Pression sus-pubienne

La main sus-pubienne doit être placée sur l'épaule antérieure du fœtus, en appliquant une pression de telle sorte que l'épaule se dégage ou se plie en avant et passe sous la symphyse (illustration 8). La pression utérine n'est jamais appropriée et ne fait qu'aggraver l'impact et le risque de blessures.

E : Considérer l'Épisiotomie

RI : Retirer le bras postérieur

Lorsque le bras postérieur est retiré du canal de naissance, le diamètre bisacromial se rétrécit, ce qui entraîne une réduction de 20 % du diamètre de l'épaule. Cela permet à l'épaule antérieure de s'affaisser au fur et à mesure que le fœtus descend dans le creux pelvien, ce qui libère l'impaction antérieure. Pour effectuer cette manœuvre, le prestataire doit insérer sa main loin dans le vagin et tenter de localiser le bras postérieur. Si le dos du fœtus est orienté vers la droite de la mère, le prestataire insère sa main droite dans le vagin à la position 6 heures, qui doit se trouver devant la poitrine du fœtus. La main du prestataire doit être lubrifiée et rendue petite pour faciliter l'insertion de la main entière dans le vagin postérieur. Les auteurs d'une étude ont expliqué cette technique en décrivant comment une main pourrait être insérée dans une boîte de chips.



Illustration 19. Technique de la boîte de chips

Après avoir pénétré dans le vagin, confirmez la position du fœtus et essayez de localiser l'avant du thorax où se trouve l'avant-bras. Le prestataire peut alors exercer une pression au niveau de la fosse antécubitale du fœtus pour fléchir l'avant-bras ou suivre l'avant-bras pour le saisir au poignet et l'amener par un mouvement de balayage sur la paroi thoracique antérieure du fœtus, puis vers l'extérieur sur le visage du fœtus. Une rotation du tronc du fœtus pour amener le bras postérieur vers l'avant est parfois nécessaire. La partie supérieure du bras du fœtus ne doit jamais être saisie et tirée directement, car cela peut entraîner une fracture de l'humérus. Si l'opération est effectuée correctement, la main, le bras et l'épaule postérieurs seront délivrés. Souvent, le fœtus tourne en tire-bouchon lors de la délivrance du bras. L'épaule antérieure pivote alors vers l'arrière sous la symphyse et est délivrée.

Un scénario difficile est parfois rencontré lorsque le bras est situé derrière le dos du fœtus. Le prestataire doit suspecter cette situation si, en entrant dans le vagin, le bras postérieur ne se trouve pas devant le tronc du fœtus. Dans ce cas, il doit retirer la main qui se trouve devant la poitrine du fœtus et insérer la main opposée derrière le dos du fœtus. Une fois le bras localisé, il peut être déplacé sous le corps du fœtus et poussé vers l'avant pour se trouver devant le thorax du fœtus. Le soignant retire alors sa main de derrière le dos du fœtus et réintroduit la main opposée dans le canal de naissance, devant le thorax du fœtus, où le bras peut maintenant être localisé. Les manœuvres décrites précédemment peuvent alors être tentées. Il n'est pas rare qu'une grande épisiotomie soit pratiquée pour permettre aux mains du soignant d'effectuer ces manœuvres, et les déchirures périnéales du troisième et du quatrième degré ne sont pas rares.

L'étude de 2011 a montré que lorsque toutes les manœuvres ont été évaluées dans les cas de DE, l'ablation du bras postérieur a été associée au taux de réussite le plus élevé pour la délivrance du fœtus, sans augmenter le taux de blessures.

R2 : Rotation de l'épaule du fœtus

① Rubin II

Par examen vaginal, appliquer une pression comme indiqué. Si les épaules se pivotent en plan oblique, tenter l'accouchement.

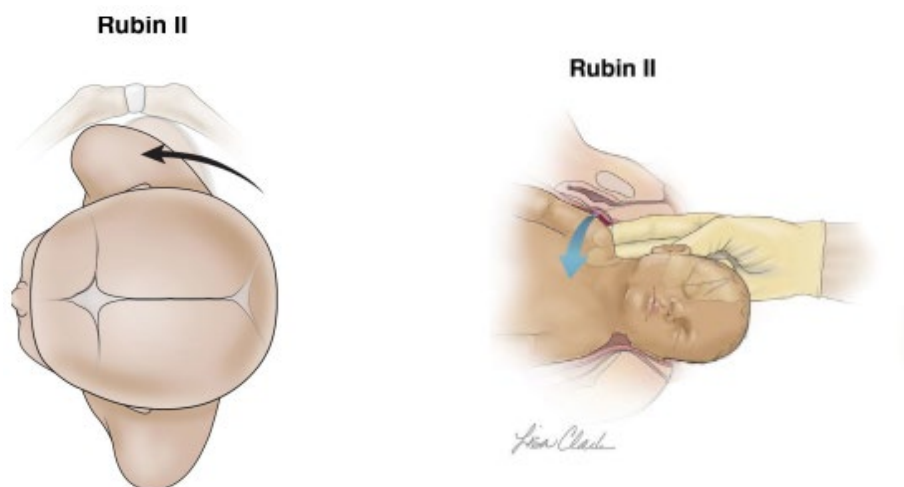
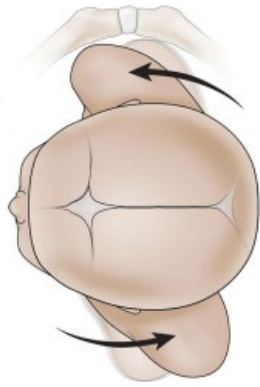


Illustration 20. Rubin II

② Rubin II + Manœuvre rotation de Wood

En cas d'échec, combiner avec la manœuvre rotation de Wood et continuer la rotation dans le même sens. Utilisez les deux mains et appliquer une pression comme indiqué. Si les épaules se pivotent maintenant en plan oblique, tenter l'accouchement. En cas d'échec, continuer la rotation vers 180 degrés et accoucher.

Rubin II + Woods Screw



Rubin II + Woods Screw

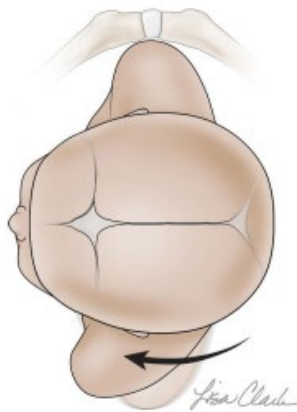


Illustration 21. Rubin II + Manœuvre rotation de Wood

③ Manœuvre rotation de Wood inversée

Si la dernière manœuvre échoue, la manœuvre rotation de Wood inversée peut être tentée. Insérer les doigts vers le bas et placer les sur l'épaule postérieure, tenter une rotation de 180 degrés dans le sens inverse.

Reverse Woods Screw



Reverse Woods Screw



Illustration 22. Rubin II + Manœuvre rotation de Wood

R3 : Rouler la patiente. A 'quatre pattes' consiste à rouler la patiente de la position actuelle à une position à quatre pattes. Le diamètre du bassin augmente lorsque les femmes en accouchement changent de la position couchée dorsale.



Illustration 23. Rouler à quatre pattes

R4 : Répéter

Résumé

Les dystocies des épaules sont des cas relativement fréquents et dangereux, mais elles sont difficiles à prédire, car près de 50% d'entre elles ne présentent pas de signes antérieurs. L'anticipation et la préparation sont les clés du succès de la gestion. Un plan institutionnel est recommandé, dans lequel on attribue une tâche à chaque membre de l'équipe. La gestion recommandée de la dystocie des épaules est basée sur la mnémonique **HELPER4**, qui fournit un guide mémoire et un cadre d'action structuré utile lors de cette manifestation.

Session 5 : Soins en cas de complications et/ ou d'anomalies chez la mère ou le fœtus

1. Complications et/ou anomalies au cours de l'accouchement

Complications majeures

Mère

- Pré-éclampsie, éclampsie
- Placenta praevia
- Hématome rétro-placentaire
- Rupture utérine
- Hémorragie du post-partum
- Inversion utérine

Fœtus et nouveau-né

- Ralentissements de BDCF
- Prématurité
- Asphyxie à la naissance
- Infection néonatale / Septicémie
- Anomalies congénitales

Complications mutuelles

- Disproportion fœto-pelvienne
- Présentations anormales
- Procidence du cordon

Illustration 24. Complications majeures

2. Prodiguier des soins respectueux culturellement acceptables à la parturiente présentant des complications

Etude de cas

Cas 1 : 3G2P, col 7 cm, ralentissement de BDCF

Cas 2 : 1G0P, pré-éclampsie, col 3cm. Elle est anxieuse et paniquée après que la sage-femme a décidé de la référer à l'hôpital.

2-1. Évaluation le BDCF

Rythme cardiaque fœtal :

1. Normal

110 ~ 160 BPM

2. Ralentissement (Décélération)

BDC < 110 BPM

- **Ralentissements précoces** : compression céphalique entraînant un réflexe vagal

- Correspondent aux CU
- Plus de 30 sec du point de départ au point le plus bas
- Ne durent pas après les CU



- **Ralentissements tardifs** : hypoxie (centres cardiomodérateurs ou indirecte)

- Début du ralentissement après le début de la CU
- Plus de 30 sec du point de départ au point le plus bas
- Se répètent de façon régulière en général lors de chaque CU



Signe de gravité : La chute est supérieure à 15 BPM

- **Ralentissements variables** : compression cordonale

- Chronologie variable par rapport aux CU, leur forme ne reflète pas celle des CU (fond irrégulier)
- Ne se répètent pas forcément à chaque CU



Signe de gravité :

- Le point le plus bas est inférieur à 70 BPM et la durée est supérieure à 30 sec
- Le point le plus bas se situe entre 70 BPM et 80 BPM et la durée est de 60 sec ou plus

Illustration 25. Causes de Ralentissements

- **Ralentissement prolongé**

- Dure plus de deux minutes

Signes de gravité :

- Le point le plus bas est inférieur à 80 BPM

3. Tachycardie : hyperthermie maternelle (Infection fœto-maternelle), hypoxie

BDCF > 160 BPM

2-2. Évaluation pour une femme souffrant d'une pré-éclampsie

Tension artérielle:

1. Normale

TA systolique < 140 mmHg et TA diastolique < 90 mmHg

2. Pré-éclampsie modérée

TA systolique $\geq$ 140 mmHg et/ou TA diastolique $\geq$ 90 mmHg
associée à une protéinurie à 2 croix (plus de 300mg/ 24h)

3. Pré-éclampsie sévère :

TA systolique $\geq$ 160 mmHg et/ou TA diastolique $\geq$ 110 mmHg
associée à une protéinurie à 3 croix (plus de 3g/ 24h)

Soins pré-éclampsie après 37 SA :

1. Pré-éclampsie modérée

- Score de Bishop $\geq$ 7
Déclencher le travail à l'ocytocine
- Score de Bishop < 7
Déclencher le travail avec le misoprostol : 50µg PV/6h
- Si échec du déclenchement ou contre indication à la voie basse: Césarienne

2. Pré-éclampsie sévère

Accouchement

L'accouchement doit avoir lieu dans les 24 heures, par voie vaginale ou césarienne selon l'état du col, l'âge gestationnel et l'état du fœtus.

Traitement par sulfate de magnésium

Sulfate de magnésium Ampoule de 5 g (500 mg/ml, 10 ml) Protocole IV/IM	Dose de charge : 4 g (8ml) de MgSO ₄ + 12ml de chlorure de sodium 0,9% en IV à administrer en 5 minutes puis Dose d'entretien : 10 g par voie IM (5 g dans chaque fesse), puis 5 g IM toutes les 4 heures (changer de côté à chaque injection) Poursuivre ce traitement pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement.
---	--

Pendant l'administration, surveiller :

- Le réflexe rotulien, la PA, le pouls et la FR toutes les 15 minutes pendant la première heure. En l'absence de signes de surdosage, poursuivre la surveillance toutes les heures.

- La diurèse horaire (poser une sonde de Foley).

Les manifestations de surdosage en sulfate de magnésium sont : d'abord disparition du réflexe rotulien puis hypotension, arythmie, dépression respiratoire (FR < 12/minute). Si l'examen montre une disparition du réflexe rotulien, arrêter le sulfate de magnésium immédiatement et administrer du **gluconate de calcium** (1 g en IV).

En cas de diminution de la diurèse (< 30 ml/heure ou 100 ml/4 heures) : interrompre le traitement et réaliser l'accouchement le plus rapidement possible.

Traitement antihypertenseur

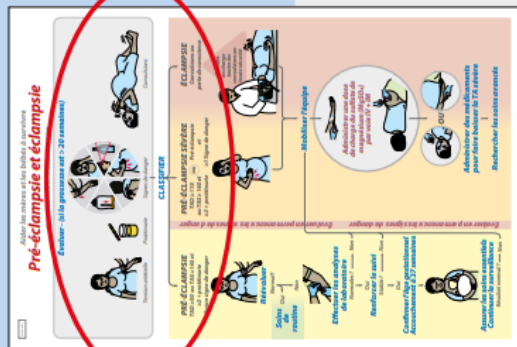
- Si PAS $\geq$ 160 mmHg ou PAD $\geq$ 110 mmHg : labétalol ou méthyldopa.
labétalol PO : 100 mg 2 fois par jour puis augmenter si nécessaire par paliers de 100 à 200 mg jusqu'à atteindre la dose efficace, habituellement 200 à 400 mg 2 fois par jour. Si des doses journalières supérieures sont nécessaires, diviser en 3 prises (max. 2,4 g par jour).
ou
méthyldopa PO : 250 mg 2 ou 3 fois par jour pendant 2 jours puis augmenter si nécessaire, par paliers de 250 mg tous les 2 à 3 jours, jusqu'à atteindre la dose efficace, habituellement autour de 1,5 g par jour (max. 3 g par jour).
- Si la voie orale est impossible, administrer labétalol ou hydralazine injectable. Surveiller la PA et le pouls maternel ainsi que le rythme cardiaque fœtal pendant l'administration.

La posologie est adaptée en fonction des chiffres tensionnels. L'HTA est contrôlée lorsque la PAD est comprise entre 90 et 100 mmHg et la PAS entre 130 et 150 mmHg.

Respecter la posologie et le rythme d'administration. Un surdosage ou une administration trop rapide peuvent provoquer une chute excessive et brutale de la PA maternelle, une hypoperfusion placentaire et la mort du fœtus. La PAD ne doit pas descendre en dessous de 90 mmHg. En cas d'hypotension, utiliser du Ringer lactate pour rétablir une PAD à 90-100 mmHg. Etre prudent pendant le remplissage et bien surveiller la patiente car il existe un risque de surcharge liquidienne et d'œdème pulmonaire maternel.

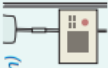
Activité d'apprentissage

Jeu de rôle : Classifier



	Tension artérielle	Protéinurie			
Pré-éclampsie (PE)	TAS ≥ 140 mmHg OU TAD ≥ 90 mmHg (Avec 2 lectures à au moins 4 heures d'intervalle)	Bandelette urinaire 2 + OU ≥ 300 mg de protéines dans un échantillon d'urine sur 24 heures OU ratio protéine : créatinine urinaire d'au moins 0,3	AUCUN	AUCUN	
Pré-éclampsie sévère (PES)	TA telle que mentionnée ci-dessus PLUS un signe de danger au moins OU TAS ≥ 160 OU TAD ≥ 110	Généralement : la protéinurie est associée à la PE (ci-dessus)	Au moins un des signes suivants: 1. Douleurs au quadrant supérieur droit 2. Maux de tête sévères 3. Vision trouble 4. Œdème pulmonaire 5. Oligurie 6. Plaquettes anormales, créatinine sérique anormales ou enzymes hépatiques anormales	AUCUN	
Éclampsie (E)	Généralement : TAS ≥ 140 OU TAD ≥ 90	Généralement : la protéinurie est associée à la PE (ci-dessus)	Peut présenter au moins l'un des signes de danger ci-dessus ou ne peut en présenter aucun	A fait au moins une convulsion ou est inconsciente	

Aider les Mères et les Bébé à Survivre : Tableau de médicaments pour la Pré-éclampsie et Éclampsie

Agent	Dose	Continuation	Dose maximale	Commentaires
Sulfate de Magnésium (MgSO₄) - Traitement anticonvulsivant pour les femmes atteintes de la prééclampsie sévère ou l'éclampsie				
MgSO₄ (régime de Pritchard) 	4 g (solution à 20%) en IV en 5 minutes ET 10 g (solution à 50%) + 1 mL de lidocaïne à 2% en IM (5 g dans chaque fesse)	Répétez toutes les 4 heures: 5 g (solution à 50%) + 1 mL de lidocaïne à 2% en IM en alternant les fesses.	Continuez pendant 24 heures après la naissance ou la dernière convulsion (selon la dernière éventualité).	Si les convulsions se reproduisent après 15 minutes, donnez 2 g de MgSO ₄ (solution à 20%) en IV. Surveillez la toxicité chaque heure. Suspendez le traitement du MgSO ₄ s'il y a un signe de toxicité. Reprenez le traitement du MgSO ₄ dès la disparition des signes de toxicité.
MgSO₄ (régime de Zuspan) 	4 g (solution à 20%) en IV.	Infusion en IV de 1 g / heure	Continuez pendant 24 heures après la naissance ou la dernière convulsion (selon la dernière éventualité).	Surveillez la toxicité chaque heure. Suspendez le traitement du MgSO ₄ s'il y a un signe de toxicité. Reprenez le traitement du MgSO ₄ dès la disparition des signes de toxicité.
Les médicaments antihypertenseurs pour traiter l'hypertension sévère (TA cible : 140–155 mmHg/90–100 mmHg)				
Hydralazine en IV 	5 mg en IV en 5 minutes	Répétez toutes les 5 min jusqu'à ce que la TA cible soit atteinte Répétez chaque heure selon les besoins, ou donnez les 12,5 mg en IM toutes les 2 heures au besoin.	20 mg / 24 heures	
Labétalol par voie orale ⓪	200 mg par voie orale	Répétez après 1 heure jusqu'à atteindre la TA cible.	1200 mg / 24 heures	Ne donnez pas aux femmes souffrantes d'insuffisance cardiaque congestive, de choc hypovolémique ou d'asthme.
Labétalol en IV 	10 mg en IV	En cas de réponse insuffisante après 10 min, donnez 20 mg en IV. Vous pouvez doubler la dose à 40 mg, puis 80 mg (attendez 10 minutes entre les doses) jusqu'à atteindre la TA cible.	300 mg, puis passez à la voie orale	Ne donnez pas aux femmes souffrantes d'insuffisance cardiaque congestive, de choc hypovolémique ou d'asthme.
Les capsules de libération immédiate de Nifédipine ⓪	5 - 10 mg par voie orale	Si une réponse insuffisante après 30 minutes, répétez la dose jusqu'à ce que la TA cible soit atteinte.	30 mg	Envisagez d'autres médicaments si la TA ne baisse pas dans 90 min.
Alpha méthildopa ⓪	750 mg par voie orale	Répétez après 3 heures jusqu'à atteindre la TA cible.	3g / 24 heures	
Corticothérapie anténatale pour accouchement prématuré (AG fiable est moins de 34 semaines ; aucune signe clinique d'infection maternelle)				
Dexaméthasone en IM 	12 mg en IM	Répétez après 24 heures. Renouvelez le traitement une seule fois si l'accouchement prématuré n'est pas survenu dans les 7 jours après le traitement initial et si l'AG est toujours < de 34 semaines.	24 mg / 24 heures	Ne donnez jamais plus de deux traitements. NE donnez PAS si vous ne pouvez pas confirmer que l'AG (l'âge gestationnel) est <34 semaines. NE donnez PAS si vous pensez que la femme peut avoir une infection, ou le nouveau-né prématuré ne peut pas recevoir des soins adéquats si cela est nécessaire.

[https://www.dropbox.com/sh/23pgshuwuk1jhnj/AAa2Swz_HIAgsUvkB503G17a/PE%26E%20Universal%20JOb%20Aids%20-%20French?dl=0&preview=PE%26E-](https://www.dropbox.com/sh/23pgshuwuk1jhnj/AAa2Swz_HIAgsUvkB503G17a/PE%26E%20Universal%20JOb%20Aids%20-%20French?dl=0&preview=PE%26E-MgSO4+Medication+Table_Universal+Graphics_French_Print+File.pdf&subfolder_nav_tracking=1)

MgSO4+Medication+Table_Universal+Graphics_French_Print+File.pdf&subfolder_nav_tracking=1

2-3. Procidence du cordon

La procidence du cordon représente une véritable urgence obstétricale. Le cordon peut être comprimé ou subir une occlusion entre la partie du fœtus qui se présente et le détroit supérieur ou la paroi pelvienne de la mère entraînant l'asphyxie et le décès du nouveau-né (illustration 26).

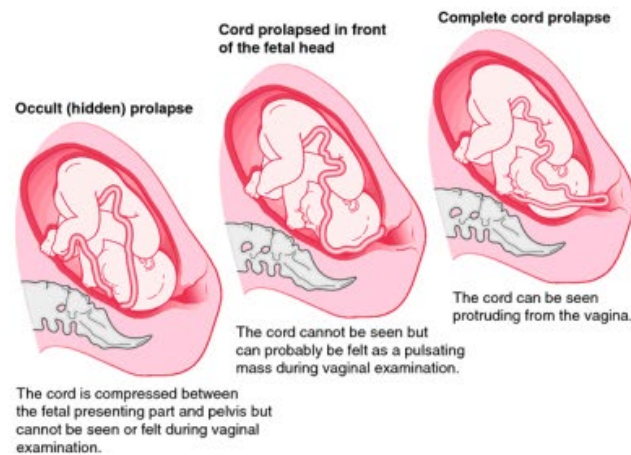


Illustration 26. Positions du prolapsus du cordon ombilical

Occult (hidden) prolapse = Prolapsus occulte (dissimulé) :

Le cordon est comprimé entre la partie du fœtus qui se présente et le bassin mais il ne peut pas être observé ni palpé au cours de l'examen vaginal.

Cord prolapsed in front of the fetal head = Cordon prolabé face à la tête du fœtus :

Le cordon ne peut pas être observé mais sa palpation donne l'impression d'une masse en pulsation au cours de l'examen vaginal.

Complete cord prolapse = Prolapsus du cordon complet :

Le dépassement du cordon en dehors du vagin peut être observé

Une identification et une réponse rapides peuvent réellement sauver la vie du fœtus. La prise en charge de cette complication comprend une évaluation rapide de l'état du fœtus, de la dilatation et de l'avancée du travail. Si le fœtus peut être libéré plus rapidement et en meilleure sécurité par voie vaginale plutôt que par césarienne, procédez immédiatement à l'accouchement à l'aide de forceps ou d'une ventouse obstétricale. Si un accouchement vaginal immédiat n'est pas possible, préparez alors un accouchement par césarienne. Élever manuellement la partie qui se présente en dehors du bassin afin de protéger le cordon de toute occlusion. De plus, la vessie ne doit pas être vidée, des liquides doivent au contraire y être si possible injectés. Cela permettra de réduire le risque d'occlusion du cordon ombilical. Réaliser un accouchement par césarienne d'urgence tout en poursuivant tous les efforts pour maintenir la partie en présentation éloignée du cordon. N'essayez pas de replacer le cordon dans l'utérus.

Session 6 : Évaluation et soins durant le troisième stade de l'accouchement

1. Soins durant le troisième stade de l'accouchement : GATPA

Le troisième stade de l'accouchement :

- Ce stade est mis à profit pour effectuer les soins au nouveau-né. La mère doit néanmoins être surveillée attentivement afin de détecter une HPP, possible à tout moment.
- L'expulsion du placenta s'accompagne d'une perte sanguine ne devant pas excéder 500 ml.
- Des contractions apparaissent ensuite, le placenta se décolle spontanément de la paroi utérine et l'on sent à la palpation abdominale un mouvement d'ascension puis de redescende du fond utérin qui correspond à la migration placentaire. Lorsque le placenta parvient entièrement au vagin, l'utérus se rétracte et forme une boule dure au-dessus du pubis.

1-1. Étapes de GATPA

- 1) Vérification de l'absence d'un second fœtus
- 2) Injection d'utérotoniques
- 3) Clampage le cordon ombilical **1 à 3 minutes** après l'expulsion

Vérification de signe de décollement :

Le décollement du placenta peut être repéré par la palpation abdominale, en déprimant l'abdomen juste au-dessus du pubis : si le cordon ne remonte pas lors de cette dépression, le placenta est décollé.



Illustration 27. Vérification de signe de décollement

Attention !

Une traction brutale sur le cordon pourrait entraîner une inversion utérine

- 4) Traction contrôlée du cordon et contre pression simultanée sur l'utérus. Une traction non contrôlée du cordon (c.-à-d. réalisée en dehors d'une contraction et sans contre-pression) est contre-indiquée car elle peut entraîner des déchirures du placenta avec, par la suite, une rétention de fragments avec risque d'hémorragie et /ou d'infection.
- 5) Surveillance tous les 15 mins pendant 2 heures

1-2. Recommandations de l'OMS (2020) sur le massage utérin

Le massage utérin soutenu **n'est pas recommandé** en tant qu'intervention visant à empêcher l'hémorragie post partum (HPP) chez les femmes ayant reçu de l'ocytocine prophylactique.

1-3. Avantages clampage tardif du cordon ombilical

Retarder le clampage du cordon permet de maintenir la circulation du sang entre le placenta et le nouveau-né, ce qui peut améliorer le bilan en fer du nourrisson jusqu'à six mois après la naissance. Ceci peut être particulièrement important pour les nourrissons qui vivent dans des pays en développement où l'accès aux aliments riches en fer est plus difficile.

Recommandations de l'OMS (2020) sur le clampage tardif

Un clampage tardif du cordon ombilical (environ une à trois minutes après la naissance) est recommandé pour toutes les naissances pendant que l'on commence simultanément à dispenser les soins essentiels au nouveau-né. Un clampage précoce du cordon (moins d'une minute après la naissance) n'est pas recommandé sauf en cas d'asphyxie.

2. Assurer la surveillance du nouveau-né et de la mère dans les deux heures suivant la naissance

2-1. Surveillance dans les deux heures suivant la naissance (Il faut observer toutes les 15 minutes)

Mère

- Signes vitaux (Pouls, TA, Température, état de conscience de la mère)
- Hémorragie (quantité, couleur, écoulement)

⇒ Trouver les causes : **4Ts**

Tonus : atonie de l'utérus = 70%

Traumatisme : déchirure vaginale, cervicale = 20%

Tissu : produits retenus = 10%

Thrombine : trouble de la coagulation < 1%

- Globe utérin (hauteur du fond utérin, dureté)
- Remplissage de la vessie (peut provoquer l'atonie utérine)
- Plaintes de la mère

Nouveau-né

- Signes vitaux (Respiration, Coloration, Température, Fréquence cardiaque)
- Cyanose, extrémités froides
- Tétée
- Vomissements éventuels
- Aspect des selles et des urines

2-2. Soins immédiats

- Contact peau à peau
⇒ Prévention de l'hypothermie, stimulation d'attachements, transfert de bactéries cutanées indigènes de la mère au nouveau-né
- Mise au sein précoce
⇒ Prévention de l'hypoglycémie, stimulation de la contraction utérine chez la mère



Illustration 28. Mise au sein précoce

2-3. Soins dans les deux heures suivant la naissance

- Féliciter la mère
- Ne pas séparer la mère et le nouveau-né
- Soutenir l'allaitement maternel
- Encourager la mère à manger et à boire
- Parler à la famille
- Faire en sorte qu'elle se sente à l'aise sur la table d'accouchement (nettoyer le corps, intimité)
- Lui demander à d'appeler immédiatement s'il se passe quelque chose
- Quand la patiente retourne dans la chambre, continuer la surveillance dans les suites de couches

3. Gestes d'urgence en cas d'hémorragie du post partum

3-1. Définition

L'hémorragie du Post- Partum (HPP) est définie comme une perte sanguine de plus de 500 ml survenant après un accouchement par voie basse ou 1000 ml par césarienne ou une perte sanguine suffisante pour entraîner une instabilité hémodynamique.

3-2. Gestion de HPP

Gestion de l'HPP par atonie utérine

Prestataire 3 (Tête)

1. Mettre la patiente à plat
2. Voies respiratoires / Respiration
3. Oxygène (15L/m) si nécessaire
4. Parler et expliquer au patient
5. Remplir la fiche de surveillance



Prestataire 2 (Bras)

1. Surveiller le TA et le pouls
2. Injection IV de 5 U d'ocytocine lente
3. Poser 2 voies veineuses (16-18G)
4. ①R/L ou Chlorure de sodium 0,9%, 1L / 15min
②Perfusion 20 U d'ocytocine + SSI 1L, 160 gouttes / min (= 1L / 2h)
5. Ajouter Acid Tranexamique 1g dans «4»
6. Misoprostol 800µg (4cp) en sublinguale

Sage-femme 1 (qui a conduit l'accouchement)

1. Appeler à l'aide !

2. Trouver les causes 4Ts

Tonus : atonie de l'utérus = 70%

Traumatisme : déchirure vaginale, cervicale = 20%

Tissu : produits retenus = 10%

Trombine : trouble de la coagulation < 1%

3. Donner des instructions aux prestataire 2 et 3
4. Vider la vessie avec Foley si la patiente ne peut pas uriner
5. Révision utérine et Compression bi-manuelle
6. Retrait des produits retenus
7. UBT si saignement toujours + Référer

Référence :

- 1) Utako Yamamoto et Miyoko Miyashita, ベテラン助産師から学ぶ！3大助産業務のコツと技, 保健指導・分娩介助・おっぱいケア, Perinatal Care2013 夏季増刊, メディカ出版
- 2) Akemi Murakami, The skills of maternity care giving birth on freestyle, 2009, Ishiyaku publishers Inc.
- 3) Bernadette de Gasquet, Mon cours de préparation à l'accouchement, 2019, Marabout
- 4) Médecin Sans Frontières, Soins obstétricaux et néonataux essentiels, 2019
- 5) American Academy of Family Physicians (AAFP), Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) provider manual, ninth edition, 2020
- 6) Médecin Sans Frontières, Cours Avancé en réanimation obstétricale (ALSO) Addendum au manuel des soignants, 2014
- 7) OMS, Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement, 2018, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?ua=1>
- 8) WHO, Labour care guide user's manual, 2020, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>
- 9) <http://umvf.omsk-osma.ru/campus-gyneco-obstetrique/cycle3/MTO/poly/13000faq.html>

9. Exemples de présentation utilisés dans le Module 3

MODULE 3 Soins durant l'accouchement

Session 1 : Définition de l'accouchement normal et des soins courants

OBJECTIF SPÉCIFIQUES

À la fin de cette session, les participant(e)s seront capables de :

- ❖ Définir l'accouchement normal ;
- ❖ Évaluer l'état de différenciation des stades de l'accouchement ;
- ❖ Prodiger la surveillance appropriée pendant l'intrapartum du fœtus.

2

Définition de l'accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes mécaniques et dynamiques aboutissant à l'expulsion d'un ou de plusieurs fœtus viables (à partir de 22 semaines d'aménorrhées ou pesant au moins 500gr) et de ses annexes hors des voies génitales de la femme.

3

Définition de l'accouchement normal selon l'OMS

➤ L'accouchement normal comporte les 5 éléments suivants :

1. la grossesse est à terme (37 à 42 semaines d'aménorrhée) ;
2. le déclenchement de l'accouchement est spontané ;
3. le risque de complications au cours du travail et de l'accouchement est faible ;
4. la présentation en sommet ;
5. le nouveau-né (y compris le nouveau-né de faible poids à la naissance à l'exclusion de toute autre complication) et la mère sont bien portants après l'accouchement.

4

Les différents stades de l'accouchement (1/2)

Stade	Phase	Symptômes et signes	Durée
Premier stade	Phase de latence	- Des contractions utérines douloureuses - Des modifications variables du col comprenant un certain degré d'effacement - Une progression lente de la dilatation allant jusqu'à 5 cm pour le premier accouchement ainsi que pour les suivants.	La durée standard de la phase de latence n'a pas été établie et peut grandement varier d'une femme à l'autre
	Phase active	- Des contractions utérines douloureuses régulières, un degré important d'effacement du col de l'utérus - Une dilatation du col de l'utérus plus rapide allant de 5 cm à la dilatation complète pour le premier accouchement ainsi que pour les suivants.	La durée de la phase active ne dépasse généralement pas 12 heures pour les premiers accouchements, et 10 heures pour les accouchements suivants.
			5

Les différents stades de l'accouchement (2/2)

Stade	Phase	Symptômes et signes
Deuxième stade		- A la période allant de la dilatation complète du col à la naissance du bébé
Troisième stade		La délivrance

6

Auscultation intermittente structurée

- Toutes les 30 minutes pendant la phase active du premier stade du travail si la patiente est évaluée comme étant à faible risque, et toutes les 15 minutes si la patiente est évaluée comme étant à haut risque.
- Toutes les 5 minutes pendant le second stade du travail pour toutes les patientes.

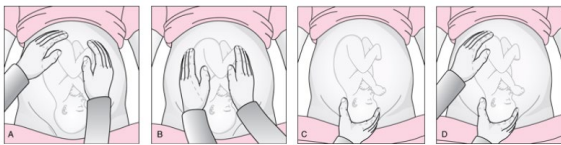
7

Procédure d'auscultation

1. Palper l'abdomen pour déterminer la position du fœtus (manœuvres de Léopold).
2. Placer le Doppler ou le stéthoscope de Pinard au dessus de la zone d'intensité maximale des battements cardiaques du fœtus (normalement là où est localisé le thorax du fœtus).
3. Différencier le pouls de la mère du pouls du fœtus en prenant le pouls radial de la mère.
4. Palper pour les contractions utérines pendant l'auscultation du BDCF afin d'en déterminer la relation.
5. Compter le BDCF entre les contractions pendant au moins 60 secondes pour déterminer le rythme moyen de base (et le noter sur le partogramme).
6. Compter le BDCF après la contraction utérine pendant 60 secondes pour identifier la réponse du fœtus au travail actif.

8

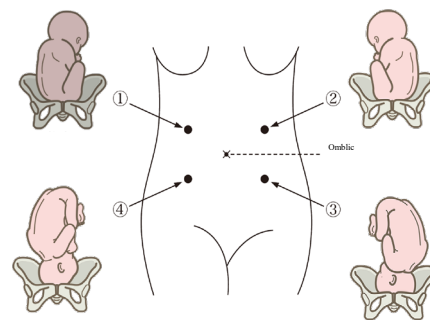
Manœuvres de Léopold



- (A) Le fond de l'utérus est palpé pour déterminer quelle partie du fœtus occupe le fond.
- (B) Chaque côté de l'abdomen maternel est palpé pour déterminer de quel côté est la colonne vertébrale du fœtus et quelles sont les extrémités.
- (C) La partie au-dessus de la symphyse pubienne est palpée pour localiser la partie du fœtus qui se présente.
- (D) Une main applique une pression sur le fond utérin, pendant que l'index et le pouce de l'autre main palpent la partie qui se présente pour confirmer la présentation et déterminer alors à quel niveau le fœtus est descendu et si le fœtus est engagé.

9

Sites d'écoute des bruits du cœur du fœtus



10

Interprétation des anomalies du BDCF

DR C BRAVADO

Déterminer le niveau de Risque

Contractions

Fréquence de Base ("Baseline RAté")

Variabilité

Accélération

Décélération

Évaluation globale ("Overall Assessment")

11

MERCI DE VOTRE ATTENTION

MODULE 3

Soins durant l'accouchement

Session 2 : Évaluation initiale et soins à l'admission

OBJECTIF SPÉCIFIQUES

À la fin de cette session, les participant(e)s seront capables de :

- ❖ Évaluer l'état de santé de la parturiente à l'admission ;
- ❖ Prodiger les soins requis sur la base de l'évaluation au moment de l'admission.

2

L'évaluation l'état de santé de la parturiente à l'admission (1/4)

Lorsqu'une parturiente arrive dans la structure sanitaire, elle peut être nerveuse ou anxieuse :

1. Accueil chaleureux

- Saluer, Accueillir / Installer ;
- Se présenter / Lui demander de se présenter ;
- Rassurer ;
- Mettre en confiance ;
- Lui demander si elle a besoin d'avoir un accompagnant.



3

L'évaluation de l'état de santé de la parturiente à l'admission (2/4)

2. Recueil d'informations

- S'enquérir de ses besoins (PFPP) / souhaits / motifs de la consultation ;
- Prendre connaissance de son dossier de suivi : le carnet de santé.

NB : Faire l'interrogatoire en dehors des contractions

4

L'évaluation de l'état de santé de la parturiente à l'admission (3/4)

2. Interrogatoire (suite et fin)

- Ecouter la femme (et famille)
 - Age de la femme / Gestité / Parité
 - Douleurs / contractions : heure de début, fréquences, intensités
 - Écoulement vaginal (eau ou sang)
 - Perception des MAF
 - Céphalées
 - Autres plaintes
 - Antécédents personnels
 - Antécédents familiaux
 - Autres antécédents en rapport avec le conjoint
 - Déroulement de la grossesse actuelle
 - Identification des signes de danger et facteurs morbides

NB: Faire l'interrogatoire en dehors des contractions

L'évaluation de l'état de santé de la parturiente à l'admission (4/4)

3. Examen :

- Lavage des mains, port de gants
- Examen général (Prise des constantes, Albuminurie,...)
- Examen physique (Coloration des muqueuses, OMI,...)
- Examen obstétrical (Seins, HU, BDC, TV, Pelvimétrie,...)
- Examen paraclinique (si indiqué)

NB : Communiquer avec la parturiente tout au long de l'examen et lui donner les résultats dans un langage simple et compréhensible lui permettant un choix libre et éclairé.

6

Les soins requis sur la base de l'évaluation au moment de l'admission (1/2)

Prodiguer des soins respectueux en fonction des résultats de l'examen initial sans discrimination :

➤ Soins maternels respectueux

- Administrer des soins organisés ;
- Préserver leurs droits (dignité, intimité, confidentialité...) ;
- Garantir leur protection (souffrance, mauvais traitements...) ;
- Respecter le choix de la parturiente ;
- Apporter un soutien continu pendant le travail et l'accouchement.

7

Les soins requis sur la base de l'évaluation au moment de l'admission (2/2)

➤ Communication efficace

- Établir une communication aidante entre les prestataires de soins de maternité et les parturientes ;
- Utiliser des méthodes simples et culturellement acceptables.

➤ Accompagnement

Respecter le choix de la parturiente pour son accompagnement pendant l'accouchement.

8

MERCI DE VOTRE ATTENTION

MODULE 3

Soins durant l'accouchement

Session 3 : Évaluation et soins durant le premier stade de l'accouchement

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

À la fin de cette session, les participant(e)s seront capables de :

- ❖ Établir une communication aidante avec la parturiente ;
- ❖ Décrire le déroulement normal du premier stade de l'accouchement ;
- ❖ Expliquer les influences de la position sur le déroulement du travail ;
- ❖ Remplir le partogramme selon les normes pour une prise de décisions appropriées ;
- ❖ Donner des conseils appropriés à la parturiente et à son entourage pour un bon déroulement du travail et de l'accouchement.

2

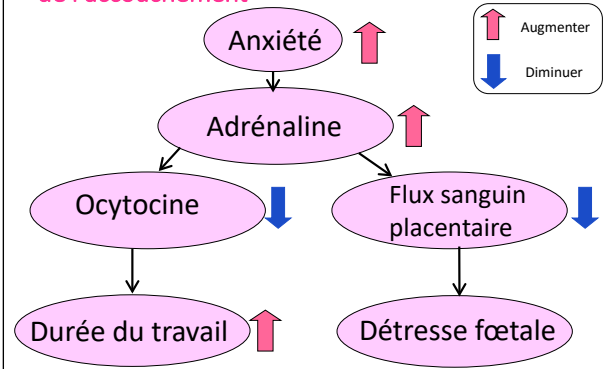
Communication aidante avec la parturiente

1. Créer un climat de confiance
2. Offrir à la personne les conditions nécessaires pour évoluer et trouver ses propres solutions
3. Apporter des informations nécessaires à la compréhension de la situation de santé
4. Apporter un réconfort



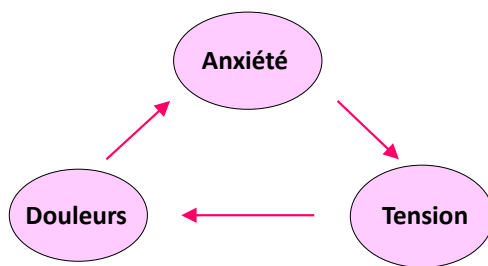
3

La relation entre l'anxiété et le déroulement de l'accouchement



Traduction de la présentation de Mme Taeko Mohri en français

Cercle vicieux d'anxiété, de tension et de douleur

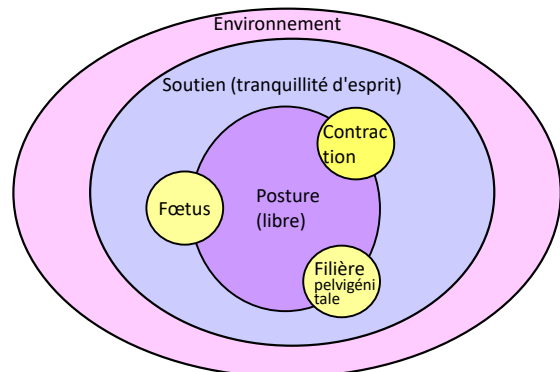


Connexion corps-esprit

Traduction de la présentation de Mme Taeko Mohri en français
Image par Dr. Grantly Dick-Read

5

Schéma conceptuel des soins de maternité



Traduction de la présentation de Mme Taeko Mohri en français

6

Changement interne dans la pratique médicale

Les éléments ci-dessous constituent la force motrice pouvant aboutir à l'offre de soins respectueux.

- Changement personnel interne
 - La réduction de l'anxiété et de la peur liées à l'accouchement.
 - Un changement qui commence par soi, le sens de sa propre existence.
- Le concept de soins
 - L'importance d'observer le processus de la naissance et d'attendre calmement.
- Changements internes dans les relations humaines
 - L'intimité dans la relation entre la mère et le personnel médical.
 - Des expériences autonomisantes et épanouissantes tant pour la mère que pour le prestataire.
 - Changements dans la qualité des relations sur le lieu de travail.

7

Diagnostic du travail

Éléments de diagnostic du travail :

- Contractions utérines : (**TRIPIDE** : **T**otales, **R**égulières, **I**ntermittentes, **P**rogressives, **I**nvolontaires, **D**ouloureuses, **E**fficientes)
- Perte du bouchon muqueux
- Modifications cervicales (effacement et dilatation du col)

8

Engagement de la tête du fœtus dans le bassin

L'angle d'engagement (l'angle entre l'axe du fœtus et la colonne vertébrale de la mère) varie selon la position.

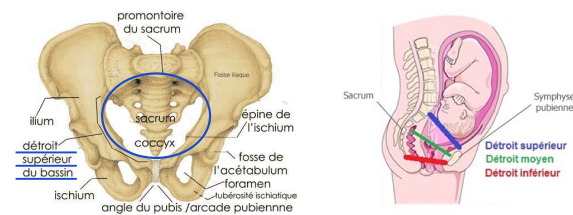
Plus l'angle d'engagement est large, plus la tête du bébé peut entrer facilement dans le bassin.

La position optimale pour l'entrée de la tête dans le bassin est la position debout, avec un angle d'engagement plus élevé qu'en position couchée. L'angle s'élargit.



9

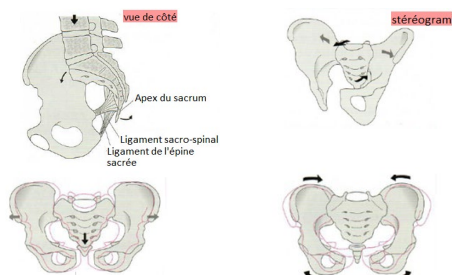
Bassin obstétrical



<https://www.pinterest.fr/pin/864630838439528561/>
<https://acteuredesante.lu/fr/naissance/accouchement-comment-cela-se-passe-concretement/>

10

Fonction orthomorphique de la filière pelvienne osseuse



Sur la base de ces mouvements osseux, l'orifice pelvien s'élargit en position accroupie, l'épine interosseuse s'élargit lorsque les jambes sont ouvertes en position assise, et les diamètres pelviens s'élargissent en position à quatre pattes.

11

Influences de la position sur la progression du travail (1/3)

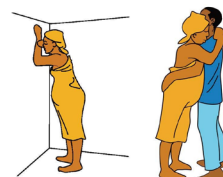
1. Position debout

Avantages

- Possibilité d'augmentation de la fréquence, l'intensité et de la durée des CU
- Diminution des douleurs lombaires
- Liberté de mouvement
- Meilleure circulation utéro-placentaire
- Bonne ouverture du détroit inférieur
- Position idéale pour profiter de la pesanteur et favoriser l'engagement et la descente du fœtus
- Rotation facilitée si la femme est debout et penchée vers l'avant

Limites

- Fatigue maternelle



12

Influences de la position sur la progression du travail (2/3)

2. Position accroupie

Avantages

- Possibilité d'augmentation de la fréquence, l'intensité et de la durée des CU
- Engagement et descente du fœtus favorisés par la force de gravité vers le bas
- Liberté de mouvement du bassin
- Meilleure circulation utéro-placentaire
- Possibilité d'une relaxation optimale du périnée

Limites

- Beaucoup de pression si présence d'hémorroïdes, de varices ou d'un périnée fragile
- Pieds engourdis après un long moment



13

Influences de la position sur la progression du travail (3/3)

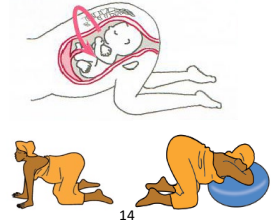
3. Position à quatre pattes

Avantages

- **Correction de la rotation postérieure en position antérieure**
- Diminution des douleurs lombaires
- Liberté de mouvement du sacrum
- Ouverture du bassin
- Facilité de l'effacement du col

Limites

- Fatigant pour la mère après un long moment



14

Revue de la rotation

Première rotation	
Deuxième rotation	
Troisième rotation	
Quatrième rotation	

15

Partogramme (1/7)

Avantages du partogramme :

- Visualiser la progression du travail pour aider la prise de décision
- Assurer un suivi continu de la parturiente lors du changement d'équipe
- Dépister une dystocie de façon précoce

Limites du partogramme :

- Instrument exclusivement destiné à la surveillance et à la conduite du travail
- Ne permet pas d'identifier les autres facteurs qui pourraient être présents avant le début du travail notamment pendant la phase de latence
- N'est pas indiqué devant une complication survenue au cours de la grossesse et dont la nature nécessite une intervention immédiate

16

Partogramme (2/7)

~Instructions de remplissage~

- Rythme cardiaque fœtal : noter toutes les 15 mn
- Liquide amniotique : noter la couleur lors de chaque examen vaginal :
 - I : membranes intactes
 - C : rupture des membranes, liquide clair
 - M : liquide teinté de méconium
 - H : liquide teinté de sang

17

Partogramme (3/7)

~Instructions de remplissage~

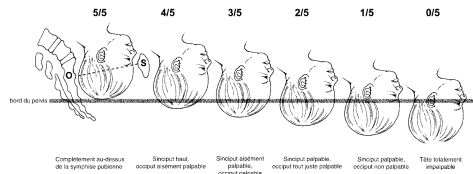
- Modelage :
 - 1 : sutures apposées
 - 2 : sutures qui se chevauchent mais chevauchement réductible
 - 3 : sutures qui se chevauchent mais chevauchement irréductible
- Dilatation du col

18

Partogramme (4/7)

~Instructions de remplissage~

Descente évaluée à la palpation abdominale : concerne la partie de la tête (divisée en 5 parties) palpable au-dessus de la symphyse pubienne ; la marquer d'un cercle (O) à chaque toucher vaginal. A 0/5, le sinciput (S) est au niveau de la symphyse pubienne.



19

Partogramme (5/7)

~Instructions de remplissage~

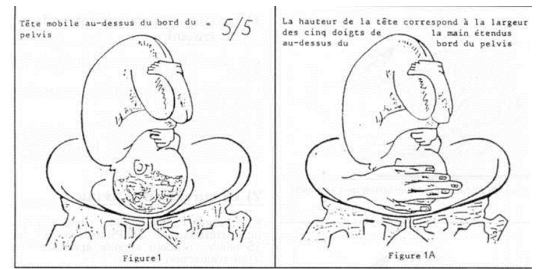


Figure n° 1. Tête mobile au-dessus du bord du pelvis. 1A. La hauteur de la tête correspond à la largeur des cinq doigts de la main étendue au-dessus du bord du pelvis.

20

Partogramme (6/7)

~Instructions de remplissage~

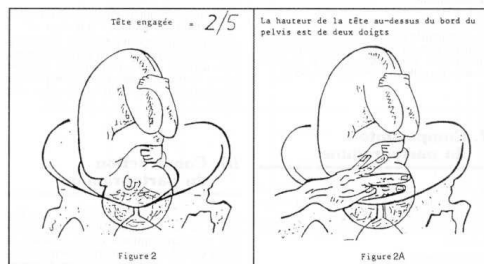


Figure n° 2. Tête engagée. 2A. La hauteur de la tête au-dessus du bord du pelvis est de deux doigts.

21

Partogramme (7/7)

~Instructions de remplissage~

- Nombre de contractions : toutes les demi-heures ; déterminer à la palpation le nombre de contractions en 10 minutes et noter leur durée en secondes
 - Moins de 20 secondes : ▤
 - Entre 20 et 40 secondes : ▨
 - Plus de 40 secondes : ■
- Ocytocine : noter la quantité administrée par volume de liquide perfusé, en gouttes/mn toutes les 30 minutes, si utilisée
- Médicaments : noter tout apport médicamenteux

22

MERCI DE VOTRE ATTENTION

MODULE 3

Soins durant l'accouchement

Session 4 : Évaluation et soins durant deuxième stade de l'accouchement

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

À la fin de cette session, les participant(e)s seront capables de :

- ❖ Décrire la définition et recommandations du deuxième stade de l'accouchement ;
- ❖ Expliquer les avantages et les limites de chaque position d'accouchement ;
- ❖ Identifier et traiter les présentations vicieuses et les malpositions ;
- ❖ Prodiguer les manœuvres en cas de dystocie des épaules.

2

Définition et durée du deuxième stade de l'accouchement selon l'OMS

- La deuxième phase est la période entre la dilatation complète du col de l'utérus et la naissance de l'enfant, pendant laquelle la femme ressent le besoin involontaire de pousser suite aux contractions utérines d'expulsion ;
- Les femmes devraient être informées que la durée de la deuxième phase varie d'une femme à l'autre. Lors des premiers accouchements, la naissance a généralement lieu en moins de 3 heures, tandis que pour les accouchements suivants, la naissance a généralement lieu en moins de 2 heures.

3

Recommandations du deuxième stade de l'accouchement selon l'OMS

- Informer les femmes que la durée de la deuxième phase varie d'une femme à une autre ;
- Encourager l'adoption des positions d'accouchement choisies par la parturiente, y compris les positions verticales ;
- Encourager et soutenir les parturiente à suivre leur propre envie de pousser ;
- Encourager les préférences de la parturiente, les options disponibles et les techniques visant à réduire le traumatisme du périnée et à faciliter la naissance spontanée ;
- Éviter la systématisation de l'épisiotomie de routine et l'expression abdominale ;
- Éviter l'expression abdominale pour faciliter l'accouchement.

4

Avantages et limites des positions d'accouchement (1/9)

1. Position couchée

Avantages

- Réponse rapide aux urgences

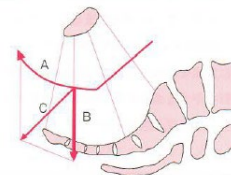
Limites

- Difficulté pour la parturiente de pousser
- Possibilité de déchirures périnéales (la direction de l'accouchement et la ligne de guidage pelvienne étant fortement déplacées)

5

Avantages et limites des positions d'accouchement (2/9)

1. Position couchée (suite)



A : Ligne de guidage pelvienne = force de l'accouchement fœtal

B : Poids du fœtus = gravité

C : Vecteur composite = nécessité d'une protection périnéale

6

Avantages et limites des positions d'accouchement (3/9)

2. Position accroupie

Avantages

- Descente du fœtus favorisée par la force de gravité vers le bas
- Liberté de mouvement du bassin
- Position physiologique pour effectuer les efforts expulsifs
- Élargissement du diamètre de dégagement

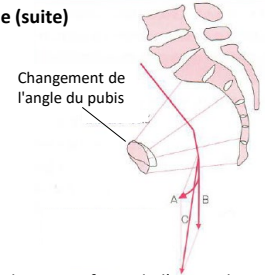
Limites

- Instabilité, fatigue accrue et œdème périnéal après des périodes prolongées dans la même position
- Nécessité d'avoir une personne pour soutenir le tronc de la mère ou quelque chose à quoi la mère peut s'accrocher
- Nécessité de régler la pression de la protection périnéale pour éviter que l'enfant ne saute vigoureusement

7

Avantages et limites des positions d'accouchement (4/9)

2. Position accroupie (suite)



- A : Ligne de guidage pelvienne = force de l'accouchement fœtal
 B : Poids du fœtus = gravité
 C : Vecteur composite = Accélération de la sortie du fœtus

8

Avantages et limites des positions d'accouchement (5/9)

3. Position à quatre pattes

Avantages

- Correction de la position en postérieure en position antérieure
- Diminution des douleurs lombaires
- Mobilité du sacrum
- Ouverture du bassin
- Aide à ralentir un travail trop rapide afin d'éviter la déchirure du périnée
- Solution devant la dystocie des épaules

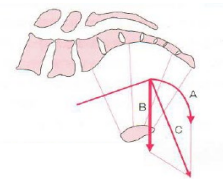
Limites

- Douleurs aux genoux si elle reste dans la même position pendant une longue période
- Difficulté de voir le visage de la parturiente
- Difficulté d'écouter le rythme cardiaque fœtal

9

Avantages et limites des positions d'accouchement (6/9)

3. Position à quatre pattes (suite)



- A : Ligne de guidage pelvienne = force de l'accouchement fœtal
 B : Poids du fœtus = gravité
 C : Vecteur composite = nécessité d'une protection des petites lèvres supérieures

10

Avantages et limites des positions d'accouchement (7/9)

4. Position latérale

Avantages

- Soulagement de la douleur lombaire
- Possibilité d'un prolongement de l'intervalle entre les contractions, mais d'une intensité efficace
- Correction des malrotations et du ralentissement du rythme cardiaque fœtal
- Facile à convertir en position couchée en cas d'urgence

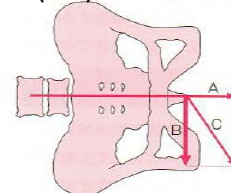
Limites

- Nécessité de protéger la petite lèvre qui se situe sur le côté inférieur

11

Avantages et limites des positions d'accouchement (8/9)

4. Position latérale (suite)

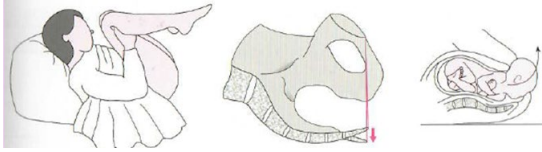


- A : Ligne de guidage pelvienne = force de l'accouchement fœtal
 B : Poids du fœtus = gravité
 C : Vecteur composite = nécessité d'une protection de petite lèvre qui se situe sur le côté inférieur

12

Avantages et limites des positions d'accouchement (9/9)

5. Position McRoberts



Si la femme est couchée sur le dos et que vous voulez augmenter la force de l'accouchement une fois de plus, demandez-lui de prendre la position de McRoberts. Demandez à la parturiente de tenir ses cuisses et de les rapprocher le plus possible de sa poitrine. La zone de sortie pelvienne s'élargit en position de McRoberts par rapport à la position couchée.

13

Différentes positions fœtales pour la présentation



Occipito antérieure (OA)



Occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA)



Occipito-iliaque droit transverse (OIDT)



Occipito postérieure (OP)



Occipito-iliaque droite antérieure (OIDA)



Occipito-iliaque gauche transverse (OIGT)

Entrée axe normal et entrée malaxiale

	Entrée axe normal ¹³	Entrée malaxiale ¹³	
		Entrée antérieure ¹³	Entrée postérieure ¹³
Vue latérale de la mère ¹³	Ligne centrale de la tête Surface tactile Lignes directrices pelviennes Plan d'entrée pelvien	Le pariétal (petite fontanelle) s'enfonce plus près du coccyx. Fréquent chez les personnes ayant un bassin large.¹⁴	Le pariétal (petite fontanelle) se rapproche du pubis. La courbure est faible.¹⁴
Toucher vaginal ¹³			

15

Anomalie de la deuxième rotation

	Vue de face de la mère ¹³	Vue latérale de la mère ¹³	Toucher vaginal ¹³
Position occiput postérieure ¹³			
Position latérale basse ¹³			

16

Dystocie des épaules

- H:** Demander de l'Aide ("Help") additionnelle
- E:** Évaluer et Expliquer
- L:** Lever les Jambes ("Legs") = La manœuvre de McRoberts
- P:** Pression sus-pubienne
- E:** Considérer l'Épisiotomie
- R1:** Retirer le bras postérieur
- R2:** Rotation de l'épaule du fœtus
- R3:** Rouler la patiente
- R4:** Répéter

17

MERCI DE VOTRE ATTENTION

MODULE 3

Soins durant l'accouchement

Session 5: Soins en cas de complications et/ou d'anomalies chez la mère ou le fœtus

OBJECTIF SPÉCIFIQUES

À la fin de session, les participant(e)s seront capables de :

- ❖ Identifier les complications et/ou anomalies au cours de l'accouchement ;
- ❖ Prodiguer des soins respectueux culturellement acceptables à la parturiente présentant des complications selon les normes et protocoles.

2

Complications majeures

Mère

- Pré-éclampsie, éclampsie
- Placenta praevia
- Hématome rétro-placentaire
- Rupture utérine
- Hémorragie du post-partum
- Inversion utérine

Fœtus et nouveau-né

- Ralentissements de BDCF
- Prématurité
- Asphyxie à la naissance
- Infection néonatale / Septicémie
- Anomalies congénitales

Complications mutuelles

- Disproportion fœto-pelvienne
- Présentations anormales
- Procidence du cordon

3

MERCI DE VOTRE ATTENTION

MODULE 3

Soins durant l'accouchement

Session 6: Évaluation et soins durant le troisième stade de l'accouchement (la délivrance)

OBJECTIF SPÉCIFIQUES

À la fin de session, les participant(e)s seront capables de :

- ❖ Prodiguer des soins durant le troisième stade de l'accouchement en respectant les étapes de la GATPA ;
- ❖ Assurer la surveillance du nouveau-né et de la mère dans les deux heures suivant la naissance ;
- ❖ Expliquer les gestes d'urgence en cas d'hémorragie du post partum.

2

Définition de GATPA

Intervention efficace, peu coûteuse, basée sur l'évidence scientifique qui peut prévenir l'HPP et améliorer la survie de la mère .

3

Avantages et limites de GATPA

Avantages :

- Réduction des pertes sanguines maternelles ;
- Anémie moindre lors du Post Partum ;
- Besoins moindres de transfusion sanguine ;
- Réduction du délai du 3^{ème} stade de l'accouchement ;
- Utilisation moindre d'utérotoniques.

Limites :

- Présence prestataire qualifié ;
- Disponibilité utérotoniques et matériel d'injection ;
- Conditions de conservation de l'ocytocine.

4

Les étapes

1. Vérification de l'absence d'un second fœtus ;
2. Injection d'utérotoniques ;
3. Clampage du cordon ombilical ;
4. Traction contrôlée du cordon et contre pression simultanée sur l'utérus ;
5. Massage utérin
6. Surveillance tous les 15 min pendant 2 heures.

Ne pas oublier de vérifier le signe de décollement

5

Les étapes (1/3)

- **Étape 1 :** Vérifier de l'absence d'un second fœtus
- **Étape 2 :** Administrer des utérotoniques (10 UI d'ocytocine en IM sur la face antérieure de la cuisse) dans la minute qui suit l'expulsion fœtale



- **Étape 3 :** Clamper le cordon ombilical 1 à 3 minutes après l'expulsion

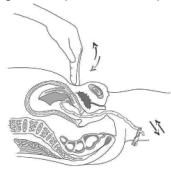


6

Remarque

Vérifier le signe de décollement :

Le décollement du placenta peut être repéré par la palpation abdominale, en déprimant l'abdomen juste au-dessus du pubis : si le cordon ne remonte pas lors de cette dépression, le placenta est décollé.



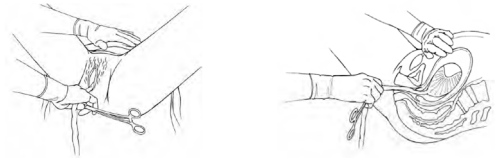
Attention !

Une traction brutale sur le cordon cause l'inversion utérine

7

Les étapes (2/3)

- **Etape 4 :** Traction contrôlée sur le cordon (30- 40s) et contre pression simultanée sur l'utérus au cours d'une CU pour éviter l'inversion utérine



Attention !

Une traction brutale sur le cordon cause une rupture du cordon

8

Les étapes (3/3)

- **Etape 5 :** Masser l'utérus après l'expulsion du placenta



- **Etape 6 :** Surveiller l'accouchée toutes les quinze minutes pendant 2H (état général, constantes, saignement, globe utérin)

9

Nouvelle recommandation de l'OMS

Le massage utérin soutenu **n'est pas recommandé** en tant qu'intervention visant à empêcher l'hémorragie post partum (HPP) chez les femmes ayant reçu de l'ocytocine prophylactique.

10

Surveillance dans les deux heures suivant la naissance (1/2)

Mère

- Signes vitaux (Pouls, TA, Température, état de conscience de la mère)
- Hémorragie (quantité, couleur, écoulement)
⇒ Trouver les causes : **4Ts**
 - Tonus** : atonie de l'utérus = 70%
 - Traumatisme** : déchirure vaginale, cervicale = 20%
 - Tissu** : produits retenus = 10%
 - Thrombine** : trouble de la coagulation < 1%
- Globe utérin (hauteur du fond utérin, dureté)
- Remplissage de la vessie (peut provoquer l'atonie utérine)
- Plaintes de la mère

11

Surveillance dans les deux heures suivant la naissance (2/2)

Nouveau-né

- Signes vitaux
(Respiration, Coloration, Température, Fréquence cardiaque)
- Cyanose, extrémités froides
- Tétée
- Vomissements éventuels
- Aspect des selles et des urines

12

Soins immédiats (module 5)

- Contact peau à peau
⇒ Prévention de l'hypothermie, stimulation d'attachements, transfert de bactéries cutanées indigènes de la mère au nouveau-né
- Mise en sein précoce
⇒ Prévention de l'hypoglycémie, stimulation de la contraction utérine chez la mère



13

Hémorragie du post-partum

Définition :

L'hémorragie du Post- Partum (HPP) est définie comme une perte sanguine de plus de 500 ml survenant après un accouchement par voie basse ou 1000 ml par césarienne ou une perte sanguine suffisante pour entraîner une instabilité hémodynamique.

14

Gestion de l'HPP par atonie utérine

Prestataire 3 (Tête)

1. Mettre la patiente à plat
2. Voies respiratoires / Respiration
3. Oxygène (15L/m) si nécessaire
4. Parler et expliquer au patient
5. Remplir la fiche de surveillance



Prestataire 2 (Bras)

1. Surveiller le TA et le pouls
2. Injection IV de 5 U d'ocytocine lente
3. Poser 2 voies veineuses (16-18G)
4. ① R/L ou Chlorure de sodium 0,9%, 1L / 15min
② Perfusion 20 U d'ocytocine + SSI 1L, 160 gouttes / min (= 1L / 2h)
5. Ajouter Acid Tranexamique 1g dans «4»
6. Misoprostol 800µg (4cp) en sublinguale

Sage-femme 1 (qui a conduit l'accouchement)

1. Appeler à l'aide !

2. Trouver les causes 4Ts

Tonus : atonie de l'utérus = 70%

Traumatisme : déchirure vaginale, cervicale = 20%

Tissu : produits retenus = 10%

Trombine : trouble de la coagulation < 1%

3. Donner des instructions aux prestataire 2 et 3

4. Vider la vessie avec Foley si la patiente ne peut pas uriner

5. Révision utérine et Compression bi-manuelle

6. Retrait des produits retenus

7. UBT si saignement toujours + Référer

15

MERCI DE VOTRE ATTENTION

10. Exemples de études de cas utilisés dans le Module 3

Module 3 : Session 2 : Etude de cas 1

	Parturiente	Sage-femme	Points à observer	Matériel
Tout au long de l'accouchement				
			Soins respectueux De façon à : - Préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, - Garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, - Permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement. Communication La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables.	
Accueil (Premier stade de l'accouchement)				
8 :00	Accueil	Mme M. D, 1G0P, 17 ans, est anxieuse. « J'ai mal au ventre depuis environ 2 heures du matin. J'ai aussi mal au dos. Est-ce que ma mère peut rester à côté de moi ? »	Accompagnement Un accompagnant choisi est recommandé pour toutes les femmes pendant l'accouchement et la naissance. Elle est une grossesse précoce de 17 ans et une primipare. Elle est très anxieuse et a besoin d'un soutien émotionnel. Si la situation le permet, elle sera accompagnée de sa mère, comme elle le souhaite. Techniques de relaxation pour la gestion de la douleur Les techniques de relaxation, incluant la relaxation musculaire progressive, la respiration, la musique, la pleine conscience et d'autres techniques, sont recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	
		« On m'a dit de venir 8 fois pour des CPN, mais j'habite loin. Je n'avais pas assez d'argent, alors je n'ai pu venir que quatre fois. Je suis désolée. » Elle est terrifiée à l'idée que la sage-femme la gronde.	Techniques d'écouter Écouter attentivement et poser des questions qui font ressortir le point de vue de la femme, plutôt que de parler à propre rythme de prestataire. Faire preuve d'empathie sans interrompre, nier ou se mettre en colère.	

Module 3 : Session 2 : Étude de cas 1

		Dans le carnet de santé : Taille 165cm, Poids 52kg(lors de CPN1) GS : A Rh+, Test d'Emmel : Négatif Elle est venue seulement CPN1, CPN3, CPN5 et CPN7. L'Hb était de 12, 5g/dl en CPN1. TA étaient de 11/6 en CPN1, 11/7 en CPN 3, 12/7 en CPN 5 et 11/7 en CPN 7.		Prendre connaissance de son dossier de suivi comme le carnet de santé. Elle n'est venue que quatre fois au CPN, mais selon les informations recueillies dans le carnet de santé, le déroulement de sa grossesse était généralement bon et il n'y avait aucun problème.	
	« J'ai peur du TV. Est-ce que ça fait mal ? » Elle a un regard inquiet. Examen : BDCF : 135 bpm T : 36.2, TA :12/7, P : 72 Œdème : (-) Poids : 67kg Urin : Alb (-), Sucre (-) HU : 37cm, Position de la tête, Contractions 1-2 CU/10 mn durant 25 sec TV : Col 5cm, membranes intactes, 4/5 de la tête au-dessus de la symphyse pubienne. « En plus de ma mère, mon mari est à l'extérieur de la pièce, pouvons-nous écouter l'explication ensemble ? »		Attende que les contractions se calment avant de la conduire à la table d'examen. L'évaluation à l'admission Recueillir les informations nécessaires et les utiliser pour déterminer si l'état est normal ou anormal et pour prévoir le déroulement de l'accouchement. Expliquer le déroulement du travail à la parturiente et à ses accompagnants.		

Module 3 : Session 3 : Jeu de rôle, cas 1

		Parturiente, Voix off (Narration)	Sage-femme (intimidante, négligente)	Points à observer	Matériel
Tout au long de l'accouchement					
				Soins respectueux De façon à : - Préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, - Garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, - Permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement. Communication La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables.	
Accueil (Premier stade de l'accouchement)					
6 :00	Accueil	Mme W. A, 1G0P, 20 ans, est anxieuse et a des douleurs. « Est-ce que ma mère peut rester à côté de moi ? »		Accompagnement Un accompagnant choisi est recommandé pour toutes les femmes pendant l'accouchement et la naissance.	
	Examen		« NON ! » En désignant silencieusement la table d'examen. « Ça fait mal en ce moment. Donnez-moi une seconde. » « Faites-le maintenant ! » Faire le toucher vaginal sans rien expliquer. Forcer les jambes de la femme à s'ouvrir avec ses mains.	Table	
		Col 5cm, membranes intactes			

Module 3 : Session 3 : Jeu de rôle, cas 1

		3/5 de la tête au-dessus de la symphyse pubienne. 1-2 CU/10 mn durant 25 sec « Combien de temps faut-il pour mettre un bébé au monde ?»			Durée Du premier stade de l'accouchement Les femmes devraient être informées que la durée standard du stade n'a pas été établie et peut grandement varier d'une femme à l'autre. Toutefois, la durée de la phase active (de 5 cm jusqu'à la dilatation complète) ne dépasse généralement pas 12 heures pour les premiers accouchements, et 10 heures pour les accouchements suivants. Respect des droits de la femme.	Doppler, pagne
Après 2 heures (Premier stade de l'accouchement)						
8 :00	Travail	Sur le lit, fronçant les sourcils de douleurs.			Techniques de relaxation pour la gestion de la douleur Les techniques de relaxation, incluant la relaxation musculaire progressive, la respiration, la musique, la pleine conscience et d'autres techniques, sont recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme. Encourager à vider fréquemment sa vessie La femme est encouragée à vider fréquemment sa vessie (avec rappel toutes les deux heures) Respecter la dignité et l'intimité de la parturiente	Smartphone Cathéter, pinces, gants, paravent
		« Aïe ! Madame, ça fait mal, aidez-moi... »	Passé à côté d'elle mais l'ignore			
			Regarde son téléphone et continue de l'ignorer			
		« Wooy ! Aïe ! »	« Tais-toi ! Tu n'es pas prête à accoucher ! »			
		« Je voudrais aller aux toilettes »		Essaie d'écarter les jambes de la femme en forçant, mais ça ne marche pas. Alors, elle la tape sur les cuisses. Soupire et utilise un cathéter pour lui demander d'uriner, sans explication. Il y a d'autres		

Module 3 : Session 3 : Jeu de rôle, cas 1

			parturientes autour, mais il n'y a aucune considération pour l'intimité, comme couvrir la zone pubienne.		
		Elle a l'air gêné lorsque le bas de son corps est exposé en présence d'autres personnes			
Travail		« Aïe ! ! Aidez-moi ! »			Techniques manuelles pour la gestion de la douleur Les techniques manuelles, comme le massage ou l'application de compresses tièdes, sont des options recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme. Mobilité maternelle et position Rassurer la parturiente en lui rappelant la durée du travail et l'encourager à se déplacer librement pendant le premier stade de l'accouchement.
			Boit du café dans un coin de la salle de travail, ignorant les appels de la femme.		
		« Jusqu' à quand est-ce que j'aurais ces douleurs ? je veux marcher dans la salle »			
			« Reste au lit ! »		

Module 3 : Session 3 : Jeu de rôle, cas 2

		Parturiente, Voix off (Narration)	Sage-femme (douce, gentille, empathique)	Points à observer	Matériel
Tout au long de l'accouchement					
				Soins respectueux De façon à : - Préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, - Garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, - Permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement. Communication La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables.	
Accueil (Premier stade de l'accouchement)					
6 :00	Accueil	Mme W. A, 1G0P, 20 ans, est anxieuse et a des douleurs. « Est-ce que ma mère peut rester à côté de moi ? »	Si le contexte le permet : « Bien sûr. Vous vous sentirez plus en sécurité avec votre mère à vos côtés. » Si le contexte ne le permet pas : Expliquer gentiment les raisons	Accompagnement Un accompagnant choisi est recommandé pour toutes les femmes pendant l'accouchement et la naissance.	
	Examen		« Maintenant, je vais vous examiner, alors allongez-vous sur cette table d'examen. Attention à la marche. »		Table
		« Ça fait mal en ce moment. Donnez-moi une seconde. »			

Module 3 : Session 3 : Jeu de rôle, cas 2

			S'approche de parturiente et lui masse le bas du dos. « Ne vous pressez pas, respirez lentement et je vous examinerai dès que la douleur se sera calmée. » « D'abord, je vais écouter les battements de cœur de votre bébé. (après écoute) Le bébé va bien. » Recouvrir la parturiente. « Je vais faire le toucher vaginal. Détendez-vous. »	Techniques de relaxation pour la gestion de la douleur Les techniques de relaxation, incluant la relaxation musculaire progressive, la respiration, la musique, la pleine conscience et d'autres techniques, sont recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	Doppler, pagne
		Bruits de cœur fœtal = 120bpm Col 5 cm, membranes intactes 3/5 de la tête au-dessus de la symphyse pubienne. 1-2 CU/10 mn durant 25 sec	Après le toucher vaginal, « L'ouverture de votre col utérin fait 5 cm de large, cela doit faire 10 cm, donc c'est la moitié. Il n'y a pas de problème. La progression de l'accouchement varie d'une personne à l'autre, mais la tête du bébé descend régulièrement, et je pense donc que le bébé naîtra vers le soir. »	Durée du premier stade de l'accouchement Les femmes devraient être informées de leur situation et du fait que pour ce stade, il n'y a pas de durée standard établie. Elle peut donc grandement varier d'une femme à l'autre.	
Après 2 heures (Premier stade de l'accouchement)					
8 :00	Travail	Sur le lit, fronçant les sourcils de douleurs.		Techniques manuelles pour la gestion de la douleur	
			« Massa, massa c'est normal, la contraction est douloureuse »		

Module 3 : Session 3 : Jeu de rôle, cas 2

			S'il y a un accompagnant, lui demande de lui faire des massages	Les techniques manuelles, comme le massage ou l'application de compresses tièdes, sont des options recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	
			« Wooy ! Aïe ! »		
			« Respirez lentement, ne retenez pas votre respiration. »		
		« Je voudrais aller aux toilettes »			
			Vérifie si elle a envie d'uriner ou d'aller à la selle Si c'est pour uriner, l'encourage à aller vider sa vessie « Oui allons-y, il faut aller aux toilettes toutes les deux heures, car l'accumulation d'urine rend l'accouchement plus difficile. » L'accompagne aux toilettes.	Encourager à vider fréquemment sa vessie La femme est encouragée à vider fréquemment sa vessie (avec rappel toutes les deux heures)	
		« Je veux marcher dans la salle »	Si c'est pour aller à la selle, lui demande gentiment de la laisser vérifier si ce n'est pas le bébé qui descend		
			« Bien sûr. Quand vous marchez, ça facilite la descente du bébé. Vous pouvez également essayer de vous asseoir sur ce ballon. »	Mobilité maternelle et position Encourager la femme à se déplacer librement pendant le premier stade de l'accouchement.	Ballon de gym, Natte de yoga

Module 3 : Session 3 : Partogramme

Mme J.F, 27ans.

11h00

Elle a 3 CU / 10 mn durant 20 s, BDCF 130 battements/mn, TA 118/65 mmHg, P 72/ mn, T 36.6°C.

Elle a marché jusqu'aux toilettes et a excrété de l'urine 400cc.

TV : col dilaté à 6cm, membranes rompues, LA clair, présentation céphalique mobile, 4/5 de la tête au-dessus de la symphyse pubienne, suture apposée.

Elle est allongée dans son lit depuis son admission. Elle semble être très tendue.

Elle dit : « Je n'ai pas pris de petit-déjeuner, j'ai faim. »

Veuillez remplir le partogramme à 11 heures.

Comme décrit à la page suivante

Le texte suivant est un exemple de réponse, il peut bien sûr y avoir d'autres réponses.

Comment évaluez-vous sa situation ?

Les signes vitaux de la parturiente sont dans les limites normales. Six heures se sont écoulées depuis la rupture spontanée des membranes, mais il n'y a pas de trouble du liquide amniotique et les BDCF sont dans les limites normales.

L'OMS précise que la progression du travail varie d'une personne à l'autre et qu'il ne faut pas espérer une progression selon les lignes d'alerte.

Cependant, la progression du travail est un peu lente. Il semble que les contractions (fréquence et durée) sont faibles pour une ouverture du col utérin de 6 cm.

Les facteurs qui peuvent contribuer à la lenteur de la progression du travail sont le manque de nourriture, le manque d'énergie, l'anxiété élevée et le fait que la patiente soit couchée et reste toujours au lit depuis son admission.

Quels soins lui apporteriez-vous ?

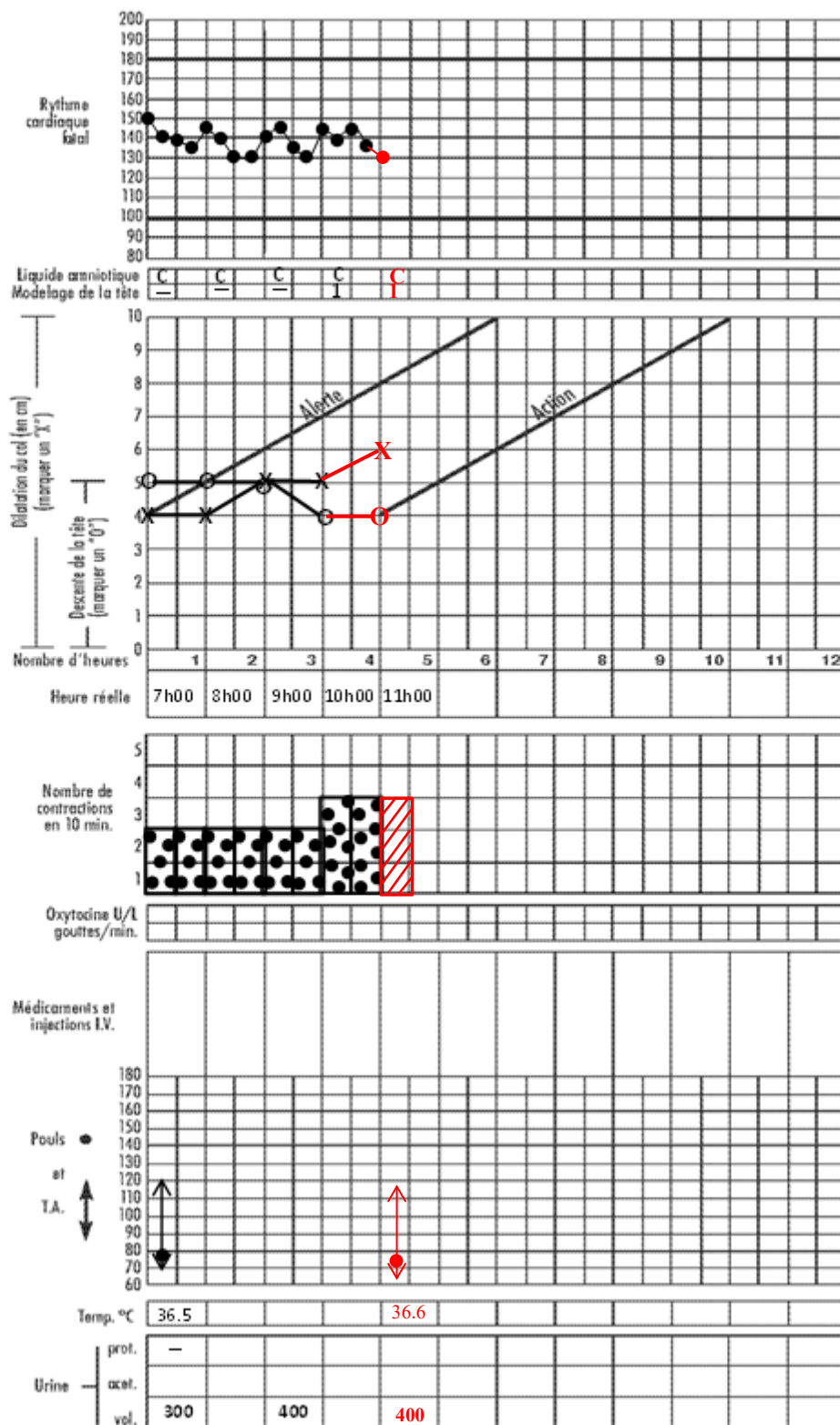
Vérifiez d'abord ce qu'elle veut manger et demandez à sa famille de lui apporter à manger. Il doit s'agir d'aliments faciles à manger, faciles à digérer et faciles à transformer en énergie utile pendant le travail. Par exemple, les bananes, les yaourts, les pains sucrés et les jus sucrés. Expliquez-lui que plus elle mangera et boira, plus le travail sera efficace et plus l'accouchement se fera en douceur.

Vous pouvez également faire une promenade dans ou hors de la salle de travail après avoir mangé. Les postures debout et la marche sont utiles pour encourager la tête à descendre.

Si possible, la sage-femme doit accompagner la parturiente pendant la promenade pour écouter son histoire et l'aider à se détendre.

Il est également conseillé d'encourager sa famille à l'accompagner, après avoir confirmé ses souhaits, en utilisant un paravent ou tout autre moyen permettant de garantir l'intimité des autres parturientes.

Nom	J.F	Geste	1	Pare	0	Dossier No.
Date d'admission	20/10/2021	Heure d'admission	7h00	Rupture des membranes	20/10	heure 5h00



Module 3 : Session 3 : Étude de cas 3

	Parturiente	Sage-femme	Points à observer	Matériel
Tout au long de l'accouchement				
			Soins respectueux De façon à : - Préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, - Garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, - Permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement. Communication La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables.	
Premier stade de l'accouchement				
7 :00	Travail	Mme K. N, 1G0P, 22 ans. Elle est sur le lit avec un regard anxieux. BDCF : 120bpm, Col 5cm, membranes intactes, descente 4/5. 1-2 CU/10 mn durant 20 sec	Techniques de relaxation pour la gestion de la douleur Les techniques de relaxation, incluant la relaxation musculaire progressive, la respiration, la musique, la pleine conscience et d'autres techniques, sont recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	
Après 3 heures (Premier stade de l'accouchement)				
10 :00	Travail	BDCF : 125bpm, Col 6cm, membranes intactes 4/5. 2 CU/10 mn durant 20 sec Elle a une vive inquiétude, est très tendue, et elle est toujours au lit. « Wooy ! Aïe ! »	Mobilité maternelle et position Encourager la femme à se déplacer librement pendant le premier stade de l'accouchement. Techniques manuelles pour la gestion de la douleur Les techniques manuelles, comme le massage ou l'application de compresses tièdes, sont des options recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	

Module 3 : Session 3 : Étude de cas 4

	Parturiente	Sage-femme	Points à observer	Matériel
Tout au long de l'accouchement				
			Soins respectueux De façon à : - Préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, - Garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, - Permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement. Communication La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables.	
Premier stade de l'accouchement				
9 :00	Travail	Mme Z. S, 1G0P, 21 ans. BDCF : 120bpm, Col 8cm depuis 7 :00, descente 4/5, le liquide amniotique claire, la grande fontanelle est à 2 heures, le fœtus est en variété de position OIDP. 2 CU/10 mn durant 25 sec « Ça me fait si mal dans le bas du dos. »	Techniques de relaxation pour la gestion de la douleur Les techniques de relaxation, incluant la relaxation musculaire progressive, la respiration, la musique, la pleine conscience et d'autres techniques, sont recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme. Mobilité maternelle et position Encourager la femme à se déplacer librement pendant le premier stade de l'accouchement. <u>La position à quatre pattes est particulièrement efficace pour corriger la rotation de l'OIDP et tourner le dos du fœtus vers l'abdomen de la mère.</u> Techniques manuelles pour la gestion de la douleur Les techniques manuelles, comme le massage ou l'application de compresses tièdes, sont des options recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	

Module 3 : Session 4 : Étude de cas 1

	Parturiente	Sage-femme	Points à observer	Matériel
Tout au long de l'accouchement				
			Soins respectueux De façon à : - Préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, - Garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, - Permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement. Communication La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables.	
			Accompagnement Un accompagnant choisi est recommandé pour toutes les femmes pendant l'accouchement et la naissance.	
Deuxième stade de l'accouchement				
13 :00	Travail Mme J. D, 1G0P, 28 ans. BDCF : 130bpm, la dilatation complète du col depuis 12 :00, descente 1/5, le liquide amniotique claire, le fœtus en variété de position OIDP. Elle est en position couchée sur le dos. 2-3 CU/10 mn durant 20 sec. « J'ai des contractions toutes les 10 minutes depuis 2 heures du matin aujourd'hui et je n'ai pas pu dormir beaucoup. Je suis		Durée du deuxième stade de l'accouchement Les femmes devraient être informées que la durée du deuxième stade varie d'une femme à l'autre. Lors des premiers accouchements, la naissance a généralement lieu en moins de 3 heures, tandis que pour les accouchements suivants, la naissance a généralement lieu en moins de 2 heures. Position de naissance Il est recommandé d'encourager l'adoption des positions d'accouchement choisies individuellement par la femme, y compris la position à quatre pattes. Perfusion pour prévenir le travail prolongé L'utilisation de perfusion dans le but de réduire la durée du travail <u>n'est pas recommandée</u> .	

Module 3 : Session 4 : Étude de cas 1

		épuisé et je n'ai pas d'énergie. Je ne sais pas ce que je vais faire. Je ne veux pas encore pousser »		Liquides et nourritures par voie orale Chez les femmes à faible risque obstétrical, la prise de liquide et de nourriture par voie orale pendant l'accouchement est recommandée. Méthode de poussée Les femmes dans la phase d'expulsion du deuxième stade de l'accouchement devraient être encouragées et soutenues à suivre leur propre envie de pousser. Expression abdominale L'expression abdominale pour faciliter l'accouchement <u>n'est pas recommandée</u>.	
--	--	--	--	--	--

Module 3 : Session 4 : Étude de cas 2

	Parturiente	Sage-femme	Points à observer	Matériel
Tout au long de l'accouchement				
			Soins respectueux De façon à : - Préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, - Garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, - Permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement. Communication La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables.	
			Accompagnement Un accompagnant choisi est recommandé pour toutes les femmes pendant l'accouchement et la naissance.	
Deuxième stade de l'accouchement				
11 :00	Expulsion Mme B. K, 2G1P, 25 ans. BDCF : 110bpm, Deux minutes se sont écoulées après l'accouchement de la tête du bébé. Dystocie des épaules. Elle est en position couchée sur le dos. 3 CU/10 mn durant 35 sec. « Le bébé n'est toujours pas né ? Je pousse aussi fort que je peux. »		Position de naissance Il est recommandé d'encourager l'adoption des positions d'accouchement choisies par la femme : position de McRoberts, à quatre pattes ; expression suspubienne (Resnik) <u>est recommandée</u> Méthode de poussée Les femmes dans la phase d'expulsion du deuxième stade de l'accouchement devraient être encouragées et soutenues à suivre leur propre envie de pousser.	
			Expression abdominale L'expression abdominale pour faciliter l'accouchement <u>n'est pas recommandée</u> .	

Module 3 : Session 5 : Étude de cas 1

	Parturiente	Sage-femme	Points à observer	Matériel
Tout au long de l'accouchement				
			Soins respectueux De façon à : - Préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, - Garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, - Permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement. Communication La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables.	
			Accompagnement Un accompagnant choisi est recommandé pour toutes les femmes pendant l'accouchement et la naissance.	
Premier stade de l'accouchement				
13 :00	Travail	Mme A. D. 3G2P, 35 ans, Col 7cm, 4 CU/10 mn durant 35 sec, liquide amniotique claire. BDCF : 130 bpm, mais il a chuté à 90 bpm avec chaque CU. Ralentissements ne durent pas après les CU. « J'ai soif! J'ai besoin d'un peu de jus. »	Se reporter aux P.63 et 64 du Cahier du Participant. Les ralentissements de BDCF peuvent être classés en trois types. Dans ce cas, nous pouvons conclure que c'est les ralentissements précoces en raison des caractéristiques ci-dessous. - Correspondent aux CU - Plus de 30 sec du point de départ au point le plus bas - Ne durent pas après les CU Le mécanisme de développement des ralentissements précoces est une compression céphalique entraînant un réflexe vagal.	
			En d'autres termes, les ralentissements de BDCF sont courants lorsque la tête du fœtus est descendue à un certain degré et que l'accouchement est proche, qu'il n'est pas urgent et qu'il ne nécessite pas d'intervention médicale immédiate.	

Module 3 : Session 5 : Étude de cas 1

					Il faut tenir compte du fait qu'il s'agit 3G2P et se préparer à un accouchement tout de suite. Il est conseillé d'expliquer que le bébé va bientôt naître, tout en lui donnant à boire comme elle le souhaite.	
--	--	--	--	--	--	--

Module 3 : Session 5 : Étude de cas 2

	Parturiente	Sage-femme	Points à observer	Matériel
Tout au long de l'accouchement				
			Soins respectueux De façon à : - Préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, - Garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, - Permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement. Communication La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables. Accompagnement Un accompagnant choisi est recommandé pour toutes les femmes pendant l'accouchement et la naissance.	
Premier stade de l'accouchement				
21 :00	Admission	Mme F. D. 1G0P, 25 ans, porteuse d'une grossesse de 37SA reçue au CS de Diaam pour des céphalées intenses. TA : 16/11 cmHg, Albuminurie + +, BDCF : 115bpm, Col 3 cm, membranes intactes	Se reporter aux P.65 du Cahier du Participant. D'après la valeur de la tension artérielle, nous pouvons conclure que ce cas est une pré-éclampsie sévère. - Pré-éclampsie sévère : TA systolique ≥ 160 mmHg et/ou TA diastolique ≥ 110 mmHg	
21 :10		Elle a reçu de la Nicardipine 1cc en bolus IV également une dose de 10mg dans 500cc de sérum glucosé 5% en perfusion continue.	La sage-femme a prodigué un traitement de la pré-éclampsie en accord avec le PNP. Elle doit expliquer à la parturiente et à sa famille pourquoi elle a décidé de la référer et ce qui se passera ensuite.	
21 :15	Travail	TA :16/11 cmHg, elle a reçu de la 2 ^{ème} Nicardipine 1cc en bolus IV, elle est anxieuse et paniquée se demande :	Il n'est pas conseillé d'utiliser un langage fort pour persuader une parturiente désemparée. Écoutez d'abord ce qu'elle a à dire, puis compatissez à l'anxiété et à la confusion de la parturiente et	

Module 3 : Session 5 : Étude de cas 2

		« Pourquoi dois-je aller à l'hôpital ? Vais-je subir une opération ? J'ai peur ! Je ne sais pas quoi faire ! Je veux appeler mon mari et ma mère. » Elle pleure.		expliquez-lui soigneusement, ainsi qu'à sa famille, qu'elle doit être référée pour que la mère puisse accoucher en toute sécurité.	
--	--	---	--	--	--

11. Liste de tâches pour la Gestion de la formation

Liste de tâches pour la Gestion de la formation			
Avant la formation			
Numéro de tâche	Tâches		Vérification
1	Confirmation du calendrier de formation		ok
2	Confirmation des participants à la formation		ok
3	Contact des hotels pour prise d'informations et cotations à tire comparatif		ok
4	Confirmation et réservation des lieux de formation : (Par exemple : l'hôtel la rose blanche)		ok
5	Organisation prévisionnelle : (pause café, déjeuner, projecteurs, etc)		ok
6	Transmission du planning de mise en place des salles à l'hôtel		ok
7	Préparer et envoyer les invitations aux participants		ok
8	Préparation des TDR, Envoyer à l'avance aux parties concernées		ok
9	Impression des documents : (des pré-tests, des post-tests, TDR, des consentements d'image, etc)		ok
10	Préparation de l'agenda		ok
11	Contact du prestataire pour transport des équipements		ok
12	Préparation de la liste de présence		ok
13	Invitation des médias		ok
14	Préparation des paiements des perdiems pour les participants et les formateurs à la formation		ok
15	Préparation des fiches d'évaluation de formation		ok
16	Coordination des chauffeurs pour faire le plein de carburant des véhicules du projet		ok
Pendant la formation			
17	Distribution des documents : (TDR, des pré-tests, des post-tests, des consentements d'image, etc)		ok
18	Coordination avec le restaurant de la pause café et la pause déjeuner (Momentum et nombre de personnes prises en charge)		ok
19	Inscription sur la liste de présence pour les participants et les formateurs (Contrôle et vérification)		ok
20	Recueil, vérification des noms et prénoms et distribution des attestations de formation lors de la cérémonie de clôture		ok
21	Préparation des équipements pour chaque table, ranger les équipements		ok
22	Récupérer des fiches d'évaluation de formation		ok
23	Suivi des médias : (Par exemple : Vision 24 TV)		ok
24	Vérification des équipements par les formateurs (Début et fin de formation pratique) pour garantir les quantités utilisées et restantes		ok
25	Paiement des perdiems pour les participants et les formateurs à la formation		ok
26	Transport des équipements vers le bureau		ok
Après la formation			
27	Préparation des états récapitulatifs des fiches de présence et des fiches de perdiem & honoraires		ok
28	Finalisation du Compte Rendu de la formation		ok
29	Partage des vidéos et des articles créés par les médias		ok
30	Compilation et Résumé des résultats des fiches d'évaluation de formation		ok
31	Création d'une liste de paiement des perdiems pour les participants et les formateurs à la formation		ok
	Récupération des reçus de paiement		ok



PACSSMN

PROJET D'AMELIORATION DU CONTINUUM DES SOINS DE SANTEMATERNELLE ET NEONATALE

SYNTHESE DU RAPPORT DE SUPERVISION

DU 11 AU 15 MARS 2024.
REGION SANITAIRE D'ABIDJAN 1
DISTRICTS SANITAIRES D'ABOBO EST ET OUEST



1. Contexte et justification

En Côte d'Ivoire, le taux de mortalité maternelle a diminué de 614 à 385 pour 100 000 naissances vivantes (EDS 2021), mais largement au-dessus de l'ODD 3 fixés pour tous les pays d'un ratio de mortalité maternelle en dessous de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030 ce qui constituent une préoccupation majeure pour la Côte d'Ivoire qui fait partie des pays en développement. Malgré les stratégies et interventions mises en œuvre pour faire face aux problèmes de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les indicateurs ne sont toujours pas reluisants.

Depuis le mois de juillet 2019, le Projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN) a été initié par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle MSHP- CMU et ce, à travers la Direction des Soins Infirmiers, Maternels et Infantiles (DSIMI) en partenariat avec l'Agence Internationale de Coopération Japonaise (JICA). Ce Projet vise la mise en place d'un "modèle du Continuum de Soins Maternels et Néonatals basé sur les preuves scientifiques" axé sur le renforcement des compétences des sage-femmes dans les établissements de santé. Il a pour finalité l'amélioration de la qualité des soins de Santé Maternelle et Néonatale (SMN) permettant ainsi de contribuer efficacement à la réduction du taux de Morbidité et de Mortalité Maternelle et Néonatale.

Le PACSSMN est composé de trois (3) étapes : i) un état des lieux ; ii) la planification et l'implantation de l'intervention visant le changement du Continuum des Soins de SMN selon les recommandations de l'état des lieux ; et, iii) l'évaluation des résultats de l'intervention. Il sera implanté dans la Région Sanitaire d'Abidjan 1 plus précisément dans les Districts Sanitaires d'Abobo Est et d'Abobo Ouest ainsi qu'au CHU de Cocody dont les Services de Gynécologie-Obstétrique ont été redéployés momentanément au niveau de l'Hôpital Général d'Adjamé pendant la période de l'enquête.

Les résultats issus de cette enquête ont révélé des insuffisances au niveau des compétences des prestataires à toutes les étapes de la prise en charge des parturientes à savoir : pendant les consultations prénatales et postnatales, l'accouchement ainsi que l'accueil et l'organisation du travail et cela à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (1^{er} au 3^{ème} niveau).

Ainsi, pour la mise en œuvre des activités du plan opérationnel du projet et pour répondre à l'un des objectifs de PACSSMN qui est d'améliorer la qualité des prestations des sage-femmes et infirmier(ères) la DSIMI/ PACSSMN en collaboration avec la JICA, a organisé une série de de formation en deux cascades :

- Première cascade : la formation d'un pool de formateurs **(du 05 au 09 juin 2023)** la formation théorique et la formation pratique **du 31 juillet au 04 août**
- Deuxième cascade : la formation des sage-femmes et infirmier(ères) des structures cibles des districts sanitaire d'Abobo Est et Ouest de la Région Sanitaire d'Abidjan 1 **du 21 août au 20 octobre 2023.**

Ainsi, du **05 au 09 juin 2023**, a eu lieu la formation théorique d'un pool de formateurs district et la formation pratique de ce pool de formateurs district s'est déroulé du **31 juillet au 04 août 2023**. Ensuite, du **21 août au 20 octobre 2023**, se sont déroulées cinq sessions de formation des sage-femmes et infirmier(ère)s des structures cibles des districts sanitaire d'Abobo Est et Ouest de la Région Sanitaire d'Abidjan 1.

En vue de constater les effets sur la pratique des soins, deux (02) visites de suivi post-formation ont été organisées.

Faisant suite à ces deux (02) visites de suivi post-formation et la distribution des équipements que la DSIM/ PACSSMN en collaboration avec la JICA a organisée une mission de supervision **du 11 au 15 mars 2024** au niveau de toutes les structures sanitaires cibles du projet.

2. Objectifs

2.1. Objectif général

L'objectif général de cette activité était :

- Evaluer la qualité de la prise en charge des mères et des nouveaux nés des structures cibles du projet.

2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de cette activité étaient :

- Evaluer le niveau de mise en pratique des soins à la mère et au nouveau-né durant l'accouchement, les CPN et CPoN
- Evaluer les conditions de réalisation de l'accouchement notamment les dispositions préalables prise par les sages-femmes
- Evaluer les soins de soutien pratiqués par les sages-femmes pendant le travail
- Evaluer les soins à chaque phase du travail d'accouchement (pendant la première, la deuxième et la troisième phase)
- Evaluer le niveau d'utilisation des équipements fournis
- Faire des recommandations

3. Résultats attendus

- Le niveau de mise en pratique des soins à la mère et au nouveau-né durant l'accouchement les CPN et CPoN a été évalué
- Les conditions de réalisation de l'accouchement ont été évaluées
- Les soins de soutien pratiqués pendant le travail par les sage-femmes ont été évalués
- Les soins à chaque phase du travail d'accouchement ont été évalués (pendant la première, la deuxième et la troisième phase)
- Le niveau d'utilisation des équipements fournis a été évalué
- Des recommandations ont été faites

4. Méthodologie

4.1. Composition des équipes

La mission de supervision a été réalisée par quatre (04) équipes composées de :

- Représentants de la DSIM, DSC, PNSSU-SAJ, PNSME
- Experts de l'équipe japonaise.

- Représentants de Sociétés savantes (SOGOCI)
- Coordonnatrices SME des districts sanitaires d'Abobo Est et Ouest.
- Sages-femmes formatrices.

4.2. Déroulement de l'activité

- **1^{ère} étape : Réunion avec les Responsables de la structure**
- **2^{ème} étape : Supervision proprement dite**

Au cours de la période de supervision, pour apprécier la qualité des soins aux mères et aux nouveaux nés, les sections suivantes ont été observées par les superviseurs :

1) Accueil, 2) Prévention et contrôle des infections, 3) Conditions de l'accouchement, 4) Soins de soutien pendant le travail, 5) Soins pendant la première phase du travail, 6) Soins pendant la deuxième phase du travail, 7) Soins pendant la troisième phase du travail, 8) Soins à la mère après l'accouchement, 9) Réanimation néonatale 10) Surveillance et soins immédiats aux nouveau-nés, 11) Allaitement maternel immédiat et exclusif, 12) Surveillance des nouveau-nés avant la sortie de l'hôpital, 13) Informations et conseils aux mères, 14) Matériels et équipements fournis.

Ceci à l'aide d'une grille élaborée à cet effet.

- **3^{ème} étape : Restitution des Résultats de la Supervision aux Responsables de la structure**

5. Date et lieu

Cette mission s'est déroulée durant 05 jours du lundi 11 au vendredi 15 mars 2024 dans les 22 structures cibles programmées (01 CHR et 20 ESPC) dont 01 n'a pu être visitée, il s'agit du **FSU Com Anonkoua Kouté**.

6. Collecte, traitement et analyse des résultats

Les données et/ou informations collectées sur sites ont été saisies et traitées avec Microsoft Word et Excel.

Un rapport de la mission de supervision a été élaboré avec les recommandations précises basées sur la perspective de l'amélioration des pratiques des sages-femmes ainsi que d'éventuelles mises à jour du contenu de la formation.

Le rapport sera partagé aux districts sanitaires et aux établissements sanitaires qui ont fait l'objet de la visite.

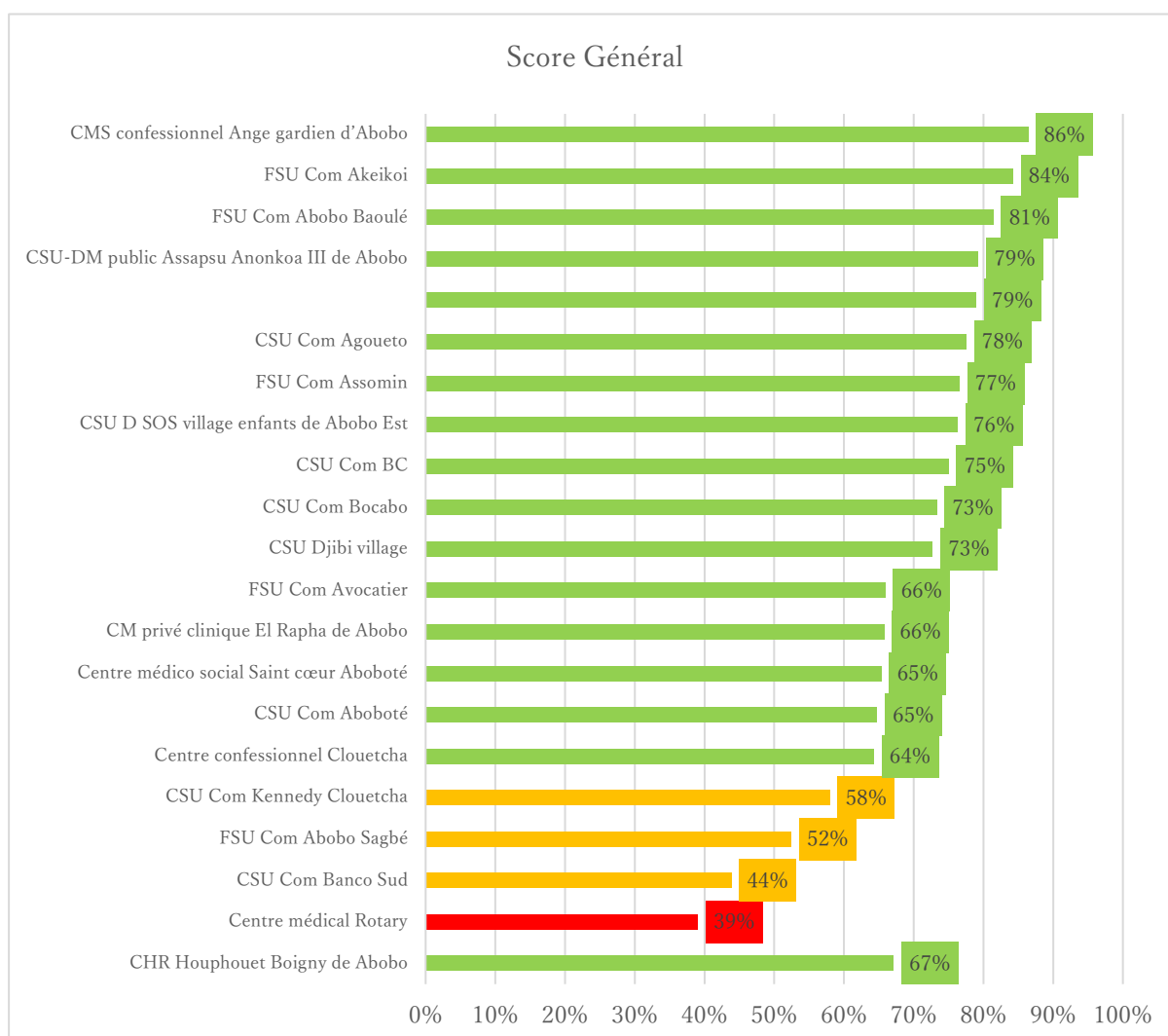
Pour le calcul des performances, la proportion de bonnes pratiques est considérée comme le rapport entre les bonnes pratiques observées sur le nombre total d'observation pour chaque variable puis pour tous les items de la composante.

Le score obtenu sera présenté en quatre niveaux afin d'apprécier la qualité :

★	Premier niveau : entre 80 à 100%	La qualité offerte est excellente : Pas de dysfonctionnements majeurs. Pas beaucoup de recommandations. Satisfaction du personnel et des usagers
↑	Deuxième niveau : entre 60 et 80%	La qualité offerte est bonne : Quelques dysfonctionnements Quelques conseils d'amélioration
↑	Troisième niveau : entre 40 et 60%	La qualité offerte est insuffisante : Beaucoup de dysfonctionnements Beaucoup de recommandations d'amélioration
↑	Quatrième niveau : moins que 40%	La qualité offerte est très insuffisante : Existence de graves dysfonctionnements

Outils de l'évaluation de la qualité des soins de l'OMS utilisé par le Ministère en charge de la Santé

7. Résultats et Analyse



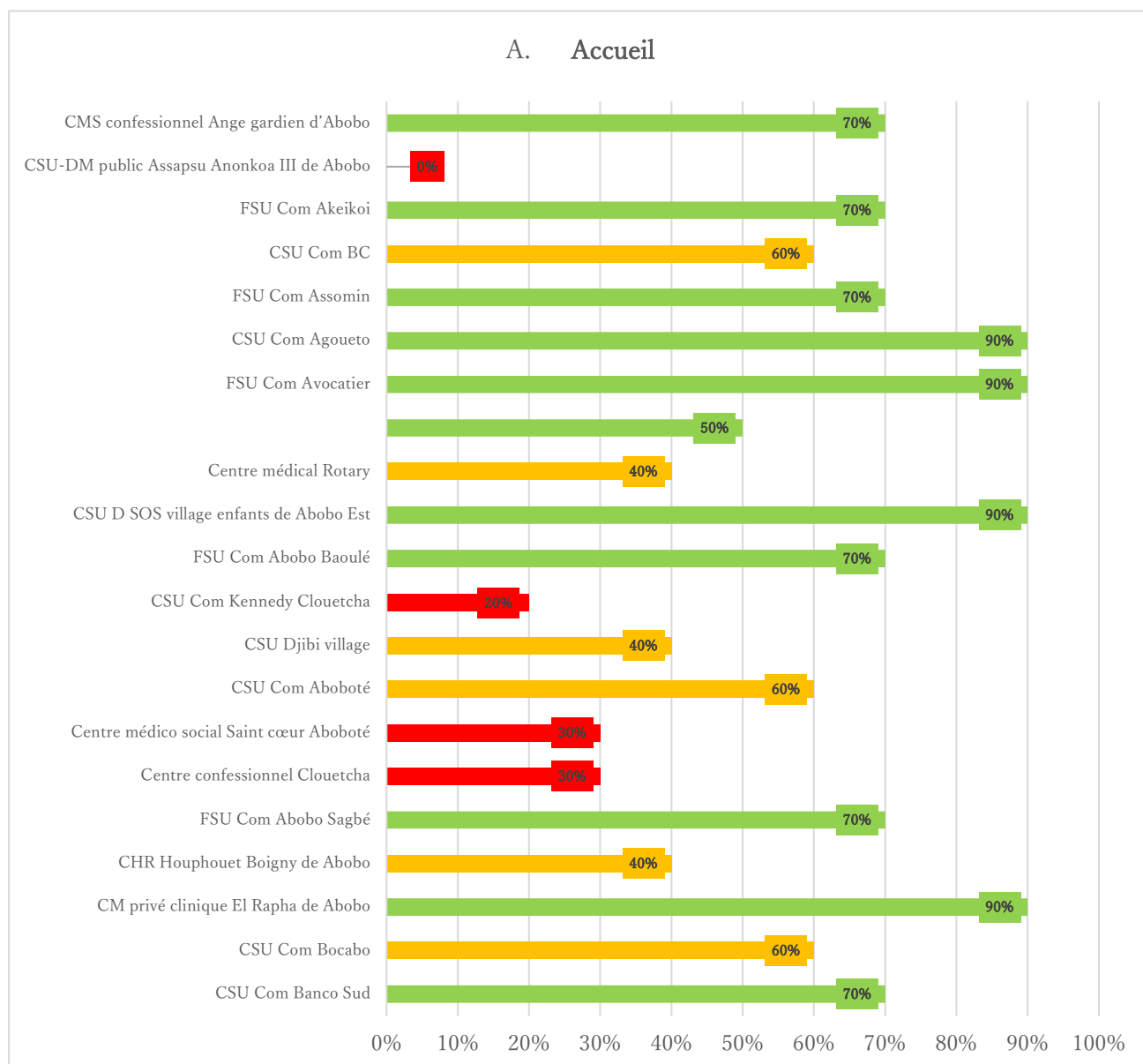
Graphique 1 : Score global des centres visités

Commentaires :

Seulement 3 sur les 21 structures de santé ont obtenu un score au-dessus de 80 % en ce qui

concerne la qualité des soins du continuum des soins de santé maternelle et néonatale. **Le CHR a obtenu un score global de 67% qui correspond à une bonne qualité de soin.**

7.1 Accueil



Graphique 1 : Score global de l'accueil

Commentaires :

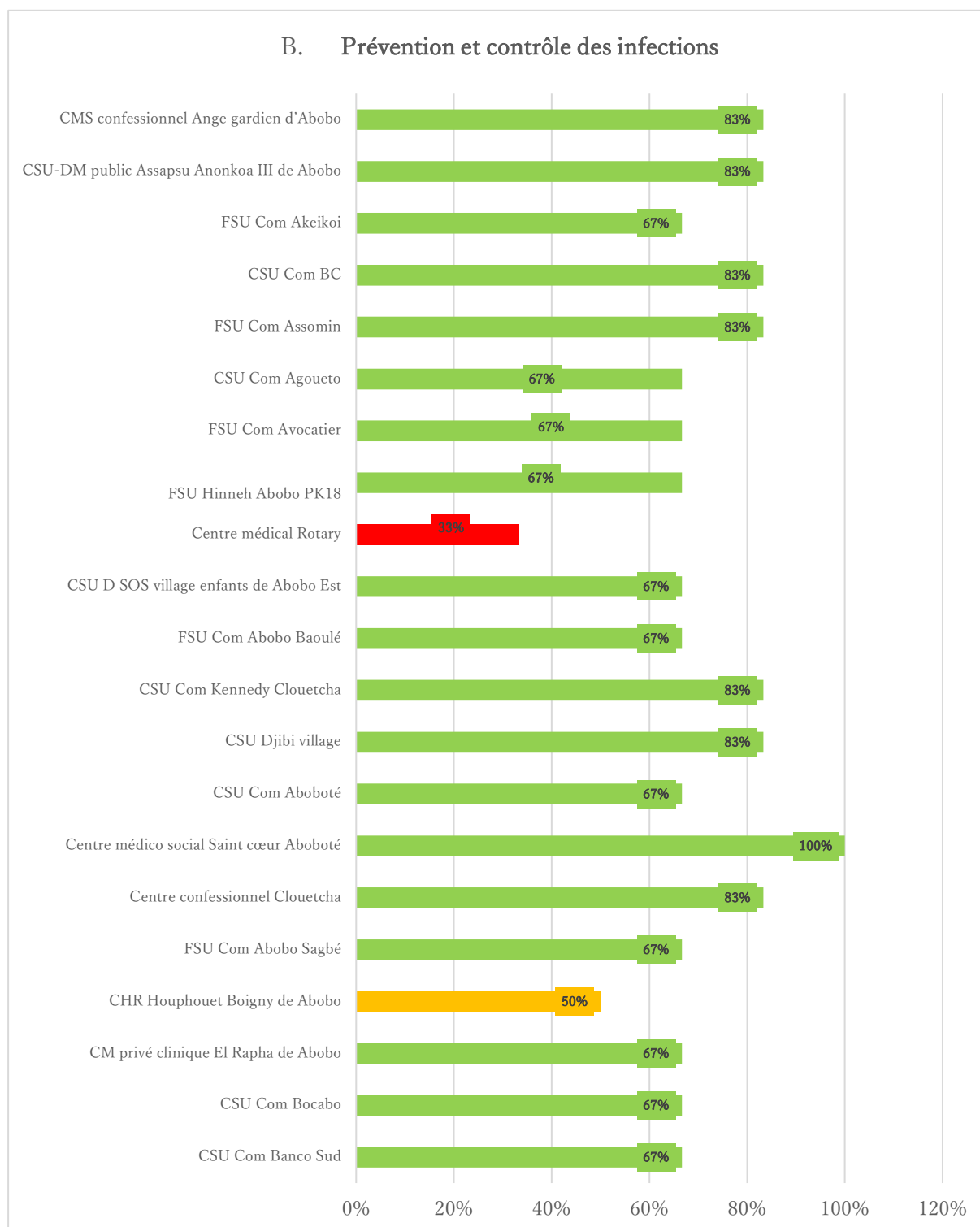
- 4 structures sur les 21 visitées ont obtenu un score supérieur à 80%
- Tandis que 16 structures sur les 20 visitées ont obtenu un score en dessous de 80%.

Observations/points à améliorer :

- Absence de signalétique extérieur et/ou intérieur
- Inexistence de poste d'accueil avec la présence d'un personnel en permanence 24/24

- Tri des malades par un personnel non qualifié
- Non affichage de circuit du malade dans des centres visités.

7.2 Prévention et contrôle des infections



Graphique 2 : Score global Prévention et contrôle des infections

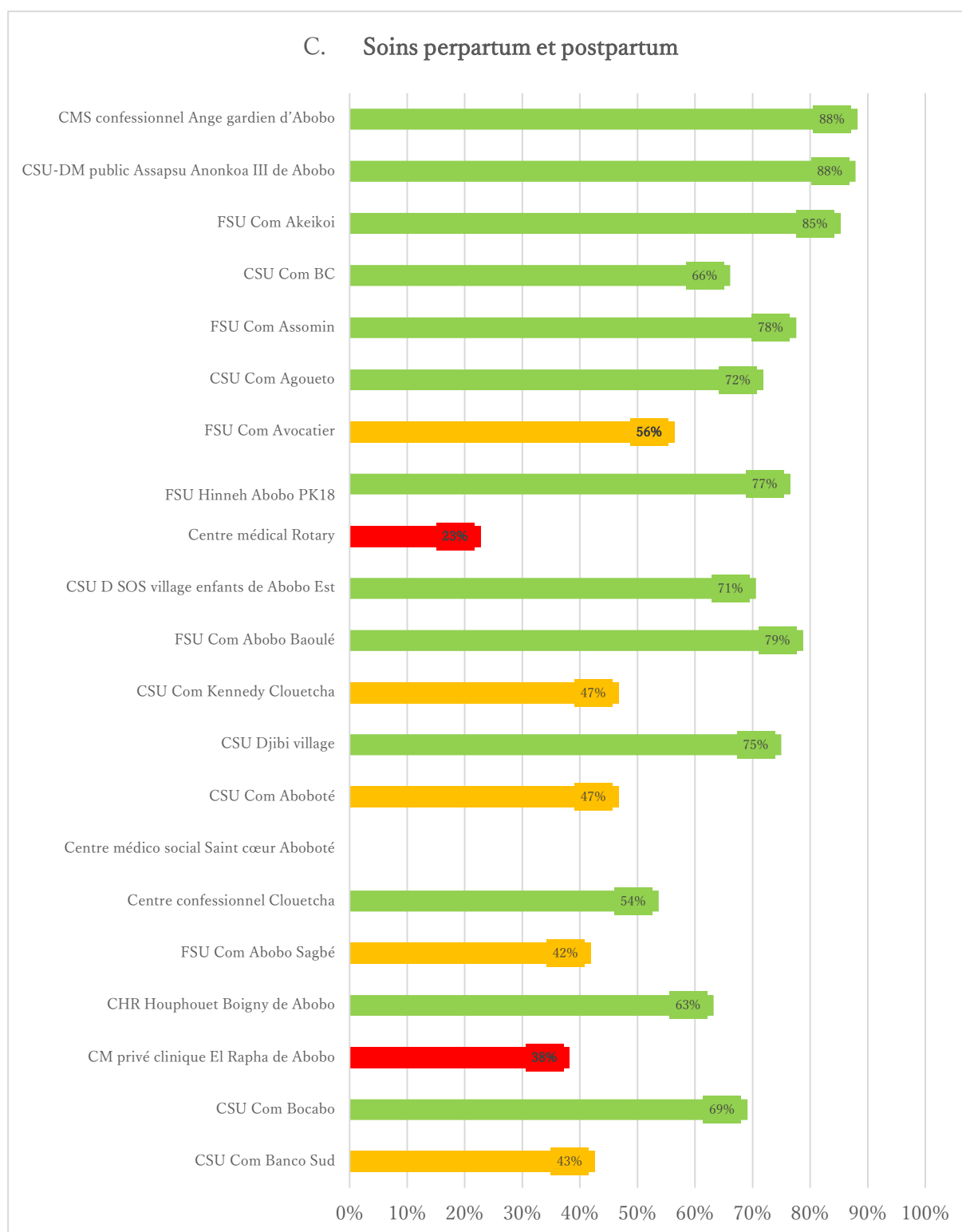
Commentaires :

- 8 structures sur les 21 visitée ont obtenu un score au-dessus de 80% ;
- Ici, la plupart des centres de santé disposaient de mesures adéquates pour l'approvisionnement en eau tandis que la majorité ne disposait pas de mesures adéquates pour l'élimination des déchets
- Dans l'ensemble des structures sanitaires l'hygiène est insuffisante.

Observations/ points à améliorer :

- Elimination des déchets biomédicaux.
- Renforcement de l'approvisionnement en eau potable
- Amélioration de l'hygiène hospitalière

7.3 Travail normal et accouchement par voie basse /Soins per partum et postpartum



Graphique 3 : Soins per partum et post partum

Commentaires : sur les 21 structures nous notons que seulement 3 offrent des soins per et post partum de qualité (score supérieur à 80%). Le CHR quant à lui obtient un score de 63%.

Observations/points à améliorer :

- Non maîtrise des différentes étapes des 3 phases de l'accouchement ainsi que les
- Mauvaises conditions de travail

❖ **Conditions de l'accouchement :**

Observations/points à améliorer :

- La plupart des centres de santé disposent des algorithmes de prise en charge de l'éclampsie, de l'hémorragie du post partum, des flow chart de soins essentiels et réanimation du nouveau-nés en salle d'accouchement, mais ne sont pas correctement utilisés.
- La moitié des centres de santé n'ont pas d'affiches sur les soins essentiels.
- Les prestataires de soins ne remplissent pas correctement les outils de gestion de l'accouchement (registres, partogrammes ...)
- Dans la plupart des centres visités, les sage-femmes sont en nombre insuffisant et travaillent dans des conditions difficiles avec des salles d'accouchement sans climatisation.
- Dans la majorité des centres visités, le personnel ne se lave pas toujours les mains avant et après les actes.
- La température de la salle d'accouchement n'est pas adéquate dans plus de la majorité des centres visités (chaleur).
- L'intimité de la patiente n'est pas respectée dans la plupart des centres de santé plus particulièrement au CHR.

❖ **Soutien de soins pendant le travail**

Observations/ points à améliorer :

- Atmosphère de soutien et d'encouragement autour de la naissance respectueuse de la volonté de la femme
- Encouragement à la mobilité des femmes

❖ **Soins pendant la première phase du travail**

Observations/ points à améliorer :

- Les Directives ne sont pas disponibles dans la plupart des centres de santé
 - Conduite à tenir devant la procidence du cordon
 - Conduite à tenir devant la dystocie de l'épaule.

❖ **Soins pendant la deuxième phase du travail**

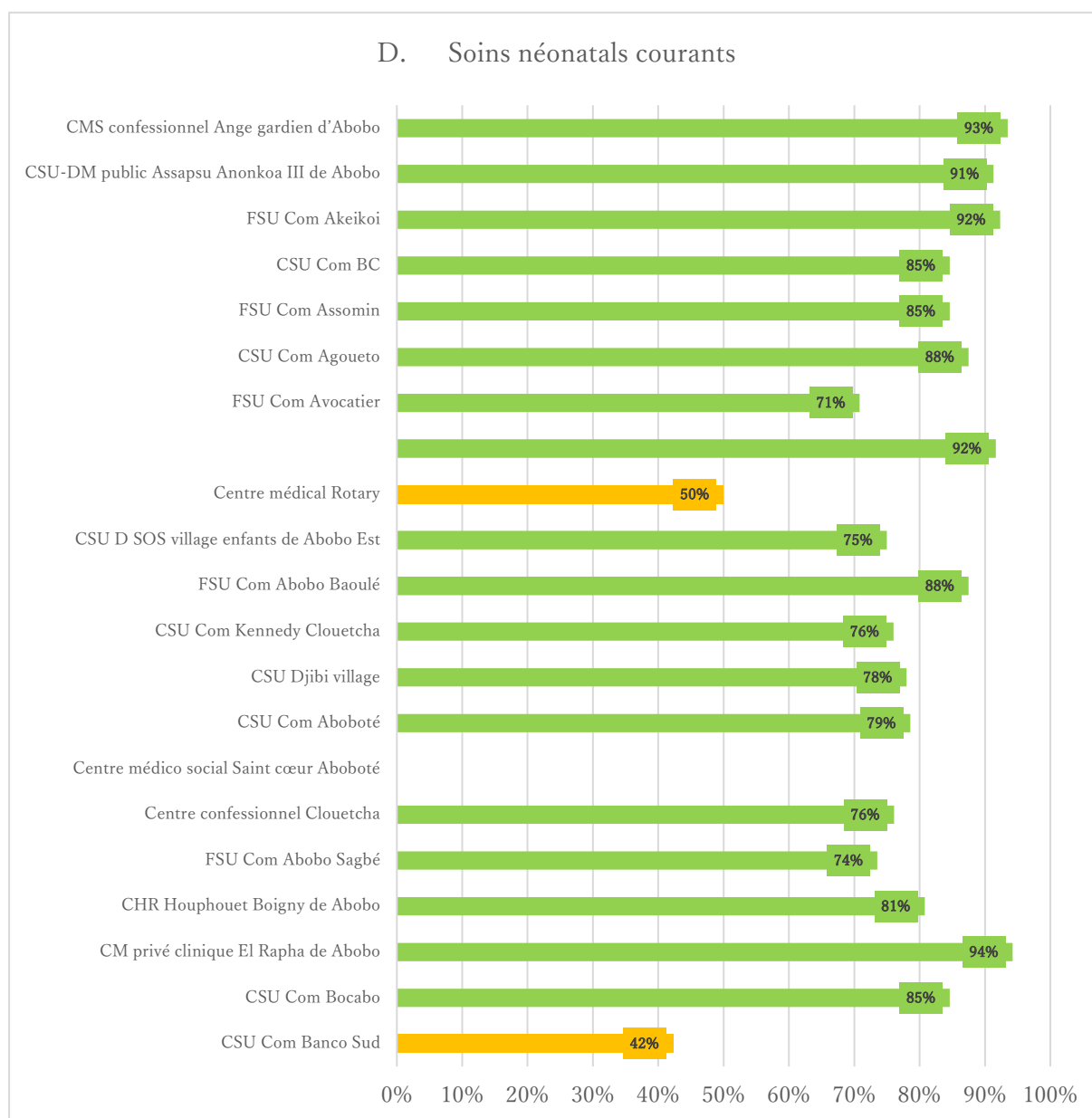
Observations/ points à améliorer

- Les phases expulsives ne sont pas totalement maîtrisées par la majorité des prestataires observés

- La pratique de l'épisiotomie est presque systématique
- Absence d'anesthésie locale dans la réalisation de l'épisiotomie
- Difficulté dans la quantification exacte du sang perdu lors de l'accouchement

7.4 Soins néonataux courants

Au cours de la mission, nous avons procédé à des simulations dans la majorité des centres à cause de la rareté des cas d'accouchement ce qui n'a pas permis de faire une appréciation en situation réelle.



Graphique 4 : Score Soins néonataux courants

Commentaires : 11 structures de santé sur les 21 visitées offrent des soins néonataux

courants de qualité excellente avec un score supérieur à 80%. **Au CHR, le score est de 81%**

Observations/points à améliorer :

- Étapes de la réanimation,
- Soins essentiels aux nouveaux nés
- Surveillance du nouveaux nés avant la sortie de l'hôpital.

❖ **Réanimation du nouveau-né**

Observations/points à améliorer :

- Coin nouveau-né adapté avec matériel prêt à l'emploi.
- Désinfection du matériel de réanimation du nouveau-né

❖ **Surveillance et soins immédiats aux nouveau-nés**

Observations/points à améliorer :

- Réalisation du contact peau à peau
- Séparation prolongée et pas nécessaire de la mère et du nouveau-né

❖ **Allaitement maternel immédiat et exclusif**

Observations/points à améliorer :

- Rien à signaler

❖ **Surveillance du nouveau-né avant sa sortie de l'hôpital**

Observations/points à améliorer :

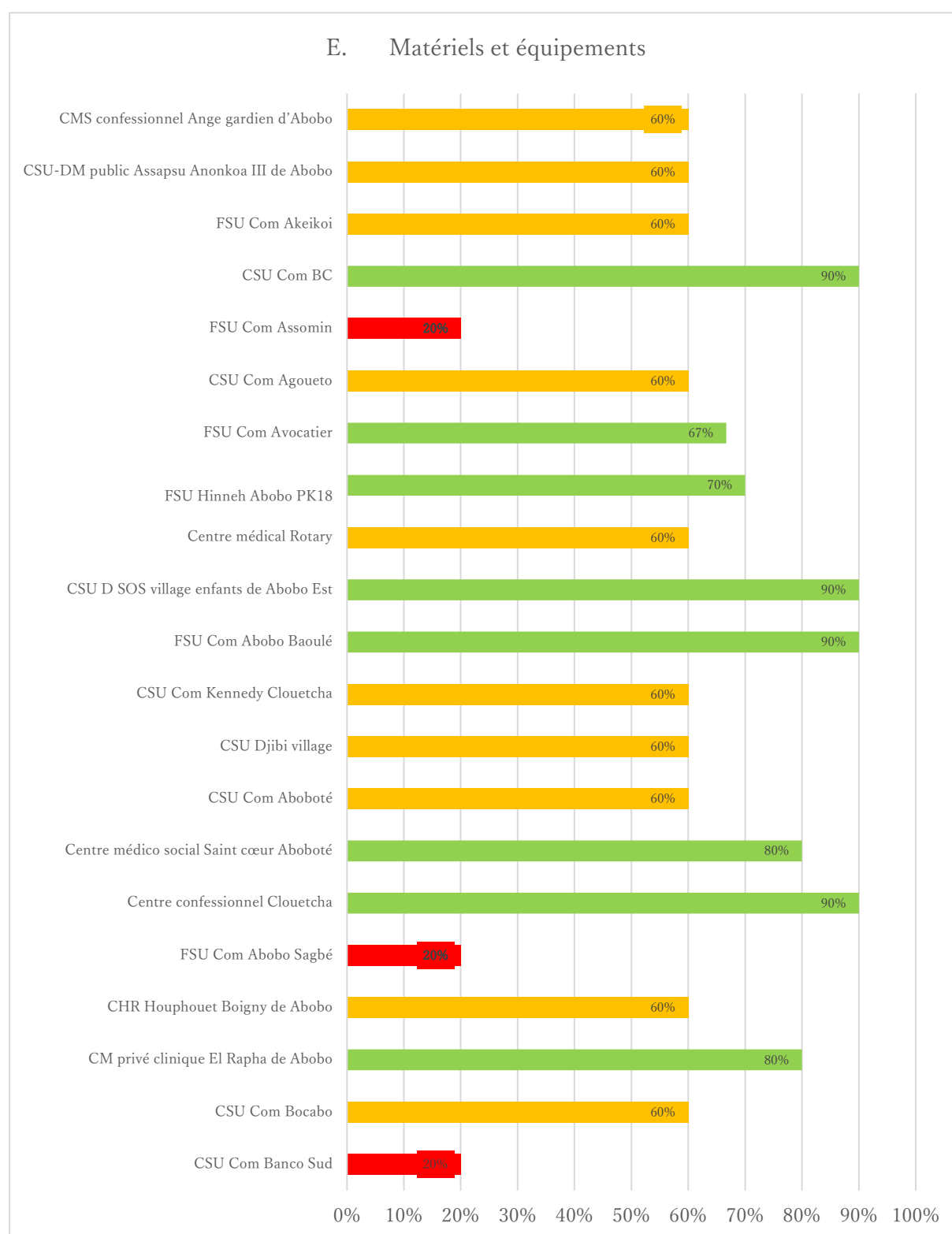
- Surveillance correcte des nouveau-nés avant leur sortie de l'hôpital
- Recherche des pathologies et malformations pas systématique
- Sortie précoce des nouveaux né de l'hôpital après la naissance (6 à 8 Heures)

❖ **Informations et conseils aux mères**

Observations/points à améliorer :

- Conseils sur les signes de danger possibles, et sur le moment de revenir pour les soins postnatals courants à la sortie de l'hôpital.

7.5 Matériels et équipements



Graphique 5 : Matériels et Equipements

Commentaires : l'ensemble des structures de santé visitées ont déjà réceptionnés les matériels et équipements et la majorité des structures sanitaires les a installés.

La majeure partie du matériels et équipements installés est utilisée.

Au CHR, 80% du matériel réceptionné a été installé et utilisé.

8. Constats /leçons apprises

Gouvernance

- La présence de personnel qualifié dans tous les centres supervisés ;
- Pour l'accueil, la plupart des centres de santé dispose de boîte à suggestion ;
- La plupart des centres sont difficiles d'accès et font face à des défis de sécurité.

Directives et Protocoles

- Absence de certaines directives essentielles (conduite à tenir devant la procidence du cordon et la dystocie de l'épaule en salle d'accouchement).

Matériels et Equipements

- Tous les centres supervisés ont été dotés par le Projet JICA/PACSSMN en matériels et équipements pour la prise en charge du couple mère enfant en mars 2024.

Qualité de soins

- Les effets de la formation non encore perceptibles dans les gestes de certaines sages-femmes ;
- Mauvaise organisation de la salle d'accouchement dans la majorité des structures supervisées ;
- Mauvais remplissage des outils de gestion (registre d'accouchement et partogramme) dans tous les centres visités ;
- Nette amélioration de la qualité de l'accueil et de l'humanisation des soins prodigués au couple mère-enfant (accouchements normaux avec des soins humanisés) ;
- Réelle promotion de l'allaitement exclusif à travers les classes des mères dans certaines structures.

Prévention et Contrôle des Infections

- L'hygiène est insuffisante dans la plupart des centres de santé ;
- Mauvaise gestion des déchets biomédicaux (absence d'incinérateurs, mauvais tri, absence de circuits d'élimination des déchets).

PACSSMN

- Satisfaction du personnel et des responsables pour les acquis du projet (formation, matériels et équipements).

9. Difficultés rencontrées

- Rareté des accouchements dans les structures de santé pendant la période de supervision ce qui a suscité l'utilisation des cas de simulation.

10. Recommandations

AU MSHPCMU

- Faire le suivi et le coaching régulièrement (chaque 2mois) pour pérenniser les acquis du projet ;
- Veiller à la mise en application des directives, normes, protocoles et algorithmes dans les structures de santé ;
- Sensibiliser et responsabiliser les gynéco obstétricien pour les soins de santé respectueux ;
- Veiller à l'amélioration des conditions de travail dans les structures sanitaires.

AU DIRECTEUR REGIONAL DE LA SANTE ET AUX DIRECTEURS DEPARTEMENTAUX

- Assurer la pérennisation des acquis du projet à travers le suivi et le coaching régulier des prestataires ;
- Assurer le suivi et la maintenance des matériels et équipements ;
- Veiller à la mise en application des directives, normes, protocoles et algorithmes dans les structures de santé.

AUX RESPONSABLES DES STRUCTURES SANITAIRES

- Mettre en place des signalétiques extérieures et intérieures visibles et lisibles ;
- Définir et afficher le circuit du patient ;
- Disposer d'un groupe électrogène ;
- Veiller à la mise en application des directives, normes, protocoles et algorithmes dans les structures de santé ;
- Mettre les matériels et équipements reçus à la disposition des prestataires ;
- Assurer le suivi et la maintenance des matériels et équipements ;
- Mettre en place un poste d'accueil avec un agent formé à cet effet ;
- Designier une personne qualifiée pour faire le Tri des malades (médecin, infirmier, sage-femme) ;
- Assurer une bonne gestion des déchets (tri et élimination) ;
- Améliorer les conditions de travail des agents (climatisation, aménagement et hygiène des locaux).

AUX PRESTATAIRES

- Prodiguier des soins de qualité aux parturientes en se basant sur des protocoles, normes et directives du ministère ;
- Assurer des soins respectueux aux femmes, enfants et familles ;

- Faire le remplissage correct des outils de gestions (registre d'accouchement, partogramme ...) ;
- Veiller à l'utilisation du registre curatif pour l'enregistrement dès l'arrivée de la parturiente avant le remplissage du partogramme
- Veiller au respect des directives sur la surveillance du post partum immédiat
- Faire une réorganisation de la salle d'accouchement et les suites de couches et autres services ;
- Faire un bon usage des matériels et équipements reçus ;
- Veiller à l'hygiène et l'entretien de la salle d'accouchement, des suites de couche, des salles de consultation, des toilettes, et du matériel de travail ;
- Veiller à l'utilisation efficace de la désinfection à l'eau et à l'alcool pour l'hygiène des mains avant et après les actes ;
- Utiliser les tabliers et les bottes fournis pour prévenir les infections ;
- Renforcer le travail d'équipe.

A LA JICA

- Appuyer les missions de coaching et de supervision de la mise en œuvre du projet ;
- Appuyer l'État de Côte d'Ivoire pour la mise à échelle du projet.

CONCLUSION

Cette supervision avait pour but d'apprécier après la série de formations, les effets de celles-ci sur la pratique des soins de santé maternelle et néonatale dans les deux districts cibles.

Après avoir parcouru toutes les structures sanitaires, le constat est que si beaucoup d'aspects de la prise en charge de la mère et du nouveau-né ont été améliorés, il n'en demeure pas moins que des efforts restent à faire afin d'optimiser cette prise en charge.

Il est donc nécessaire de poursuivre les formations, les coachings sur site ainsi que les missions de supervision dans les structures sanitaires cibles, en vue de pérenniser les acquis du projet pour la réduction de **10% du taux de** la mortalité maternelle et néonatale dans les districts d'abobo-EST et d'abobo-Ouest.

Annexes

- Grille de supervision
- Composition des équipes
- Photos et images



Projet d'amélioration du continuum des soins de santé maternelle et néonatale
PACSSMN



Outil de supervision

Mission de supervision post-formation des sages-femmes dans le cadre du PACSSMN

(Du 11 au 15 mars 2024)



Mars 2024



Outil de Supervision pour mission de supervision PACSSMN

Extraits de « Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques intégrés, version adaptée Cote d'Ivoire 2018 »

Date	
District	
Nom de la structure	
Responsable de la structure	

Liste des membres de l'équipe de supervision

Nom et Prénoms	Fonction	Services	Contact	Email	Signature

--	--	--	--	--	--	--

Liste des membres de l'équipe supervisée

Nom et Prénoms	Fonction	Services	Contact	Email	Signature

Accueil

Accueil

N°	Normes et critères	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Existence d'un poste d'accueil avec un agent en permanence		
2	Le tri est fait par un agent qualifié (SF, Infirmier, Médecin)		
3	Disponibilité de circuit du patient (affiché)		
4	Signalétique extérieure		
5	Signalétique intérieure		

Score

Note récapitulative : Accueil				
(Encercler)				
		2	1	0

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 2 à 0 ; 2 signifiant que les soins sont correctement satisfait ; 1 partiellement satisfait ; 0 pas du tout satisfait)

Principales forces

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....

Principales faiblesses

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Prévention et contrôle des infections

Prévention et contrôle des infections

N°	Normes et critères	Elément de vérifications	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Des mesures adéquates sont en place pour L’approvisionnement en eau,	<u>Existence de :</u> -Eau courante -fûts +- circuits		
2	Des mesures adéquates sont en place pour L’hygiène des mains et des locaux	<u>Existence de :</u> -Lavabos + savon -Dispositifs de lavage des mains -Gel antiseptique		
3	Des mesures adéquates sont en place pour L’élimination des déchets	<u>Existence de :</u> -Boîtes de sécurité - Sachets de différentes couleurs - Poubelles à pédales - Fosses à placenta -Lieu de pré collecte -Incinérateur		

Score

Note récapitulative : Prévention et contrôle des infections				
(Encercler)		2	1	0

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 2 à 0 ; 2 signifiant que les soins sont correctement satisfait ; 1 partiellement satisfait ; 0 pas du tout satisfait)

Principales forces

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Principales faiblesses

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Soins perpartum et postpartum

Travail normal et accouchement par voie basse

Source : Visite de la salle de travail et d'accouchement, observation des pratiques, examen des dossiers et des registres et entrevues avec le personnel et les femmes.

Instructions : Accorder la priorité à l'observation directe, se servir des entretiens avec le personnel et les mères pour fournir des informations supplémentaires.

A noter que : les références des pages correspondent à la version anglaise des directives IMPAC de l'OMS, 2007.

Conditions de l'accouchement

N°	Normes et critères	Éléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Les algorithmes (flow-charts) des soins de prééclampsie et d'éclampsie sont disponibles et ou affichés.			
2	Les flow-charts et/ou les procédures d'intervention dans le cadre des HPPI sont disponibles et ou affichés.			
3	Les affiches HBB (aider les nourrissons à respirer) sont disponibles et ou affichés.			

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
4	Un remplissage correct du registre d'accouchement depuis l'admission est réalisé			
5	L'hygiène de la femme et de son environnement est assurée	-Garnitures propre -Matelas couvert -alèze et drap propre -Propreté des locaux -Toilettes disponible et propre -Moustiquaires		
6	Des linges chauds sont disponibles pour sécher le bébé	Existence de : -Lampes chauffantes -Linges propre		
7	Le personnel se lave les mains avant l'accouchement et utilise des gants stériles lorsqu'il intervient pour l'accouchement.	Existence de : -Dispositif de lavage des mains et ou lavabos -Eau disponible -Gel et savon disponible		
8	Le personnel utilise des instruments stériles pour l'accouchement.	Existence de : -Poupinel/Autoclave -01 Boite d'accouchement pour 01 accouchement		

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
9	L'intimité et la confidentialité sont assurées :	-Chambres/box individuelles ou rideaux / paravents disponibles au cas où il y a plus d'une femme par chambre -Lit positionné loin de la porte ou de la fenêtre (pas devant elles) - Portes insonorisées		
10	Le consentement de la femme est sollicité pour la présence de personnes autres que le personnel (les étudiants par ex.)			
11	La température de la salle est maintenue à un niveau adéquat (25°C)			

Soins de soutien pendant le travail

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Au moins un prestataire de soins qualifié est présent pendant le travail et l'accouchement.			

N°	Normes et critères	Éléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
2	Une personne pour accompagner la femme est autorisée à rester pendant le travail et l'accouchement.			
3	Une atmosphère de soutien et d'encouragement autour de la naissance, respectueuse de la volonté de la femme est assurée et ses plaintes écoutées et prises en compte	Toutes les procédures sont expliquées, les autorisations demandées, et les résultats discutés avec la femme. Elle est tenue informée de la progression du travail. Elle est félicitée, encouragée et rassurée.		
4	Les techniques de respiration pour le travail et l'accouchement sont expliquées et enseignées à la femme			
5	La mobilité de la patiente est respectée :	La femme est encouragée à se déplacer librement pendant la première phase du travail Le choix de position de la femme est approuvé (pour chaque phase du travail et de l'accouchement)		

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
6	Les femmes sont encouragées à manger et à boire quand elles le souhaitent	-En cas de fatigue importante au cours du travail, il convient de veiller à ce que la patiente mange et boive -Le prestataire évite les sondages systématiques		
7	La femme est encouragée à vider sa vessie par elle même			
8	Les actions suivantes sont INTERDITES : Lavements, rasage du pubis, nettoyage du vagin avec des antiseptiques			

Soins pendant la première phase du travail

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Des directives pour un accouchement sûr sont disponibles, connues et utilisées par des accoucheurs qualifiés			
2	Des directives pour anticiper et prendre en charge la dystocie des épaules sont disponibles, connues, et utilisées par des accoucheurs qualifiés			
3	Des directives pour la conduite à tenir devant une procidence du cordon sont disponibles, connues et utilisées par des accoucheurs qualifiés			

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
4	Le partogramme est correctement renseigné	-Les femmes sont surveillées au moins toutes les heures et toutes les 30 minutes pendant le travail actif -Suivi: de la dilatation cervicale de la température du pouls de la pression artérielle		
5	La progression du travail est évaluée de manière appropriée et les mesures adéquates sont prises			
6	La femme n'est jamais laissée seule pendant la phase active du travail			
7	Les informations fournies par le partogramme sont collectées, enregistrées et interprétées par un accoucheur qualifié et utilisées comme aide à la décision pour intervenir au cours du travail.			

Soins pendant la deuxième phase du travail

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	La phase d'expulsion est maîtrisée	-La sortie de la tête est contrôlée en fonction de la rotation -La patiente n'est jamais laissée seule -Faire pousser la patiente quand elle sent le besoin		
2	Les résultats du suivi sont correctement enregistrés (partogramme)			
3	L'épisiotomie n'est pas effectuée de façon systématique			

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
4	Une anesthésie locale en cas d'épisiotomie			

Soins pendant la troisième phase du travail

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	La prise en charge active de la troisième phase est effectuée de manière appropriée	-Vérifie l'existence d'un second bébé - Administre 10 UI d'ocytocine en IM ou en IV immédiatement après la naissance du bébé -Réalise correctement la traction contrôlée du cordon -Le Placenta est expulsé -Evalue le saignement vaginal -Vérifie le globe de sécurité -Contrôle les paramètres (EG, TA, Pouls, FR, T°)		
2	La mère est surveillée			

3	Le bébé est surveillé (voir chapitre soins néonataux)	-Score d APGAR -Emission du méconium -Succion -Mise au sein précoce		
4	Le placenta est examiné	-Faces -Poids		

Récapitulatif- Travail normal et accouchement par voie basse

N°	Normes et critères	Note : 0 à 2	Observations
3	Conditions de l'accouchement		
4	Soins au cours du travail		
5	Soins pendant la première phase du travail		
6	Soins pendant la deuxième phase du travail		
7	Soins pendant la troisième phase du travail		

Score

Note récapitulative : Travail normal et accouchement par voie basse				
(Encercler)				
		2	1	0

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 2 à 0 ; 2 signifiant que les soins sont correctement satisfait ; 1 partiellement satisfait ; 0 pas du tout satisfait)

Principales forces

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Principales faiblesses

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Soins néonataux courants

Source : Bien vouloir recueillir les informations en observant le traitement et les soins dispensés aux enfants souffrant des maladies visées, et en interrogeant le personnel et les soignants.

Référence : Livre de poche, page 50

Réanimation néonatale

Source : Observations au cours de la visite et entretien avec le personnel

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Les protocoles de prise en charge des nouveau-nés sont disponibles et affichés.	- Soins essentiels au nouveau-né - Réanimation du nouveau-né		
2	Existence d'un coin nouveau-né adapté et de matériel prêt à l'emploi	- Matelas - Lampe chauffante - Un ballon + Ambu - Pingouin - Sonde d'aspiration + aspirateur - Masques avec les tailles appropriées		

Surveillance et soins immédiats aux nouveau-nés

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	La pièce est chaude (pas moins de 25°C) et sans courant d'air			
2	L'état du nouveau-né est évalué (SCORE d'APGAR) puis le nouveau-né est séché immédiatement après la naissance			
3	PAS d'aspiration systématique du nez ni de passage de la sonde dans l'œsophage			
4	Le nouveau-né est gardé en contact peau contre peau avec la mère			

5	Le cordon ombilical est sectionné après l'arrêt des pulsations (au moins 1 minute après la naissance)				
6	L'allaitement maternel est encouragé au cours de la première heure et les mères bénéficient d'un environnement calme pour le faire				
7	Le moignon du cordon ombilical reste sans pansement après nettoyage de la chlorhexidine 7,1%.				
8	La mère et le bébé sont recouverts d'un même linge, et le bébé reçoit un bonnet chaud				
9	Le bain ou le lavage sont retardés d'au moins 6 heures après la naissance				

10	La prophylaxie oculaire (au cours de la première heure) est effectuée			
11	La vitamine K1 est administrée par voie IM.			

Allaitement maternel immédiat et exclusif

N°	Normes et critères	Éléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Si la réanimation n'est pas nécessaire, le nouveau-né est placé immédiatement après sa naissance sur le ventre ou sur le sein de sa mère pour un contact peau contre peau			
2	L'initiation de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit l'accouchement est encouragée, et les mères bénéficient d'un environnement calme pour le faire			

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
3	Le personnel aide les mères à faire la mise au sein			
4	Pas de promotion de lait artificiel dans la salle, ni de distribution des échantillons aux mères ou au personnel			
5	Aucune restriction n'est faite sur la fréquence ou la durée de l'allaitement maternel			
6	Le lait maternel exprimé est donné dans une tasse ou à l'aide d'une sonde nasogastrique lorsque l'enfant est incapable de se nourrir ou que la mère ne peut pas rester tout le temps avec lui			

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
7	La préparation lactée, l'apport complémentaire en glucose, ou en eau, ne sont pas utilisés, sauf en cas d'instruction médicale écrite			
8	Les exceptions à l'allaitement maternel sont fondées sur des faits probants			

Surveillance des nouveau-nés avant la sortie de l'hôpital

N°	Normes et critères	Eléments de vérification	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Ne pas faire sortir le bébé sain de l'hôpital avant la 72ème heures			
2	La présence ou non de pathologies et ou malformations congénitales est documentée			

3	Les vaccins sont administrés selon la politique nationale	- DN Hépatite -BCG -VPO0		
---	---	--------------------------------	--	--

Informations et conseils aux mères

Référence : Livre de poche, p. 321

N°	Normes et critères	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	A la sortie de l'hôpital, l'allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'à l'âge de 6 mois, et l'allaitement maternel complémentaire jusqu'à 24 mois		
2	La mère reçoit des conseils sur les signes de danger possibles, et sur le moment de revenir pour les soins postnatals courants		

Récapitulatif – Soins néonataux courants

N°	Normes et critères	Note : 0 à 2	Observations
8,9	Examen du nouveau-né et soins immédiats		
10	Allaitement maternel précoce et exclusif		
11	Surveillance du nouveau-né avant la sortie de l'hôpital		

12	Informations et conseils fournis aux mères		
----	--	--	--

Score

Note récapitulative : Soins néonataux courants (Encercler)			
	2	1	0

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 2 à 0 ; 2 signifiant que les soins sont correctement satisfait ; 1 partiellement satisfait ; 0 pas du tout satisfait)

Principales forces

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Principales faiblesses

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Matériels et équipements

Matériels et équipements fournis

N°	Normes et critères	Note : 0 à 2	Observation commentaires
1	Des équipements ont t'ils été réceptionnés ?		
2	Ces équipements sont-ils installés ?		
3	Les équipements sont-ils fonctionnels ?		
4	Les équipements sont-ils utilisés ?		
5	Maitrise parfaite des équipements fournis ?		

Score

Note récapitulative : Matériels et équipements fournis			
(Encercler)		2	1
			0

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 2 à 0 ; 2 signifiant que les soins sont correctement satisfait ; 1 partiellement satisfait ; 0 pas du tout satisfait)

Principales forces

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Principales faiblesses

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Composition Equipe mission de supervision du 11 au 15 mars 2024

Equipe	Lun 11 mars	Mar 12 mars	Mer 13 mars	Jeu 14 mars	Ven 15 mars
1		FSU Com Banco Sud Dr. DIANGO (Manager du projet) Dr. KIMOU (PF-Gynécologique) Mme. TANOAH (PF- Sage-femme) M. OKOUA (Communicateur) Dr. SHIMIZU (CP Adjoint) M. ABISSA (Assistant projet)	CSU Com Bocabo Dr. DIANGO Dr. KIMOU Mme. TANOAH M. OKOUA Dr. SHIMIZU Mme. SUZUMORI (Experte Co.) M. ABISSA	CM privé clinique El Rapha de Abobo Dr. DIANGO Dr. KIMOU Mme. TANOAH M. OKOUA Dr. SHIMIZU M. ABISSA	CHR Houphouet Boigny de Abobo Dr. DIANGO Dr. KIMOU Mme. TANOAH M. OKOUA Dr. SHIMIZU Mme. YAMAGATA M. ABISSA
2	FSU Com Abobo Sagbé Dr. KONE (PF) Mme. GNABA (Co. SME Adjoint) Mme. TOME (Formatrice, SF) Mme. NAKAMURA (Experte SF) M. SOUMAHORO (Ass. projet)	- Centre confessionnel Clouetcha - Centre médico social Saint cœur Aboboté Dr. KONE, Mme. GNABA Mme. TOME Mme. NAKAMURA, M. SOUMAHORO	CSU Com Aboboté Dr. KONE Mme. GNABA Mme. FUKUSHIMA M. AKOSSI Mme. DOUMBIA	CSU Djibi village Dr. KONE Mme. GNABA Mme. TOME Mme. YAMAGATA (cp) Mme. FUKUSHIMA M. AKOSSI Mme. DOUMBIA	CSU Com kenedy Clouetcha Dr. KONE Mme. GNABA Mme. TOME M. NAKAYAMA Mme. FUKUSHIMA M. AKOSSI Mme. DOUMBIA
3	FSU Com Abobo Baoulé Dr. GOURE BI (PF) Mme. SANOGO (Co. SME) Mme. FUKUSHIMA (Experte IF) M. AKOSSI (Assistant projet) Mme. DOUMBIA (Interprète)	- CSU D SOS village enfants de Abobo Est - Centre médical Rotary Dr. GOURE BI Mme. SANOGO Mme. FUKUSHIMA M. AKOSSI Mme. DOUMBIA	FSU Hinneh Abobo PK18 Dr. GOURE BI Mme. SANOGO Mme. YAMAGATA Mme. NAKAMURA, M. SOUMAHORO	FSU Com Avocatier Dr. GOURE BI Mme. SANOGO M. NAKAYAMA Mme. NAKAMURA, M. SOUMAHORO	CSU Com Agoueto Dr. GOURE BI Mme. SANOGO Mme. NAKAMURA, M. SOUMAHORO
4	FSU Com Assomin Mme. SAMASSI (Formatrice, SF) Mme. KOUADIO (Co. SME) Mme. KOUAO (Co. SME) Dr. SHIMIZU (CP Adjoint) M. NAKAYAMA (Expert S&E) M. DATCHA (Assistant projet)	CSU Com BC Mme. SAMASSI Mme. KOUADIO Mme. KOUAO M. NAKAYAMA M. DATCHA	FSU Com Akeikoi Mme. SAMASSI Mme. KOUADIO Mme. KOUAO M. NAKAYAMA M. DATCHA	CSU-DM public Assapsu Anonkoa III de Abobo Mme. SAMASSI Mme. KOUADIO Mme. KOUAO M. DATCHA	CMS confessionnel Ange gardien d'Abobo Mme. SAMASSI Mme. KOUADIO Mme. KOUAO M. DATCHA



G1, CHR Houphouët Boigny de Abobo



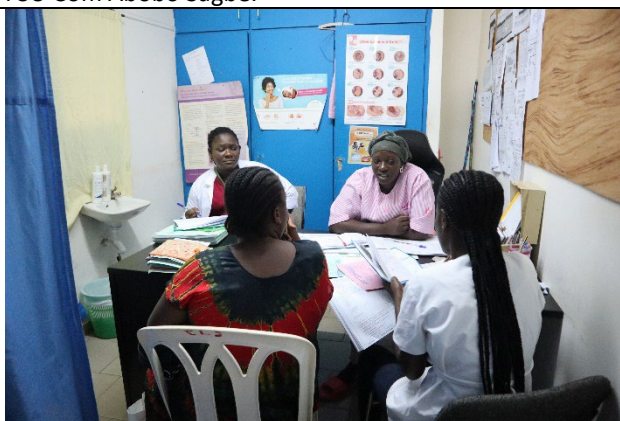
G2, Simulation d'accouchement au CSU D SOS Village d'enfants d'Abobo Est



G2, Observation et inspection de la salle de travail à la FSU Com Abobo Sagbé.



G2, Rappels sur la stérilisation du matériel utilisé pour la réanimation néonatale.



G2, Observation de sages-femmes pratiquant le CPN au Centre médico-social Saint cœur Aboboté.



G2, Discussion relative à l'amélioration des soins prodigués par les sages-femmes au niveau Centre confessionnel Clouetcha.



G2, Simulation d'accouchement au CSU Com Aboboté.



G2, Supervision de la manière dont les mères reçoivent les soins des sages-femmes en matière d'allaitement au CSU Com Aboboté.



G2, Simulation des soins aux nouveau-nés immédiatement après la naissance au CSU Djibi village .



G2, Réunion bilan au CSU Com kenedy Clouetcha.



G3, Séance introductive avant démarrage de la supervision au niveau du FSU Com Abobo Baoulé



G3, Contrôle et conseils sur les partogrammes au FSU Hinneh Abobo PK18.



G3, Observation des sages-femmes menant des CPoN au FSU Hinneh Abobo PK18.



G3, Observation de l'utilisation du matériel fourni par le PACSSMN.



G3, La sage-femme s'occupant d'un nouveau-né au niveau de la table de réanimation fournie par le PACSSMN au FSU Com Avocatier.



G3, Les sages-femmes réfléchissent sur les cas de simulations et écoutent les conseils prodigués par le superviseur au niveau du CSU Com Agoueto.



G4, Réflexion sur les points forts et discussion sur les améliorations futures au niveau de la FSU Com Assomin.



G4, Zone de triage de la maternité du CSU Com Assomin

Défis et suggestions pour la supervision

L'objectif de cette supervision était d'évaluer si les leçons tirées de la formation des sages-femmes et des infirmières menée dans le cadre du projet avaient été assimilées par les participants sur le terrain et de fournir des conseils sur les domaines pour lesquels certaines pratiques inadéquates persistaient. Toutefois, les méthodes de mise en œuvre suggérées par les experts japonais (y compris la grille d'évaluation) n'ont pas pu être bien prises en compte. C'est pourquoi le présent rapport a été préparé en complément du rapport de supervision 1. Il décrit les défis rencontrés et fournit des recommandations pour l'avenir, afin de servir de référence lors de la conduite de future supervision.

1. Divergences relatives aux méthodes pour atteindre l'objectif

L'objectif principal de cette supervision était de vérifier si les connaissances acquises lors de la formation étaient appliquées sur le terrain et de fournir des recommandations pour les domaines nécessitant des améliorations. La formation visait à améliorer la qualité des soins des sages-femmes afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale. La supervision devait donc évaluer la qualité des soins offerts par les sages-femmes. Des experts japonais (infirmières et sages-femmes) ont préparé une proposition incluant la sélection des établissements cibles et une grille d'évaluation pour ce faire.

Cependant, des divergences d'opinions ont conduit à des modifications des établissements cibles et de la grille, ce qui rendait difficile une évaluation adéquate de la qualité des soins fournis par les sages-femmes.

2. Processus et orientations dans la sélection des ESPC

Comme expliqué précédemment, pour évaluer la qualité des soins prodigués par les sages-femmes dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, il est essentiel que l'accent soit mis sur les soins prodigués par les sages-femmes pendant la période d'accouchement. Les experts japonais ont donc proposé une méthode permettant de mener des études d'observation des accouchements. Cette proposition consistait à ce que deux équipes restent plus longtemps dans les établissements où le nombre d'accouchements était élevé en attendant des appels de l'accouchement d'autres structures, et assistent à un total d'environ 20 accouchements. Même s'il s'agissait d'une période de faibles accouchements, le nombre d'accouchements à observer était possible, compte tenu du nombre d'accouchements dans chaque établissement, et raisonnable compte tenu du nombre d'accouchements observés dans le cadre de l'étude de référence.

Cependant, la DSIM a décidé de visiter les 22 ESPC où se trouvaient les participants à la formation et a modifié la composition des équipes (passant à quatre équipes), rendant difficile l'observation d'un nombre suffisant d'accouchements.

3. Grille

La grille proposée par les experts japonais (annexe) est un extrait adapté de « L'Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques intégrés de l'OMS dans la version adaptée en Côte d'Ivoire 2018 ».

Avant de proposer cette grille, les grilles utilisées localement depuis octobre 2023 ont été examinées et il a été constaté que celles de la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction des Soins Infirmiers et Maternels (DSIM) et le Programme National de Santé Maternelle et Néonatale (PNSME) avaient des contenus différents et n'étaient pas adaptées à l'évaluation des soins prénataux. La grille de l'étude de base étant jugée trop complexe et chronophage dans son administration, la proposition japonaise a été retenue comme la plus appropriée.

Toutefois, dans la version modifiée par les homologues ivoiriens, la plupart des éléments relatifs aux soins des sages-femmes ont été supprimée, et la catégorie de « Soins à la mère après

l'accouchement », essentiels pour prévenir les décès maternels dus à l'hémorragie post-partum ont été finalement retirés en totalité. Ce qui est dommageable car les décès maternels sont les plus susceptibles de se produire dans la période du post-partum immédiat. Dans l'annexe, les éléments supprimés sont indiqués en rouge, tandis que ceux qui ont été modifiés mais qui conservent une partie de leur contenu original sont indiqués en jaune.

L'hémorragie du post-partum immédiate (46%, 2022)¹ est le principal facteur de mortalité maternelle en Côte d'Ivoire. Il est essentiel que les médecins et les sages-femmes ivoiriens reconnaissent l'importance de l'évaluation et des soins post-partum immédiate.

4. Simulation

Face à la réduction du nombre d'accouchements observables en raison de l'inclusion de tous les ESPC, il a été proposé de simuler les accouchements. Bien que cette proposition n'ait pas été pleinement discutée avec la DSIM, il a été décidé dès le premier jour de la supervision de réaliser des simulations sans méthode ou préparation unifiée, chaque équipe menant sa propre simulation.

Alors que pour permettre une simulation efficace, des scénarios relatifs à tous les aspects (les simulations d'accouchement et de réanimation néonatale etc.) auraient dû être préparés afin de permettre aux différents superviseurs de comprendre de manière uniforme les points d'observation et les éléments clés. En outre, l'observation des compétences technique spécifique de la sage-femme est difficile à effectuer sans matériels de simulation (un modèle de la mère et un modèle du nouveau-né). Les descriptions verbales des procédures, loin d'être des simulations, ne devraient jamais être traitées de la même manière en termes d'évaluation de la qualité.

Ainsi donc, les variations significatives dans la réalisation des simulations rendent difficile une évaluation appropriée et uniforme car le contenu réel de ce qui a été fait varie considérablement d'une équipe à l'autre.

5. Méthode d'évaluation

L'objectif de cette supervision est d'identifier les compétences et capacités applicable sur le terrain par les sages-femmes c'est à dire ce que les sages-femmes formées peuvent ou ne peuvent pas appliquer dans leur pratique. Cependant, le rapport de supervision s'est concentré sur la comparaison des notes par établissement, ce qui ne nous semble pas très approprié. Il est à notre sens, plus pertinent d'identifier « quelles sont les compétences les plus faibles » plutôt que « quels sont les établissements ayant les notes les plus basses ». De plus, en raison des aspects relatifs au déroulement de la simulation (notamment les réserves vis-à-vis de la validité et de l'impartialité), les comparaisons nécessitent une analyse plus méticuleuse et approfondie pour en retirer certaines données pour analyse.

En outre, L'évaluation proposée sur une échelle de cinq points a été simplifiée à une échelle de trois points (« Correctement satisfait », « Partiellement satisfait », « Pas du tout satisfait »), limitant ainsi la précision de l'évaluation de la qualité des soins.

6. Résultats

En raison de la méthode de sélection des structures cibles, les accouchements n'ont pu être observés que dans quatre (04) des 21 structures (sachant que 21/22 ont été visitées) : FSU Com Abobo Baoulé, CSU Djibi village, Centre confessionnel Clouetcha, et FSU Com Avocatier.

Bien que de nombreuses catégories aient été ajoutées à la grille révisée à la demande de la partie ivoirienne, cette section se concentre sur la qualité des soins prodigués par les sages-femmes, qui a été supprimée de la grille proposée et n'a pas pu être évaluée.

Elle est résumée ci-dessous par une description basée sur les observations des experts japonais (infirmière et sage-femme).

¹ République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle. (Avril 2023). *Rapport national 2022, Surveillance des décès maternels, périnataux et riposte.*

Résultats de l'évaluation de la qualité des soins

Catégorie	Articles à souligner	Points à améliorer
Conditions de l'accouchement	Respect de la vie privée	Le respect de la vie privée est essentiel pour protéger la dignité des femmes. L'observation du langage et du comportement des sages-femmes à l'égard de la femme qui accouche a révélé que, bien que des rideaux et des écrans soient parfois utilisés, dans de nombreux cas, l'intimité n'était guère prise en compte, notamment pour éviter toute exposition inutile.
	Hygiène et contrôle des infections	De nombreuses sages-femmes ne se lavaient pas les mains avant et après les accouchements et les procédures médicales. Nous avons également souvent vu des sages-femmes porter des gants non stériles et toucher divers objets, puis toucher les mères et les bébés sans changer de gants.
	Compte-rendu de suivi d'hospitalisation	Si la patiente a été admise au premier stade du travail, pendant la phase de latence, rien n'a été enregistré sur les intervalles de travail, les signes vitaux ou les bruits du cœur du fœtus. (Parce que le partogramme doit être commencé à enregistrer à partir de la phase active)
Soins de soutien pendant le travail	Accompagnement pendant le travail	Lorsque les sages-femmes ont été interrogées, elles ont généralement toutes répondu qu'elles autoriseraient les accompagnantes, mais lorsqu'elles ont été interrogées sur des points précis tels que l'endroit où l'accompagnante resterait, les réponses ont été vagues et certaines sages-femmes ont dit qu'elles ne le pratiquaient pas, mais sans en expliquer les raisons.
	Soins respectueux	De nombreuses sages-femmes se sont révélées incapables de réaliser des soins respectueux ; Avec pour exemple le fait de prodiguer des soins et des traitements sans parler à la parturiente, sans expliquer la progression de l'accouchement ou en passant à côté de la parturiente même si elle est en détresse.
	Méthodes de relaxation pour soulager la douleur	Les méthodes de relaxation comprenaient des méthodes de respiration et des massages, mais aucune des sages-femmes ne les a mises en œuvre lors de l'accouchement réel ou de la simulation. Dans certaines scènes, les sages-femmes ne s'approchaient même pas de la parturiente lorsqu'elle se plaignait de douleurs, et semblaient la laisser seule.
	Mobilité maternelle et position	De nombreuses sages-femmes n'avaient pas la notion des soins à prodiguer sur la base d'une évaluation de l'état de la parturiente. Dans de nombreux cas, les parturientes ont été placées en position couchée dès la phase de latence dans le premier stade de travail, alors que cela n'était pas nécessaire. Dans certains centres, il n'y avait pas de salle de travail et la seule option était de garder la femme couchée sur la table d'accouchement depuis la phase de latence, ce qui était une situation douloureuse. En revanche, un centre a intégré l'utilisation d'un ballon de Gymnastique pour la progression du travail. Lorsque la compréhension relative à la mobilité a été vérifiées, nombre d'entre elles ont déclaré « J'autoriserai des positions autres que la posture couchée sur le dos si la parturiente le demandait », mais pour faciliter un accouchement en douceur, les sages-femmes devraient suggérer activement des positions même si elle ne les demande pas. Pour ce faire, elles doivent comprendre quelles positions affectent la progression du travail et comment, d'un point de vue anatomique et physiologique, la fonction d'adaptation pelvienne et l'engagement du fœtus.

Catégorie	Articles à souligner	Points à améliorer
	Liquides et nourriture par voie orale, et miction	Comme dans le cas ci-dessus, de nombreuses sages-femmes n'ont pas été en mesure d'évaluer l'état de la parturiente et d'avoir une idée des soins à lui prodiguer. Les sages-femmes ont passé peu de temps avec la femme et n'ont pas été en mesure d'évaluer précisément la situation en raison d'une observation inadéquate. De plus, elles ne comprennent pas comment le fait de manger, de boire et d'uriner affecte le déroulement de l'accouchement et ne le reconnaissent donc pas comme faisant partie des soins de sages-femmes. Lorsque l'on a demandé aux sages-femmes dans quelles conditions il fallait interdire de manger et de boire, ou s'il fallait placer une sonde urinaire au lit au lieu de marcher sur les toilettes, beaucoup de sages-femmes ont répondu qu'elles n'étaient pas sûres, et qu'elles interdisaient donc de manger et de boire par mesure de sécurité, ou qu'elles plaçaient une sonde urinaire parce que c'était plus facile à gérer.
Soins pendant le premier stade du travail	Durée du premier stade du travail	D'après ce que nous avons pu constater, aucune sage-femme n'avait une compréhension suffisamment correcte. La durée standard de la phase de latence n'a pas été établie et peut grandement varier d'une femme à l'autre. La durée de la phase active (de 5 cm jusqu'à la dilatation complète) ne dépasse généralement pas 12 heures pour les premiers accouchements, et 10 heures pour les accouchements suivants, mais certaines sages-femmes ont répondu que même si le premier stade dure moins de 6 heures, une césarienne peut être pratiquée si la femme le souhaite.
	Réponse aux anomalies	Au niveau des établissements sanitaires de premier contact (ESPC), le principe du protocole est que les écarts par rapport à la normale doivent être référés vers un établissement de niveau supérieur. Par conséquent, pour la pré-éclampsie et éclampsie, la dystocie des épaules et l'hémorragie post-partum, qui sont inévitables en obstétrique, il n'y a pas de stock de médicaments d'urgence au niveau des ESPC et les sages-femmes manquent de connaissances et de compétences pour faire face à la situation. La référence prend au moins une à deux heures et, en raison de la nature des urgences obstétricales exige une réponse adéquate et un suivi constant (minute par minute), les retards dans les soins aux premiers niveaux sont considérés comme un facteur majeur de décès maternels.
	Les femmes sont surveillées au moins toutes les heures et toutes les 30 minutes pendant la phase active	Aucune des sages-femmes n'a été en mesure d'effectuer les observations appropriées en temps voulu. Il est particulièrement important d'écouter le rythme cardiaque du fœtus, mais dans un certain nombre de cas, cela a été fait mais incorrectement, par exemple en n'écoutant pas pendant une minute, ou en écoutant dans la mauvaise position, au mauvais moment ou avec le mauvais intervalle.
	Toutes les 4 heures, suivi: - de la dilatation cervicale - de la température - du pouls - de la pression artérielle	Bien que les directives de l'OMS recommandent un toucher vaginal toutes les quatre heures pour les parturientes qui ne sont pas considérées comme étant à risque, toutes les sages-femmes ont effectué des touchers vaginaux toutes les heures. En dehors des accouchements et des simulations, l'examen des partogrammes a montré que tous les accouchements étaient enregistrés de la même façon. Les touchers vaginaux excessifs doivent être évités car ils imposent un fardeau inutile à la parturiente et augmentent le risque d'infection. Si la femme est bien observée, il est souvent possible de juger de la progression du travail sans toucher vaginal, mais les sages-femmes de Côte d'Ivoire passent peu de temps avec la parturiente et ne l'observent pas suffisamment, de sorte que l'on pense qu'elles se fient uniquement au toucher vaginal pour évaluer de la progression du travail.

Catégorie	Articles à souligner	Points à améliorer
	Progression du premier stade du travail	Presque toutes les sages-femmes pensaient qu'un rythme de dilatation du col de l'utérus doit être de 1 cm par heure, alors que les directives <u>l'OMS ne le recommande pas</u> . Cette idée fausse, qui a servi de cause à des interventions médicales prématurées, découle du fait que le contenu de la formation n'étaient pas mis à jour.
	Partogramme	Il semble que malgré son rôle d'outil auxiliaire pour l'observation, l'évaluation et la fourniture de soins appropriés, le partogramme est devenu un objectif à remplir plutôt qu'un outil d'aide efficace pour la pratique. Lorsqu'on a interrogé les sages-femmes sur l'observation de la parturiente, elles ont souvent répondu ne pas l'avoir observé faute d'une section dédiée dans le dossier. En ce qui concerne l'évaluation, elles ont mentionné l'avoir simplement documentée sans prendre de décision effective. Dans certains cas, des valeurs en dehors des plages normales ont été notées à plusieurs reprises sans action corrective. D'autres fois, des enregistrements inappropriés ou falsifiés ont été effectués pour éviter que le tracé sur le partogramme ne dépasse la ligne d'alerte. De plus, de nombreux dossiers semblaient avoir été complétés après l'accouchement plutôt qu'en temps réel, ce qui pose des questions sur leur exactitude et leur fiabilité. Ceci suggère qu'ils ont peut-être été rédigés a posteriori, incluant des informations qui n'avaient pas été réellement observées pendant le travail.
	Évaluation appropriée de la progression de l'accouchement, et soins	La plupart des sages-femmes ne sont pas en mesure de déterminer si le déroulement de l'accouchement se situe dans des limites normales. D'après ce que nous avons pu constater, plus de deux tiers des sages-femmes ont déclaré pratiquer l'amniotomie de routine, ce que <u>les directives de l'OMS ne recommandent pas</u> . En outre, des gants non stériles sont utilisés pendant l'amniotomie ou après rupture des membranes, ce qui doit être amélioré en termes de contrôle des infections.
Soins pendant le deuxième stade du travail	Définition et durée du deuxième stade du travail	La plupart des sages-femmes ne comprenaient pas correctement la durée du deuxième stade du travail. Cela a conduit à des interventions médicales prématurées dans des situations où elles pouvaient encore attendre.
	Auscultation intermittente du rythme cardiaque du fœtus	Aucune des sages-femmes n'a vérifié le rythme cardiaque du fœtus au cours du deuxième stade du travail. Lorsqu'on leur a demandé à quelle fréquence elles devaient écouter le rythme cardiaque du fœtus au cours de la deuxième phase du travail, plusieurs sages-femmes ont déclaré qu'il n'était pas nécessaire d'écouter une fois que le deuxième stade du travail avait commencé. Au cours du deuxième stade du travail, lorsque la souffrance fœtale est plus susceptible de se produire, les sages-femmes devraient écouter le rythme cardiaque du fœtus toutes les cinq minutes, mais elles n'étaient pas au niveau de savoir mais de ne pas pouvoir le faire, mais au niveau de ne pas savoir des choses très élémentaires.
	Méthode de poussée, et control la sortie de la tête	Nous avons observé si les sages-femmes étaient capables d'encourager de soutenir et d'aider à suivre la propre envie de pousser de la parturiente. Même si les sages-femmes étaient capables de répondre correctement aux questions posées verbalement, lors de l'accouchement réel ou de la simulation, il y a eu quelques cas où les sages-femmes ont ignoré l'envie de pousser de la parturiente et ont laissé continuer à pousser, ou n'ont pas coordonné avec la parturiente du tout, ou la descente de la tête du fœtus n'a pas été contrôlé et est sorti brusquement.
	Épisiotomie de routine	L'épisiotomie de routine n'était pas recommandée, mais certaines sages-femmes la considéraient comme une pratique de routine pour les femmes qui accouchaient pour la première fois, ceci sans évaluation.

Catégorie	Articles à souligner	Points à améliorer
	Recherche un second bébé et on évalue le saignement	La plupart des sages-femmes ont administré le médicament utéro-tonique par voie intramusculaire sans confirmer la présence d'un deuxième fœtus ni évaluer la quantité de perte de sang. Dans les pays en développement, il est dangereux d'administrer sans confirmer la présence d'un deuxième fœtus, car il n'est pas rare que des jumeaux ne soient pas détectés pendant la grossesse. Il est également crucial d'évaluer la perte de sang au moment de la délivrance du placenta, et le fait de ne pas l'avoir fait peut avoir entraîné des retards dans la réponse initiale à l'hémorragie du post-partum.
	Utéro toniques prophylactiques	Plus de deux tiers des sages-femmes ont été capables de l'administrer sans oublier de le faire, tant pour les accouchements que pour les simulations. Cependant, il semble que la mise en œuvre soit pour les sages-femmes une fin en soi et que l'on comprenne mal à quoi elle sert. La preuve en est que ni la hauteur utérine ni la perte de sang n'ont été observées aussi souvent qu'elles auraient dû l'être.
Soins pendant le troisième stade du travail	Clampage tardif du cordon ombilical	Environ la moitié des sages-femmes ont répondu qu'elles clampent le cordon immédiatement après l'accouchement, même s'il n'y avait pas de raison de le faire immédiatement, par exemple si le bébé avait besoin d'être réanimé. Aucune sage-femme n'a confirmé que la pulsation du cordon avait cessé avant le clampage.
	Traction contrôlée du cordon (TCC)	Presque toutes les sages-femmes ont effectué la traction du cordon sans vérifier les signes de décollement du placenta. Certaines sages-femmes ont tiré fortement le cordon d'un seul coup sans attendre les contractions utérines, ce qui pourrait entraîner un risque d'inversion utérine et de sectionnement du cordon.
	Examen du placenta	Aucune sage-femme n'a vérifié une éventuelle anomalie du placenta immédiatement après la délivrance. Une retenue d'une partie de placenta ou de membranes est un facteur contribuant à l'hémorragie postnatale et doit donc être confirmée de manière fiable.
Soins à la mère après l'accouchement	Surveillance maternelle postpartum de routine	La majorité des sages-femmes ne le font pas de manière adéquate. D'après ce que nous avons pu constater, aucune sage-femme n'a estimé visuellement la quantité de sang perdue, et la plupart des dossiers d'accouchements précédents que nous avons vérifiés semblaient avoir été incorrectement remplis (dossiers irréalistes tels que ; les signes vitaux et la hauteur utérine qui étaient tous inchangés pendant 2 à 6 heures après l'accouchement).
	Drainage urinaire	Le placement d'une sonde urinaire de routine après l'accouchement <u>n'est pas recommandé</u> , mais il y a eu des cas de sondage urinaire sans vérification du remplissage de la vessie, ou de réutilisation de sondes qui avaient été utilisées pendant l'accouchement et qui étaient devenues sales. Les soins doivent être prodigués en tenant compte des preuves, pour lesquelles l'urine doit être évacuée et comment le remplissage de la vessie affecte les contractions utérines.
Réanimation néonatale	Préparation de la réanimation	Les conditions étaient loin d'être adéquates ; Certains centres de santé n'ont pas d'espace pour la réanimation néonatale, ou sont jonchés de piles d'articles inutiles même s'il y avait de la place, et des situations dangereuses avec des aiguilles et des ampoules usagées qui sont présentes sur le matelas du nouveau-né et dans la zone.
	Insufflateur Ambu et masques	Dans la plupart des établissements, les insufflateurs Ambu et les masques étaient souvent dégradés : ils étaient collés, déformés, voire fondus en raison de la chaleur lors de la stérilisation. Certains étaient troués, contaminés par du sang ou des matières fécales fœtales, ou n'étaient pas prêts à l'emploi

Catégorie	Articles à souligner	Points à améliorer
Surveillance et soins immédiats aux nouveau-nés	Aspiration nasale ou orale de routine	Bien que l'aspiration de routine <u>ne soit pas recommandée</u>, certaines sages-femmes ont utilisé des sondes d'aspiration pour aspirer profondément dans les fosses nasales et l'œsophage. Lorsqu'on leur a demandé pourquoi, elles ont répondu qu'elles le faisaient de manière routinière. Bien que le type pingouin puisse encore être acceptable, l'aspiration prolongée avec une sonde d'aspiration est susceptible de provoquer une apnée et d'autres dommages pour le nouveau-né. En outre, des dispositifs d'aspiration en forme de pingouin et des tubes d'aspiration usagés et contaminés ont été laissés sans attention, ce qui pourrait constituer une source d'infection s'ils étaient réutilisés.
	Contact peau à peau	Dans de nombreux cas, bien qu'elle ait été mise en œuvre, mais la méthode de mise en œuvre a posé des problèmes, comme le fait que le nouveau-né soit enveloppé dans un tissu ou que le temps de contact soit inférieur à deux minutes.
	Clampage tardif du cordon ombilical	Aucune sage-femme n'a confirmé l'arrêt de la pulsation du cordon. Bien que le clampage tardif du cordon ombilical ait été enseigné au cours de la formation, les raisons pour lesquelles il devait être effectué n'ont pas été expliquées, et les sages-femmes doivent être amenées à le comprendre.
	Désinfection du cordon	De nombreux établissements ne disposaient pas de chlorhexidine en permanence. La Chlorhexidine n'est pas incluse dans les kits d'accouchement et doit donc être gardée à portée de main dans la salle d'accouchement. Les commentaires des sages-femmes sur le fait qu'elle n'était souvent pas disponible dans la salle d'accouchement, plutôt que d'être en rupture de stock par hasard à ce moment-là, suggèrent qu'il s'agit d'un problème de médicaments essentiels dans les établissements de premier contact (ESPC) en Côte d'Ivoire.
Allaitement maternel immédiat et exclusif	Prophylaxie de la maladie hémorragique par la vitamine K	Il a été observé que la personne préparant et injectant la vitamine K1 était souvent différente, ce qui crée un risque de mauvaise administration. La personne qui aspire la solution médicamenteuse de l'ampoule à la seringue d'injection devrait être responsable de l'administration du médicament au patient. Il est également apparu qu'il n'avait pas été décidé dans la règle qui administrerait le médicament, la sage-femme qui conduit l'accouchement, l'aide-soignante et d'autres membres du personnel vérifiant à plusieurs reprises les uns avec les autres : « L'avez-vous administré ? ». Pour éviter les omissions ou les doubles administrations, il est recommandé de désigner une personne responsable (généralement la personne qui prodigue les soins au nouveau-né).
	Allaitement et environnement	Dans les cas d'accouchement, 75 % ont pu mettre en œuvre l'allaitement maternel immédiatement après la naissance, tandis que dans les cas de simulation, la majorité ne l'a pas pratiqué. Dans de nombreux cas où l'allaitement a été initié, la sage-femme a saisi le nouveau-né et le sein et a poussé, sans fournir une explication adéquate à la mère, au lieu d'encourager celle-ci à allaiter et de lui offrir un soutien latéral. L'allaitement a été parfois réalisé d'une manière inadéquate sans vérifier les signes de succion de l'enfant, et la méthode d'implémentation peut être significativement améliorée. L'objectif visé étant que les sages-femmes puissent orienter les mamans dans la procédure d'allaitement afin que ces dernières puissent le faire elles même.

Catégorie	Articles à souligner	Points à améliorer
	Compréhension et éducation en matière de soutien à l'allaitement	Les avantages, la fréquence et la durée de l'allaitement ont rarement été expliqués aux mères par les sages-femmes. Lorsque les sages-femmes ont été interrogées sur la manière dont elles expliqueraient cela, elles ont souvent été en mesure de donner quelques réponses, mais pas suffisamment.
Surveillance des nouveau-nés avant la sortie de l'hôpital	Signes vitaux chez le nouveau-né	Après avoir quitté la salle d'accouchement, les signes vitaux du nouveau-né sont rarement vérifiés. Une observation et une évaluation régulières sont nécessaires jusqu'à la sortie de l'hôpital, en particulière dans les cas d'asphyxie néonatale et de bébés de faible poids nécessitant une observation fréquente.
	Surveillance d'allaitement	Dans la salle postnatale, nous n'avons jamais observé de sages-femmes en train de surveiller l'allaitement. Dans certains cas, en raison de la forme de la bouche du nouveau-né et de son état général, l'allaitement direct peut être difficile et nécessiter un soutien. Il est donc essentiel de surveiller la situation de l'alimentation, la fréquence et l'élimination du nouveau-né.
Informations et conseils aux mères	Conseils à la sortie de l'hôpital	Comme nous avons rencontré très peu de cas de conseils à la sortie de l'hôpital, nous avons vérifié auprès des sages-femmes le contenu des conseils qu'elles fournissent d'habitude. Peu de sages-femmes ont été en mesure de fournir une explication complète, certaines sages-femmes ayant terminé l'explication en une seule minute. Ni les cartes conseils fournies par le PACSSMN, ni la vidéo présentée lors de la formation n'ont été utilisées dans la cadre des conseils à la sortie de l'hôpital. Compte tenu de ce manque de conseils à la sortie, il sera difficile de réduire le nombre de décès néonataux après la sortie.
	Encouragement de CPoN	Aucune sage-femme n'a expliqué aux mères à quoi servaient les examens postnatals, bien qu'elles aient été informées de leur date. Le taux de mères bénéficiant de CPoN dans les districts sanitaires d'Abobo Est et Ouest est extrêmement faible et doit être amélioré. Pour encourager les mères à se faire examiner, il faut les motiver et, si elles semblent hésiter, vérifier les raisons (par exemple, les frais de transport, les contraintes de temps, l'autorisation du mari, etc..) et envisager des mesures d'intervention.

7. Proportion d'interventions médicales inutiles

En tant qu'indicateur complémentaire à l'objectif du projet, nous avons considéré le concept de TLTL (too little too late / trop peu, trop tard) ou de TMTS (too much too soon / trop, trop tôt)² pour mesurer la fourniture de soins basés sur les preuves. Le TMTS est plus facilement mesurable lorsqu'on évalue si une intervention médicale nécessaire a été omise (TLTL) ou si une intervention médicale inutile a été réalisée (TMTS).

Le tableau ci-dessous présente une comparaison entre les résultats de l'enquête de base et de la supervision actuelle. Toutefois, en raison de la différence entre l'évaluation sur une échelle de cinq points pour l'enquête de base et celle sur une échelle de trois points pour la supervision, une comparaison directe n'est pas simple. Les scores sont donc indiqués en pourcentage entre parenthèses pour refléter cette différence d'évaluation. Des pourcentages plus élevés indiquent un résultat plus favorable, c'est-à-dire une réduction du TMTS.

² Miller SE, Chamillard M, et al Abalos. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon – a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide . Lancet, 10056 (388), 2176-2192

Pourcentage d'interventions médicales inutiles

Éléments de la grille	Étude de base (Note : 1 à 5)			Supervision (Note : 0 à 2)
	1 ^{ère} ligne	2 ^{ème} ligne	3 ^{ème} ligne	1 ^{ère} et 2 ^{ème} lignes
Niveau d'établissement				
Les actions suivantes sont INTERDITES : lavements, rasage du pubis, nettoyage du vagin avec des antiseptiques	3.52 (70.4%)	4 (80.0%)	5 (100%)	2.0 (100%)
L'épisiotomie n'est pas effectuée de façon systématique (sauf en cas de souffrance fœtale ou d'accouchement instrumental)	3.48 (69.6%)	5 (100%)	5 (100%)	1.1 (55.6%)
Le vagin et le périnée ne sont pas badigeonnés d'antiseptiques après l'accouchement en situation normale	3.48 (69.6%)	5 (100%)	5 (100%)	Suppression
Une sonde urinaire n'est pas placée de façon systématique en post-partum	3.50 (70.0%)	4 (80.0%)	5 (100%)	Suppression
Le col de l'utérus n'est pas systématiquement vérifié après l'accouchement	3.65 (73.0%)	3 (60.0%)	4 (80.0%)	Suppression

Il ressort de ce qui précède que les résultats concernant le lavement, le rasage du pubis et nettoyage du vagin avec des antiseptique se sont améliorés, car les sages-femmes ne font plus d'intervention médicales inutiles. En revanche, les résultats concernant l'épisiotomie de routine montrent que les performances se sont détériorées depuis l'enquête de base. Les trois autres éléments ont été supprimés à la demande de la partie ivoirienne, de sorte qu'il n'a pas été possible d'établir des comparaisons.

8. Suggestions

(1) Méthode

- Supervision à la lumière de l'objectif d'évaluer si ce qui a été appris au cours de la formation a été mis en pratique sur le terrain et de fournir des conseils dans les domaines où cela n'a pas été le cas.
- Pour évaluer la qualité des soins prodigués par les sages-femmes : observation directe des accouchements, les sages-femmes étant les principaux observateurs.
- Les observations doivent être ciblées, car une observation générale et superficielle ne produira pas de résultats permettant de formuler des recommandations significatives. Lors de l'évaluation de la qualité des soins prodigués par les sages-femmes, les catégories autres que les soins liés à l'accouchement doivent être réduites au minimum.
- Si l'on visite un établissement avec plus de 100 accouchements par mois, il est possible d'observer environ 2 accouchements par jour. Ainsi, une équipe peut observer environ 10 accouchements en 5 jours.
- Pour maintenir l'objectivité de l'observation et de l'évaluation, chaque équipe doit être constituée de trois sages-femmes (formées à la supervision) ayant une expérience clinique du niveau de sage-femme major.
- Les grilles existantes doivent être utilisées pour assurer la durabilité et l'uniformité. Aucune modification ne devrait être apportée facilement afin de permettre des comparaisons précises.
- Dans la perspective de la réduction de la mortalité maternelle, la catégorie du post-partum immédiat est d'une importance capitale et ne devrait jamais être exclue des éléments d'observation.
- L'évaluation est compilée du point de vue des éléments qui ne sont pas réalisés à la lumière de l'objectif de la supervision. Évitez les comparaisons établissement par établissement, car

elles ne sont pas très significatives.

- Pour la simulation d'accouchement, il est recommandé de préparer un scénario ainsi qu'un simulateur (un modèle de la mère et un modèle du nouveau-né). L'observateur doit être familiarisé avec le scénario et les points d'observation pour chaque situation. Il est conseillé de s'entraîner à l'avance autant que possible.

(2) Contenu de la formation

- Les résultats de la supervision suggèrent qu'une grande partie de ce qui a été appris lors de la formation n'a pas été pris en compte sur le terrain. Le contenu et les méthodes de formation doivent être améliorés.
- En général, 85% des accouchements se déroulent normalement. On dit aussi que 75% des décès maternels peuvent être évités si les sages-femmes sont capables de fournir des soins de base et essentiels. En Côte d'Ivoire, où le taux de mortalité maternelle est encore élevé, il est nécessaire de reconnaître que les sages-femmes ne fournissent pas de manière adéquate les soins de base pour un accouchement normal et de prendre des mesures nécessaires.
- Le tableau « 6. Résultats » montre clairement un manque de connaissances et de compétences de base parmi les sages-femmes en ce qui concerne l'aide à l'accouchement. Il est recommandé que la formation passe d'un niveau de connaissance et de technicité élevé à un niveau fondamental, en se concentrant exclusivement sur les soins de base de la sage-femme pour un accouchement normal, plutôt que sur des sujets exhaustifs.
- En particulier, des connaissances essentielles telles que la définition de chaque stade du travail, la méthode correcte pour écouter le rythme cardiaque du fœtus, ainsi que les valeurs normales de la perte de sang post-partum et de la hauteur utérine, sont des notions et des connaissances issues de la formation initiale qui doivent être révisées constamment par les sages-femmes.
- Les sages-femmes de Côte d'Ivoire ont besoin de renforcer leurs compétences de réflexion et d'analyse fondées sur des preuves scientifiques ainsi que sur une solide compréhension de l'anatomie et de la physiologie obstétricales, car leurs capacités d'évaluation pour soutenir leurs soins sont limitées. La formation devrait les guider dans l'apprentissage du processus d'évaluation à travers des études de cas pratiques. En particulier, elles devraient se familiariser avec des situations critiques telles que le travail prolongé, la dystocie des épaules et l'hémorragie post-partum grâce à des exercices spécifiques.
- Apprendre les recommandations de l'OMS (2018)³ sur les soins obstétriques dans lesquels la mère et l'enfant sont respectés. Cependant, comme l'apprentissage en tant que connaissances théoriques seules ne peut pas être appliqué aux bons pratiques en milieu clinique, les connaissances pratiques doivent être complétées en permettant aux participants d'apprendre de manière expérimentale des exemples spécifiques de soins par le biais d'exercices appropriées d'étude de cas⁴. Par exemple, dans un cas d'accouchement, ils pratiquent des méthodes de relaxation (respiration et massage) pour soulager la douleur, le positionnement libre et la marche pendant le travail, l'aide pour manger, boire et uriner afin de faciliter l'accouchement, et éviter les touchers vaginaux inutiles, en développant le processus d'observation, d'évaluation et de soins de la sage-femme.
- Pour plus d'informations sur le contenu de la formation, voir le document séparé « Suggestions sur la révision de la formation ».

³ World Health Organization: WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

⁴ Patricia Benner, Christine A. Tanner, Catherine A. Chesla, (2009). Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment and Ethics. Springer Pub Co.

(3) Révision des soins dans les structures de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB)

- Les ESPC, structures affectées aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), qui réfèrent même les cas mineurs vers des structures de Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) selon le protocole, ne disposent pas toujours de médicaments d'intervention d'urgence en stock permanent. Idéalement, les cas à haut risque devraient être identifiés lors des consultations prénatales (CPN) et référés aux structures SONUC avant qu'ils ne deviennent critiques. Cependant, en Côte d'Ivoire, une majorité (55,85%, 2021)⁵ de femmes enceintes ne reçoivent pas de CPN régulières, ce qui limite le dépistage précoce des cas à haut risque. Il arrive donc que certaines femmes se présentent pour la première fois aux structures SONUB lorsqu'elles sont gravement malades pendant la grossesse, ou qu'elles accouchent dans ces structures sans avoir bénéficié de CPN préalables.
- Il est possible que des changements soudains se produisent en obstétrique, qui sont difficiles à prévoir et à prévenir, il est donc crucial que les structures SONUB soient équipées de médicaments adéquats pour répondre aux situations d'urgences comme la pré-éclampsie, l'éclampsie et l'hémorragie post-partum. Les sages-femmes doivent être formées pour gérer efficacement ces urgences. Pour plus d'informations, voir le document séparé « Suggestions sur la SDMPR ».

⁵ République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle. (Novembre 2022). *Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2021*.

Annexe : Grille proposée par les experts japonais

Extraits de « OMS, Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques intégrés, Version adaptée Côte d'Ivoire 2018 »

Rouge : éléments supprimés

Jaune : éléments qui ont été modifiés mais qui conservent une partie de leur contenu d'origine

1) Conditions de l'accouchement

	Normes et critères	Note: 1 à 5	Observation commentaire
1	Les équipes de la salle de travail utilisent la liste OMS de l'accouchement sans risque		
2	Les directives et un protocole écrit pour l'accouchement sont disponibles, connus affichés et utilisés par le personnel		
3	Un compte-rendu correct de l'admission est réalisé		
4	La propreté de la femme et de son environnement est assurée		
5	Des serviettes / tissus chauds sont disponibles pour sécher le bébé		
6	Le personnel se lave les mains avant l'accouchement et utilise des gants stériles de qualité lorsqu'il intervient pour l'accouchement.		
7	Le personnel utilise des instruments stériles pour l'accouchement		
8	La vie privée et la confidentialité sont assurées Chambres individuelles ou rideaux / paravents disponibles au cas où il y a plus d'une femme par chambre Lit positionné loin de la porte ou de la fenêtre (pas devant elles)		
9	Consentement de la femme sollicité pour la présence de personnes autres que le personnel (les étudiants par ex.)		
10	La température de la salle est maintenue à un niveau adéquat (25°C)		

2) Soins de soutien pendant le travail

	Normes et critères	Note: 1 à 5	Observation commentaire
1	Au moins un prestataire de soins qualifié est présent pendant le travail et l'accouchement		
2	Une personne pour accompagner la femme est autorisée à rester pendant le travail et l'accouchement		
3	Une atmosphère de soutien et d'encouragement autour de la naissance, respectueuse de la volonté de la femme est assurée et ses plaintes écoutées et prises au sérieux - toutes les procédures sont expliquées, les autorisations demandées, et les résultats discutés avec la femme. - elle est tenue informée de la progression du travail - elle est félicitée, encouragée et rassurée que tout va bien		
4	Les techniques de respiration pour le travail et l'accouchement sont expliquées et enseignées à la femme		
5	Mobilité : - la femme est encouragée à se déplacer librement pendant le premier stade du travail - le choix de position de la femme est approuvé (pour chaque stade du travail et de l'accouchement)		
6	Les femmes sont encouragées à manger et à boire quand elles le souhaitent - si l'émaciation est visible ou si la femme se fatigue au cours du travail, il convient de veiller à ce qu'elle mange et boive		
7	La femme est encouragée à vider fréquemment sa vessie (avec rappel toutes les deux heures)		
8	Les actions suivantes sont INTERDITES : Lavements, rasage du pubis, nettoyage du vagin avec des antiseptiques		

3) Soins pendant le premier stade du travail

	Normes et critères	Note: 1 à 5	Observation commentaire
1	Des directives pour un accouchement sûr sont disponibles, connues affichées et utilisées par des accoucheurs qualifiés		
2	Des directives pour anticiper et prendre en charge la dystocie des épaules sont disponibles, connues, affichées et utilisées par des accoucheurs qualifiés		
3	Des directives pour la conduite à tenir devant une procidence du cordon sont disponibles, connues affichées et utilisées par des accoucheurs qualifiés		
4	Les femmes sont surveillées au moins toutes les heures et toutes les 30 minutes pendant le travail actif		
5	Toutes les 4 heures, suivi: - de la dilatation cervicale - de la température - du pouls - de la pression artérielle		
6	Les résultats sont notés régulièrement sur la fiche de travail et le partogramme		
7	Des soins sont administrés (voir la section sur les soins de soutien pendant le travail)		
8	La progression du travail est évaluée de manière appropriée et les mesures adéquates prises		
9	La femme n'est jamais laissée seule pendant la phase active du travail		
10	Le partogramme est utilisé de manière appropriée et constamment au chevet		
11	Les informations fournies par le partogramme sont collectées, enregistrées et interprétées par un accoucheur qualifié et utilisées comme aide à la décision pour intervenir en cours de travail		

4) Soins pendant le deuxième stade du travail

	Normes et critères	Note: 1 à 5	Observation commentaire
1	Lorsque le col est dilaté à 10 cm ou que le périnée se bombe et que la tête est visible: La patiente n'est jamais laissée seule et elle est suivie toutes les 5 minutes pour : - la fréquence des signes d'urgence, l'intensité et la durée des contractions - le rythme cardiaque du fœtus - l'amincissement et la dilatation du périnée - descente visible de la tête fœtale ou pendant les contractions - l'humeur et le comportement (stress, anxiété)		
2	Les résultats du suivi sont enregistrés (partogramme)		
3	La sortie de la tête est contrôlée		
4	L'épisiotomie n'est pas effectuée de façon systématique (sauf en cas de souffrance fœtale ou d'accouchement instrumental)		
5	Anesthésie locale en cas d'épisiotomie		
6	On recherche un second bébé et on évalue le saignement vaginal		
7	10 UI d'ocytocine IM ou IV sont administrés à la mère immédiatement après naissance du bébé		
8	Les soins essentiels du nouveau-né sont administrés (voir le chapitre sur les soins néonataux)		

5) Soins pendant le troisième stade du travail

	Normes et critères	Note: 1 à 5	Observation commentaire
1	La prise en charge active du troisième stade est effectuée de manière appropriée		
2	La mère est surveillée (voir plus haut)		
3	Le bébé est surveillé (voir chapitre soins néonataux)		
4	Le placenta est expulsé - forte contraction de l'utérus (2 à 3 minutes) attendue et placenta expulsé par traction contrôlée du cordon - on vérifie que le placenta et les membranes sont complets		

6) Soins à la mère après l'accouchement

	Normes et critères	Note: 1 à 5	Observation commentaire
1	La perte de sang, la hauteur utérine et la pression artérielle sont surveillées régulièrement dans le post-partum toutes les 15 mn pendant une heure		
2	Les déchirures mineures ne sont pas suturées s'il n'y a pas de saignement		
3	Épisiotomie / déchirures sont suturées sous anesthésie locale		
4	Le vagin et le périnée ne sont pas badigeonnés d'antiseptiques après l'accouchement en situation normale		
5	Une sonde urinaire n'est pas placée de façon systématique en post-partum		
6	Le col de l'utérus n'est pas systématiquement vérifié après l'accouchement		

7) Réanimation néonatale

	Normes et critères	Note: 1 à 5	Observation commentaire
1	Les directives concernant la réanimation et les soins du nouveau-né sont disponibles, connues et utilisées par le personnel		
2	Il existe un espace dédié avec chauffage et matériel prêt à l'emploi		
3	Un ballon Ambu opérationnel avec soupape de sécurité opérationnelle est disponible		
4	Des masques avec les tailles appropriées sont disponibles (au moins deux tailles, une pour les bébés à la taille normale, et l'autre pour les prématurés)		

8) Surveillance et soins immédiats aux nouveau-nés

	Normes et critères	Note: 1 à 5	Observation commentaire
1	La pièce est chaude (pas moins de 25°C) et sans courant d'air		
2	L'état du nouveau-né est évalué (SCORE d'APGAR) puis le nouveau-né est séché immédiatement après la naissance		
3	PAS d'aspiration systématique du nez ni de passage de la sonde dans l'œsophage		
4	Le nouveau-né est gardé en contact peau contre peau avec la mère		
5	Le cordon ombilical est sectionné après l'arrêt des pulsations (au moins 1 minute après la naissance)		
6	L'allaitement maternel est encouragé au cours de la première heure et les mères bénéficient d'un environnement calme pour le faire		
7	Le moignon du cordon ombilical reste sans pansement après nettoyage de la chlorhexidine 7,1%.		
8	La mère et le bébé sont recouverts d'un même linge, et le bébé reçoit un bonnet chaud		

	Normes et critères	Note: 1 à 5	Observation commentaire
9	Le bain ou le lavage sont retardés d'au moins 6 heures après la naissance		
10	La prophylaxie oculaire (au cours de la première heure) est effectuée		
11	La vitamine K1 est administrée par voie IM.		

9) Allaitement maternel immédiat et exclusif

	Normes et critères	Note: 1 à 5	Observation commentaire
1	Si la réanimation n'est pas nécessaire, le nouveau-né est placé immédiatement après sa naissance sur le ventre ou sur le sein de sa mère pour un contact peau contre peau		
2	L'initiation de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit l'accouchement est encouragé, et les mères bénéficient d'un environnement calme pour le faire		
3	Le personnel est formé pour aider les mères et les bébés à bien commencer l'allaitement maternel		
4	Pas de promotion de la préparation lactée dans la salle, ni de distribution des échantillons aux mères ou au personnel		
5	Aucune restriction n'est faite sur la fréquence ou la durée de l'allaitement maternel		
6	A la sortie de l'hôpital, l'allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'à l'âge de 6 mois, et l'allaitement maternel complémentaire jusqu'à 24 mois		
7	Le lait maternel extrait est donné dans une tasse ou à l'aide d'une sonde nasogastrique lorsque l'enfant est incapable de se nourrir ou que la mère ne peut pas rester tout le temps avec lui		
8	La préparation lactée, l'apport complémentaire en glucose, ou en eau, ne sont pas utilisés, sauf en cas d'instruction médicale écrite		
9	Les exceptions à l'allaitement maternel sont fondées sur des faits probants		

10) Surveillance des nouveau-nés avant la sortie de l'hôpital

	Normes et critères	Note: 1 à 5	Observation commentaire
1	Ne pas faire sortir le bébé de l'hôpital avant la 12ème heures		
2	La fréquence respiratoire du bébé est mesurée et enregistrée le premier jour de sa vie		
3	L'allaitement maternel et sa fréquence sont documentés		
4	La présence ou l'absence de jaunisse est documentée		
5	Les vaccins sont administrés selon la politique locale		

11) Informations et conseils aux mères

	Normes et critères	Note: 1 à 5	Observation commentaire
1	Directives disponibles pour apprendre aux mères à s'occuper des bébés à la maison		
2	Les mères apprennent à laver le bébé, à s'occuper du moignon ombilical, et de leurs seins		
3	Chaque bébé est inscrit dans le registre de la salle d'accouchement		
4	L'âge gestationnel, le poids, la taille et la circonférence de la tête à la naissance, et le poids à la sortie de l'hôpital font partie des informations fournies aux mères		
5	La mère reçoit des conseils sur les signes de danger possibles, et sur le moment de revenir pour les soins postnatals courants		

2024

Suggestions sur la SDMPR



PACSSMN Experts

Juin 2024

1. Mortalité maternelle en Côte d'Ivoire

Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDSⁱ) de 2021 la mortalité maternelle en Côte d'Ivoire est estimée à 385 pour 100 000 naissances vivantes, montrant une amélioration significative. Cependant, selon les recommandations de l'EPMMⁱⁱ (Ending Preventable Maternal Mortality) de 2015, les pays dont le taux de mortalité maternelle était supérieur à 420 en 2010 devraient viser un objectif de 140 pour 2030. La Côte d'Ivoire est encore loin de cet objectif.

Bien que le PIB de la Côte d'Ivoire se classe au 76^{ème} rang mondial sur 189 pays selon les données du FMIⁱⁱⁱ (2024) et que son économie soit en croissance solide, les dernières données de l'OMS sur la mortalité maternelle^{iv} (2020) la placent toujours au 15^{ème} pire rang mondial (figure 1), soulignant le défi persistant à relever. Une comparaison de la réduction des taux de mortalité maternelle dans différents pays entre 1990 et 2015 montre également que le degré de réduction de ce taux en Côte d'Ivoire est faible, indiquant une amélioration^v lente (figure 2).

Selon le rapport de la SDMPR en Côte d'Ivoire^{vi} (2023), en 2022, 960 décès maternels ont été notifiés, alors que 3,482 décès maternels étaient attendus, ce qui signifie que le taux de notification n'était que de 27,6 %. Cela montre que la majorité des décès maternels restent non signalés, rendant la situation réelle inconnue. Le ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle s'est fixé pour objectif de porter le taux de notification à 90 % d'ici 2025, mais n'a pas précisé de mesures spécifiques pour améliorer cette situation.

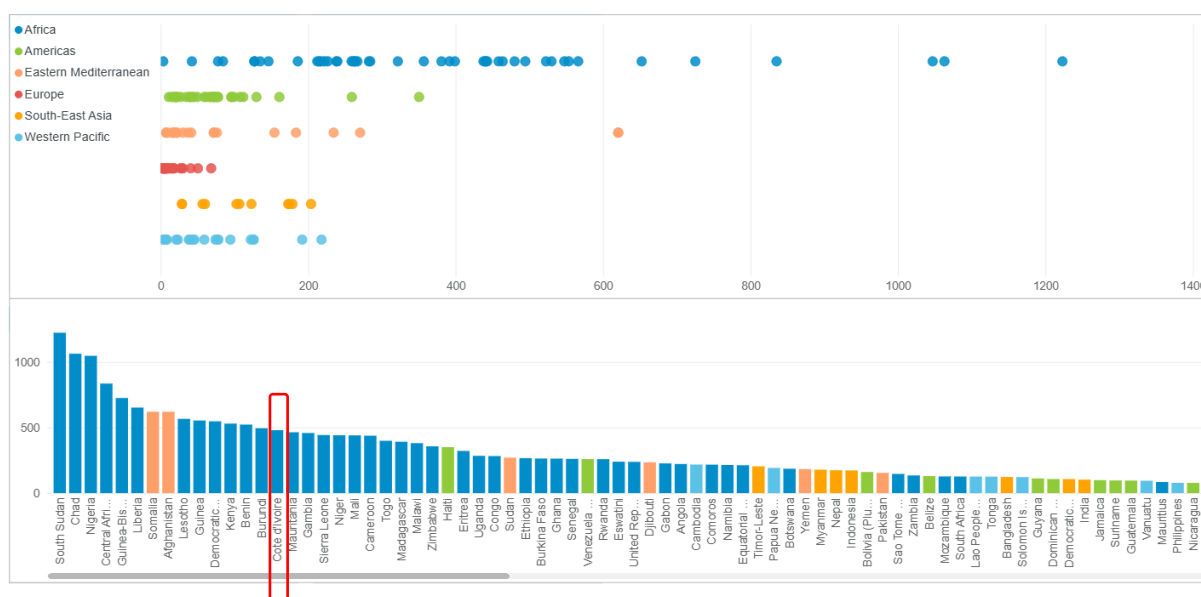


Figure 1 : Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) en 2020

Source : vi) <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3-1-maternal-mortality>

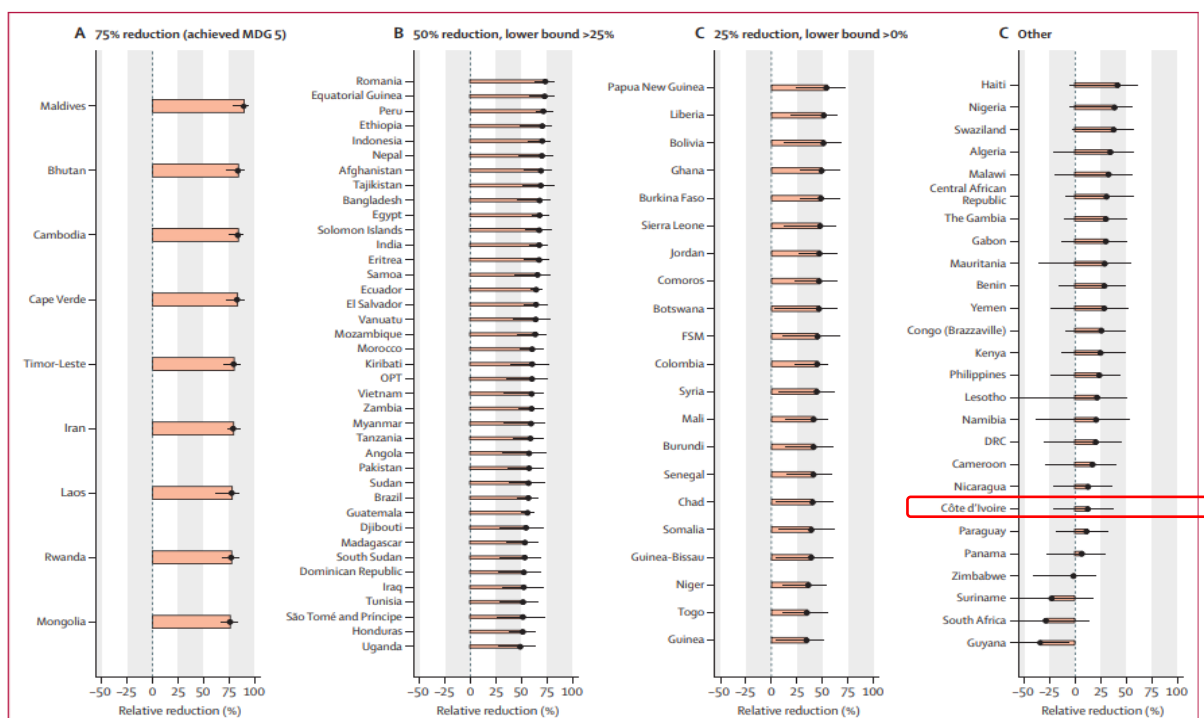


Figure 3: Relative reduction in maternal mortality ratio from 1990 to 2015, for 95 countries with maternal mortality ratio of more than 100 in 1990. Countries are grouped on the basis of the categories from table 3. Within each category, countries are sorted by relative reduction. Error bars refer to 80% uncertainty intervals. DRC=Democratic Republic of the Congo. OPT=Occupied Palestinian Territory. FSM=Federated States of Micronesia.

Figure 2 : Réduction relative du taux de mortalité maternelle de 1990 à 2015, pour 95 pays dont le taux de mortalité maternelle était supérieur à 100 en 1990

Source : v) Leontine Alkema, Doris Chou et al., Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group, The Lancet, Vol 387, 2016

2. Causes des décès maternels

L'« hémorragie » est la principale cause de décès maternel en Côte d'Ivoire, représentant 45,7 %^{vi} des cas, une proportion nettement plus élevée que la moyenne mondiale et celle des régions en développement, où cette cause représente 27,1 %^{vii} des décès maternels. Les « causes non précisées » (15,8 %) et les « troubles hypertensifs » (13,6 %) (figure 3).

En Côte d'Ivoire, 34 décès (3,5 %) sont attribués à l'« avortement »^{vi}, contre 9 % dans le monde et 10 à 18 % en Afrique subsaharienne^{viii}. C'est-à-dire, il est possible qu'un nombre important de décès liés à l'avortement en Côte d'Ivoire soit inclus dans les « causes non précisées » ou non déclarés.

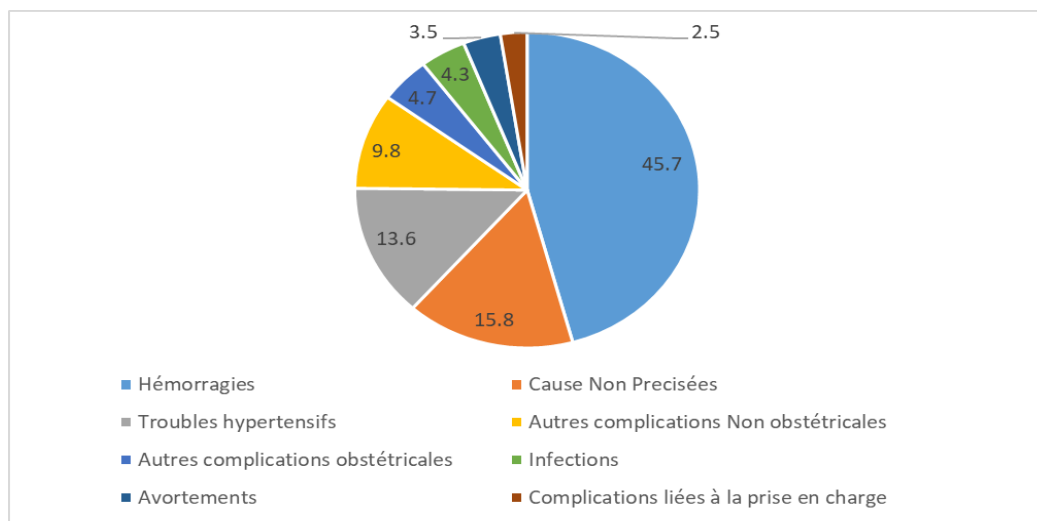


Figure 3 : Répartition des décès maternels notifiés selon les causes en Côte d'Ivoire en 2022

Source : vi) République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte (SDMPR), Rapport National 2022, Avril 2023

3. Répartition des décès maternels par hémorragie

D'une part, il est important de noter que les causes de l'hémorragie du post-partum sont généralement appelées les 4T, avec pour chacune les fréquences d'occurrence suivantes : Tonus (atonie utérine) 70%, Traumatisme (déchirure du vagin ou du col) 20%, Tissu (rétention de débris) 10% et Trombine (anomalie de la coagulation sanguine) <1%.

D'autre part, selon le rapport de SDMPR en Côte d'Ivoire (2023), 67,2 % des décès maternels dus à une hémorragie sont classés comme « hémorragie non précisée », avec seulement 3,4 % des décès attribués à une « atonie utérine » (figure 4). Il est physio-pathologiquement incroyable que l'atonie utérine soit si rare. Il est donc naturel de supposer que ce chiffre résulte d'un défaut de diagnostic de l'atonie utérine.

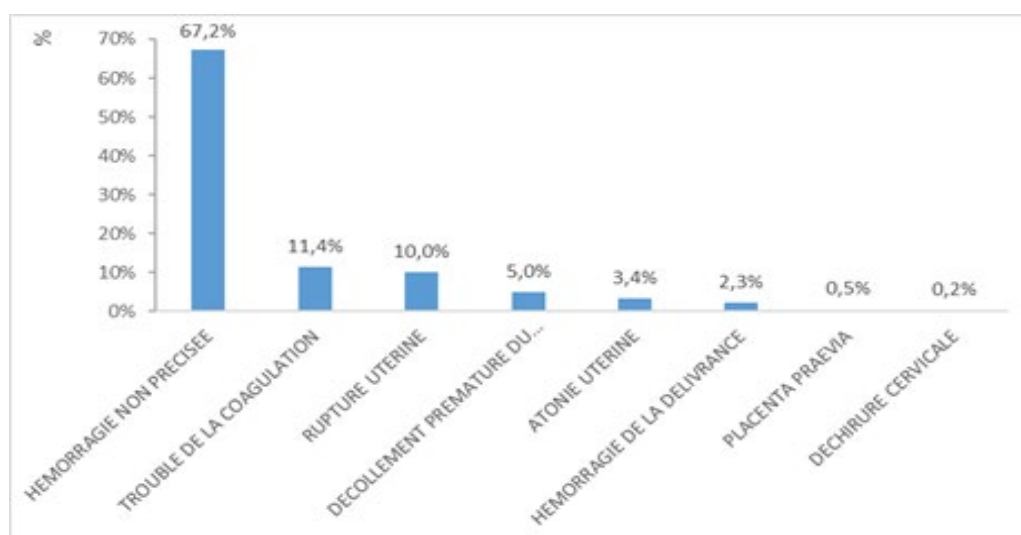


Figure 4 : Répartition des décès maternels par hémorragie en Côte d'Ivoire en 2022

Source : vi) République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte (SDMPR), Rapport National 2022, Avril 2023

4. Décès maternels : moment et durée de l'événement

En général, les décès maternels surviennent dans les 24 heures suivant l'accouchement dans 50 % des cas, pendant la grossesse dans 25 % des cas, entre 2 et 7 jours après l'accouchement dans 20 % des cas, et entre 2 et 6 semaines après l'accouchement dans 5 % des cas (figure 5)^{ix}. Le délai entre l'apparition des symptômes et le décès varie : il est inférieur à 2 heures pour l'hémorragie post-partum, à 2 jours pour l'éclampsie, à 3 jours pour

l'arrêt du travail, et à 6 jours pour l'infection (tableau 1)^{ix}.

En particulier, l'évolution de l'hémorragie post-partum est rapide et nécessite une réponse immédiate au niveau de la structure de type SONUB et une référence rapide vers la structure de type SONUC, mais les problèmes identifiés dans ce pays au cours des supervisions, etc., il faut citer la non-disponibilité de médicaments adéquats pour une réponse immédiate au niveau des structures de type SONUB. En outre, la référence vers les structures de type SONUC prennent généralement plus de deux (02) heures. De plus, nous constatons aussi le manque de compétences en matière d'évaluation de la situation et de connaissances concernant la réponse adéquate des sages-femmes.

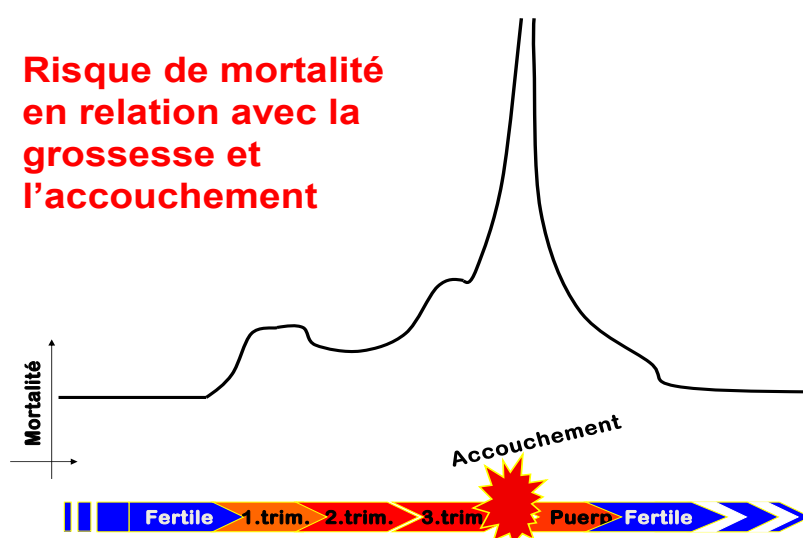


Figure 5 : Risque de mortalité en relation avec la grossesse et l'accouchement

Source : ix) MSF, E-SSR 2020, Module1

Tableau 1 : Temps écoulé entre le début et le décès maternels

Complication	Heures 	Jours 
Haemorrhagie Postnatale Antenatale	2 12	
Eclampsie		2
Travail bloqué		3
Infection		6

Source : ix) MSF, E-SSR 2020, Module1

5. Tendances concernant « les trois retards » en Côte d'Ivoire

Le modèle des trois retards pour la mortalité maternelle proposé par Thaddeus et Maine (1994)^x identifie trois étapes au cours desquelles les retards se produisent. (i) le retard dans la décision de rechercher des soins ; (ii) le retard dans l'arrivée au centre de santé ; et (iii) le retard dans la fourniture de soins appropriés.

Selon le rapport de SDMPR en Côte d'Ivoire^{vi} (2023), le troisième retard représente 56 % des retards dans le pays (Figure 6).

Cela signifie que le problème de la capacité d'évaluation et de prise en charge des sages-femmes dans chaque structure sanitaire après l'arrivée de la parturiente est plus grave que le problème du système de référence entre les structures sanitaires. Chaque type de retard a ses propres causes, comme décrit dans la figure 7. Les principales mesures correctives pourraient inclure la sensibilisation et l'éducation de la population pour le premier type de retard, l'amélioration des moyens de transport pour le deuxième type de retard, et la formation des sages-femmes ainsi que l'amélioration du plateau technique des établissements pour le troisième type de retard.

Le projet prévoyait initialement de travailler avec les communautés pour palier et permettre de lutter et réduire les causes de premier retard, de renforcer le système de référence entre les structures sanitaires pour le deuxième retard, et de fournir une formation pour le troisième retard. Cependant, en raison de l'impact de la Covid-19 et des contraintes de temps accrues, le projet s'est concentré sur l'amélioration du troisième retard, considéré comme la principale cause de mortalité maternelle.

Pour les orientations futures, la formation visant à améliorer les capacités d'évaluation et de prise en charge des sages-femmes reste une priorité absolue. Il est également souhaitable de soutenir les efforts de sensibilisation pour encourager les comportements de consultation des femmes (CPN^{xi}, accouchement et CPoN^{xii}) et de garantir le déploiement et la disponibilité des ambulances, incluant les chauffeurs et le carburant.

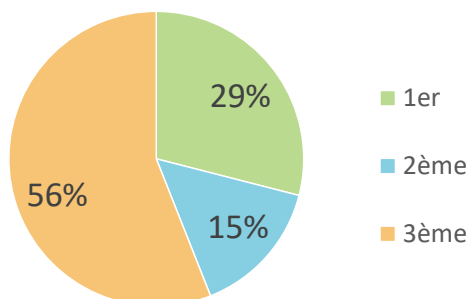


Figure 6 : Les causes de la mortalité maternelle et "les 3 retards" en Côte d'Ivoire en 2022

Source : vi) République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte (SDMPR), Rapport National 2022, Avril 2023

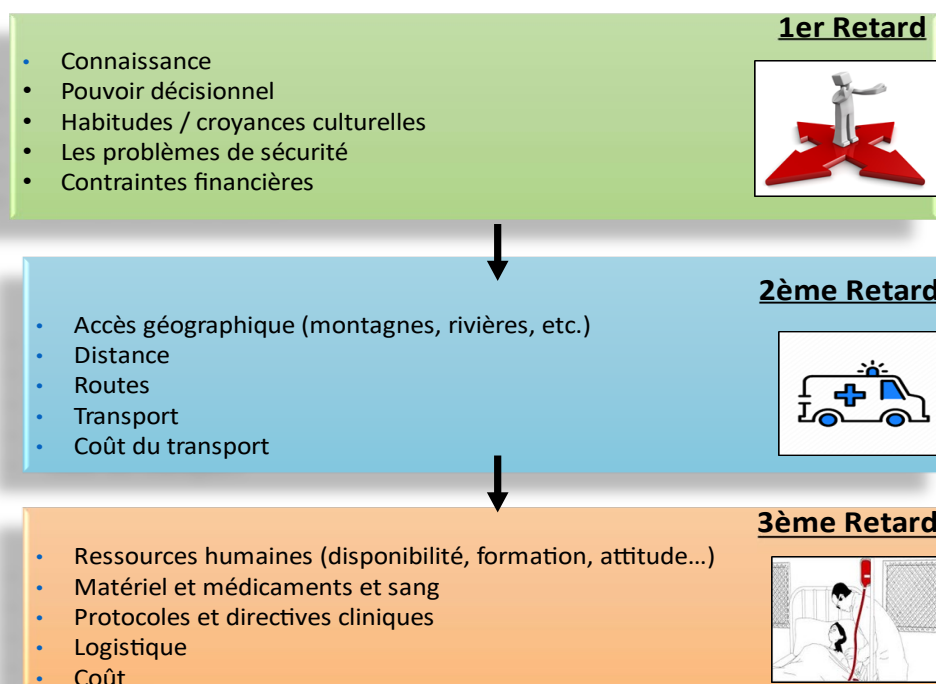


Figure 7 : Barrières / obstacles à chaque niveau

Source : Rédigé par PACSSMN en référence à ix) MSF, E-SSR 2020, Module1

6. Divergences dans la prise de conscience des problèmes / Quelques préoccupations sérieuses et suggestions de contre-mesures

(1) Hémorragie post-partum

La réponse à une hémorragie post-partum due à une atonie utérine n'est pas complexe, car l'administration rapide des médicaments appropriés conduit à l'hémostase dans la majorité des cas. Les signes vitaux et le volume de l'hémorragie doivent être surveillés, et les médicaments doivent être administrés étape par étape. Parallèlement, un sondage urinaire et une compression bimanuelle de l'utérus doivent être effectués pour s'assurer qu'il n'y a pas d'autres causes parmi les 4T (tonus, tissu, trauma, thrombine). En pratique, il est rare que l'hémorragie ne puisse pas être stoppée lorsque ces procédures sont correctement exécutées.

Dans la plupart des cas, l'impossibilité d'arrêter une hémorragie, entraînant la mort, est due à une administration inadéquate des médicaments. Dans les situations où l'hémorragie ne peut être arrêtée malgré un traitement rapide et approprié, il faut suspecter une coagulation sanguine anormale (taux d'incidence inférieur à 1%). Dans ces cas, un tamponnement intra-utérin par ballonnet (UBT) doit être envisagé en dernier recours palliatif, et la patiente doit être transférée dans une structure sanitaire de niveau supérieur pour une transfusion sanguine.

Lors des formations des sages-femmes menées par le projet, des supervisions et des réunions de SDMPR, il a été suggéré de placer l'UBT en fin de procédure par étapes, en insistant sur la précision et l'immédiateté de l'administration des médicaments. Cependant, dans la réalité, l'accent est souvent mis sur l'utilisation de l'UBT, tandis que la surveillance des signes vitaux, du volume de sang perdu et l'administration des médicaments par étapes sont négligées.

Cela peut s'expliquer en partie par la distribution et la recommandation des kits UBT par les donateurs. Cependant, l'UBT ne suffira pas à arrêter l'hémorragie si les signes vitaux et le volume de sang perdu ne sont pas correctement surveillés et si les médicaments ne sont pas administrés. Dans les cas d'hémorragie post-partum, où la rapidité du traitement est cruciale, le temps requis pour insérer un

UBT inexpérimenté peut être fatal.

Pour réduire le nombre de décès maternels, il est nécessaire de réévaluer les priorités en matière de réponse à l'hémorragie post-partum.

(2) Pré-éclampsie et éclampsie

Comme indiqué dans la section « 2. Causes des décès maternels », le trouble hypertensif est la troisième cause de décès maternels en Côte d'Ivoire (13,6%), mais l'importance d'y répondre n'est pas pleinement reconnue. Lors des formations des sages-femmes menées par le projet, il a seulement été mentionné que la pré-éclampsie est une condition qui doit être référée à une structure sanitaire de niveau supérieur. Une révision du contenu de la formation est essentielle, car l'apprentissage de la physiopathologie, l'identification de la gravité de l'état et l'algorithme de réponse, y compris le traitement médicamenteux, constitue le moyen le plus efficace de pour réduire les décès maternels.

Un autre problème apparu au cours de la supervision est que les ESPC, qui sont les structures SONUB, ne sont pas équipés pour contrôler les symptômes mineurs ou fournir une réponse d'urgence aux symptômes graves, avec l'excuse que la pré-éclampsie nécessite une référence vers un SONUC. L'incapacité de contrôler les symptômes mineurs dans un ESPC proche du domicile, et l'obligation pour les patientes de se rendre dans un hôpital éloigné, sont des inconvénients pour les patientes et entraînent des interruptions de traitement, ainsi qu'une concentration et une surcharge de travail pour les structures SONUC. De plus, l'incapacité à fournir des soins d'urgence dans les cas critiques aux ESPC peut conduire à une accumulation de crises d'éclampsie, ce qui affecte le pronostic des femmes enceintes et du fœtus.

Bien qu'il soit idéal d'adresser les patientes souffrant de pré-éclampsie à la structure SONUC pendant les CPN, il arrive que les patientes soient adressées à la structure SONUB pour la première fois après l'apparition de symptômes graves, ou qu'elles doivent être traitées dans une structure SONUB sans être référées à temps vers une structure SONUC en raison de l'imminence de l'accouchement. Compte tenu de l'existence de ces cas, il est souhaitable que les structures SONUB disposent au moins du minimum de médicaments nécessaires et renforcent la capacité des sages-femmes à répondre aux situations d'urgence.

(3) Avortement

L'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) est utilisée en Côte d'Ivoire pour les avortements en cours ou incomplets, et des exercices pratiques d'AMIU ont été inclus dans la formation des sages-femmes menée par le projet. Cependant, le taux de réussite des procédures d'avortement sûres utilisant des médicaments internes, recommandés par l'OMS, est supérieur à 95 %. Ces procédures sont nettement moins invasives pour la patiente, moins douloureuses pendant la procédure, et présentent moins de complications que l'AMIU. De plus, ces médicaments peuvent être pris à domicile, ce qui réduit le nombre de cas de maladies graves dues à l'hésitation à consulter une structure sanitaire en raison des contraintes liées à l'hospitalisation ou d'autres raisons.

Si l'on considère le temps et les efforts nécessaires pour enseigner l'AMIU comme une nouvelle compétence aux sages-femmes, la distribution du matériel à tous les établissements et la stérilisation complète, la médication orale est supérieure en termes de temps et de coût-efficacité. En outre, du point de vue des risques, les effets secondaires des médicaments oraux sont suffisamment mineurs pour être tolérés par les patientes, par rapport aux complications telles que la perforation utérine et l'infection causées par de mauvaises techniques d'AMIU.

L'AMIU reste nécessaire dans les cas d'avortements en cours avec saignement sévère et dans les cas d'avortement septique déjà présent. Cependant, il n'est pas nécessaire de pratiquer activement l'AMIU dans les structures SONUB, car ces cas devraient être traités dans les structures SONUC.

En Côte d'Ivoire, l'avortement provoqué pour des raisons sociales et économiques n'est pas autorisé^{xiii}.

Par conséquent, la disponibilité permanente de médicaments pouvant provoquer un avortement (Mifépristone, Misoprostol) dans les structures SONUB peut être perçue comme un risque d'utilisation pour des avortements souhaités. Cependant, certains ESPC disposent déjà de Misoprostol pour le traitement de l'hémorragie du post-partum, et le Misoprostol seul peut être utilisé pour traiter certains avortements naturels. Ainsi, l'argument selon lequel les médicaments ne sont pas disponibles pour éviter leur utilisation pour des avortements souhaités n'a pas beaucoup de sens.

Comme indiqué dans la section « 2. Causes des décès maternels », l'avortement représente 10 à 18 % des décès maternels en Afrique subsaharienne. Il est donc crucial d'améliorer l'accès à l'avortement sans risque par le biais de médicaments oraux.

7. Importance des compétences de base de la sage-femme pendant l'accouchement

L'importance de renforcer les compétences de base en matière d'évaluation et de soins pendant la période d'accouchement a été soulignée dans l'enquête de base du projet ainsi que dans le rapport de SDMPR en Côte d'Ivoire (2023). D'après les observations faites lors des formations et des supervisions, il a été confirmé que de nombreuses sages-femmes ne possédaient pas suffisamment de compétences de base.

On estime que 75 % des décès maternels actuels pourraient être évités si les sages-femmes pouvaient fournir une évaluation précise et des soins de base adéquats^{xiv}. Compte tenu du taux élevé de mortalité maternelle dans le pays, il est impératif de renforcer les compétences de base des sages-femmes. Cependant, la formation des sages-femmes menée par le projet s'est concentrée sur des contenus avancés en négligeant les compétences de base. Reconnaître l'écart entre les compétences de base que les sages-femmes devraient avoir et la situation réelle, puis combler cet écart, est le meilleur moyen de réduire les décès maternels.

Que ce soit dans le cadre de la formation, de la supervision ou des réunions de la SDMPR, l'objectif a souvent été de simplement mettre en œuvre des soins, négligeant ainsi leur qualité. Cependant, fournir des soins inappropriés peut être plus préjudiciable que de ne rien faire du tout. La qualité des soins est donc primordiale, et la formation doit insister sur l'importance de fournir des soins de manière appropriée pour garantir la sécurité et le bien-être des patientes.

8. Approche KAIZEN pour SDMPR

La réunion de surveillance des décès maternels et périnatals et de riposte (SDMPR) constitue une occasion extrêmement importante d'analyser spécifiquement les causes de décès maternels et d'envisager des contre-mesures appropriées. Il semble toutefois difficile d'affirmer qu'il fonctionne actuellement de manière satisfaisante. Bien que les experts japonais n'aient participé à la réunion de SDMPR qu'une seule fois dans la District d'Abobo Ouest, ils souhaitent suggérer des améliorations qui conduiront à des recommandations plus efficaces basées sur leur expérience.

Voici une proposition de processus requis pour SDMPR.

(1) Prioriser les facteurs contributeurs à cibler

Afin d'éliminer autant de biais que possible et de prioriser les problèmes, il convient de suivre la procédure d'approche KAIZEN^{xv}. À savoir, après avoir énuméré tous les défis et problèmes actuellement considérés, chaque élément doit être noté selon le tableau 2 pour vérifier sa faisabilité. Les questions ayant obtenu les scores les plus élevés seront classées par ordre de priorité.

Eléments de vérification	Questions clés pour chaque élément
Impact	• Quel est l'impact auprès du client une fois mis en oeuvre?
Urgence	• Doit-on régler le problème immédiatement?
Possibilité	• Est-il possible de conduire le processus kaizen au sein de votre structure et dans un délais raisonnable (moins de 6 mois?)
Ressources disponibles	• Est-il possible de mettre en oeuvre la thématique (améliorer le problème identifié) avec les ressources disponibles (financement, RH, équipement)? • Les données et les informations sont-elles disponibles pour réaliser une analyse de situation? Si non, peut-on les collecter?

Tableau 2 : Critères à vérifier pour la faisabilité

Source : ^{xvi)} Furukawa (Expert de la JICA Burundi), Étude sur les décès maternels et périnatals dans les établissements de soins, 2023

Tableau 3 : Diagramme matriciel d'étude de faisabilité

Les problèmes identifiés	Impact	Urgence	Possibilité	Ressources	Faisabilité (Total)
Les sages-femmes ne connaissent pas les facteurs de risque de l'hémorragie post-partum	2	2	2	2	8
Les sages-femmes ne sont pas en mesure de fournir des soins d'urgence en cas d'hémorragie d'atonie utérine	3	3	2	2	10
La référence entre les structures SONUB et les structures SONUC dure plus de 2 heures	2	1	1	1	5
L'accès limité aux transfusions sanguines	2	2	1	2	7
Les sages-femmes ne sont pas en mesure de traiter pré-éclampsie et éclampsie	3	3	2	1	9
L'accès limité à des soins d'avortement sécurisé	3	2	1	2	8

Échelle des Niveaux :

3 : Forte priorité. Facile à mettre en œuvre

2 : Priorité moyenne

1 : Faible priorité. Difficile à mettre en œuvre

Source : Rédigé par l'expert japonais en référence à ^{xvi)} Furukawa (Expert de la JICA Burundi), Étude sur les décès maternels et périnatals dans les établissements de soins, 2023

(2) Analyse des causes fondamentales des problèmes prioritaires

Analyser les causes fondamentales des problèmes prioritaires ayant obtenu le score total le plus élevé à l'étape (1), revient à résoudre le problème de manière fondamentale en identifiant les causes sous-jacentes invisibles, plutôt que de simplement apporter des solutions temporaires aux problèmes visibles.

Tableau 4 : Exemple d'analyse des causes fondamentales

Problème prioritaire identifié	Question1 de pourquoi - parce que (Maximum 3)	Question2 de pourquoi-parce que (Maximum 3 pour chacun)
Les sages-femmes ne sont pas en mesure de fournir des soins d'urgence en cas d'hémorragie d'atonie utérine	(1) Les sages-femmes ne peuvent pas déterminer l'urgence d'une hémorragie post-partum	1) Les sages-femmes ne sont pas en mesure d'évaluer la quantité de sang perdue
		2) Les sages-femmes n'observent pas les signes vitaux et l'état général de leurs parturientes
		3) Les sages-femmes ne connaissent pas les critères pour les signes vitaux de choc
	(2) Les sages-femmes ne peuvent pas déterminer la cause de l'hémorragie	4) Les sages-femmes ne connaissent pas les 4T et leurs caractéristiques respectives
		5) Les sages-femmes ne sont pas en mesure de palper la dureté/la hauteur du fond utérin
		6) Les sages-femmes ne vérifient pas l'absence de placenta
	(3) Les médicaments utilisés pour les interventions d'urgence ne sont pas disponibles en permanence dans les installations de la structure SONUB	7) Il n'y a pas de protocole pour l'utilisation de médicaments sur HPPI dans les structures SONUB
		8) Il n'est pas rentable de garder des médicaments en stock car ils doivent être prélevés sur le budget des structures SONUB et si les patients ne peuvent pas payer par la suite
		9) Le système prévoit que les familles se rendent dans une pharmacie située en dehors des locaux de la structure SONUB pour acheter

Source : Rédigé par PACSSMN en référence à ^(xvi) Furukawa (Expert de la JICA Burundi), Étude sur les décès maternels et périnataux dans les établissements de soins, 2023

(3) Identification des mesures correctrices

Envisager des mesures correctrices pour les causes fondamentales identifiées à l'étape (2). Bien que les mesures correctrices doivent normalement faire l'objet de discussions entre les parties concernées, les éléments suivants sont présentés à titre de suggestion.

- 1) Les sages-femmes ne sont pas en mesure d'évaluer la quantité de sang perdue.
 - Enseigner durant la formation, à reconnaître les volumes de plus de 500 ml ou 1000 ml en utilisant des vidéos de référence.
 - Mettre en place des exercices permettant de mesurer avec du ketchup ou autre substance similaire, soit en utilisant un haricot adapté, soit en imbibant un chiffon.
- 2) Les sages-femmes n'observent pas et ne vérifient pas systématiquement les signes vitaux et l'état général de leurs parturientes
 - Introduire un formulaire de suivi du post-partum dans tous les ESPC.
 - S'assurer que la sage-femme en charge de l'accouchement puisse observer systématiquement les signes vitaux et l'état général après la délivrance du placenta.
 - Mettre en place une règle ou un mécanisme pour que ces observations soient verbalisées par un aide-soignant, lors des situations où la sage-femme est occupée avec une parturiente.
- 3) Les sages-femmes ne connaissent et/ou ne reconnaissent pas les critères pour les signes vitaux de choc.
 - Inclure l'apprentissage des critères pour reconnaître les signes vitaux de choc dans le programme de formation.
 - Intégrer des études de cas d'hémorragie post-partum dans la formation pour renforcer la reconnaissance et la gestion de cette urgence.
- 4) Les sages-femmes ne connaissent pas ou ne sont pas familières avec les 4T et leurs

caractéristiques respectives.

- Enseigner les caractéristiques et la fréquence d'apparition des 4T au cours de la formation.
- 5) Les sages-femmes rencontrent des difficultés à palper pour identifier la dureté et la hauteur du fond utérin
 - Enseigner les valeurs normales de la dureté et de la hauteur du fond utérin post-partum lors de la formation.
 - Assurer un encadrement et un coaching par une sage-femme expérimentée pour toutes les sages-femmes de chaque ESPC afin de garantir une observation correcte du fond utérin post-partum.
- 6) Les sages-femmes ne vérifient pas systématiquement le défaut placentaire.
 - Intégrer et prévoir une colonne pour l'enregistrement relatif au placenta au verso du partogramme.
 - S'assurer que les sages-femmes contrôlent systématiquement les anomalies et le défaut placentaires après la délivrance du placenta lors des supervisions.
- 7) Il n'y a pas de protocole pour l'utilisation des médicaments efficaces contre HPPI dans les structures SONUB.
 - Mettre en place une réunion avec les services compétents en matière de médicaments (DGS, NPSP, PNSME, DSIM, etc.) afin de partager les questions d'actualité et de discuter du déploiement des médicaments destinés à être utilisés dans les interventions d'urgence obstétricale.
- 8) Non-disponibilité de médicaments en stock dans les structures SONUB en raison de contraintes budgétaires et de paiement différé par les patients.
 - En lien avec la réunion du point 7), étudier la possibilité d'allouer un budget dédié dans chaque structure SONUB pour les médicaments à utiliser dans les interventions d'urgence obstétricale pour le moment.
- 9) Le système prévoit que les familles se rendent dans une pharmacie située en dehors des locaux de la structure SONUB pour acheter des médicaments.
 - Installer des boîtes d'urgence (PPHI, pré-éclampsie et éclampsie) dans les structures SONUB (disposant d'un budget assuré comme dans le point 8), disposant d'un budget alloué pour les médicaments d'urgence. Mettre en place un système de réapprovisionnement automatique après chaque utilisation.

9. Plans d'action et évaluation

Dans le cadre de l'« 8. approche KAIZEN pour SDMPR », après avoir procédé à (1) la priorisation des facteurs contributifs à cibler, à (2) l'analyse des causes fondamentales du problème prioritaire et à (3) l'identification des mesures correctrices, il convient d'intégrer chaque action corrective dans un plan d'action. Un plan d'action clair, basé sur le modèle 5W1H (Qui, Quoi, Quand, Où, Pourquoi et Comment), doit être élaboré en consultation avec les parties concernées et évalué régulièrement (tous les 1 à 3 mois).

Il serait efficace que l'« 8. approche KAIZEN pour SDMPR » soit discutée au niveau du département, tandis que les plans d'action et leur évaluation soient mis en œuvre au niveau du district ou de l'ESPC.

Les recommandations telles que "mettre en œuvre les soins conformément aux protocoles", proposées lors de la formation des sages-femmes, de la supervision et des réunions de SDMPR, risquent de ne pas entraîner un changement de comportement significatif au niveau clinique. Pour réduire plus efficacement la mortalité maternelle, il est crucial que les procédures de révision mentionnées ci-

dessus soient menées directement par les parties prenantes elles-mêmes.

-
- i République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, Enquête démographique et de santé (EDS)
 - ii EPM: Strategies toward ending preventable maternal mortality
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241508483>
 - iii <https://www.imf.org/en/Search#q=GDP&sort=relevancy>
 - iv <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3-1-maternal-mortality>
 - v Leontine Alkema, Doris Chou et al., Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group, The Lancet, Vol 387, 2016
 - vi République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte (SDMPR), Rapport National 2022, Avril 2023
 - vii Lale Say, Doris Chou et al, Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis, The Lancet, Vol 2, 2014
 - viii MSF, Self-managed abortion care supported by lay-providers in a southern African country, 2018-2020
 - ix MSF, E-SSR 2020, Module1
 - x Thaddeus and Maine, Les causes de la mortalité maternelle et "les 3 retards", 1994
 - xi Consultation prénatale
 - xii Consultation postnatale
 - xiii WHO, Abortion health profile, Côte d'Ivoire 2019
 - xiv UNFPA, ICM, WHO, The state of the world's midwifery, 2021
 - xv Le terme KAIZEN est un mot japonais qui signifie "changement pour le mieux" ou "amélioration continue". Dans le contexte de la JICA, KAIZEN est une approche utilisée pour résoudre les problèmes et améliorer la qualité et la productivité à travers le travail d'équipe.
 - xvi Furukawa (Expert de la JICA Burundi), Étude sur les décès maternels et périnataux dans les établissements de soins, 2023

Canevas pour note conceptuel du **Modèle de continuum de soins de santé maternelle et néonatale**

1. Contexte et justification

Les indicateurs de santé maternelle, néonatale et infantile demeurent toujours élevés malgré les efforts consentis par le Gouvernement ivoirien et ses partenaires : Mortalité maternelle (Taux : 385 DM pour 100 000 NV / EDS2021), néonatale (Taux : 30/1000NV / EDS2021) et infantile (52 pour 1000NV / EDS 2021), ce qui constitue une préoccupation majeure pour la Côte d'Ivoire.

Pour faire face à cette situation, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) a entrepris le Programme pour la Promotion de la Couverture Sanitaire Universelle dénommé « Programme pour la promotion de la Couverture Sanitaire Universelle axée sur la Femme, l'Enfant et l'Indigent » avec l'Agence japonaise de Coopération internationale (JICA) en Avril 2017. Dans la cadre de ce Programme, un Projet de coopération technique « Projet d'Amélioration du Continuum des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PACSSMN) » a démarré en juillet 2019.

L'objectif du PACSSMN est d'améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services dans le continuum de l'offre des soins de santé maternelle et néonatale dans la zone cible afin de contribuer à la réduction des décès maternels et néonataux dans les établissements sanitaires de la zone cible.

Au démarrage du PACSSMN, une étude de base a été réalisée dans les Districts Sanitaires d'Abobo Est et d'Ouest, cites pilotes du Projet, et cette étude a montré plusieurs insuffisances dans la pratique des prestataires Sages-femmes et Infirmiers(ères), l'organisation des services, en termes de matériels et équipements, etc. Sur la base de ces résultats, la Direction des Soins Infirmiers, Maternels et Infantiles (DSIMI) du MSHPCMU, a conçu un draft de modèle de continuum de soins, un modèle ivoirien, dans le but de clarifier les éléments nécessaires à l'amélioration des soins de santé maternelle et infantile, et de rechercher l'éventuelle application de ce modèle dans tout le pays.

2. But et Objectifs

2.1. But

Le but de ce présent document est de fournir un concept essentiel pour améliorer la qualité du Continuum des soins maternelle et néonatale dans le contexte de la Cote d'Ivoire, aux prestataires et aux décideurs politiques pour concevoir et mettre en œuvre des interventions efficaces.

2.2. Objectifs

Les objectifs du Modèle ivoirien du Continuum de soins de santé maternelle et néonatale sont de :

- établir un modèle ivoirien de renforcement du Continuum de soins de santé maternelle, infantile et néonatale,
- clarifier les composantes essentielles du Modèle, leurs contenus et leurs relations, et
- faciliter la compréhension des prestataires de la santé et des parties prenantes sur leurs principales tâches et actions prioritaires pour renforcer le continuum des soins de santé maternelle, infantile et néonatale.

3. Notion du Continuum des Soins de Santé maternelle, infantile et néonatale

3.1. Deux (2) dimensions de Continuum des soins

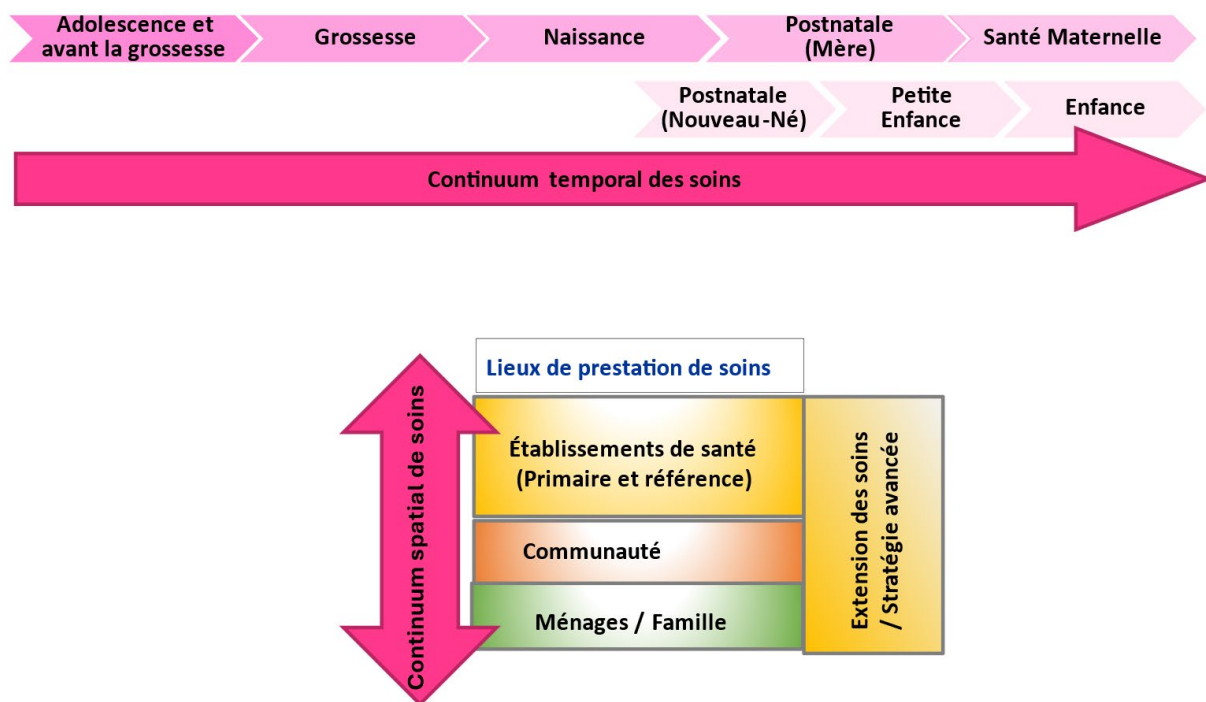
Selon l'OMS et les experts internationaux, la notion de continuum des soins de santé maternelle et néonatale est composée de deux (2) dimensions : une dimension temporelle et une autre spatiale.

La continuité temporelle, c'est-à-dire tout au long de la vie, signifie des soins cohérents et continus depuis l'enfance jusqu'à la grossesse et l'accouchement.

La continuité spatiale couvre les liens sociétaux entre les mères et les enfants, la famille, la communauté, les centres de santé publique, les maternités et les hôpitaux.

Sur la base de ce concept, l'objectif est de créer un état dans lequel toutes les mères et tous les enfants peuvent recevoir cette série de soins en continu sans être séparés dans le temps et dans l'espace.

CONCEPTION DU CONTINUUM DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE



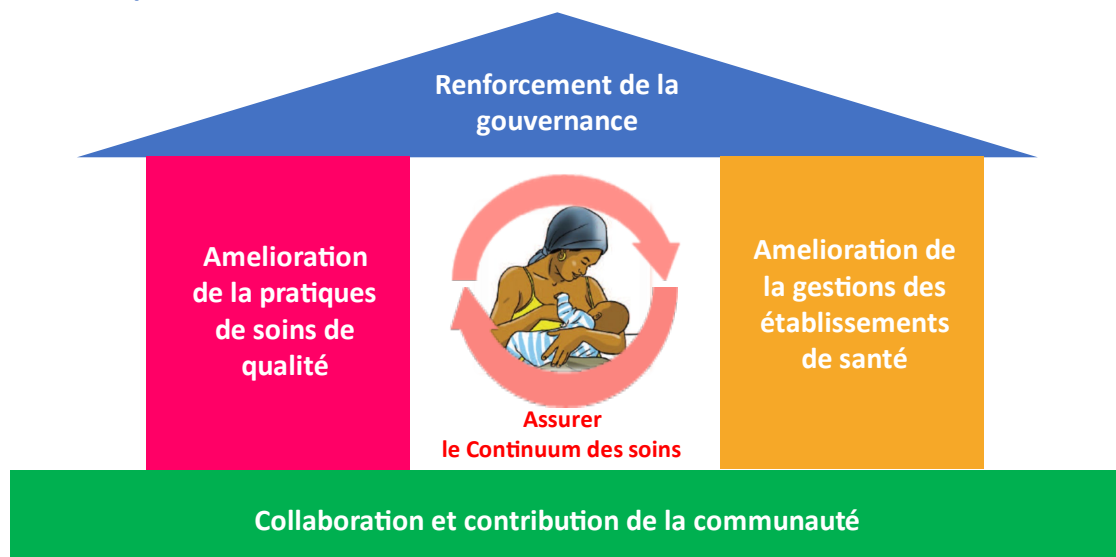
3.2. Rôle essentiel des sages-femmes et l'importance de soins respectueux dans le continuum de soins

Les **sages-femmes** sont les prestataires de soins maternels et néonataux de premier contact pour les parturientes et les nouveau-nés. La qualité de leurs techniques professionnelles et leurs attitudes envers les patients exercent une influence majeure sur la santé et la morbidité des sujets cités.

Afin de garantir la qualité des soins et la confiance des patients dans les prestataires, les **soins respectueux** sont d'une grande importance. Tous les prestataires de soins doivent donc se familiariser avec cette discipline humanitaire et accueillir/traiter les femmes et les enfants comme leur propre famille, dans le respect de leur dignité personnelle.

4. Cadres conceptuels du Modèle ivoirien de continuum de soins de santé maternelle et néonatale

Concept d'un modèle de continuum des soins de santé maternelle et néonatale



4.1. Composantes du modèle de continuum de soins de santé maternelle et néonatale :

(1) Renforcement de la gouvernance

Il y a trois (03) niveaux de gouvernance : central, régional, départemental. Dans la pratique des soins de qualité, l'un des plus important est le niveau départemental. A chaque niveau, correspond des types de responsabilités qui se présentent comme suit :

Au niveau central ;

- fournir les règlements, les directives, et les politiques qui gouvernent / doivent gouverner les différentes dimensions du continuum des soins
- assurer un budget suffisant pour améliorer les conditions de travail dans les maternités et la qualité des services / modernisation des infrastructures obstétricales à tous les niveaux

Au niveaux régional et départemental ;

- transmettre les politiques nationales aux ESPC et aux prestataires
- veiller à la mise en application des directives, normes, protocoles et algorithmes dans les structures de santé
- organiser le suivi et l'évaluation / le coaching réguliers des prestataires ;
- assurer le suivi et la maintenance des matériels et équipements ;
- diriger et veiller à l'amélioration du système de référence / contre référence ;
- etc.

(2) Amélioration de la gestion des établissements de santé

Les gestionnaires des structures de santé doivent renforcer leur gestion en mettant l'accent sur les points suivants :

- améliorer la gestion des ressources humaines en réorganisant et renforçant les équipes de travail ;
- améliorer les conditions de travail (climatisation, aménagement et hygiène des locaux) des agents,

en appliquant certaines normes de qualité, par exemple celle de la démarche 5S KAIZEN TQM ;

- veiller à la mise en application des directives, normes, protocoles et algorithmes dans les structures de santé ;
- améliorer la gestion des ressources matérielles et financières ;
- etc.

(3) Amélioration des pratiques de soins SRMNI

Afin d'améliorer la qualité des pratiques de soins de santé maternelle, néonatale et infantile, plusieurs niveaux d'interventions sont nécessaires, parmi les éléments les plus importants nous avons :

- renforcer la formation initiale et continue pour les prestataires des soins, notamment les sage-femmes, en respectant les normes internationales
- Renforcer le suivi et le coaching régulière pour les prestataires ;
- impliquer et sensibiliser les aides-soignants pour assurer la qualité des soins ;
- sensibiliser et responsabiliser les gynéco-obstétricien pour la qualité de soins, notamment les soins de santé respectueux ;
- etc.

(4) Collaboration avec les communautés

L'implication et la collaboration de la communauté sont le socle important permettant d'assurer la fourniture des prestations des soins de qualité. Il est donc nécessaire d'établir une bonne relation entre la communauté et les structures de santé, surtout celles du premier niveau. Pour ce faire, il faut considérer les points suivants :

- établir un bon mécanisme de coordination entre les communautés et les structures de santé ;
- recueillir les besoins réels de la population afin de mieux y répondre ;
- sensibiliser les habitants et les autorités des communautés sur les vertus du continuum des soins de santé maternelle et néonatale ;
- etc.

4.2. Relation entre chaque composante

Trois (3) des quatre (4) composantes sont en rapport avec la **prestation des soins de santé**. Bien que la relation entre ces trois parties soit hiérarchique, il est important de garantir une bonne collaboration entre le niveau supérieur et le niveau périphérique en vue d'une bonne coordination des services de santé.

Le quatrième volet, à savoir la participation communautaire, concerne les **bénéficiaires des services médicaux**. Quel que soit le système de santé mis en place, celui-ci restera inefficace s'il ne répond pas aux besoins et aux véritables sollicitations de la communauté qui l'utilise. En outre, la communauté doit comprendre le contenu de ce système de santé en vue de son implication dans sa gestion.

Ainsi donc, développer de bonnes relations entre les deux parties est un facteur clé pour garantir des soins de santé maternelle néonatale et infantile de bonne qualité.

5. Défis et Perspectives :

5.1. Défis majeurs :

Ce modèle est conçu principalement à partir des résultats de l'étude de base du PACSSMN, c'est-à-dire

ceux de la situation des établissements de santé dans les Districts Sanitaires d'Abobo Est et Ouest, commune urbaine d'Abidjan. Cependant, les situations de santé maternelle, infantile et néonatale dans les zones rurales et/ou semi-urbaines peuvent être quelque peu différentes. Il est donc nécessaire de considérer les différences dans les particularités des régions et des districts et, si nécessaire, il est possible de développer des modèles ruraux et/ou semi-urbains en fonction de la situation réelle.

Afin de vulgariser ce modèle et de le porter à l'échelle nationale, les défis suivants doivent être considérés :

- durabilité financière,
- renforcement des ressources humaines en quantité et qualité,
- développement des infrastructures, etc.

5.2. Perspectives :

- *Evaluation et Finalisation du Modèle par les parties concernées du PACSSMN ;*
- *Soumission du Modèle au Cabinet et/ou DGS du MSHPCMU pour validation officielle ;*
- Par la suite, le MSHPCMU mettra en œuvre les actions nécessaires pour permettre de vulgariser le Modèle dans toutes les structures de santé du pays, en tenant compte des Visions et Axes Stratégiques de la politique nationale de santé, précisant notamment les éléments suivants :
 - stratégies de mise en œuvre,
 - structure organisationnelle responsable,
 - mobilisation des ressources,
 - modalité de suivi et évaluation,
 - etc.