SOINS DE SANTE MATERNELLE ET NEONATALE BASES SUR LES PREUVES

Manuel de mise en oeuvre

PREFACE

La lutte contre la mortalité maternelle et néonatale est l'une des priorités du Gouvernement du Sénégal comme l'attestent tous les documents de politique générale, de population et de santé.

Toutes les enquêtes démographiques et de santé réalisées à travers le pays ont montré des indicateurs assez préoccupants pour les régions de Tambacounda et de Kédougou malgré les efforts importants déployés en termes d'investissement en infrastructures, équipements et en ressources humaines.

En vue d'optimiser ces efforts, le Gouvernement du Sénégal en partenariat avec la JICA, a mis en œuvre le Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale dans les régions de Tambacounda et de Kédougou.

Ce Projet d'une durée de trois (03) ans, avait pour axe de développement la promotion d'un modèle de soins maternels et néonatals plus humanisés basée sur les preuves scientifiques et le continuum des soins.

Cette approche est fondée sur la promotion de soins de qualité délivrés par du personnel formé avec la participation pleine et entière de la communauté. Elle constitue une véritable innovation parce qu'elle prend en compte les opinions des femmes et améliore la qualité des soins ainsi que le comportement du personnel de santé.

Une valeur ajoutée est ainsi conférée aux structures de santé qui deviennent plus attractives. L'implication des Organisations communautaires de base et des Bajenu Gox dans la mise en œuvre de cette approche constitue un réel atout pour renforcer l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale. En effet, elles jouent un rôle déterminant dans la sensibilisation des communautés. Je salue leur engagement.

Je voudrais magnifier la collaboration entre les acteurs de terrain, les équipes-cadre des districts et des régions de Tambacounda et de Kédougou, les praticiens du Centre Hospitalier Régional de Tambacounda, les Universitaires de la Clinique Gynécologique et Obstétricale, du Service de Pédiatrie, et de l'ISED, les techniciens du CEFOREP et de la Division de la Santé de la Reproduction, ainsi que les responsables des Associations professionnelles de santé.

Je voudrais enfin adresser mes sincères remerciements au Gouvernement du Japon et à la JICA pour le soutien technique et financier qui a permis l'élaboration de ce document.

Je reste persuadé que ce manuel destiné aux acteurs du système de santé contribuera grandement à renforcer leurs compétences en vue de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Prévention

Modou DIAGNE Fada

REMERCIEMENTS

Le manuel de mise en œuvre du modèle des soins de santé maternelle et néonatale basés sur les preuves scientifiques a été réalisé grâce aux efforts conjugués de professionnels intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction et de l'administration sanitaire, qui ont soit rédigé soit apporté leurs contributions à l'élaboration de ce manuel.

De vifs remerciements sont adressés à :

- Pr Jean Charles Moreau, Chef de la clinique Gynécologie et Obstétrical CHU le Dantec,
- Pr Cheikh Tidiane CISSE, Gynécologue-Obstétricien, CGO et Institut d'Hygiène Sociale de Dakar;
- Pr Ousmane NDIAYE, Pédiatre, Service de Néonatalogie au Centre Hospitalier Abass NDAO de Dakar;
- Pr Papa NDIAYE, Institut de Santé et Développement, UCAD;
- Pr Omar SYLLA, École Nationale de Développement Sanitaire et Social;
- M. Malick CISSE, Inspecteur des Affaires Administratives et Financières, Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Prévention;
- M. Mamadou NIANG, Conseiller technique à la Décentralisation, Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Prévention;
- M. Assane DIAKHATE, Conseiller Technique à la Coopération, Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Prévention;
- Dr Adrien SONKO, Médecin Chef de Région de Tambacounda, Chef du PRESSMN;
- Dr El Hadj Ousseynou FAYE, Gynécologue-Obstétricien, DSR;
- Dr Barnabé GNING, Président du Comité de Rédaction, Adjoint au Médecin Chef de Région de Tambacounda;
- Dr Amadou MBAYE DIOUF, Médecin Chef du District Sanitaire de Tambacounda;
- Dr Aziz DIOUF, Gynécologue-obstétricien, Clinique Gynécologique et Obstétricale;
- Dr Fatou NIASS DIA, Gynécologue-Obstétricienne, Clinique Gynécologique et Obstétricale;
- Mme Sébastiana DIATTA, Coordinatrice SR à la DSR;
- Mme Seyni KONTE DIOP, Coordinatrice SR à la DSR;
- Mr Dame FALL, Superviseur des Soins de Santé Primaires, Région Médicale de Tambacounda;

- Mme Khadyjatou BÂ SOW, Coordonnatrice Régionale SR Région médicale de Tambacounda;
- Mme Aïssatou SAMBA DIOP, Coordinatrice SR Région médicale de Kédougou;
- Mme Fatou NDIAYE THIOUB, Coordonnatrice SR District sanitaire de Tambacounda.
- Mme Fatou NDOUR, Coordinatrice SR, District sanitaire de Saraya;
- Mr Thierno DIALLO, Infirmier Chef de Poste de Kothiary;
- Mme Miyuki OIKAWA, Coordonnatrice du PRESSMN;
- Mme Hiroko IIJIMA, Experte de la santé maternelle et néonatale, PRESSMN
- Mme Noriko KUDO, Experte de la santé maternelle et néonatale, PRESSMN
- Mme Yuko SAITO, Experte de la santé maternelle et néonatale, PRESSMN
- Mme Aïssatou NDIAYE DIENG, Assistante administrative du Projet;
- Mr Ousmane DIATTA, Assistant administratif du PRESSMN;

Ces remerciements s'adressent également aux Institutions suivantes :

- JICA (Agence Japonaise de Coopération Internationale);
- ENDSS (École Nationale de Développement Sanitaire et Social);
- SNEIPS (Service National de l'Éducation et de l'Information Pour la Santé).
- ISED (Institut de Santé et Développement);
- CEFOREP (Centre Régional de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction);
- DSR (Division de la Santé de la Reproduction);
- Région Médicale de Kédougou;
- Région Médicale de Tambacounda;
- Centre Hospitalier Régional de Tambacounda;
- Centre Régional de Formation en Santé de Tambacounda;
- ANIIDES (Association Nationale des Infirmiers et Infirmières d'État du Sénégal);
- ANSFES (Association Nationale des Sages Femmes d'État du Sénégal);

ACRONYMES

AME	Allaitement Maternel Exclusif
ARV	Antirétroviral
ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BG	Bajenu Gox
CD4	Cluster de différenciation 4
CDD	Comité Départemental de Développement
CLD	Comité Local de Développement
COPE	Client Oriented Provider Efficient
CoS	Comité de Santé
CEFOREP	Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction
CGO	Clinique Gynécologique et Obstétricale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Postnatale
CS	Centre de Santé
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
EBM	Evidence-Based Medicine
ECBU	Examen Cytobacteriologique des Urines
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPS	Education pour la Santé
FAR	Femmes en Age de Reproduction
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
HBs	Hépatite B
HIV/VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
HTA	Hypertension Artérielle
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC	Information Education Communication
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
MCD	Médecin-Chef de District

MCR	Médecin-Chef de Région
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MILDA	Moustiquaire imprégnée longue durée d'action
MSHPP	Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Prévention
NFS	Numération Formule Sanguine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PF	Planification Familiale
PNP	Politiques Normes et Protocoles
PS	Poste de Santé
PRESSMN	Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale
ROI	Registre d'Opinions Indépendantes
RPR /TPHA	Rapid Plasma Reagin/Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay
SFE	Sage femme d'Etat
SP	Sulfadoxine-pyrimethamine
SR	Santé de la Reproduction
TA	Tension Artérielle
UCAD	Université Cheikh Anta DIOP de Dakar
VAT	Vaccin Antitétanique
VPO	Vaccin Polio Oral

SOMMAIRE

PREFACE 1
ACRONYMES 3
INTRODUCTION 9
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION 10
2. OBJECTIFS DU MANUEL 12
3. CIBLES DU MANUEL 12
4. NOTIONS DE BASE 13
4.1. Médecine basée sur les preuves 13
4.2. Bonnes pratiques de soins recommandées par l'OMS pendant l'accouchement normal 15
4.3. Soins humanisés pour le nouveau-né 20
4.4. Accouchement à style libre 21
5. CONCEPT DU PROJET 31
6. MODELE DU PROJET 33
6.1. Définition…….
6.2. Composantes du Modèle……
6.3. Description des composantes du Modèle……..
7. ETAPES DE LA MISE EN ŒUVRE DU MODELE 36
7.1. Expérience du Centre de Santé de Tambacounda 38
7.2. Expérience du Poste de Santé de Kothiary 40
7.3. Leçons apprise……44
CONCLUSION……..45
Références bibliographiques : .....

Annexes:

Annexe 1: Canevas de mise en œuvre du Modèle pour le Centre de santé de Tambacounda

Annexe 2: Canevas de mise en œuvre du Modèle pour le Poste de santé de Kothiary

Annexe 3: Liste de vérification de la compétence " mise du nouveau-né en position Kangourou"

INTRODUCTION

Dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, spécialement dans les régions les plus touchées par ce fléau au Sénégal, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Prévention, en partenariat avec l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA), a mis en œuvre un « Projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale » (PRESSMN) dans les régions de Tambacounda et Kédougou de Janvier 2009 à Décembre 2011.

Ce projet avait pour but de contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale au Sénégal, et plus particulièrement dans ces 2 régions. Pour ce faire, l'objectif général était de « mettre en pratique un modèle de soins de santé maternelle et néonatale basés sur les preuves scientifiques» dans 2 institutions cibles à savoir le centre de santé de Tambacounda (dans le District sanitaire du même nom) et le poste de santé de Kothiary (dans le District sanitaire de Goudiry). A travers plusieurs lignes d'action, l'objectif final est la vulgarisation de ce modèle de soins dans les 2 régions puis sur l'ensemble du territoire national.

L'approche du modèle repose sur 5 composantes essentielles : la communication avec les communautés, le partage du concept, l'amélioration du milieu de travail, la pratique des soins basés sur les preuves scientifiques et les activités de soutien et de développement.

Quant au concept de soins basés sur les preuves, il est bâti à partir de trois sources de référence : les bonnes pratiques recommandées par l'OMS sur l'accouchement normal, le document de politiques, normes et protocoles en SR au Sénégal et les résultats des études du Projet.

Ainsi, ce manuel est élaboré pour asseoir la mise en œuvre dudit modèle. Il s'adresse notamment au personnel des services de santé et à l'administration sanitaire en général. De manière didactique, il présente le concept et le modèle du Projet, ainsi que les modalités de mise en œuvre des soins selon la catégorie socioprofessionnelle, en vue d'une intégration sécurisée au sein des équipes techniques des maternités.

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Au Sénégal, la mortalité maternelle et la mortalité néonatale sont respectivement estimées à 401 décès pour 100 000 naissances vivantes, et à 35 décès pour 1000 naissances (16). Elles constituent une véritable préoccupation nationale. Les régions de Tambacounda et de Kédougou sont parmi les plus touchées. Ainsi en 2005, le taux de mortalité néonatale était de 56 pour 1000 naissances dans l'ancienne région de Tambacounda (qui couvre le territoire géographique des actuelles régions administratives de Tambacounda et de Kédougou) (16). En outre, une « Etude sur les besoins obstétricaux non couverts » dans cette même région de Tambacounda avait révélé que la mortalité maternelle y était de 650 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (12). Par ailleurs, une enquête nationale menée en 2005 avait démontré que dans cette région, 20% des femmes enceintes n'avaient effectué aucune consultation prénatale (CPN) durant leur grossesse, et les accouchements assistés y étaient estimés à 27,3% (16).

Dans ce contexte, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Prévention, en partenariat avec la JICA, a mis en place le « Projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale dans les régions de Tambacounda et Kédougou ». Au cours de son exécution, l'orientation principale du Projet a porté sur deux éléments : le développement du concept de « soins humanisés » à prodiguer à la femme enceinte (de la grossesse à l'accouchement) et au nouveau-né, et le renforcement du continuum des soins, avec pour objectif la mise en pratique d'un modèle de soins de santé maternelle et néonatale basés sur les preuves scientifiques.

La mise en œuvre du Projet a couvert la période allant de janvier 2009 à décembre 2011 ; elle a été marquée d'emblée par la réalisation de 2 études préliminaires qui ont servi de base d'évaluation du projet.

Dans les résultats de l'enquête qualitative menée auprès des femmes utilisatrices des services SR ciblés dans la région, il a été mis en évidence, entre autres, une insatisfaction par rapport aux attitudes des prestataires pendant la dispensation des soins, aux interventions médicales pendant l'accouchement, et à l'organisation du service (13). Quant aux résultats de l'enquête quantitative, ils ont notamment montré que la qualité et la pertinence des pratiques de soins étaient en relation avec le niveau de qualification des prestataires. Le nombre important de matrones dans les structures sanitaires a aussi été relevé. Ce manuel constitue un outil permettant aux différents prestataires d'exécuter correctement les soins humanisés pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi que les soins humanisés pour le nouveau-né. Ces soins, tels que stipulés dans le cadre du Projet, constituent une réponse aux défaillances ou insatisfactions, révélées par les études de base, dans la prise en charge de ces deux cibles.

Parce ce que fondée sur les principes de la médecine basée sur les preuves scientifiques, la mise en œuvre du modèle du Projet requiert de tout agent de santé une remise en question régulière des connaissances et comportement professionnel afin qu'ils soient toujours indexés

sur les preuves scientifiques du moment, l'objectif étant de toujours proposer les meilleurs options thérapeutiques au patient.

Compte-tenu des variations dans l'environnement de travail des agents de santé (centre de santé, poste de santé) et des qualifications techniques de ces mêmes agents, ce document se présente comme un « mode d'emploi ». C'est pourquoi, à travers un style simple et illustré, il se veut un outil accessible et maniable par et pour tous : assistants infirmiers, infirmiers, sages-femmes, médecins généralistes, médecins compétents ou spécialistes en gynécologie-obstétrique notamment.

2. OBJECTIFS DU MANUEL

Le manuel de mise en œuvre du modèle du PRESSMN a été élaboré compte-tenu de trois objectifs principaux :

1. partager le concept et le modèle du Projet ;
2. constituer un guide dynamique pour une mise en œuvre standardisée du modèle ;
3. servir de référence dans le cadre de la promotion des soins humanisés de la grossesse et de l'accouchement en milieu opérationnel.

3. CIBLES DU MANUEL

Les destinataires du manuel sont :

- les prestataires de soins ;
- les équipes cadres de région et de districts ;
- les services centraux du MSHPP ;
- l'université et les instituts de formations.

4. NOTIONS DE BASE

4. 1. La médecine basée sur les preuves

4.1.1. Définition

La médecine basée sur les preuves se définit comme «l'utilisation rigoureuse et judicieuse des meilleures données disponibles lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à des patients individuels » (15).

Elle est plus couramment appelée **Evidence-Based Médicine (EBM)** ou **médecine factuelle.**

4.1.2. Justification de la médecine basée sur les preuves

Cette approche vise à éviter ou à réduire l'utilisation mécanique de pratiques de soins qui ne soient pas toujours fondées sur une base scientifique ou à faible efficacité.

Lorsque les prestataires prodiguent des soins à un patient, ils doivent utiliser les meilleures connaissances médicales du moment. Pour cela, chaque prestataire doit rechercher (identifier, déterminer, choisir, etc.) les soins qui sont vraiment nécessaires à chaque patient.

4.1.3. Sources d'information

Elles sont au nombre de trois : les conditions d'exercice et l'expérience clinique du praticien, les données de la recherche et les préférences du patient (10).

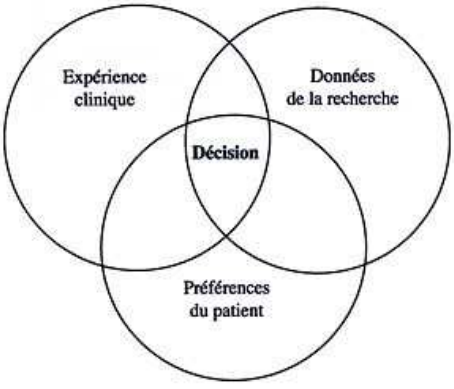


Figure 1 : Logique de l'EBM

La réunion des 3 sources fonde l'EBM. L'intersection des 3 cercles permet d'insérer autour de la décision clinique les considérations éthiques, les recommandations et les nouveaux savoirs du praticien.

4.1.4. Processus de la médecine basée sur les preuves

Ce processus passe par quatre étapes (3):

1. la formulation d'une question clinique claire et précise à partir d'un patient ou d'un problème clinique posé ;

2. la recherche dans la littérature d'articles cliniques pertinents et appropriés sur le problème ;

3. l'évaluation critique de la validité et de l'utilité des résultats sélectionnés et l'extraction des preuves qui sont à la base des décisions cliniques ;

4. la mise en application des résultats de l'évaluation dans la pratique clinique pour une prise en charge personnalisée de chaque patient.

Tableau I : Structuration des niveaux de preuve

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grade des recommandations
Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance (effectifs suffisants) – Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie A (**Prouvé**)
Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance (effectifs insuffisants) - Études comparatives non randomisées bien menées - Etudes de cohortes	Présomption scientifique B (**Probable**)
Niveau 3 Études de cas témoins	Faible niveau de preuve C (**Accepté**)
Niveau 4 Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas	Faible niveau de preuve C (**Accepté**)
En l'absence d'étude	Recommandations fondées sur un accord professionnel (**Consensus**)

4.2. Bonnes pratiques de soins recommandées par l'OMS pendant l'accouchement normal

L'accouchement normal comporte 5 éléments (1, 7,11) :

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

Dans son document de référence relatif à l'accouchement normal (5), l'OMS a recensé 59 pratiques courantes en matière de soins maternels et néonatals. Ces 59 pratiques sont classées en 4 quatre catégories selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité.

Tableau II : catégories des pratiques de l'accouchement normal

	Catégorie A	Pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qui sont à encourager.
	Catégorie B	Pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer.
	Catégorie C	Pratiques sur lesquelles il n'existe pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution alors que les recherches se poursuivent.
	Catégorie D	Pratiques fréquemment utilisées à tort.

4.2.1. Catégorie A

Elle comporte 22 pratiques qui respectent les droits humains de la femme en travail. En effet, elles rentrent dans les droits sexuels et génésiques, et peuvent être subdivisées en 2 groupes : les droits de la femme au cours de l'accouchement et la qualité des services.

4. 2.1.1. Les droits de la femme en travail

Ils sont au nombre de 9 :

1. l'établissement d'un plan individuel qui détermine où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera. Il sera établi avec la femme pendant la grossesse, et communiqué au mari ou partenaire et, le cas échéant, à la famille ;

2. le respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de l'accouchement ;

3. le respect du droit à l'intimité de la femme sur le lieu de l'accouchement ;

4. la possibilité de prendre des boissons et de la nourriture pour permettre à la parturiente de disposer de l'énergie nécessaire pour le bon déroulement de l'accouchement ;

5. le soutien empathique à la parturiente pendant le travail et l'accouchement. Le prestataire de santé doit apporter un soutien affectif, en prononçant des paroles encourageantes et rassurantes, en s'efforçant d'améliorer le confort de la parturiente, en maintenant un contact physique, par exemple en lui frictionnant le dos et en lui tenant les mains, en expliquant ce qui se passe pendant le travail et l'accouchement et en assurant une présence amicale constante ;

6. la présence des membres de sa famille ou des proches pendant le travail et l'accouchement ;

7. la présence de personnes en qui la parturiente a confiance et avec qui elle se sent bien : son partenaire, sa meilleure amie, ou une sage-femme, une matrone ou une accoucheuse traditionnelle, etc.;

8. la liberté de choisir sa position et de bouger tout au long du travail ;

9. la liberté de choisir une position autre que dorsale pendant le travail. La position allongée sur le dos pendant le premier stade du travail peut entraîner une hypo perfusion sanguine avec diminution des échanges entre le fœtus et la mère, mettant en danger l'état de santé du fœtus.

4.2.1.2. La qualité des prestations en termes de sécurité et de prévention des infections

Parmi les 22 pratiques à encourager de la catégorie A, 13 sont concernées par ce groupe :

10. l'évaluation des risques liés à la grossesse pendant les soins prénatals, et leur réévaluation à chaque contact avec le système de santé et durant tout le travail. L'évaluation des risques n'est pas une mesure unique, mais un procédé continu pendant toute la grossesse et le travail. Des complications précoces peuvent apparaître à tout moment, et amener à décider de transférer la femme vers un niveau de soins supérieur. D'où la notion que toute grossesse est une grossesse à risque ;

11. la surveillance du bien-être physique et émotionnel de la femme pendant tout le travail et l'accouchement et à l'issue du processus de la naissance. Il convient de mesurer la température, le pouls et la tension artérielle, de contrôler l'apport liquidien, la production d'urine, d'évaluer la douleur et le besoin de soutien.

12. la proposition de soins pendant le travail et l'accouchement au niveau le plus périphérique où l'accouchement est possible et sûr et où la femme se sent en sécurité et en confiance ;

13. l'utilisation de méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation ;

14. la surveillance fœtale avec une auscultation intermittente

15. l'usage unique des matériels jetables et la décontamination appropriée du matériel à usage multiple tout au long du travail et de l'accouchement ;

16. l'utilisation de gants pour le toucher vaginal, pendant l'expulsion du bébé et pour la manipulation du placenta ;

17. la prévention de l'hypothermie du bébé. Il est important d'éviter au nouveau-né de se refroidir grâce à des techniques appropriées, notamment en différant le premier bain d'au moins 6 heures ;

18. la surveillance attentive de l'évolution du travail, par exemple au moyen du partogramme de l'OMS ;

19. l'administration de manière prophylactique des ocytocines au troisième stade du travail chez les femmes présentant un risque d'hémorragie de la délivrance, ou qu'une spoliation sanguine même légère peut mettre en danger ;

20. la stérilisation des instruments utilisés pour sectionner le cordon ;

21. le contact dermique précoce (peau à peau) entre la mère et l'enfant et l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance, conformément aux directives de l'OMS sur l'allaitement au sein ;

22. l'examen systématique du placenta et des membranes.

4.2.2. Catégorie B

Les pratiques de la catégorie B, inutiles et dangereuses, doivent être proscrites des salles d'accouchement. Elles sont au nombre de 15 :

1. le recours systématique au lavement ; les lavements sont aussi censés réduire le risque de contamination et donc l'infection de la mère et de l'enfant. Ils sont toutefois désagréables et comportent un certain risque de lésion de l'intestin ;
2. le rasage systématique du pubis ; il pourrait accroître le risque d'infection par le VIH et le virus de l'hépatite, pour le dispensateur de soins et pour la femme ;
3. la perfusion intraveineuse systématique pendant le travail ;
4. la pose systématique de canules intraveineuses à titre prophylactique ;
5. l'utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail ;
6. le toucher rectal ;
7. l'utilisation de la radiopelvimétrie ;
8. l'administration d'ocytociques à tout moment avant l'accouchement de façon que leurs effets ne puissent être maîtrisés ;
9. l'utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail ;
10. les efforts de poussée soutenus et dirigés (manœuvre de Valsalva) pendant le 2ème stade du travail ;
11. le massage et l'étirement du périnée pendant le deuxième stade du travail ;
12. l'utilisation de comprimés oraux d'ergométrine au troisième stade du travail pour prévenir ou arrêter une hémorragie ;
13. l'administration systématique d'ergométrine par voie parentérale au 3ème stade du travail ;
14. le lavage utérin systématique après l'accouchement ;
15. la révision utérine systématique (exploration manuelle) après l'accouchement.

4.2.3. Catégorie C

Elle concerne les pratiques dont le niveau de preuve n'est pas assez suffisant pour qu'elles soient fermement recommandées. Il convient de les utiliser avec précaution alors que les recherches se poursuivent.

Elles sont au nombre de 8. Deux d'entre elles ont connu des évolutions avec la recherche :

1. l'administration systématique d'ocytocine, la tension légère sur le cordon, ou la combinaison des deux pendant le troisième stade du travail ;

2. le clampage précoce du cordon ombilical.

Pour ces 2 pratiques, les récentes données ont montré leur efficacité quant à la prévention de l'hémorragie du post-partum par atonie utérine. Elles rentrent dans le terme nosologique de gestion active de la 3ème phase de l'accouchement (GATPA). Celle ci réduit l'incidence des hémorragies du post partum secondaires à l'atonie utérine de 70 à 90%.

Les autres pratiques concernent ;

3. les méthodes non pharmacologiques utilisées pour soulager la douleur pendant le travail comme les plantes, l'immersion dans l'eau et la stimulation nerveuse ;
4. l'amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail ;
5. la pression sur le fond utérin pendant le travail ;
6. les manœuvres visant à protéger le périnée et à gérer la tête du fœtus au moment du dégagement ;
7. la manipulation active du fœtus au moment de la naissance ;
8. la stimulation du mamelon pour augmenter les contractions utérines pendant le 3ème stade du travail.

4.2.4. Catégorie D

Elle regroupe 14 pratiques fréquemment utilisées à tort :

1. l'interdiction d'absorber des aliments et des liquides pendant le travail ;
2. le traitement de la douleur par des agents systémiques. Les alcaloïdes opioïdes dont le plus répandu est la péthidine (Dolosal), les dérivés de la phénothiazine (prométhazine), les benzodiazépines (diazépam) peuvent apporter un soulagement raisonnable de la douleur, mais au prix d'effets secondaires indésirables tels : une dépression respiratoire chez le nouveau-né et des anomalies comportementales néonatales, y compris le refus de l'allaitement au sein ;
3. le traitement de la douleur par l'analgésie épidurale ;
4. le monitorage électronique du fœtus ;
5. le port de masques et de gants stériles par la personne aidant à l'accouchement ;
6. les touchers vaginaux répétés ou fréquents, surtout s'ils sont réalisés par plusieurs dispensateurs de soins ;
7. l'accélération du travail par l'ocytocine ;
8. le transfert systématique de la femme en travail dans une autre pièce au début du 2ème stade ;
9. le sondage de la vessie ;
10. l'encouragement à pousser dès le diagnostic de dilatation complète du col, avant que la femme éprouve elle-même le besoin de pousser ;
11. l'observance stricte d'une durée stipulée pour le 2ème stade du travail, une heure par exemple, si l'état de la mère et celui du fœtus sont bons et si le travail progresse. La décision d'interrompre le 2ème stade du travail doit être basée sur la surveillance de l'état de la mère et du fœtus et sur l'évolution du travail. En présence de signes de détresse

fœtale ou si la descente de la présentation ne se fait pas, il est justifié de mettre fin au travail. Mais si l'état de la mère est satisfaisant, que le fœtus est en bon état de santé et que la descente de la tête du fœtus semble progresser, il n'y a pas lieu d'intervenir ;

12. l’extraction instrumentale ;
13. l’utilisation courante ou systématique de l'épisiotomie ;
14. l’exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement.

En définitive, le respect des bonnes pratiques de soins pendant l’accouchement normal participe du renforcement de la dignité humaine et de l’amélioration de la qualité et de l’utilisation des services de maternité, avec comme finalité la réduction des mortalités et morbidités maternelles et néonatales.

4.3. Soins humanisés pour le nouveau-né

L’humanisation des soins concerne également le nouveau né qui doit bénéficier des mêmes conditions de sécurité et de confort que la mère. Les soins humanisés du nouveau-né peuvent être délivrés aussi bien au niveau des structures sanitaires qu’au niveau communautaire.

La catégorie A des pratiques de soins recommandées par l’OMS reprend les bonnes pratiques de soins proposées au nouveau-né pendant l’accouchement normal. Ces bonnes pratiques sont :

4.3.1 les soins immédiats du nouveau-né

Ces soins sont systématiquement donnés à la naissance. Il s’agit de :

1. recevoir le nouveau-né dans un linge propre et sec ;
2. le sécher rapidement;
3. changer le linge mouillé ;
4. évaluer la respiration et la coloration ;
5. décider si une réanimation est nécessaire ;
6. mettre le nouveau-né au chaud de préférence en contact peau à peau avec sa mère ;
7. ligaturer et couper le cordon avec des instruments stériles (ciseaux stériles, clamps de bar) et laisser à l'air libre
8. mettre au sein le plus tôt possible dans l’heure qui suit la naissance ;
9. administrer un collyre antiseptique dans les yeux dans l'heure qui suit la naissance ;
10. reporter le bain du nouveau-né d’au moins 6 heures ;
11. administrer de la vitamine k1 orale ou injectable systématiquement ;
12. peser le nouveau-né ;
13. mesurer la taille, le périmètre crânien et le périmètre brachial
14. dépister les signes de danger (léthargie, refus de téter, rougeur ombilicale étendue, respiration difficile, corps froid ou chaud, convulsions, ballonnement abdominal, faible poids de naissance) ;
15. enregistrer le nouveau-né dans le registre de naissance.

4.3.2. la méthode des soins « kangourou» pour le nouveau-né de faible poids à terme sans signe de danger

La méthode kangourou (4,6) est une méthode de soins destinée aux nouveau nés de faible poids qui consiste à les maintenir en contact direct «peau à peau», prolongé, continu avec le thorax de la mère et/ou d'un autre adulte, pour leur apporter de la chaleur et lutter contre l'hypothermie ou la prévenir.

La méthode kangourou contribue à l'humanisation des soins néonatals et à l'établissement de meilleurs liens affectifs entre la mère et le nouveau-né. Elle est au moins équivalente aux soins classiques (couveuses), du point de vue de la sécurité et de la protection thermique. En facilitant l'allaitement au sein, elle offre des avantages considérables pour la prévention de la morbidité.

La méthode «mère kangourou» consiste notamment à porter un enfant prématuré ou de faible poids de naissance sur la poitrine en contact peau contre peau. Cette méthode est très efficace et facile à appliquer. Elle contribue à la bonne santé et au bien-être des prématurés et des nouveau-nés de faible poids nés à terme. Dans la mise en œuvre de cette méthode, il convient de :

- sensibiliser la famille ;
- réaliser dès que possible un contact peau contre peau continu et prolongé entre la mère et le nouveau-né ;
- pratiquer l'allaitement au sein exclusif ;
- poursuivre les soins à domicile, le nouveau-né pouvant quitter la structure de santé assez rapidement ;
- apporter un soutien à la famille.

Image 1 : Mise d'un nouveau-né de faible poids en position Kangourou

Image 2 : Méthode Kangourou impliquant les 2 parents

Tous les nouveau-nés stables et sans complications peuvent bénéficier de la méthode kangourou car elle permet de prévenir la baisse de la température ou hypothermie.
Cependant, les nouveau-nés de faible poids sont plus à risque d'hypothermie et devront bénéficier pour un temps un peu plus long de cette méthode.

Les nouveau-nés présentant des signes de danger ne peuvent pas bénéficier de cette méthode. Ces signes de danger sont :

- difficultés ou refus de téter ;
- succion faible ;
- inactivité-léthargie ;
- respiration rapide ;
- hypothermie sévère ;
- ballonnement abdominal, ictère, vomissements, rougeur du cordon ;
- convulsions.

Devant la survenue d'un signe de danger, il faut transférer le nouveau-né avec la méthode Kangourou vers un centre mieux équipé pour éviter tout refroidissement en cours de transfert (maintenir le contact peau à peau, couvrir la tête et les pieds).

La méthode Kangourou ne peut être proposée s'il y a manque de motivation marquée de la mère ou de la famille.

4.3.2. Prévention des infections

Erigée en priorité, elle doit être présente à toutes les étapes de la prise en charge du nouveau-né. Elle est mise en œuvre à travers notamment le lavage systématique et régulier des mains, le traitement des matériels et instruments (décontamination, nettoyage, désinfection de haut niveau, stérilisation), le nettoyage des salles et surfaces, le stockage protégé des instruments, matériels et consommables ainsi que la gestion des déchets.

4. 4. Accouchement à style libre

4. 4.1. Généralités

C'est une parturition normale au cours de laquelle une femme suit ses propres instincts et la logique physiologique en adoptant des positions variées, afin d'accoucher avec le moins de douleur possible et le maximum d'efficacité, tout en évitant les complications.

L'accouchement à style libre fait partie intégrante des soins humanisés recommandés par l'OMS et la médecine basée sur l'évidence. Il permet d'associer le confort et la sécurité dans un environnement intime que la parturiente pourra partager avec des personnes de son choix.

L'accouchement comprend trois phases :

la phase du travail (ou phase de dilatation du col utérin) :

elle commence quand les contractions sont régulières avec perte du bouchon muqueux et modification du col. Elle se termine quand la dilatation est complète, à 10 cm. Cette phase est divisée en 2 parties :

- une phase de latence où la dilatation du col est lente, pouvant durer 6 à 8 heures chez la primipare et prenant fin quand la dilatation du col atteint ou dépasse 4 cm (9) ;
- une phase active où la dilatation du col utérin devient plus rapide avec une progression maximale de 3 cm/heure.

la phase d'expulsion du fœtus :

elle va de la dilatation complète du col utérin à l'expulsion du fœtus hors des organes génitaux maternels.

la phase de délivrance :

c'est la phase pendant laquelle la parturiente va expulser les annexes fœtales (placenta, membranes amniotiques et le reste du cordon) hors des organes génitaux.

4. 4.2. Les conditions pour un accouchement à style libre

Afin de faciliter les conditions du déroulement ou de réalisation de l'accouchement à style libre, les structures sanitaires devront être aménagées et équipées en respectant certaines normes.

4. 4.2. a. Aménagement et ambiance dans la salle d'accouchement

La salle d'accouchement à style libre doit être aérée, spacieuse et propre, avec une atmosphère propice à la quiétude et à la détente de la parturiente. Ces particularités pourront permettre aux parturientes de déambuler et d'adopter la position qu'elles voudront.

4. 4.2. b. Accessoires et Equipements

Ils sont composés notamment, en plus de la liste standard d'une salle d'accouchement, de :

- tatamis et cousins;
- ballons d'accouchement de différents formats ;
- bancs de naissance;
- trapèzes, cordes de suspension, barres (auxquels les femmes peuvent s'accrocher) ;
- chaises balançoires;
- affiches illustrant différentes positions d'accouchement (dans les bureaux de consultation et dans les salles d'accouchement).

4. 4.2. c. Prestataires de service

Les prestataires doivent être formés en accouchement à style libre. Ils doivent assurer un soutien continu à la parturiente.

Aucune intervention systématique ne doit être réalisée (rupture des membranes, perfusion d'ocytocique, etc.).

4. 4.2. d. Parturientes

Elles doivent jouer un rôle essentiel dans les décisions concernant leur parturition, surtout dans le choix de la position du travail ou de l'accouchement, et de la présence d'un accompagnant de leur choix en salle.

Elles doivent bénéficier d'une liberté de mouvement tout au long du travail.

4.4.3. Les différentes positions à adopter lors du travail

Selon la position choisie par la femme pendant le travail, plusieurs avantages ont été démontrés sur les plans technique et scientifique (1, 9). 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 adopter 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'adoption de différentes positions pendant le travail sont nombreux :

- **sur la dynamique utérine :** intensité et fréquence plus grande et régularité plus marquée des contractions utérines ; relaxation plus complète entre les contractions utérines ;
- **sur la dilatation cervicale :** plus rapide ;
- **sur la durée du travail :** $1^{ère}$ et $2^{ème}$ phases plus courtes ;
- **sur le bien-être fœtal :** meilleure circulation utéro-placentaire avec meilleure oxygénation fœtale ; meilleure descente et rotation de la présentation du fait de l'augmentation des diamètres du bassin ; moins d'incidence de souffrance fœtale pendant le travail ;
- **sur le bien être maternel :** plus grand confort ; moins de stress et de douleur ; moins de besoins d'analgésiques ; participation active au travail ; moins d'ennuis et d'angoisses liés à l'immobilité et aux appareils de surveillance.

Il y a cependant des limites:

- **chez la parturiente :** fatigue maternelle ; excès de pression sur le col avec risque d'œdème du col ; déchirure du périnée ;
- **chez le prestataire :** soutien indispensable ; nécessité de la présence de plusieurs personnes ; difficulté à maintenir la position idéale.

4.4.4. Les différentes positions à adopter à la phase expulsive

4. 4.4. 1. Description

1. Position gynécologique (allongée sur le dos)

La position allongée sur le dos, dite gynécologique est encore utilisée dans la majorité des accouchements. Cette position a été inventée au 17ème siècle par Mauriceau pour faciliter le recours aux forceps. Et comme le procédé s'est ensuite développé, la position est restée, d'autant plus qu'elle s'avérait aussi plus commode pour surveiller le périnée.

2. Accouchement en position à genoux

La position à genoux facilite le passage du fœtus.

Images 3 - 7 : Positions à genoux

3. Accouchement en position de décubitus latéral

La position allongée sur le côté aide les femmes à mieux pousser et permet une meilleure oxygénation de la mère et du fœtus.

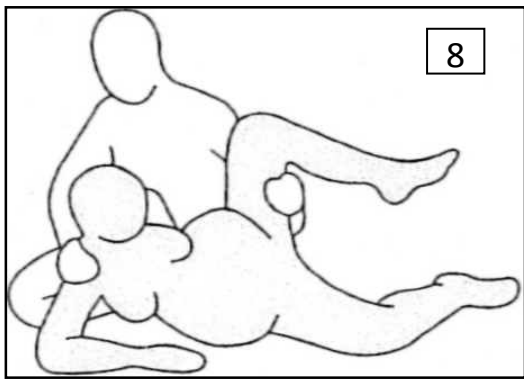
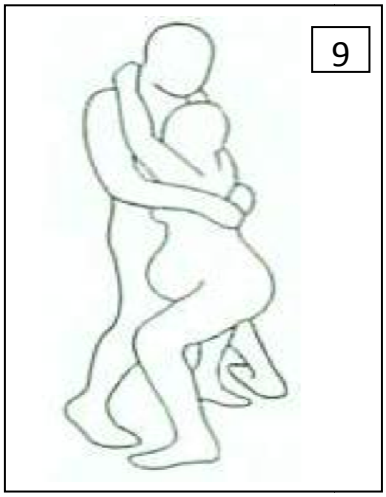
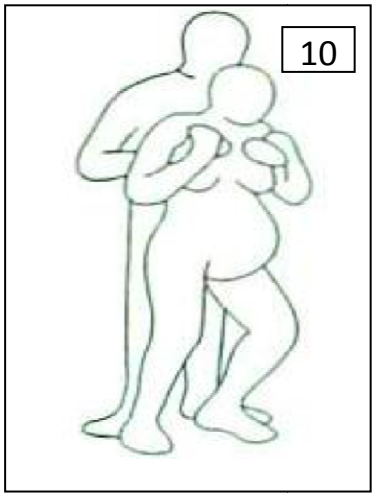


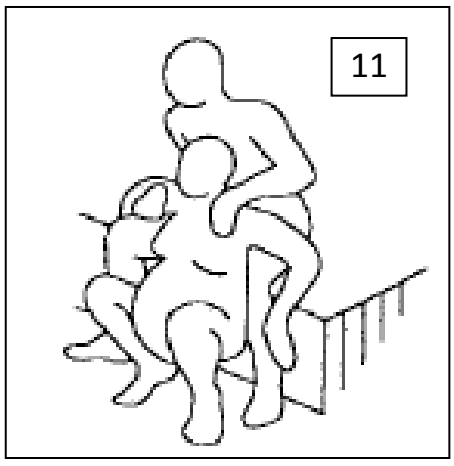
Image 8 : Position latérale

4. Accouchement en position accroupie

La position accroupie donne beaucoup de confort à la mère, qui doit se faire aider par la personne de son choix et la sage-femme. L'idéal serait que la parturiente puisse se tenir à une suspension pour favoriser l'étirement du périnée.







Images 9 - 11 : Position accroupie

5. Accouchement en position assise

La parturiente prend appui sur ses fesses, gardant le dos droit et les genoux fléchis. Elle peut s'asseoir à califourchon sur une chaise. L'utilisation de gros ballon est bénéfique.

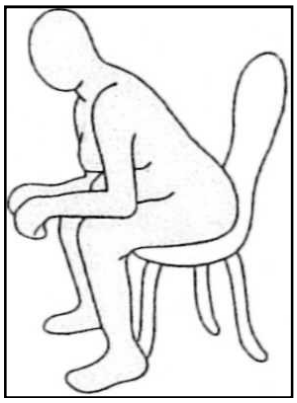
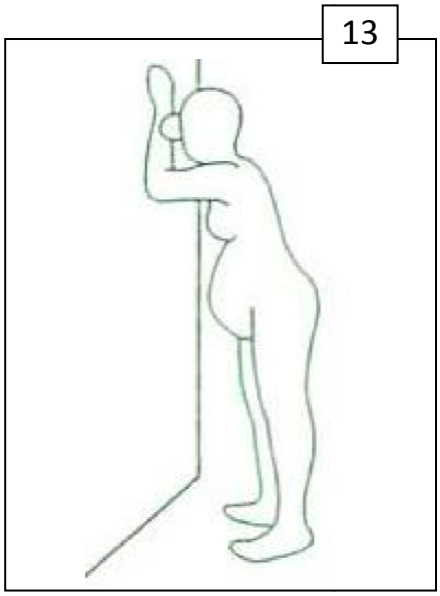


Image 12 : Position assise

6. Accouchement en position debout

La position debout est idéale pour profiter de la pesanteur et favorise la descente du fœtus.



Images

13 - 14 : Position debout

7. Accouchement dans l'eau

Dans l'eau, les douleurs sont atténuées.

4. 4.4. 2. Avantages et inconvénients des différentes positions d'accouchement à style libre

Tableau Ⅲ : Avantages et inconvénients des différentes positions d'accouchement à style libre

Position d'accouchement	Avantages	Inconvénients
Position gynécologique	-Protège mieux le périnée -Facilite l'utilisation de certains instruments (forceps, ventouse) et de la voie veineuse	-Ferme le bassin maternel (le sacrum n'est pas libre de tout mouvement) -Peut comprimer les gros vaisseaux réduisant la circulation utéro-placentaire
Position à genoux	-Diminue les douleurs lombaires -Rend le sacrum libre de tout mouvement (ouverture du bassin facilitant ainsi le passage du fœtus) -Facilite l'effacement du col -Aide le fœtus à se tourner dans la position antérieure la plus habituelle -Facilite l'engagement des épaules.	-Peut être fatigante pour la mère, difficile à maintenir. -Peut entrainer une réticence de la part de la femme et ou de l'intervenant
Position accroupie	-Peut augmenter la fréquence, l'intensité et la durée des contractions utérines. -Favorise l'engagement et la descente du fœtus du fait de la gravité -Favorise une liberté de mouvement du bassin et crée une meilleure circulation utéro-placentaire -Permet d'obtenir une relaxation optimale du périnée -Est physiologique pour effectuer les efforts expulsifs	-Est responsable d'une forte pression en cas de présence d'hémorroïdes, de varices ou d'un périnée fragile -Demande beaucoup d'efforts de la part de la parturiente -Nécessite la présence de plusieurs personnes -Rend la position idéale difficile à maintenir

Position d'accouchement	Avantages	Inconvénients
Position debout	-Peut augmenter la fréquence, l'intensité et la durée des contractions utérines -Diminue les douleurs lombaires -Favorise une plus grande liberté de mouvement avec une meilleure circulation utéro-placentaire -Rend le détroit inférieur bien ouvert -Est idéale pour profiter de la pesanteur, et favoriser l'engagement et la descente du fœtus - Favorise la rotation si la femme est debout et penchée vers l'avant -Crée un contact physique rapproché avec son partenaire	-Peut accentuer la fatigue maternelle -Est une position qui demande beaucoup d'efforts -Augmente la pression sur le col ce qui peut être insupportable pour certaines parturientes -Nécessite la présence de plusieurs personnes -Rend la position idéale difficile à maintenir
Position couchée sur le coté	-Aide la femme à mieux pousser -Permet une meilleure oxygénation de la mère et du fœtus. -Ne comprime pas le sacrum, le bassin restant souple. -Libère la veine cave permettant une meilleure irrigation de l'organisme.	-Est inconfortable pour les hanches à la longue -Atténue l'effet de la gravité
Position assise	-Est physiologique pour effectuer les efforts expulsifs -Est idéale pour profiter de la pesanteur, et favoriser l'engagement et la descente du fœtus.	-Demande beaucoup d'efforts -Augmente la pression sur le col ce qui peut être insupportable pour certaines parturientes -Nécessite la présence de plusieurs personnes

5. CONCEPT DU PROJET

Le PRESSMN vise la mise en place de soins maternels et néonatals basés sur les preuves scientifiques intégrant la mise en œuvre :

- des bonnes pratiques internationales décrites dans les Rapport du Groupe de travail technique de l'OMS sur les soins liés à un accouchement normal ;

- des bonnes pratiques nationales indiquées par les normes et protocoles de services en SR du Sénégal ;

- des bonnes pratiques locales issues des résultats des études pré et post-intervention du projet à Tambacounda.

Cette intégration peut être schématisée comme suit (image 15):

Image 15: Concept de Soins de santé maternelle et néonatale basés sur les preuves scientifiques

6. MODELE DU PROJET

6. 1. Définition

Le modèle se définit comme étant un processus de mise en œuvre du concept du PRESSMN dans les communautés, les structures sanitaires et les collectivités locales. La pratique de ces soins prend en compte d'une part l'opinion des femmes bénéficiaires, et d'autre part la mise en place de soins maternels et néonatals basés sur les preuves scientifiques.

Ce modèle s'inscrit dans un processus d'amélioration continue des soins de santé maternelle et néonatale.

6. 2. Composantes du modèle

Elles sont au nombre de 5 :

1. la communication entre les communautés et les structures de santé
2. le partage du concept du projet
3. l'amélioration de l'environnement de travail par la démarche 5S-KAIZEN
4. la pratique des soins
5. les activités de soutien et de développement.

Ce modèle est représenté de la manière suivante (image 16) :

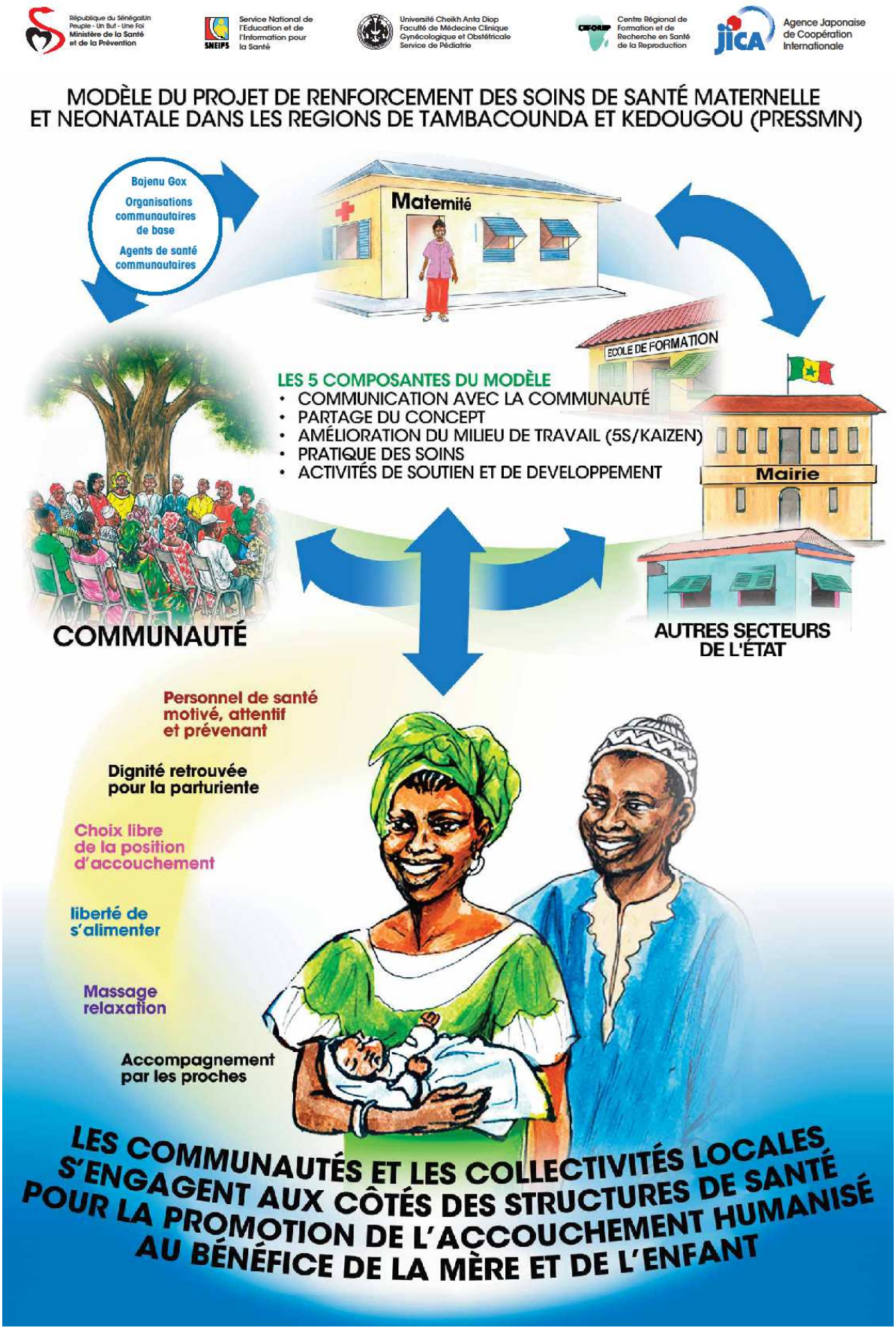


Image 16: Modèle de Soins de santé maternelle et néonatale basés sur les preuves scientifiques

6. 3. Description des composantes du modèle

6. 3.1. Communication entre les communautés et les structures de santé

Les structures sanitaires prennent en compte les opinions des membres de la communauté pour améliorer les services de santé maternelle et néonatale. Pour ce faire, les responsables de ces structures doivent mettre en place un mécanisme de communication interactive entre les prestataires de soins et les usagers. Les services des acteurs communautaires tels que les bajenu gox et agents de santé communautaire ainsi que les organisations communautaires de base pourront être utilisés. La prise de bonnes décisions et l'adoption de bons comportements par les femmes seront facilitées par les informations qui leur seront délivrées grâce aux techniques de communication individuelle, de groupe et de masse.

6.3.2. Partage du concept du projet

Le partage du concept concerne :

- **le personnel de santé** : il doit s'approprier des connaissances techniques sur la médecine basée sur les preuves scientifiques et l'accouchement humanisé, faire la description et la répartition des rôles et taches, et mettre en pratique des soins de qualité ;
- **le comité de santé** : interface entre la communauté et la structure de santé, il met ses capacités au service de la mise en œuvre du modèle ;
- **la collectivité locale** : associée au projet dès le début, elle le porte notamment en accompagnant sa mise en œuvre et son développement ;
- **l'administration territoriale** : elle garantit la synergie des interventions pendant toutes les étapes de la mise en œuvre du modèle ;
- **les autres secteurs de l'Etat** : sous l'égide des autorités administratives, ils accompagnent la mise en œuvre du modèle par la mise à disposition de compétences propres dans le cadre de la multisectorialité. Les agents des antennes locales des services du développement communautaire et du développement à la base en particulier, habitués aux méthodes d'encadrement des populations, pourront ensuite apporter leur contribution à la mise en œuvre du modèle ;
- **l'université et les institutions de formation** : par la formation initiale ou continue du personnel de santé, elles contribuent au rayonnement du modèle.

6.3.3. Amélioration de l'environnement de travail par l'approche 5S-Kaizen-TQM

L'approche 5S-Kaizen-TQM est une approche en 3 étapes de la gestion de la qualité, qui tire ses racines d'un des fondements de la culture populaire japonaise en l'occurrence « Omotenashi » ou « Cérémonie traditionnelle du Thé » (2, 8, 17). Longtemps utilisée avec succès au Japon dans l'industrie notamment celle automobile, cette approche a été reprise avec succès dans plusieurs autres pays et domaines, particulièrement au Sri-Lanka dans la

gestion des structures sanitaires faisant face à des contraintes au niveau des ressources. La première étape est fondée sur l'amélioration de l'environnement de travail et se traduit par la promotion de comportements nouveaux faisant appel aux « 5S », expression dérivée des termes japonais « Seiri » (Séparer ou enlever), « Seiton » (Systématiser ou ranger ou ordonner), « Seiso » (lustrer), « Seiketsu » (Standardiser) et « Shitsuke » (Se discipliner). La deuxième est l'étape Kaizen ou Amélioration continue de la qualité qui est un processus dynamique, participatif et continu de résolution des problèmes. La dernière est l'étape TQM ou Gestion de la Qualité Totale, elle-même approche intégrée et participative de la gestion qui met l'accent sur l'amélioration de la qualité des produits et services.

L'approche 5S-Kaizen-TQM a été introduite en 2007 comme projet pilote au Centre Hospitalier Régional de Tambacounda.

Dans le cadre du PRESSMN, cette approche, surtout dans sa 1ère étape, a été retenue comme composante du modèle compte tenu de son impact attendu sur la propreté, la bonne organisation et la fonctionnalité de l'ensemble de la structure de santé. A terme, c'est la qualité des services et la satisfaction des usagers qui doivent être largement améliorées.

Le plan 5S-Kaizen-TQM est propre à chaque structure sanitaire. Il dépend des problèmes identifiés lors de l'analyse situationnelle de la structure sanitaire ainsi que des capacités de cette dernière à les prendre en charge.

6. 3.4. Pratique des soins

Le personnel de santé pratique "les soins maternels et néonatals basés sur les preuves " tels que décrits dans le modèle. Cette pratique doit être orientée vers l'amélioration continue des soins prodigués en prenant en compte l'opinion des bénéficiaires et des prestataires.

6. 3.5. Activités de soutien et de développement

Elles sont destinées à faciliter la mise en œuvre du modèle à travers 6 rubriques :

- le renforcement des effectifs en personnel qualifié ;
- la formation continue du personnel ;
- les équipements supplémentaires ;
- la construction, la réhabilitation et le réaménagement architectural et/ou spatial des structures de santé ;
- l'organisation de la référence et de la contre référence ;
- le suivi-évaluation des activités.

7. ETAPES DE LA MISE EN ŒUVRE DU MODELE

Les étapes de mise en œuvre du modèle du PRESSMN sont décrites dans le but de donner aux acteurs une idée précise du son processus d'instauration, en prenant comme référence les expériences du centre de santé de Tambacounda et du poste de santé de Kothiary.
En milieu urbain comme en milieu rural et quelque soit le type de structure sanitaire, 2 étapes sont généralement nécessaires pour établir le modèle :

- une première qui dure environ un mois. Elle est réservée à la réalisation de l'analyse situationnelle des structures sanitaires, au réaménagement du guide de mise en œuvre appelé « canevas de mise en œuvre du modèle » afin de l'adapter aux réalités locales et à l'élaboration du chronogramme de mise en œuvre des activités ;
- une seconde d'une durée totale de 12 mois, consacrée à la mise en œuvre du canevas. De façon pratique, cette période sera subdivisée en trimestres successifs afin d'assurer une bonne visibilité et un meilleur suivi de la mise en œuvre.

Cette mise en œuvre nécessite l'implication de toutes les parties concernées par le modèle : personnel de santé, comité de santé, communauté notamment à travers ses acteurs communautaires (BG, ASC), responsables de collectivités locales et autorités administratives.

Le modèle de soins humanisés du PRESSMN a été mis en œuvre à titre expérimental dans 2 types de structure sanitaire : un centre de santé urbain (Tambacounda) et un poste de santé rural (Kothiary).

7.1. Expérience du Centre de Santé de Tambacounda

7.1.1. Cadre de mise en œuvre

Le Centre de santé de Tambacounda est situé dans la commune de Tambacounda qui compte 99 326 habitants en 2011. Il est très fréquenté, aussi bien par la population riveraine que par les usagers venant des localités environnantes.
Avant le projet, la maternité du centre de santé comptait dix pièces dont certaines assez exiguës: une salle d'accouchement, une salle de travail, une salle de garde, deux salles de suites de couches, une salle d'hospitalisation de huit lits, trois salles de consultations qui sont très étroites, et une salle d'attente se résumant à un couloir étroit.
Le personnel de la maternité était composé de 3 sages- femmes, 2 infirmières et 3 matrones. L'insuffisance en personnel et le manque de matériels ne favorisaient pas la prise en charge optimale du nombre élevé d'accouchements, en moyenne de 200 par mois.
L'étude qualitative de base réalisée en début de projet avait montré certaines insuffisances :

- mauvaise organisation du travail ;
- longueur du temps d'attente des usagers ;
- absence de communication avec les usagers ;
- déficit d'hygiène et de propreté ;
- faible motivation du personnel ;
- forte insatisfaction des clientes par rapport aux prestations fournies par le personnel de la maternité.

7.1.2. Mise en œuvre du modèle expérimental

Elle s'est déroulée en 4 trimestres.

Le premier a été consacré à la mise en œuvre des activités 5S et des activités de soutien et de développement (composantes 3 et 5 du modèle). Celles-ci visaient d'abord l'amélioration des conditions de travail, l'amélioration du système de référence et contre référence ainsi que le soutien à la mise en œuvre correcte des soins humanisés et de l'accouchement à style libre. En ce sens, plusieurs stratégies ont été développées :

- l'acquisition de produits et matériels consommables ;
- la mise en place des fiches de référence et de contre référence ;
- l'acquisition de matériels et équipements de communication (en dotant la maternité du centre de santé d'un poste téléphonique ou d'un téléphone portable, de cordes, de tatamis, de fauteuil de relaxation, de paravents, de coussins, etc.) ;
- le renforcement de capacités des BG et ASC sur les signes de danger et la recherche de soins ;
- la diffusion des procédures de référence et de contre référence ;
- la confection de panneaux d'orientation.

Comme autres activités de soutien et de développement :

- le recrutement de personnel de santé supplémentaire par le comité de santé. En effet, les premières analyses de la mise en œuvre du modèle ont rapidement montré que la dispensation correcte des soins humanisés, singulièrement l'accouchement à style libre, dépendait beaucoup du nombre d'agents qualifiés ;
- un plan de renforcement des capacités du personnel qualifié et non qualifié a été mis en œuvre, sur les thèmes de formation suivants :
  - les 5S Kaizen TQM;
  - la prévention des infections ;
  - la mise en œuvre des techniques de l'accouchement à style libre ;
  - la prévention et la prise en charge des complications maternelles et néonatales liées à l'accouchement à style libre ;
  - l'utilisation par les matrones des outils de gestion simplifiés de l'accouchement (partogramme, score de vitalité du nouveau-né).
- le cadre de travail et de séjour des usagers a été réaménagé afin de disposer de locaux plus agréables et fonctionnels, en particulier une salle d'accueil et d'information, une salle d'attente, un espace accouchement humanisé et un espace affichage. En outre, les lits d'hospitalisation ont été rehoussés. Des séances de nettoyage général des locaux ou « set setal » ont régulièrement été organisées. Un sous-comité 5S, chargé de l'impulsion et de la coordination des activités 5S, a été mis en place.

Le 2ème trimestre a été employé pour mener les activités de communication avec les communautés et le partage du concept (respectivement composantes 1 et 2 du modèle). Ces activités se sont déroulées dans les domiciles, les quartiers ainsi qu'au centre de santé. Dans la communauté, elles ont été effectuées par les BG et ASC. Ont été réalisés :

- des visites de proximité auprès des leaders communautaires ;

- des visites à domicile ;
- des causeries au niveau du centre de santé ;
- une journée de lancement du modèle avec les populations ;
- des séances mensuelles de la classe des parents pour les femmes en âge de reproduction, les femmes enceintes, les femmes accouchées et les maris ;
- des émissions et spots radio diffusés dans les radios locales et communautaires;
- la diffusion d'affiches, de dépliants et de cartes-conseils sur les soins humanisés ;
- un plaidoyer lors d'un CDD élargi aux élus locaux et au comité de santé.

Les autorités administratives, élus locaux et leaders communautaires ont largement été impliqués dans la mise en œuvre de ce volet communication en vue de mieux sensibiliser la population.

Les 3ème et 4ème trimestres ont été consacrés à la pratique des soins (composante 4), dans le strict respect des recommandations de l'OMS sur l'accouchement normal, des principes de la médecine basée sur les preuves scientifiques, et conformément aux normes et protocoles en santé de la reproduction du Sénégal. Elle concerne toute la période de la grossesse, les différentes phases de l'accouchement et le post-partum y compris les soins humanisés pour le nouveau-né.
Les soins sont globalement effectués par le médecin, la sage femme, l'infirmière, la matrone et même par des membres de la famille, sur la base d'une répartition et d'une responsabilisation des acteurs.

7.1.3. Suivi et évaluation de la mise en œuvre du modèle expérimental

Les mécanismes de suivi-évaluation de la mise en œuvre du modèle utilisés, étaient :

- la réunion quotidienne de suivi des activités 5S regroupant tout le personnel de la maternité ;
- l'organisation de séances trimestrielles COPE au centre de santé ;
- la réunion de service hebdomadaire autour de la maitresse sage-femme, occasion pour analyser les opinions des prestataires et de la communauté sur la qualité des soins dispensés ;
- l'audit mensuel des cas référés ;
- la supervision trimestrielle des prestataires de la maternité ;
- la réunion de coordination mensuelle sous l'autorité du Médecin chef du centre de santé.

Une fois lancées, les activités des composantes 1, 3, 4 et 5 ont été menées concomitamment, tout au long du processus de mise en œuvre du modèle.

7.2. Expérience du Poste de Santé de Kothiary

7.2.1 Cadre de mise en œuvre

Le Poste de santé de Kothiary se situe dans le District sanitaire de Goudiry, à 25 Km de la

Commune de Tambacounda.
Il couvre une population estimée à 14404 habitants en 2011, répartie dans une commune et deux communautés rurales regroupant 41 villages.
Le poste de santé comporte une maternité dont les activités sont gérées par l'ICP.
Ce dernier réalise en moyenne une centaine de CPN et 25 accouchements par mois. La planification familiale, les CPON, les soins post- avortement, le suivi de l'enfant et les activités de promotion de la santé sont également proposés.
Avant le projet, le manque de matériels et équipements ne permettait pas toujours de dispenser les soins de qualité attendus par les usagers.

7.2.2. Réalisation du modèle expérimental

Elle s'est déroulée sur 4 trimestres.
Le premier a été consacré aux activités de communication avec les communautés et au partage du concept (respectivement composantes 1et 2 du modèle).
Ces activités se sont déroulées dans la commune et les 2 communautés rurales. Elles ont été animées par l'ICP, les BG et ASC responsables des cases de santé.
Ces activités concernaient :

- les visites de proximité auprès des leaders communautaires ;
- les visites à domicile ;
- les causeries au niveau du poste de santé, des quartiers de la commune et au niveau des cases de santé lors des stratégies avancées ;
- la tenue d'une journée de lancement du modèle avec les populations ;
- la tenue de séances mensuelles de la classe des parents regroupant les femmes en âge de reproduction, les femmes enceintes, les femmes accouchées et les maris ;
- la mise en place d'un cahier pour la collecte des opinions des usagers ;
- le plaidoyer lors d'une CDD élargi aux élus locaux et au comité de santé sur le projet.

D'autres supports de communication comme les affiches, les dépliants et les cartes conseils ont aussi été utilisés notamment lors des activités en dehors des locaux du poste de santé.
Les autorités administratives, les élus locaux et les leaders communautaires ont été impliqués dans la mise en œuvre de ce volet communication en vue de mieux sensibiliser la population.

Image 17: Communication avec la communauté

Image 18: Partage du concept

Image 19: Initiative « Bajenu Gox »

Le 2ème trimestre a été réservé à la mise en œuvre des activités 5S et des activités de soutien et de développement (composantes 3 et 5 du modèle), dont :

- le réaménagement de la maternité du poste de santé pour améliorer le confort et la sécurité des soins;
- le renforcement de la propreté et des mesures d'hygiène avec l'organisation régulière de séance de nettoyage général ou « set-setal » ;
- la mise en place d'un comité 5S ;
- l'acquisition de matériels et équipements pour la maternité, nécessaires à la mise en œuvre des soins maternels et néonatals humanisés (cordes, tapis, chaises balançoires, paravents, coussins, etc.) ;

- le renforcement de capacités des prestataires qualifiés et non qualifiés de la maternité du poste de santé. Les thèmes de formation portaient notamment sur:
  - les 5S Kaizen TQM;
  - la prévention des infections;
  - la mise en œuvre des techniques de soins humanisés et de l'accouchement à style libre ;
  - la prévention et la prise en charge des complications maternelles et néonatales liées à l'accouchement à style libre ;
  - l'utilisation par les matrones des outils de gestion simplifiés de l'accouchement (partogramme, score de vitalité du nouveau-né).

Les 3ème et 4ème trimestres ont été consacrés essentiellement à la pratique des soins (composante 4). Celle-ci se conforme aux recommandations de l'OMS sur l'accouchement normal, aux principes de la médecine basée sur les preuves scientifiques et aux normes et protocoles en santé de la reproduction. Les soins ont été prodigués par l'infirmier et les matrones.

Une fois lancées, les activités des composantes 1, 3, 4 et 5 ont été menées concomitamment, tout au long du processus de mise en œuvre du modèle.

Images 20, 21 et 22: Massage d'une parturiente

Image 22: Utilisation d'un coussin pendant l'accouchement

Image 23: Utilisation de la corde pendant l'accouchement

Images 24 et 25: Liberté de choisir la position de bouger pendant le travail

Image 26 : Boissons proposées à la parturiente

Image 27 : Informations données à l'accouchée par l'agent de santé

Image 28 : Signes de satisfaction d'une accouchée

Image 29 : équipements pour l'accouchement humanisé

Image 30 : Appareil Dopton utilisé pour monitorer les bruits du cœur fœtal

Image 31 : Balançoire utilisée pour la relaxation de la parturiente

Image 32 : Paravent installé pour préservé l'intimité des parturientes

Image 33, 34 et 35 : Salle d'attente

7.2.3. Suivi et évaluation de la mise en œuvre du modèle expérimental

Comme mécanismes de suivi-évaluation de la mise en œuvre du modèle, ont été privilégiés :

- la réunion quotidienne de suivi des activités 5S regroupant tout le personnel de la maternité ;
- la réunion mensuelle de coordination regroupant autour de l'ICP tout le personnel, le comité de santé et les acteurs communautaires (BG, ASC). Cette réunion est aussi l'occasion d'exploiter le cahier de recueil des opinions des usagers ;
- la supervision trimestrielle des prestataires de la maternité.

7.3. Leçons apprises

De l'analyse des résultats de la mise en œuvre expérimentale du modèle, il est apparu qu'un certain nombre de conditions doit exister pour que la mise en œuvre du modèle soit un succès :

- un leadership fort du chef de la structure sanitaire : il doit être capable d'assurer la coordination des activités, évaluer les difficultés du processus et apporter des correctifs, suivre les progrès et apporter un soutien permanent et continu notamment aux efforts pour le changement de comportement des agents de santé ;
- une forte adhésion du personnel de santé au concept du modèle : cette adhésion est fondée sur une information large et permanente de tous les agents de santé concernés et doit se traduire par une véritable motivation ainsi qu'une volonté partagée de réaliser ensemble les changements nécessaires à la mise en œuvre harmonieuse du modèle ;
- la disponibilité des ressources pour réaliser les changements qualitatifs inévitables en termes d'amélioration de l'environnement de travail et des conditions de séjour des usagers. A ce sujet, le comité de santé et la collectivité locale, bien sensibilisés, doivent pouvoir apporter leurs contributions ;
- l'importance de la formation continue et de la supervision du personnel de santé pour soutenir la motivation ainsi que le processus d'acquisition des connaissances et compétences ;
- la qualité du plan de communication avec la communauté : fondé sur la pleine implication des élus locaux, agents de l'état spécialistes du développement à la base et du développement communautaire et acteurs communautaires singulièrement les bajenu gox, ce plan doit permettre une véritable appropriation du modèle par les populations et favoriser à terme une meilleure utilisation des services de santé maternelle et néonatale ;
- enfin, les modalités d'utilisation du canevas de mise en œuvre du modèle doivent être connues. Ainsi, les composantes, objectifs et stratégies doivent être considérés comme constantes et ne peuvent pas être changés car ils constituent les fondements du modèle. Par contre, les activités servent de « fil conducteur » et peuvent être révisées ou adaptées en fonction du contexte, des priorités et des possibilités de chaque formation sanitaire *sauf celles de la composante 4 « Pratique des soins »*. En effet, les activités retenues pour cette composante doivent être maintenues autant que possible car elles constituent un minimum en termes d'offre de soins humanisés en santé maternelle et néonatale. Elles ont été déterminées à partir de l'analyse des résultats des études pré et post-intervention donc après expérimentation dans les sites pilotes par les agents de santé, mais aussi en tenant compte des protocoles et normes en SR ainsi que des recommandations de l'OMS pour l'accouchement normal. En outre, les universitaires, les agents des services centraux du ministère en charge de la santé, les représentants des associations professionnelles de santé, les équipes cadres de région et de district comme les techniciens de santé des hôpitaux ont tous validé les activités de cette composante 4.

CONCLUSION

Comme toute intervention, et particulièrement celles qui innovent, la mise en œuvre du PRESSMN privilégie des stratégies efficaces de communication avec la communauté. Elle nécessite des mécanismes de suivi et évaluation simple mais performant dont la supervision régulière des agents de santé. La formation continue du personnel constitue également un important levier de réussite.

La maîtrise du concept et l'exercice des techniques centrées sur l'adaptation des soins aux besoins propres des femmes, pourraient grandement favoriser l'adhésion des communautés à cette nouvelle approche de prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

A court terme, les institutions cibles du PRESSMN (centre de santé de Tambacounda et poste de santé de Kothiary) constitueront un cadre d'initiation et de formation des agents sur les différentes activités du modèle, pour ouvrir la voie vers le passage progressif du modèle à l'échelle.

A long terme, l'utilisation judicieuse de ce manuel de mise en œuvre et le respect rigoureux de ses principes pourraient contribuer à lancer la vulgarisation de l'accouchement humanisé au niveau du pays voire de la sous-région, comme exemple de bonne pratique (accouchement à style libre et soins humanisés) ou de pratique réussie dans le domaine de la santé maternelle et néonatale en Afrique.

Références bibliographiques

1. C.A. SMITH, C.T. COLLINS, A.M. CYNA, C.A. CROWTHER. « Complementary and alternative therapies for pain management in labour (Cochrane Review) », dans: *The Cochrane Library*, numéro 4, 2003.

2. C. HOHMANN.- *Guide pratique des 5S et du management visuel*, Groupe Eyrolles, Clermont-Ferrand (France) 2009.

3. C. DELVENNE, F. PASLEAU.-*Comment résoudre en pratique un problème diagnostique ou thérapeutique en suivant une démarche EBM*, Rev. Med Liège 2000 ; 55 : 4 : 226-232

4. Département Santé et recherche génésiques, Organisation Mondiale de la Santé, Genève : *La méthode Mère kangourou : guide pratique*. ISBN 92 4 259035 5, Classification NLM : WS 410, OMS 2004.

5. Département Santé et recherche génésiques, Organisation Mondiale de la Santé, Genève : *Les soins liés à un accouchement normal : Guide pratique. Rapport d'un Groupe de travail technique*. WHO/FRH/MSM/96.24 Distr : générale, Orig. : anglais.

6. DSR/MSHPP, UCAD, 2010 : *Méthode de Soins Kangourou : guide du formateur des prestataires* (non encore édité).

7. E.D. HODNETT, S. GATES, G. J. HOFMEYR, C. SAKALA. « Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review) »: *The Cochrane Library*, numéro 4, 2003.

8. H. HIROYUKI. - *5S for operators; 5 pillars of the visual workplace*, Productivity press, Portland Oregon 1996.

9. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924154662 - 4 - eng.pdf.

10. J.M. CHABOT.- *Evaluation des pratiques professionnelles – Sur les rails !* – Le Concours Médical, tome 129 – 7/8, 20-02-2007, pp 179-183.

11. J.P. SOUZA, M.A. MIQUELUTTI, J.G. CECATTI et M.Y. MAKUCH. «*Maternal position during the first stage of labor: a systematic review* », Reproductive Health, vol. 3, 30 novembre 2006, p. 10.

12. M. CISSE.- *Accès aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) : Etude complémentaire des besoins non satisfaits dans les régions de Tambacounda et Kaolack*, Février 2007

13. M. SHIMIZU.- *Restitution de l'étude de faisabilité menée dans le District Sanitaire de Tambacounda*, Avril 2007**.**

14. R. GRACE, L. EVERARD. *Where to practice evidence-based medicine*? Lancet. 2001; 357(9257):723.

15. SACKETT et al. (1996). - *EBM: what is and is not*, British medical journal, 312, P. 71-72.

16. S. NDIAYE, M. AYAD, MSP, CRDH Dakar, ORC Macro Calverton Maryland USA : *Enquête Démographique et de Santé Sénégal 2005*, Avril 2006.

17. T. HASEGAWA et W. KARANDAGODA : *Changement de Management pour l'hôpital : en vue d'assurer le résultat orienté et le soin, priorité au patient, avec les ressources limitées, par le management participant, à travers la progression par étapes Approche 5S-Kaizen-TQM*, 1ère Edition, janvier 2011.

ANNEXES