



Rapport technique

2019

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Documentation du processus et résultats de la mise en œuvre de
réseaux SONU dans 4 pays : Togo, Bénin, Sénégal et Guinée :
Prioriser pour Agir sur les décès évitables de mères et nouveaux
nés

Moreira, I.; Ratsimanetrimanana, F.A.; Dougrou, S.; Agbigbi, Y.; Soudé, T.; Kane, S.; Ribière, A.;
Brun, M.; Monnet, J.-P.; Sy, Zeynabou; Guigoz, Yaniss; Ray, Nicolas

How to cite

MOREIRA, I. et al. Documentation du processus et résultats de la mise en œuvre de réseaux
SONU dans 4 pays : Togo, Bénin, Sénégal et Guinée : Prioriser pour Agir sur les décès
évitables de mères et nouveaux nés. 2019

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:122535>

A black and white photograph of a woman holding a baby. The woman is looking down at the baby with a gentle expression. The baby is looking up at the woman. The woman is wearing a patterned top and a necklace. The baby is wearing a patterned dress and several bracelets.

**Documentation du
processus et résultats
de la mise en œuvre
de réseaux SONU
dans 4 pays :**

**Togo, Bénin,
Sénégal et Guinée**

Prioriser pour Agir sur les décès
évitables de mères et nouveaux nés

Documentation du processus et résultats de la mise en œuvre de réseaux SONU dans 4 pays :



**Togo, Bénin,
Sénégal et Guinée**

Prioriser pour Agir sur les décès
évitables de mères et nouveaux nés

Table des matières

Acronymes et abréviations	7
Préface.....	9
Résumé exécutif.....	11
Introduction	13
I . Rappel du processus de mise en œuvre d'un réseau de maternités SONU	18
II . Étapes suivies pour la mise en œuvre du réseau SONU	19
1. Aspects communs	
2. Cas particuliers par pays	
III . Conditions de succès	22
1. Facteurs internes et externes catalyseurs	
2. Facteurs prédictifs positifs	
IV . Dynamique interne des différents acteurs.....	23
1. Aspects communs : acteurs impliqués, leadership du processus	
2. Cas particuliers par pays	
V . Résultats atteints	25
1. Résultats atteints pour la priorisation	
2. Résultats du monitoring	
VI . Coût des différentes étapes	35
VII . Défis à prendre en compte et leçons apprises.....	36
1. Pour la priorisation du réseau SONU	
2. Pour la mise en œuvre du monitoring	
3. Pour le renforcement de l'offre et la qualité des SONU	
VIII . Prochaines étapes	38
1. Pour le Bénin	
2. Pour la Guinée	
3. Pour le Togo	
4. Pour le Sénégal	
Conclusion.....	39

Liste des acronymes et abréviations

DHIS	District Health Information System
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
SDMR	Surveillance des Décès Maternels et Riposte
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SRMNIA	Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population

Préface

L'Afrique subsaharienne enregistre le taux de mortalité maternelle et néonatale le plus élevé au monde, selon les dernières estimations du UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG) avec 546 (511–652) décès maternels pour 100 000 naissances vivantes¹.

Dans son plan stratégique 2018-2021, l'UNFPA s'est fixé comme objectif de "réaliser l'accès universel à la Santé Sexuelle et Reproductive, aux droits en matière de reproduction et de réduire la mortalité maternelle en vue d'accélérer les progrès dans la mise en œuvre du programme de la CIPD". Dans ce cadre, un des mandats de l'Organisation est d'appuyer "l'amélioration de la disponibilité de données ventilées et une meilleure utilisation de ces données au service du développement durable".

Le Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour sa part, s'est fixé comme une de ses priorités, à travers son plan d'action Régional 2018-2021, d'appuyer l'élaboration et la dissémination de données, ainsi que la facilitation de la conception de politiques et stratégies pour la réduction de la Mortalité Maternelle.

C'est pourquoi, devant le rôle clé occupé par Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence dans la lutte contre la mortalité Maternelle et Néonatale, après avoir outillé les pays de la Région, depuis 2015, pour la mise en œuvre des Évaluations Rapides des SONU (ER SONU), le Bureau Régional a appuyé le plaidoyer pour ce processus de priorisation et de planification de réseaux de maternités SONU basée sur les données.

Ainsi, le Togo, puis le Bénin, le Sénégal et la Guinée ont utilisé les résultats des enquêtes SONU, ainsi que la cartographie pour sélectionner des maternités qui assurent une couverture de la population la plus optimale pour améliorer l'accès à ces services.

Le Bureau Régional se félicite de voir que ces 4 pays pionniers ont réussi, à prioriser des structures sanitaires pour lesquelles des efforts pourront être focalisés, afin d'assurer des services de qualité aux mères et aux nouveaux nés. Cette planification, réalisée de manière participative dans les différents pays, en collaboration avec le Siège, avec une coopération Sud Sud et un partenariat avec des Institutions clés telles que l'Université de Genève, permet ainsi d'influer sur la planification des ressources nationales, pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, qui reste un défi pour la quasi totalité des pays de notre région.

Cette documentation du processus, des étapes, des défis et des résultats de la mise en œuvre de ces réseaux de maternités SONU devrait permettre de tirer des leçons apprises pour un meilleur passage à l'échelle par les autres pays de la région, afin de pouvoir être au rendez vous pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable, dans le domaine de la santé maternelle et néonatale.

Mabingue NGOM

Directeur Régional de l'UNFPA
pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

¹ 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, Lancet 2016; 387: 462–74 published online November 12, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7)

Résumé exécutif

Afin de donner un nouveau souffle à la lutte contre la Mortalité Maternelle et Néonatale, pour laquelle l'Afrique de l'Ouest et du Centre paye le plus lourd tribut dans le monde, le Bureau Régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre a documenté en vue de le partager, le processus et les résultats de l'approche de mise en place d'un réseau de maternités de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) au niveau du Bénin, du Togo, de la Guinée et du Sénégal.

Ce réseau de maternités vise à couvrir le maximum de population dans un délai permettant la prise en charge des complications responsables des décès maternels et néonataux. En effet, les SONU, sont avec la Planification Familiale et l'accouchement par un personnel qualifié l'une des 3 stratégies clés pour lutter contre la Mortalité Maternelle. La mise en place des SONU dans les pays, initiée depuis le début des années 2000, s'est heurtée à un problème de planification pléthorique de structures, et donc des difficultés dans la mise en œuvre, pour un fonctionnement effectif des maternités devant offrir ces Soins 24h/24 et 7j/7. Car pour fonctionner ainsi ces structures nécessitent un personnel qualifié en nombre suffisant (sages femmes, médecins avec des compétences obstétricales ou gynécologues, anesthésistes et pédiatres..), mais aussi des infrastructures, équipements, et intrants (médicaments qui sauvent la vie et consommables clés).

C'est ainsi que, sur les orientations de la Division Technique du siège de l'UNFPA, avec le plaidoyer fait par le Bureau Régional et en partenariat avec l'Université de Genève, les Bureaux pays ont appuyé les Ministères de la Santé pour faire une priorisation sur des bases factuelles, d'un réseau de maternités en utilisant la cartographie dans les 4 pays ; réseau qu'il va falloir rendre fonctionnel, monitorer et évaluer régulièrement.

A partir des résultats des Évaluations Rapides des SONU ou de la première génération des évaluations des SONU, appuyées par le Bureau Régional, les pays ont pu faire le plaidoyer basé sur l'évidence, puis concevoir les outils et cartes pour procéder à la priorisation du réseau SONU. Ce processus participatif dans l'ensemble des 4 pays, réalisé sous le leadership du Ministère de la Santé a impliqué les acteurs du secteur de la santé et d'autres secteurs (Finances, Décentralisation, Enseignement Supérieur, Géographie, Associations professionnelles et Organisations de la Société Civile..) et les partenaires au développement.

La conduite du processus a été facilitée par l'implication des plus hautes autorités des Ministères de la santé, ainsi que l'engagement des partenaires au développement à l'inscrire dans les différents cadres de coopération. La coopération Sud Sud entre le Togo et le Bénin, le Togo et la Guinée, et entre le Sénégal et la Guinée, a aussi été un facteur clé catalyseur dans le processus. La prise de conscience dès le début par tous les acteurs qu'il est nécessaire de mettre en place des stratégies novatrices et pragmatiques pour la réduction de la mortalité maternelle, est un facteur prédictif positif pour le processus. Ceci a permis aux acteurs de comprendre qu'il était possible de se focaliser sur moins de structures et avoir une accessibilité aux soins équivalente voire meilleure.

Comme résultats, entre 2016 et 2018, le Sénégal, le Bénin et la Guinée ont ainsi procédé à un ciblage stratégique d'un nombre restreint de maternités conformément à la taille de leurs populations, couvrant respectivement 92%, 71% et 82% de la population à 2 heures d'une maternité du réseau SONU ; ce qui peut permettre ainsi une prise en charge dans les délais des mères et des nouveaux nés. Le Sénégal est ainsi passé de 1499 maternités à 142 devant offrir les SONU. La Guinée a identifié 117 maternités pour le réseau SONU sur 229 et le Bénin 112 sur 125.

Le Togo qui a démarré le processus depuis 2014 et dont la superficie du pays est plus réduite, assure avec les 67 structures de sa dernière priorisation, une couverture de près de 80% de la population à 1 heure d'une maternité du réseau SONU. Le Togo, est parmi les 4 pays, celui qui a l'expérience d'avoir déjà procédé à différents exercices de monitorings ayant permis de noter une évolution favorable pour certains indicateurs d'utilisation et de qualité des SONU dans le réseau, et une augmentation de la disponibilité des sages femmes, mais une disponibilité encore en dents de scie pour l'offre de services 24h/24 et 7j/7.

Cette priorisation qui permet de focaliser les ressources notamment humaines et financières sur un nombre limité de structures pour les faire fonctionner 24h/24 et 7j/7, doit donc être suivi par un monitoring régulier de ce réseau, qui est la prochaine étape pour le Sénégal, la Guinée et le Bénin.

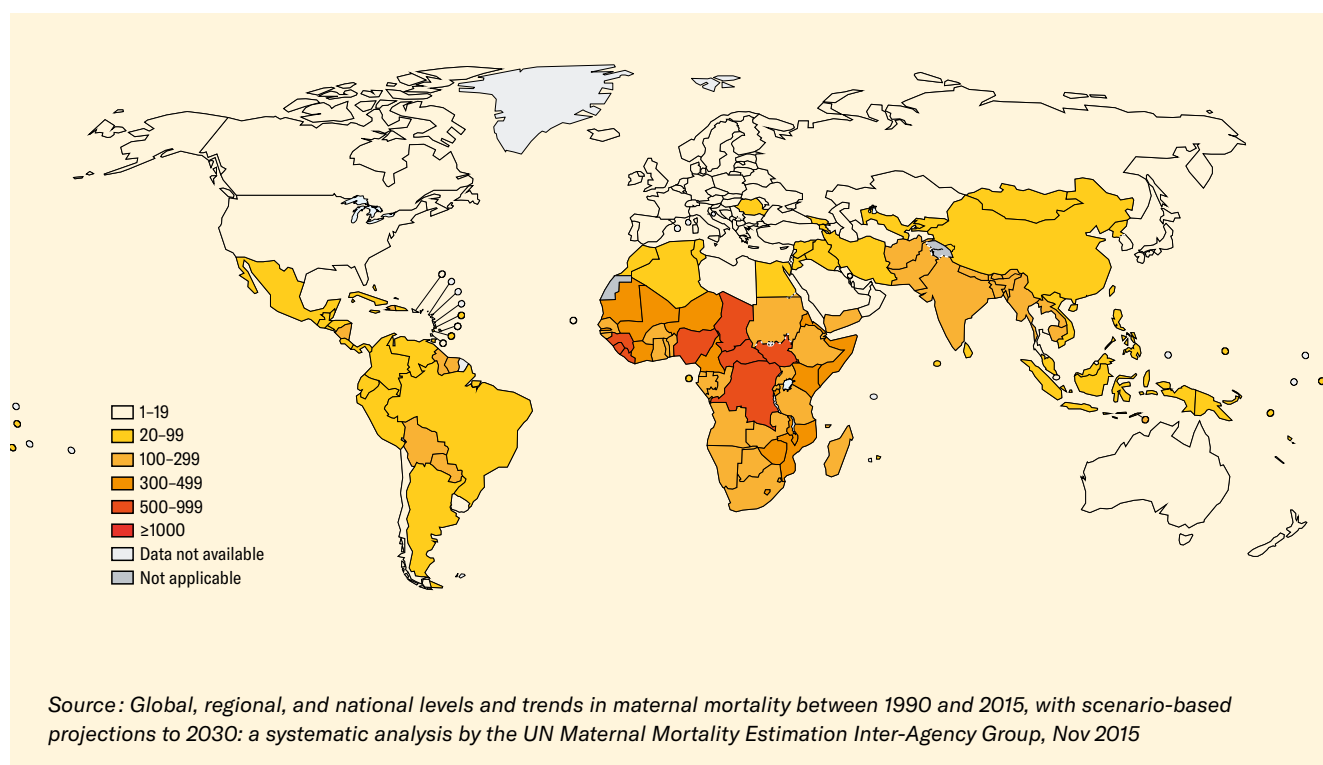
Autrement dit, si le réseau validé par l'ensemble des acteurs est une étape clé, elle ne constitue que la première étape pour apporter des réponses à l'accessibilité des SONU pour réduire la Mortalité Maternelle et néonatale. Le défi du suivi et du fonctionnement effectif reste à relever, à l'instar du Togo par une appropriation effective du niveau local.



Introduction

L'Afrique de l'Ouest et du Centre est la zone avec le plus fort taux de mortalité maternelle et néonatale au monde, comme illustré sur cette carte des Ratio de Mortalité Maternelle de 2015².

Graphique 1 : Ratio de mortalité maternelle en 2015 dans le monde



De nombreux engagements ont pourtant été pris par les pays de la région au niveau sous régional (Déclaration d'Abuja pour le financement de la Santé de l'an 2000³, Plan d'action de Maputo 2016-2030⁴, Plan stratégique de l'OOAS 2016-2020) et au niveau national (feuilles de routes pour accélérer la réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale). Ces engagements font suite aux déclarations faites au niveau mondial : Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, 2016-2030⁵, Every Newborn Action Plan: an action plan to end preventable deaths - 2014⁶.

² [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00838-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00838-7/fulltext)

³ **La déclaration d'Abuja et le plan d'action**, Organisation mondiale de la Santé, 2003 WHO/CDS/RBM/2003.46

⁴ **Plan d'Action de Maputo 2016-2030** pour l'opérationnalisation du cadre stratégique continental pour la Santé Sexuelle et les droits liés à la reproduction, Commission de l'Union Africaine, Avril 2016

⁵ **Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, 2016-2030**, Chaque femme, chaque enfant, ONU, 2015

⁶ **Every Newborn Action Plan: an action plan to end preventable deaths - 2014**, World Health Organization, UNICEF, 2014

Et dans le cadre de cette réponse, de nombreuses initiatives ont été prises ces 10 dernières années par les différents pays de la Région (stratégie de gratuité des soins prénatals et de l'accouchement, introduction de la Couverture Maladie Universelle, plans de relance de la Planification Familiale, Plans de sécurisation des produits SR...)

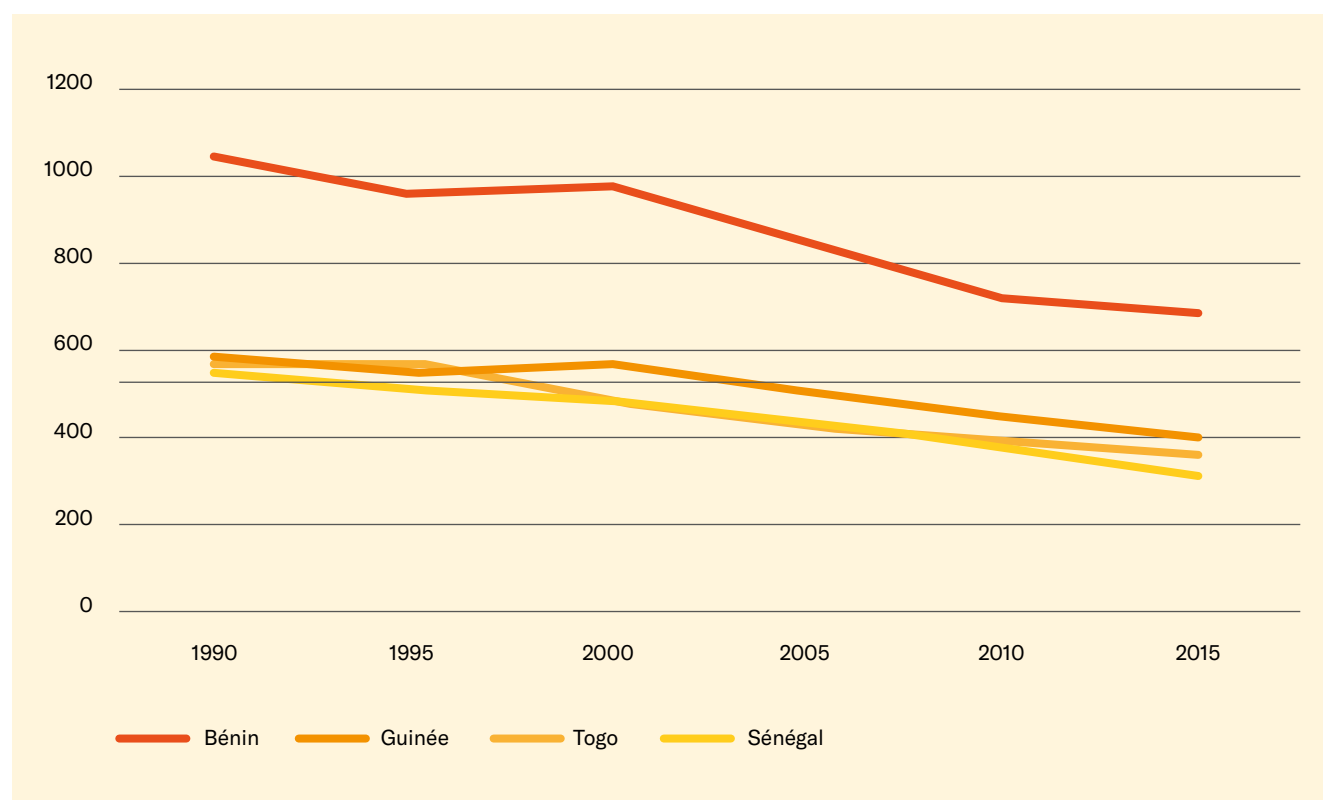
Ainsi à l'instar des pays de la Région, le Bénin, la Guinée, le Togo et le Sénégal ont élaboré des Feuilles de route pour accélérer la réduction de la Mortalité Maternelle et néonatale couvrant respectivement les périodes de 2018-2022, 2016-2020, 2011-2015.

Des progrès significatifs sont cependant à noter au niveau de la région de l'Afrique de l'Ouest par rapport aux années 90 :

- ↳ Le ratio de mortalité maternelle a diminué de 45% entre 1990 et 2013, passant de 990 à 510 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, mais encore loin de l'objectif de 140 fixé par les Objectifs de Développement Durable en 2030 ;
- ↳ Le taux de mortalité infanto-juvénile a diminué de près de 50% passant de 177 pour mille à 98 pour mille.

Cependant, malgré ces avancées, la région n'a pas atteint les OMD 4 et 5 en fin 2015 (seul le Cap Vert a pu atteindre ces objectifs sur les 15 pays de l'Afrique de l'Ouest) pour des raisons variables, dont **la faible qualité des données pour le suivi des performances réalisées et pour prendre les mesures correctrices idoines.**

Graphique 2 : Évolution de la mortalité maternelle depuis 1990 au Bénin, Togo, Guinée et Sénégal⁷



⁷ Tendances de la Mortalité Maternelle 1990-2015, OMS, UNICEF, UNFPA, BM, 2015

Au niveau de l'offre de Soins, les SONU sont l'une des stratégies clé (avec la Planification Familiale et l'accouchement par un personnel qualifié) pour réduire la Mortalité Maternelle et Néonatale. En effet **la prise en charge des principales complications obstétricales** qui concernent près de 15% des femmes enceintes **permet de prendre en charge les causes de décès maternels et néonataux**, puisque c'est parmi ces femmes que seront dénombrés les décès maternels et néonataux. Il s'agit de soins de base (SONUB) et de soins complets (SONUC) en fonction du plateau technique disponible dans la structure concernée qui doivent être offerts 24h/24 et 7j sur 7⁸.

Tableau 1 : Fonctions fondamentales définissant les SONUB et les SONUC

SONUB	SONUC
1. Administration des antibiotiques par voie parentérale	Toutes les fonctions comprises dans les SONUB, plus...
2. Administration d'ocytociques par voie injectable	8. Pratique de la césarienne
3. Administration de sédatifs/ anticonvulsivants par voie injectable	9. Administration de la transfusion sanguine
4. Extraction des débris intra utérins dans le cadre des Soins Après Avortement	
5. Révision utérine	
6. Accouchement par voie basse assistée par ventouse ou forceps	
7. Réanimation de base du nouveau-né (aspiration, ventilation à l'ambu, stimulation tactile, la lutte contre l'hypothermie)	

Certains pays comme le Sénégal ont rajouté en 2007 dans les SONUC, 3 fonctions pour la prise en charge des urgences néonatales pour le nouveau né malade :

- ↪ La réanimation néonatale complète (aspiration, intubation, réanimation métabolique);
- ↪ L'administration parentérale d'antibiotiques au nouveau-né;
- ↪ L'administration parentérale d'anticonvulsivants au nouveau-né.

Cependant, du fait de la technicité nécessaire pour ces fonctions, même les SONU de base ne peuvent être mis en place dans toutes les structures de santé, d'autant plus qu'il faut en garantir une disponibilité permanente 24h/24. Ainsi, dans la quasi totalité des pays, y compris au Bénin, Togo, Guinée et Sénégal, des insuffisances dans la planification des SONU entraînent une sélection non ciblée et pléthorique des structures devant offrir ces soins⁹, avec comme conséquence, une non fonctionnalité de ces structures pour l'offre 24h/24 de ces soins, dans un contexte de rareté des ressources financières, humaines...

Ainsi, par rapport aux besoins de sa population, le Bénin devrait disposer de 119 structures offrant les SONU (5 SONU pour 500 000 habitants). Cependant, le pays a ciblé 125 structures, parmi lesquelles seules 42 étaient effectivement fonctionnelles selon les résultats de l'ER SONU de 2016¹⁰. En Guinée, les besoins en 2016 sont de 115, alors que 230 ont été planifiés, parmi lesquels seuls 59 déclaraient offrir les SONU¹¹.

⁸ Surveillance des soins obstétricaux d'urgence - manuel d'utilisation AMDD, OMS, UNFPA, UNICEF, 2009

⁹ Rapport annuel 2017 Fonds Thématiques Santé Maternelle, UNFPA New York

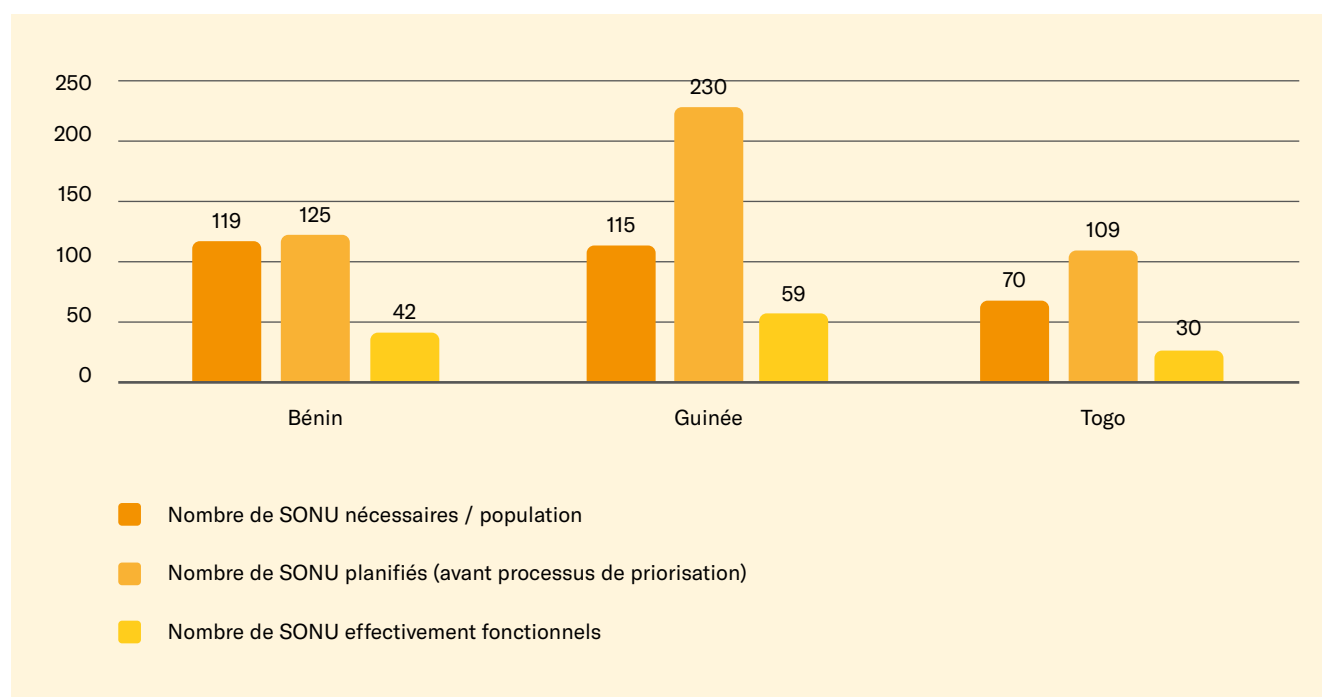
¹⁰ Évaluation Rapide des Besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence au Bénin en 2016, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant

¹¹ Évaluation Rapide des Besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence, République de Guinée, Mai 2018, Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition

L'analyse secondaire n'en n'a validé que 13 en prenant en compte toutes les conditions pour un fonctionnement 24h/24 (ressources humaines qualifiées en nombre suffisant pour être disponibles 24h/24, médicaments qui sauvent la vie des mères et des nouveau nés disponibles sans rupture de stock, matériel et équipement essentiel disponible et en bon état, ...).

Pour la population du Togo en 2016, il fallait 70 structures de SONU dont au moins 14 SONUC. Le monitoring du second semestre de 2016 a trouvé que sur les 109 ciblées (soit 39 de plus), seules 30 offraient effectivement les SONU 24h/24 et 7j/7¹².

Graphique 3: Nombre de SONU nécessaires, planifiés et fonctionnels au Bénin, Togo et en Guinée



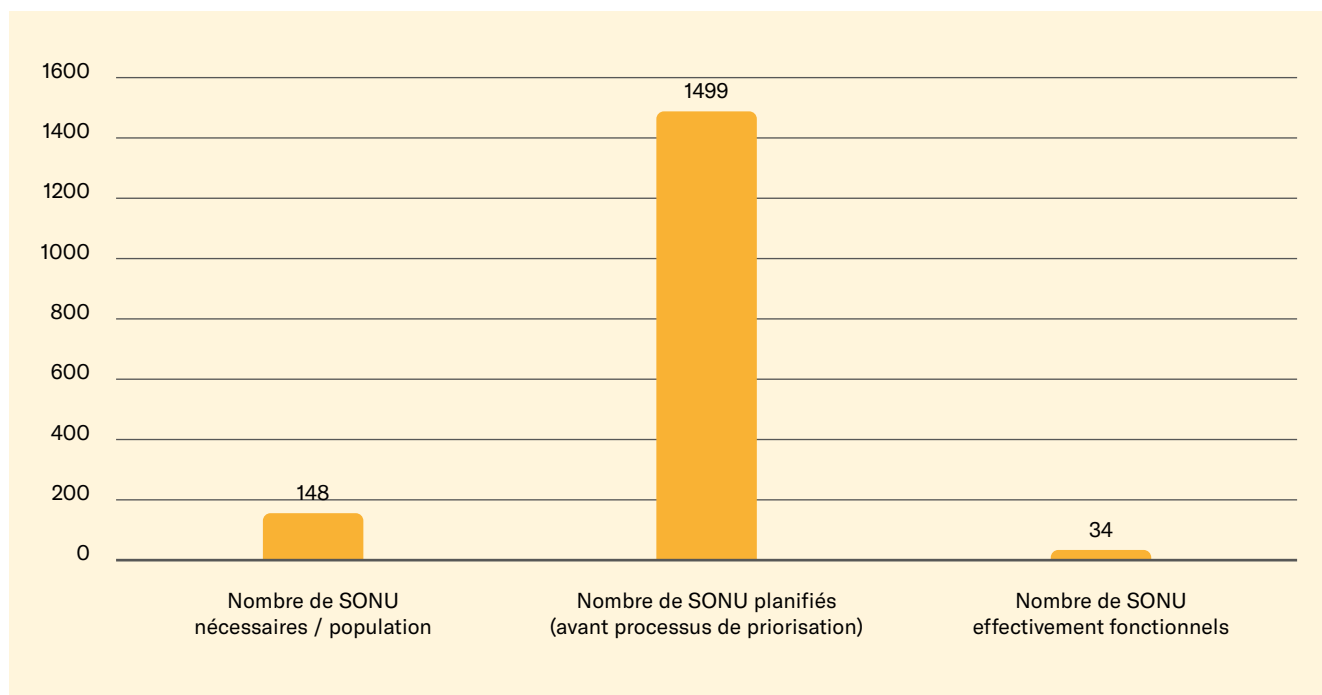
Au Sénégal, l'ensemble des structures réalisant des accouchements, soit 1499, doivent offrir les SONU selon le Ministère de la Santé, alors que les besoins sont de 148 structures par rapport à la taille de la population en 2016. L'ER SONU de 2016 a trouvé que seules 34 structures déclaraient offrir les SONU dont 4 les SONUC¹³.

Au vu de cette situation de planification pléthorique, empêchant de focaliser les efforts sur un nombre limité et ciblé de maternités pour l'offre de SONU, les 4 pays ont démarré un processus de priorisation, pour agir plus efficacement sur la mortalité maternelle et néonatale.

¹² État des lieux des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence et de la Surveillance des décès maternels et néonataux: Revues et Riposte au Togo, 2018, Ministère de la Santé, UNFPA

¹³ Évaluation Rapide de la disponibilité, l'utilisation et la qualité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Sénégal, 2015-2016, Janvier 2017, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Graphique 4 : Nombre de SONU nécessaires, planifiés et fonctionnels au Sénégal



Cette priorisation d'un réseau de maternités sur une base factuelle utilisant, outre les indicateurs sanitaires (population, volume d'activités obstétricales...), une cartographie de l'accessibilité des maternités prenant en compte les temps de déplacement et les obstacles géographiques, permet d'identifier un nombre restreint de maternités couvrant le maximum de population. Sur ces maternités, les efforts pourront être concentrés afin d'assurer des ressources suffisantes (infrastructures, équipements, personnel qualifié en particulier les sages femmes, médicaments et consommables, système de référence recours entre SONUB et SONUC...)

Les Ministères en charge de la Santé du Togo, du Bénin, de la Guinée et du Sénégal ont donc entamé ce processus de priorisation utilisant la cartographie, couplé à un monitoring des SONU pour un suivi régulier et une réponse aux goulots d'étranglements empêchant le fonctionnement effectif et la qualité des SONU dans ces maternités ciblées.

Afin de permettre aux pays de s'inspirer de cette stratégie de planification et de suivi, le Bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest et du Centre a retenu de faire une documentation du processus de mise en œuvre du réseau SONU et des résultats obtenus dans ces 4 pays.

Les objectifs de cette documentation sont de :

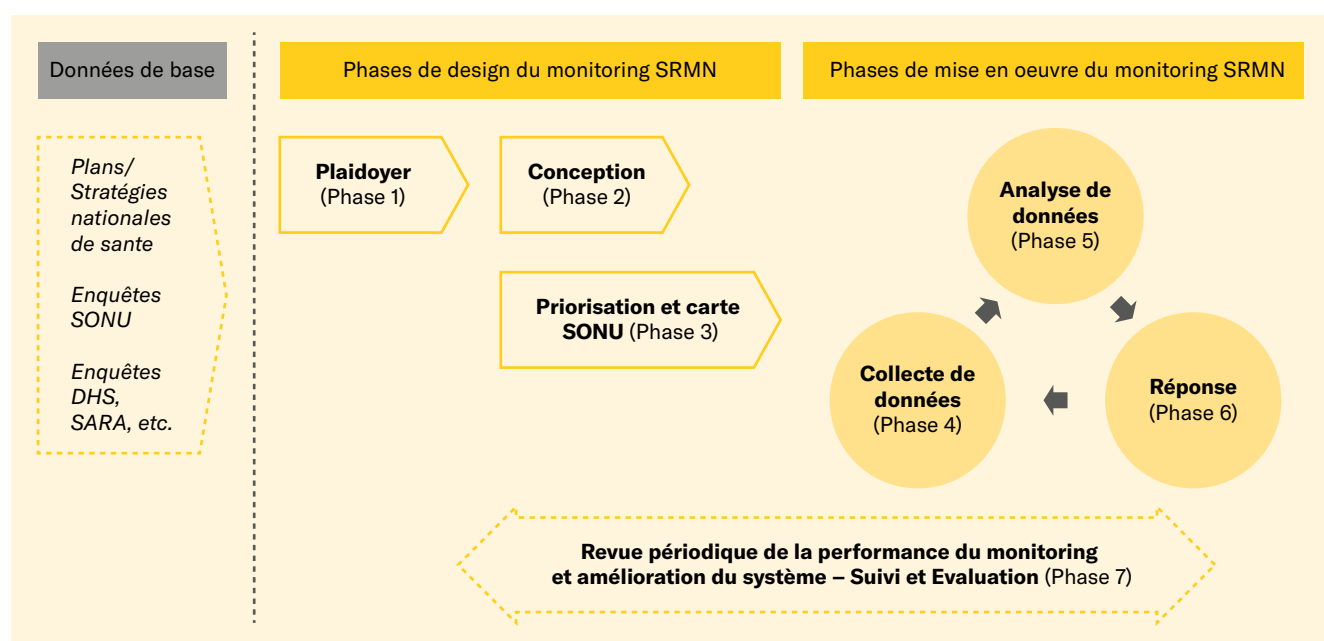
- ↳ Présenter le processus à travers les différentes étapes, les parties prenantes pour réaliser la priorisation du réseau SONU à l'aide de la cartographie;
- ↳ Analyser les conditions de succès, la dynamique interne et les facteurs prédictifs positifs ayant permis la mise en œuvre de cette approche de planification et de suivi ;
- ↳ Présenter les résultats atteints grâce à ce processus de planification et de suivi au niveau des différents pays.

La méthodologie utilisée pour cette documentation est essentiellement l'exploitation des documents (rapports et documents élaborés dans le cadre du processus de mise en œuvre dans les 4 pays) et interviews des staffs de l'UNFPA et du Ministère de la Santé des 4 pays ayant suivi le processus.

I. Rappel du processus de mise en œuvre d'un réseau de maternités SONU

Depuis début 2014, le siège de l'UNFPA, à travers la Branche Santé Sexuelle et Reproductive de la Division Technique de l'UNFPA, en collaboration avec le Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, a entamé une réflexion et un appui aux pays pour le développement de réseaux SONU. Ce processus est mis en place selon les étapes illustrées dans le graphique ci dessous¹⁴.

Graphique 5: Étapes de mise en place d'un réseau de maternités SONU



A partir des informations clés et données factuelles, la première étape va concerner la **conception pour le développement du réseau SONU** qui regroupe, (i) le plaidoyer, (ii) la conceptualisation du réseau à travers la conception des normes et des outils, et enfin (iii) la priorisation des structures qui vont constituer le réseau SONU en utilisant la cartographie.

La seconde étape regroupe les **phases de mise en œuvre du réseau proprement dit** qui commence par (i) le monitoring trimestrielle ou semestrielle des maternités du réseau avec les phases de collecte puis d'analyse des données, suivies par (ii) la réponse aux problèmes relevées par le monitoring en termes de ressources humaines, d'infrastructures, d'équipements, de médicaments vitaux, d'organisation et de management des services, etc...Ces réponses sont intégrées dans un processus de planification aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Enfin le **monitoring et l'amélioration de ce système de surveillance** est lui même suivi et évalué régulièrement.

II. Étapes suivies pour la mise en œuvre du réseau SONU dans les 4 pays

Dans ce chapitre, les étapes communes aux 4 pays seront présentées, suivies des activités spécifiques menées par certains pays, et ayant eu une incidence sur la suite du développement du réseau. Les acteurs impliqués dans le processus et le leadership du processus seront aussi présentés.

II.1 Étapes communes

Les 4 pays ont tous mis en œuvre successivement :

- **La réalisation de l'Enquête Rapide sur les SONU** entre 2016 et 2018 pour les 4 pays : à partir des outils de l'Évaluation des SONU élaborés par le Programme AMDD de l'Université de Columbia, le Bureau Régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et de Centre a conçu des outils plus réduits pour une enquête rapide d'une durée totale de 6 mois au maximum dans l'ensemble des structures devant offrir les SONU. Cette enquête rapide a permis de disposer de données les plus à jours sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des SONU dans les 4 pays.
- **Un plaidoyer en direction des hautes autorités du Ministère en charge de la Santé** (Directions en charge de la Santé maternelle et néonatale/infantile, Cabinet du Ministre de la Santé voire Ministre de la Santé lui-même au Bénin) **et des partenaires au développement** seuls ou dans le cadre des instances de coordination de la Santé mère-enfant (SRMNIA, H4+...). Ce plaidoyer a été réalisé sous forme d'atelier (Togo, Guinée, Bénin) ou de séance de travail (Sénégal). Ce plaidoyer a permis la prise en compte de ce réseau dans les documents cadre nationaux (PNDS 2013 - 2017 pour le Togo), projets de coopération appuyés par les partenaires (OMS/UNICEF/UNFPA/ONUFEMME sur financement des fonds français Muskoka au Togo, au Sénégal et en Guinée)...
- **L'élaboration/adaptation de la fiche de monitoring du réseau SONU.** A partir d'un format proposé par l'UNFPA, les pays ont adapté une fiche nationale ne dépassant pas une page pour suivre la disponibilité des fonctions SONU, les causes de non disponibilité, la disponibilité des ressources humaines clés, des médicaments vitaux, d'autres services de santé de la reproduction comme la Planification familiale, la vaccination..., ainsi que des statistiques sanitaires pour le calcul des indicateurs d'utilisation et de qualité des SONU.
- **La formation au logiciel Access Mod :** Une masse critique de personnel a été formée au logiciel Access Mod pour la cartographie des structures sanitaires en prenant en compte les aspects géographiques, et environnementaux qui influent sur le déplacement des populations vers les structures sanitaires. Ainsi des cadres du Ministère de la Santé, et autres Ministères et Institutions (Institut National de la Géographie au Bénin, Agence Nationale de la Statistique et la Démographie au Sénégal, l'Institut National de la Statistique en Guinée, et au Togo, ainsi que le Ministère du Plan) ont bénéficié de cette formation de 5 jours réalisée par l'Université de Genève, à travers l'Institut des Sciences de l'Environnement.

II.2 Cas particuliers par pays

Le Bénin a impliqué les autorités locales dès le début du processus, lors des ateliers de priorisation. Les maires des différentes localités ont ainsi pu comprendre la sélection des structures et pourront ainsi accompagner les efforts de renforcement des SONU, étant donné que la santé fait partie des compétences transférées aux collectivités locales dans le cadre de la décentralisation. **Tous les médecins de districts coordinateurs de zone** (médecins de district) ont été formés sur le logiciel AccessMod, et auront ainsi la possibilité de comprendre et de suivre l'évolution de la disponibilité et de l'accessibilité de leurs populations aux structures SONU fonctionnelles, qui est un des objectifs de ce réseau.

Le Bénin a élaboré un **guide de remplissage de la fiche de monitoring**¹⁵ qui inclut outre les instructions de remplissage de la fiche, la définition des différents items à renseigner, et les sources de collecte des données.

Avant de démarrer le processus de priorisation, les **normes et standards des SONUB** ont aussi été élaborés¹⁶. Ce document normatif d'une maternité SONUB, vise à :

- ↪ définir les missions et fonctions des maternités SONUB ;
- ↪ décrire les normes en ressources humaines et matérielles
- ↪ préciser les relations de la maternité SONUB avec les autres entités du système de santé et avec les communautés en fonction de sa mission ;
- ↪ décrire l'organisation de la maternité SONUB ;
- ↪ préciser la structure de référence (SONUC de référence) ;
- ↪ faciliter l'appropriation du concept SONUB par les professionnels et les cadres ;
- ↪ décrire le mécanisme de monitoring des maternités SONUB.



¹⁵ Guide de remplissage de la fiche de monitoring des SONU, DSME, Ministère de la Santé du Bénin, Septembre 2018.

¹⁶ Normes et Standards des maternités SONUB au Bénin, DSME, Ministère de la Santé du Bénin, Septembre 2018.

Ceci permettra au démarrage du monitoring au Bénin, d'avoir des normes pour évaluer l'offre de SONU dans les structures du réseau, mais aussi d'orienter vers la résolution des gaps par rapports aux normes.

Le Togo a démarré le processus de mise en place du réseau SONU dès 2014, et a donc outre les étapes préalables (plaidoyer, conception, priorisation avec la cartographie) déjà une certaine expérience du monitoring. Ainsi 4 monitorings ont déjà été conduits, à un rythme trimestriel puis semestriel : celui du 3^{ème} trimestre de 2014, du 2nd semestre de 2015, du 1^{er} et du 2nd semestre de 2016. Grâce à ce monitoring, le processus a été amélioré au fur et à mesure :

- ↪ la **fiche** de monitoring a été révisée ;
- ↪ un **guide de mise en œuvre des maternités SONUB¹⁷** a été introduit en avril 2015 définissant les missions, fonctions, normes en ressources humaines, infrastructures, équipements, médicaments vitaux, organisation, liens au sein du système de santé et avec la communauté... ;
- ↪ une analyse de la **fonctionnalité effective** a été rajoutée, avec 2 autres critères en plus de la disponibilité des fonctions, qui sont (i) le fonctionnement 24h/24 et (ii) la présence d'au moins 2 sages femmes dans la maternité ;
- ↪ une amélioration du processus et du circuit de collecte et d'analyse des données a été apportée avec une plus grande implication du niveau local pour renforcer les capacités d'analyse et de réponse au niveau opérationnel.

Le **Sénégal** a procédé, suite à l'élaboration de la fiche de monitoring, à une première **priorisation couplée à la formation au monitoring**. Ceci a eu l'avantage d'impliquer un grand nombre d'acteurs des SONU dans le système sanitaire : en plus des équipes cadre de région, les équipes cadres de districts, les responsables des maternités, les responsables des hôpitaux, les gynécologues et pédiatres, les associations professionnelles.... En lieu et place du guide de remplissage, Le Sénégal a opté pour la définition de tous les concepts de la fiche et les sources de collecte au verso de la même fiche.

Tous les acteurs (prestataires, responsables des structures, des régions et des districts) ont été formés sur le monitoring : le remplissage de la fiche, le calcul et l'analyse des indicateurs, ainsi que la réponse aux différents problèmes soulevés par le monitoring, lors d'exercices pratiques et participatifs durant la même formation.

La première priorisation de 2017 a été finalisée en 2018 avec l'aide de la cartographie, par les responsables sanitaires du niveau régional (médecins chefs de région et coordinatrices SR). Le réseau a été **validé officiellement par les plus hautes autorités du Ministère de la Santé** (Directrice Générale de la Santé en tant que vice présidente du comité SRMNIA) en présence des partenaires au développement.

Dans un troisième temps, les autorités locales ont été impliquées pour un plaidoyer et la diffusion du réseau validé.

La **Guinée** vient de boucler les ateliers de priorisation en 2018 et doit encore valider le réseau avant de démarrer les activités pour le monitoring.

III. Conditions de succès

III.1 Facteurs internes et externes catalyseurs

Selon les acteurs interrogés au niveau des bureaux pays de l'UNFPA, et des Ministères de la Santé des 4 pays, les facteurs suivants ont permis la mise en œuvre de processus de développement du réseau SONU en cours.

Il s'agit pour les **facteurs internes** de :

- ↪ l'implication au plus haut niveau du Ministère de la Santé (exemple au Togo et Bénin dont le Ministre de la Santé gynécologue lui-même suit particulièrement la question des SONU ;
- ↪ l'engagement fort et l'implication permanente des responsables de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant ;
- ↪ le processus participatif utilisé a permis l'adhésion de tous les acteurs du secteur de la santé et des autres secteurs ;
- ↪ la planification basée sur les données est un facteur positif pour les acteurs du ministère de la Santé interrogés ;
- ↪ l'intégration de l'initiative dans les processus de planification du Ministère de la Santé a permis aux acteurs de s'engager à faire fonctionner les structures du réseau SONU en orientant les interventions planifiées dans ce sens ;
- ↪ l'engagement des partenaires au développement à appuyer le processus à travers les différents cadres de coopération ;
- ↪ l'appui technique et le suivi rapproché des Bureaux pays, du Bureau Régional et du siège de l'UNFPA qui ont conduit des missions d'appui dans les différents pays (une dizaine de missions au total pour les 4 pays sur 3 ans).

Le **facteur externe clé** a été la **coopération Sud Sud**. Elle a existé entre **le Togo et le Bénin** avec le chargé de programme SR du Bureau Pays du Togo qui a apporté plusieurs appuis techniques au Bénin. Cette coopération a eu lieu aussi entre **le Sénégal et la Guinée** qui a bénéficié d'une mission d'appui technique du statisticien cartographe du Ministère de la Santé du Sénégal pour la finalisation des cartes.

III.2 Facteurs prédictifs positifs

La prise de conscience par tous les acteurs (Ministère de la Santé et partenaires au développement) qu'il est nécessaire de mettre en place des stratégies novatrices et pragmatiques pour la réduction de la mortalité maternelle, est un facteur prédictif positif pour le processus, ainsi que la compréhension et l'adhésion au fait qu'il est nécessaire maintenant de procéder à la priorisation des structures du réseau.

Ceci a permis aux acteurs de comprendre qu'il était possible de se focaliser sur moins de structures et avoir une accessibilité aux soins équivalente voire meilleure.

IV. Dynamique interne des différents acteurs et partenariats stratégiques

IV.1 Acteurs impliqués

Durant le processus de mise en place du réseau SONU, les acteurs suivant ont été impliqués au niveau du Ministère de la Santé, d'autres ministères, des partenaires au développement, des collectivités locales, des associations professionnelles...:

- ↪ Au niveau du Ministère en charge de la Santé : les directions centrales en charge de la santé de la mère et de l'enfant, des ressources humaines, de l'information sanitaire, des équipements et infrastructures, mais aussi le niveau décentralisé du ministère de la Santé avec les responsables sanitaires au niveau régional et district, ainsi que les responsables des structures de santé, des responsables de maternités...
- ↪ D'autres ministères en charge de la décentralisation, des Finances et de l'enseignement supérieur (Bénin)
- ↪ Les collectivités locales à travers les gouverneurs (Sénégal) et les maires (Bénin, Sénégal, Togo)
- ↪ Les associations professionnelles des sages femmes, des infirmiers, des gynécologues, des pédiatres (Sénégal et Guinée)
- ↪ Les partenaires au développement : UNFPA, OMS, UNICEF, USAID, AFD, GIZ, JICA ...

IV.2 Leadership du processus

Dans tous les 4 pays, le leadership du processus a été assuré par le Ministère en charge de la Santé, à travers la **Direction en charge de la Santé de la mère et du nouveau né ou de l'enfant** (en fonction des appellations). Dans certains cas, le Ministre de la Santé lui même a été impliqué dans le processus (Togo, Bénin), ou le cabinet du Ministre de la Santé à travers les directeurs centraux (Sénégal et Guinée).

IV.3 Partenariats stratégiques

Deux types de partenariats stratégiques ont été notés :

- ↳ **Au niveau intersectoriel**, au sein du Ministère de la Santé dans les 4 pays, un partenariat clé relevé est celui avec la Direction en charge des statistiques sanitaires. En effet, pour le cas du Sénégal, cette direction est en charge de la collecte des données sanitaires, de la carte sanitaire et du monitoring des soins de santé. Ce partenariat a permis non seulement de disposer des données à jour (accouchements...), mais de bénéficier de l'expertise des cadres statisticiens et cartographes. D'autre part, cette structure est en charge de la gestion du DHIS2 qui est la plateforme de gestion des données, outil idéal pour une collecte et remontée régulière des données depuis le niveau local jusqu'au niveau central. Ce partenariat devrait permettre le paramétrage de la fiche de monitoring qui est en cours également au niveau du Togo.
- ↳ **Au niveau international**, le partenariat stratégique avec l'Université de Genève, en particulier l'Institut des Sciences de l'Environnement a permis d'une part de disposer de cartes pour la prise de décision de sélection des structures du réseau, basée sur l'évidence, grâce au logiciel Access Mod, et d'autre part de renforcer les capacités nationales en cartographie. Ainsi, dans les 4 pays, une masse critique de cadres allant de personnel spécialisé en cartographie, en statistique, et en suivi évaluation, peuvent élaborer des cartes d'accessibilité aux structures pour la priorisation du réseau et son suivi. Des médecins chefs de district (Bénin) ont également été orientés sur l'utilisation du logiciel.



V. Résultats atteints

Les résultats sont présentés pour le processus de priorisation, et pour l'impact sur les indicateurs dans le cadre du monitoring.

V.1 Résultats atteints pour la priorisation

Les 4 pays ont procédé à la priorisation du réseau SONU en réduisant entre 9% et 94% le nombre initial de structures désignés pour l'offre de SONU. Ceci a aussi permis d'identifier le nombre de sages femmes (qui est la ressource humaine clé) pour le fonctionnement effectif du réseau dans ces pays, besoins qui ciblent souvent moins d'une centaine en se focalisant sur ces structures.

Tableau 2 : Nombre de SONU recommandés, priorisés et fonctionnels dans les 4 pays

Indicateurs	Bénin	Guinée	Togo	Sénégal
Population	11 930 058 (2018)	11 555 061 (2017)	7 006 000 (2016)	14 799 879 (2016)
Nombre de SONU recommandé	119	115	70	142
Nombre de SONU désignés (avant priorisation)	125	229	109 (en 2014)	1499 (toutes les structures qui font des accouchements) puis 174 lors d'une première priorisation sans cartographie (2017)
Nombre de SONU priorisés utilisant la cartographie	112	117	67 en 2018	142
Nombre de SONU fonctionnels*	42 (ER SONU 2016)	59 voire 14 selon l'analyse secondaire	30 voire 13 si critères effectivité inclus (2 ^{ème} semestre 2016)	34 (ER SONU 2016)
Besoins en sages femmes avant priorisation		321	168	89
Besoins en sages femmes après priorisation		77	65	77
Accessibilité à 2 heures** avant priorisation	69,7 %	93,57%	82,61%***	90,9%
Accessibilité à 2 heures après priorisation	70,7%	81,26%	79,71%***	91,75%

* Le nombre de SONU fonctionnels désigne ici les structures qui déclarent offrir les fonctions SONU. Ceci ne prend pas en compte les conditions pour le fonctionnement 24h/24 et 7j/7 avec un nombre minimum de sages femmes pour assurer les gardes 24h/24 et 7j/7, la disponibilité permanente des équipements, médicaments, etc... Cette prise en compte réduit ce nombre à une dizaine, comme c'est le cas pour la Guinée et le Togo.

** L'accessibilité à 2 heures est un délai maximum qui permet la référence et la prise en charge de la complication obstétricale la plus grave qui est l'hémorragie.

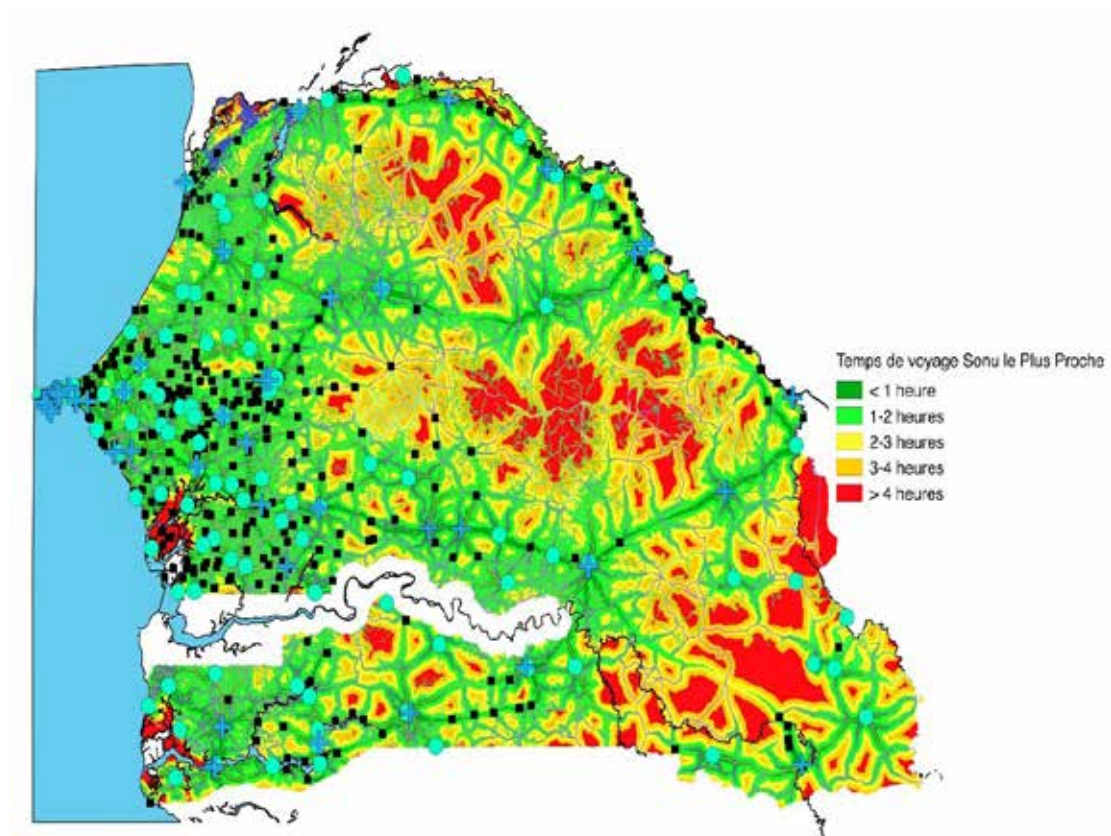
*** Devant la taille du pays, l'accessibilité à 1 heure a été privilégiée au Togo.

Comme illustré dans les différentes cartes ci dessous, lorsque les pays ont réduit le nombre de structures SONU, l'accessibilité des populations s'est maintenue voire a augmenté. Autrement dit, **la sélection stratégique des structures du réseau a permis de conserver voire augmenter la couverture de la population par les structures devant offrir les SONU.**

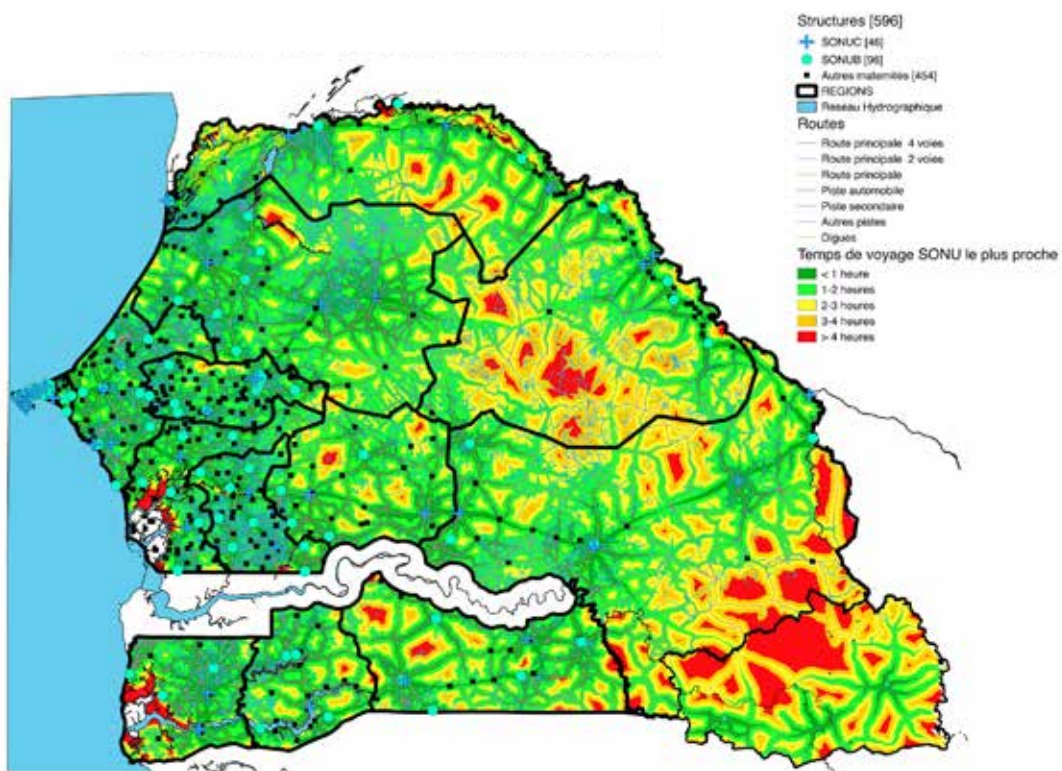
Le Sénégal a réduit le nombre de structures devant offrir les SONU de 1499, à 174 dans un premier temps sans utiliser la cartographie et l'accessibilité de la population aux structures, en sélectionnant les structures réalisant le plus d'accouchements, et disposant de plus de ressources humaines qualifiées. En utilisant la cartographie, 142 structures ont finalement été priorisées couvrant une population de 91,75% contre 90,9% avec 174 structures. **Autrement dit, en ciblant des structures plus réduites et plus stratégiques, l'accessibilité aux SONU a été augmentée, comme illustré sur les 2 cartes ci après.**



Carte 1: Accessibilité au réseau SONU après la priorisation sans cartographie au Sénégal

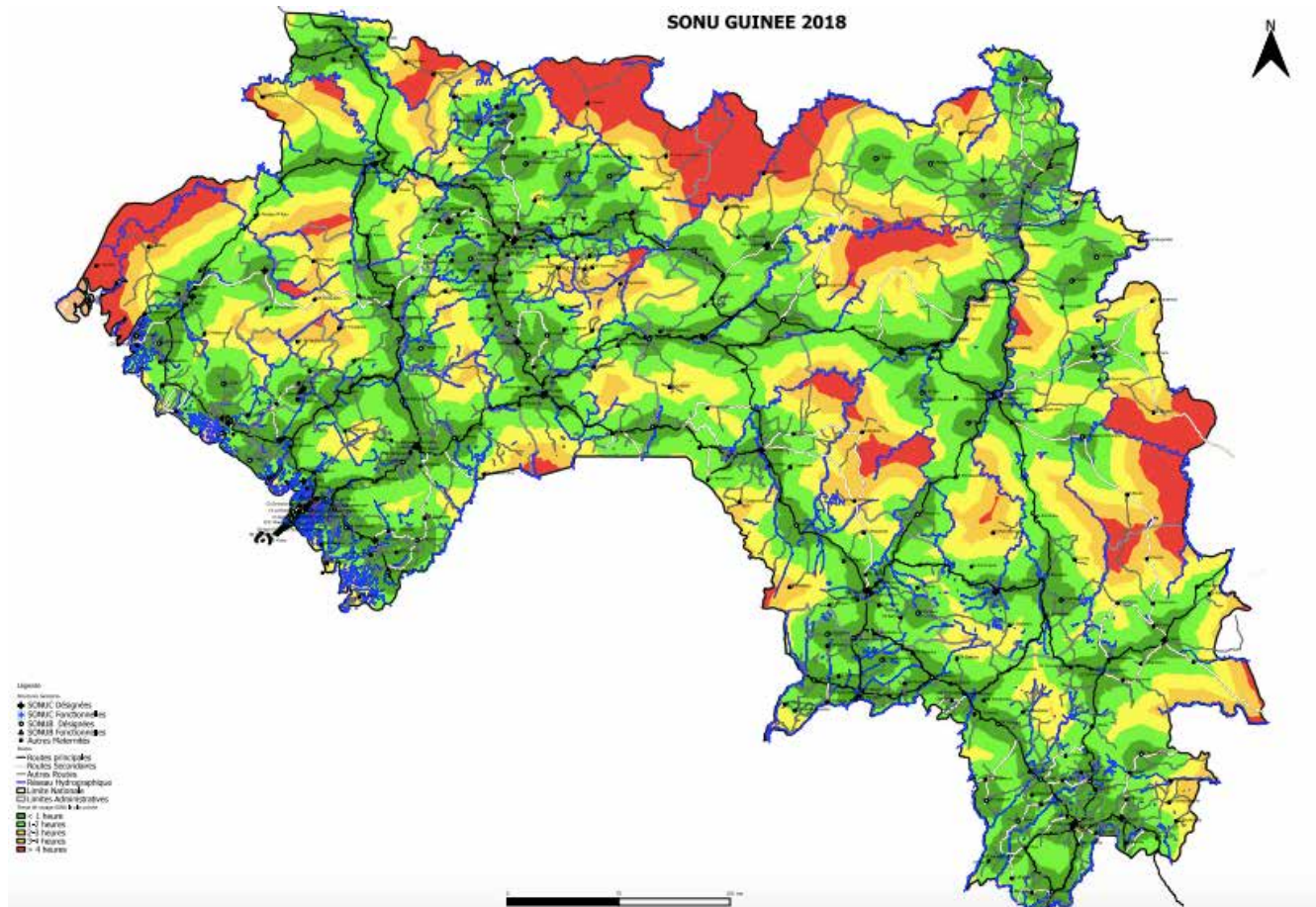


Carte 2: Accessibilité au réseau SONU après priorisation utilisant Access Mod

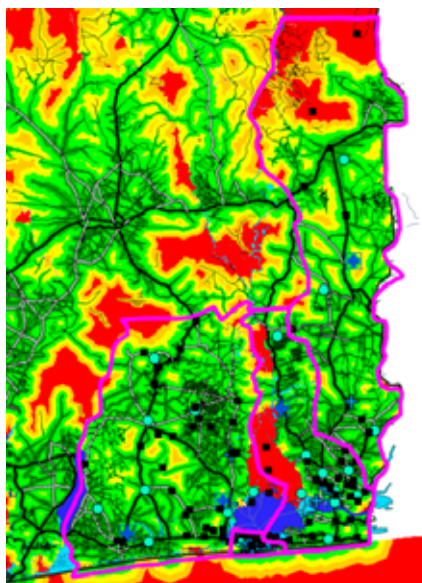


Au niveau de la Guinée, en réduisant de moitié de nombre de structures, passant ainsi de 229 à 117 structures, **l'accessibilité est élevée avec 81,26%** de la population qui est à moins de 2 heures d'une des structures du réseau SONU, contre 93,57% pour l'ensemble des maternités du pays. Autrement dit avec moins de structures, plus stratégiquement choisies, un nombre important de femmes ont accès en 2 heures aux structures pouvant assurer la prise en charge des complications obstétricales et néonatales responsables des décès des mères et des nouveaux nés en Guinée.

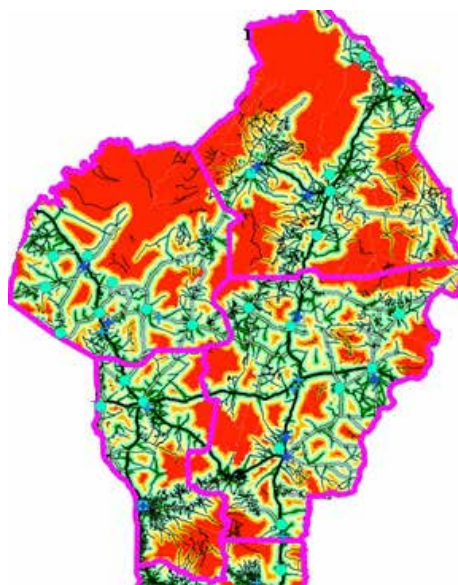
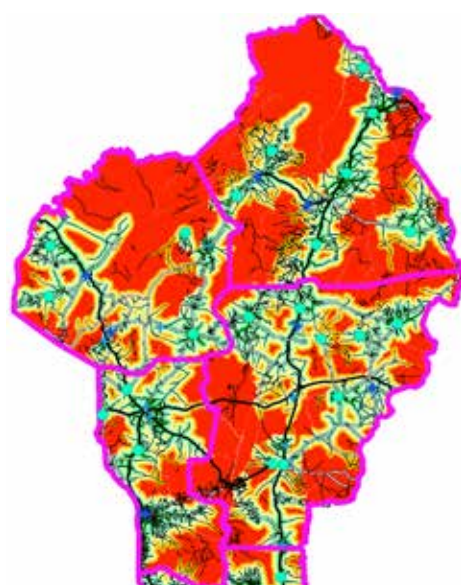
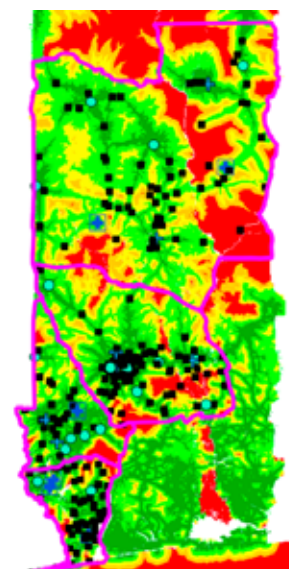
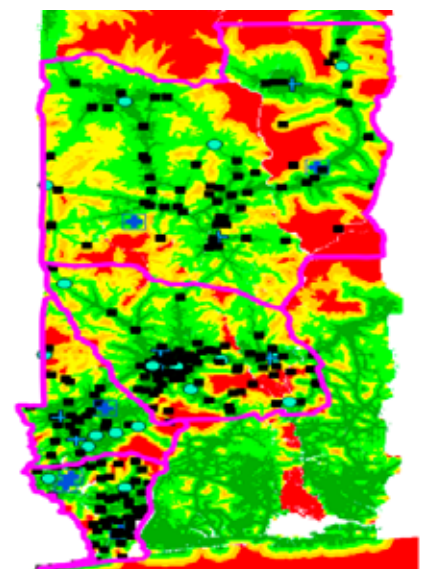
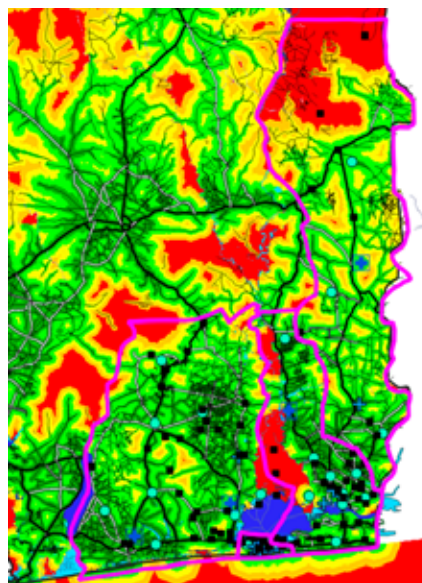
Carte 3: Accessibilité du réseau SONU en Guinée après priorisation utilisant Access Mod



**Carte 4: Accessibilité à 2 heures
AVANT priorisation au niveau des
régions Sud, Centre, et Septentrion**

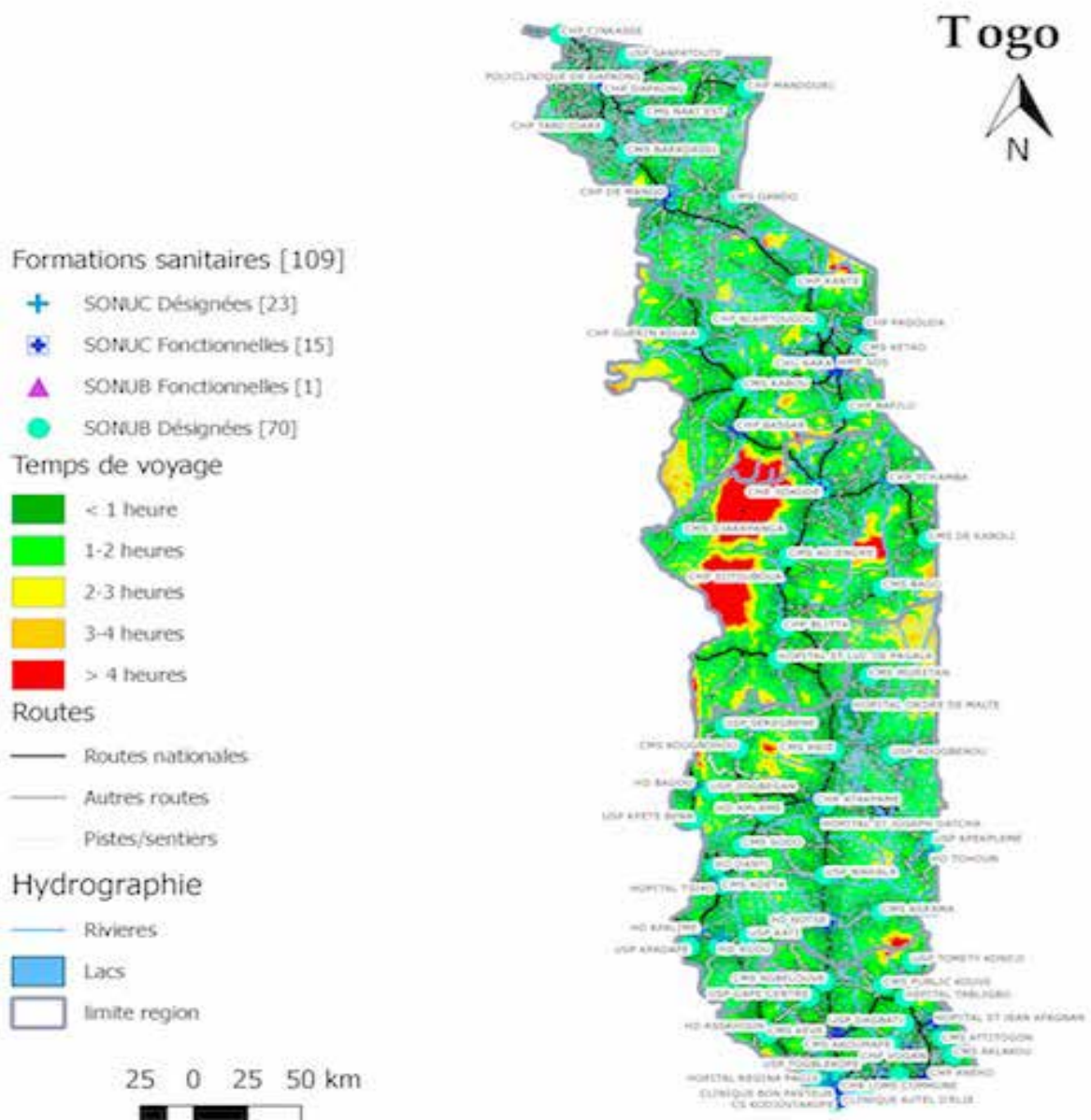


**Carte 5: Accessibilité à 2 heures
APRÈS priorisation au niveau des
régions Sud, Centre, et Septentrion**

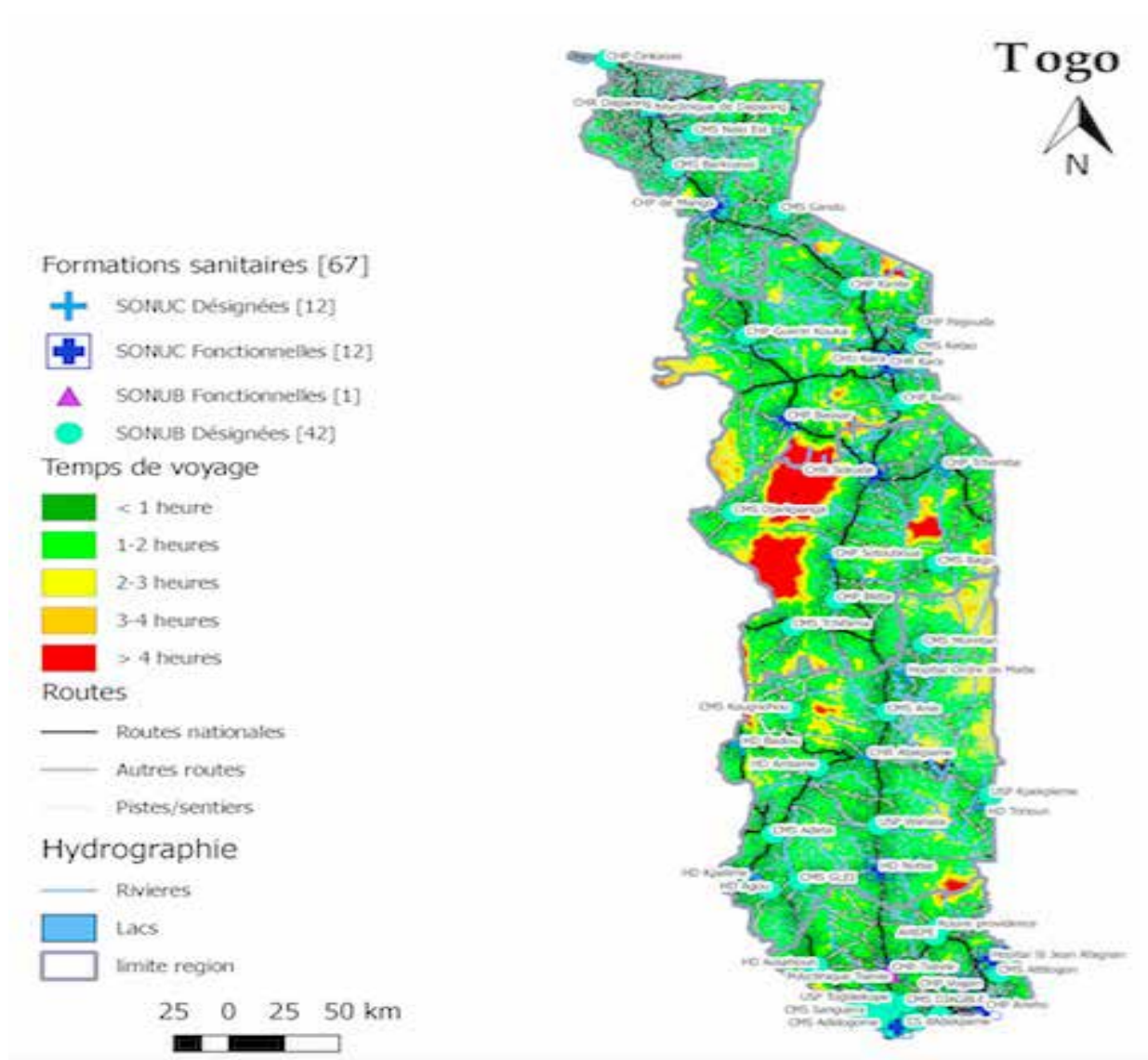


Au Togo, suite à une première priorisation qui avait ciblé 109 structures devant offrir les SONU en 2014, après plusieurs exercices de monitoring, ce nombre a été revu à la baisse à 67, conformément aux besoins d'une population de 7 millions d'habitants. A l'issue de cette seconde priorisation, la couverture de la population à 1 heure **reste presque aussi élevée passant de 82,61% à 79,71%**.

Carte 6 : Accessibilité de la population au réseau SONU au Togo suite à la première priorisation



Carte 7: Accessibilité de la population à 1heure du réseau SONU au Togo après seconde priorisation suite aux monitorings



Le Bénin a réduit en 2018, 13 structures du réseau SONU, passant de 125 à 112 pour une population de 11 930 068 habitants. L'accessibilité à 2 heures malgré la réduction de ce nombre est restée aussi élevée, passant de 69,7 à 70,7%.

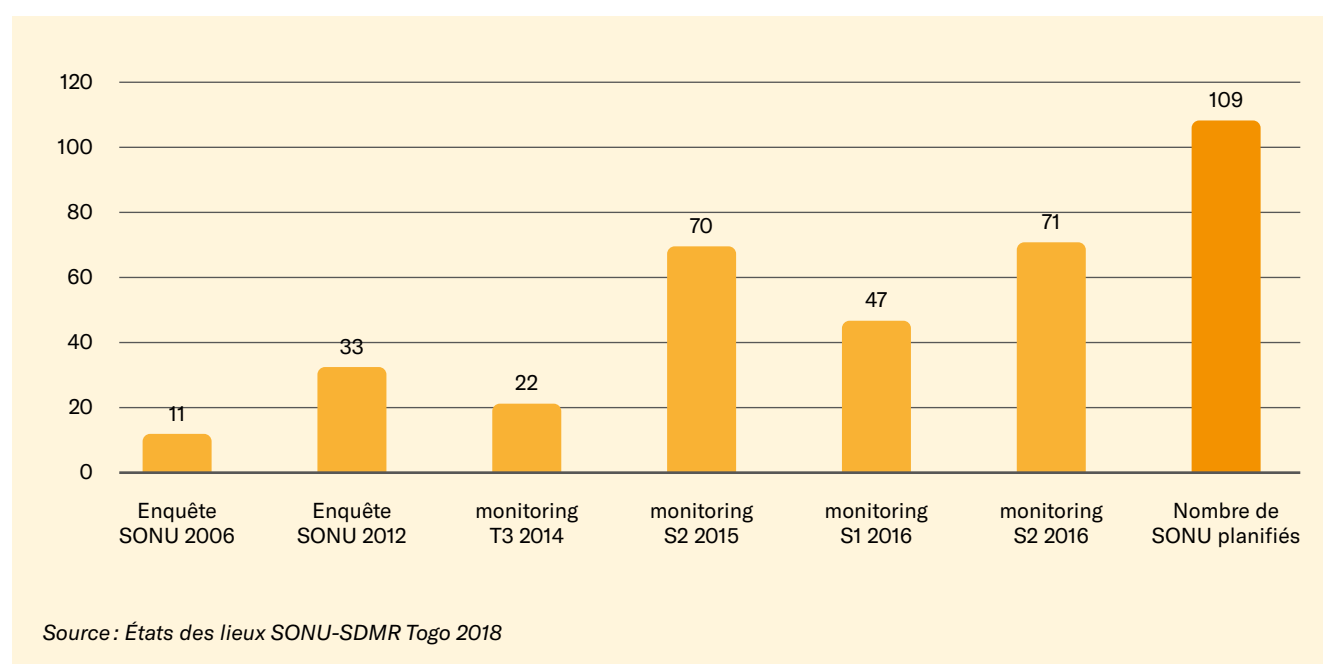
V.2 Résultats du monitoring

Il s'agit essentiellement des résultats des 4 monitorings successifs du Togo (entre 2015 et 2016), qui est le seul pays à avoir commencé la mise en œuvre du monitoring.

D'une façon globale, avec le monitoring, le Togo a noté un progrès à la fois dans la disponibilité, l'utilisation et la qualité des SONU par rapport aux enquêtes SONU précédant la mise œuvre du monitoring des SONU. Cependant, cette évolution est en « dents de scie » entre les différents monitorings de 2014 à 2016. Dans cette évolution, le premier semestre 2016 semble fournir les meilleurs indicateurs de disponibilité, d'utilisation et de qualité des SONU. Mais ceux-ci vont vite chuter au cours du semestre suivant. Une appropriation de la stratégie au niveau des régions et des districts serait un gage d'un progrès, afin de résoudre les problèmes relevés par le monitoring qui réduisent la disponibilité, l'utilisation et la qualité des SONU¹⁸.

Ainsi le **nombre de structures offrant les SONU** au Togo augmente de 22 à 71 avec des baisses de 47 et 70 entre 2014 et 2016, comme illustré dans le graphique 4 ci dessous.

Graphique 6 : Évolution du nombre de structures SONU entre 2014 et 2016 au Togo



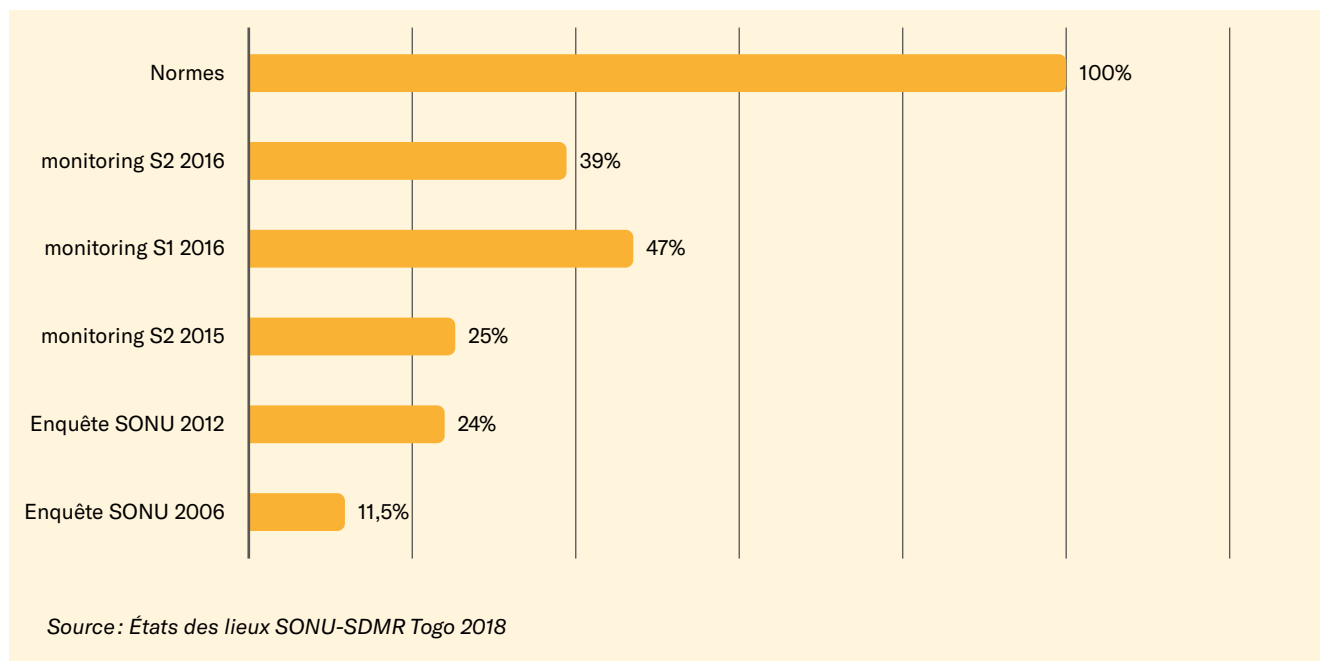
Parmi ces structures qui disposaient des fonctions SONU, lorsque l'on analyse les conditions de fonctionnalité 24h/24 et 7j/7, avec au moins 2 sages femmes en permanence, il ressort que sur les 47 structures, seules **33 étaient effectivement fonctionnelles** durant le premier semestre de 2016, et **seules 30 l'étaient sur** les 71 durant le second semestre de 2016.

Avec moins de 50% lors des différents monitorings, les **besoins en SONU** qui traduisent les complications prises en charge dans les structures par rapport aux complications attendues, donc les possibilités pour les structures de sauver la vie des mères et des nouveaux nés, sont encore faibles par rapport à ce qui est attendu. En effet, tant que la

¹⁸ État des lieux des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence et de la surveillance des décès maternels et néonataux : Revues et Riposte au Togo, Ministère de la Santé, UNFPA, Janvier 2018

disponibilité de l'offre de SONU dans le réseau sera faible, le taux sera encore en deçà du taux attendu, donc les femmes présentant les complications obstétricales ne seront pas assez prises en charge dans les structures capables de les prendre en charge.

Graphique 7 : Évolution des besoins en SONU satisfaits au Togo



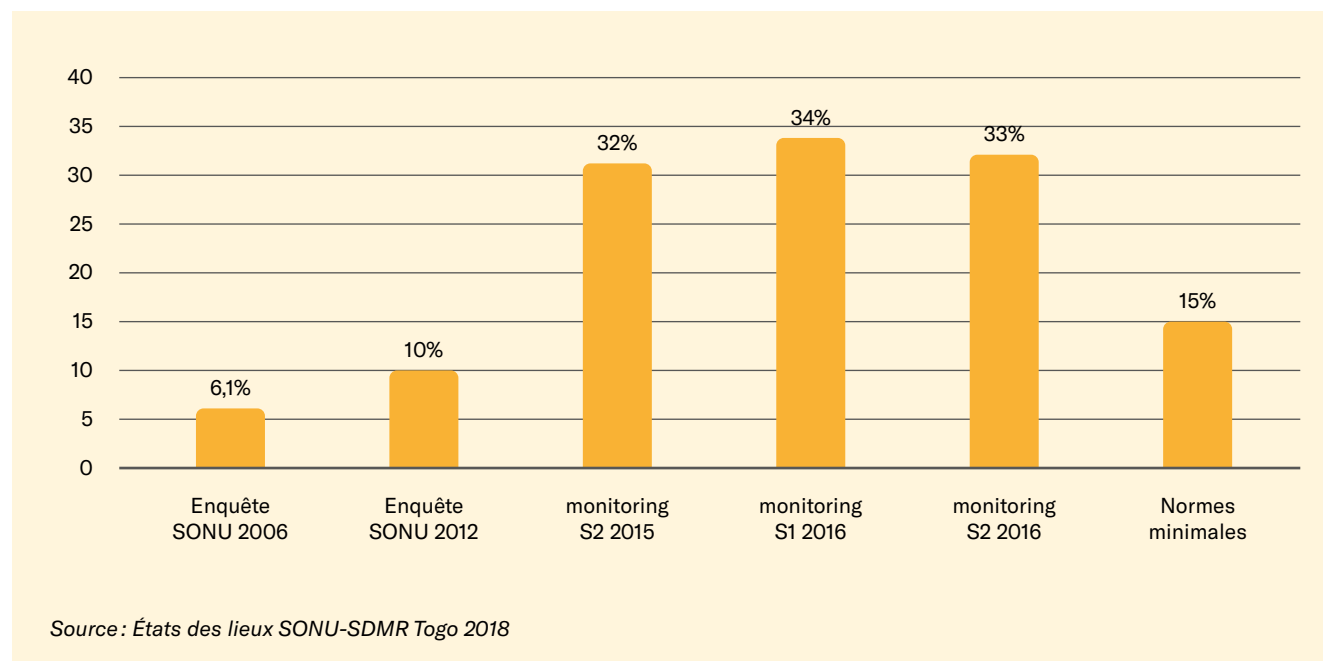
Concernant le taux d'accouchements, les structures du réseau SONU au Togo réalisent depuis 2015, plus de 30% des accouchements du pays. Ce qui devrait permettre de voir le maximum de femmes présentant les complications, encore faudrait-il que les structures du réseau jouent véritablement leur rôle de structures de référence plutôt que de maternités classiques.

Donc le fonctionnement optimum en réseau avec les autres maternités, permettrait de recevoir plus de complications que d'accouchements normaux, ce qui est le rôle de ces structures.

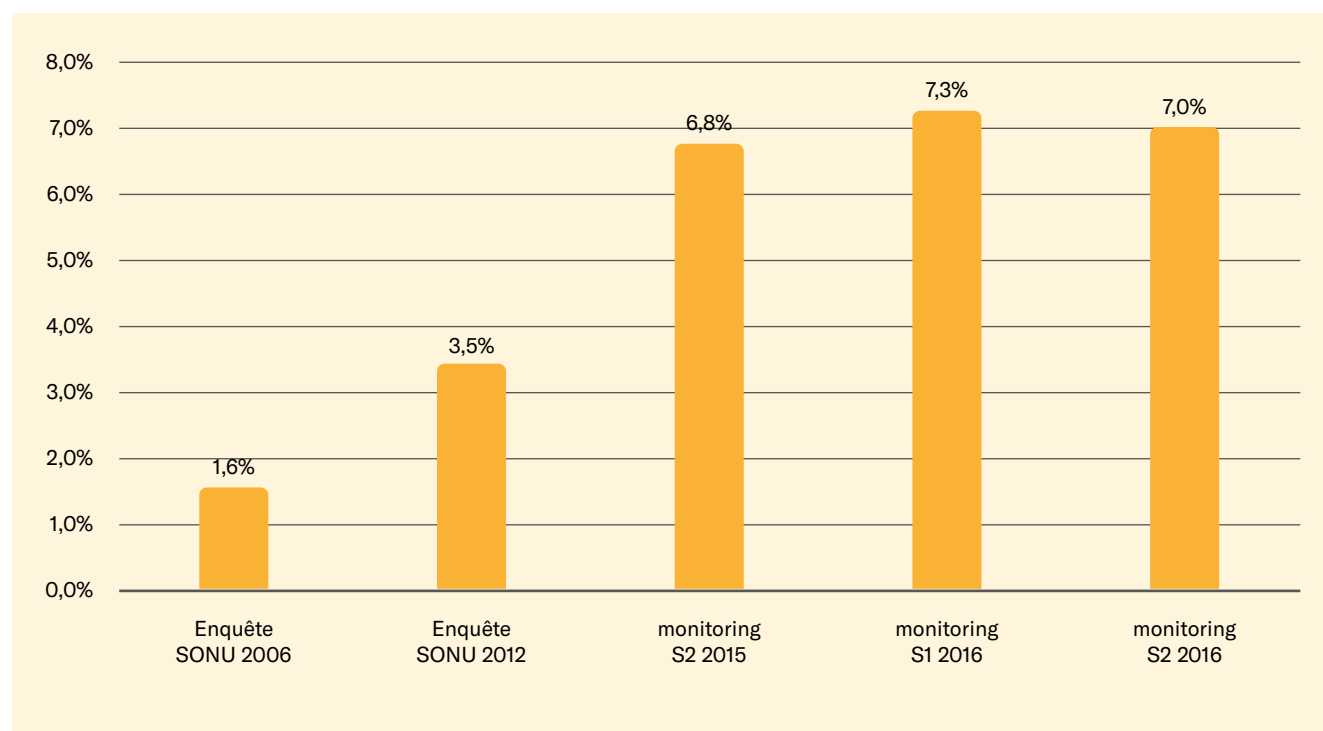
Le taux de césariennes, bien qu'assez stable autour le 7% est bien dans les normes (entre 5 et 15%) recommandées. Ce suivi permet de voir que le pays est sur la bonne voie par rapport aux premières enquêtes de 2006, avec un taux qui a plus que quadruplé en 10 ans.

Enfin, en ce qui concerne la dotation en personnel sages-femmes, il faut noter qu'à partir de 2014 la disponibilité permanente de ce profil de soignants avec des affectations sur sites SONU s'est améliorée avec le **déploiement de 68 sages-femmes sur les sites SONU au Togo** grâce à la mise en place de ce réseau.

Graphique 8 : Évolution du taux d'accouchement dans les structures SONU au Togo



Graphique 9 : Évolution du taux de césariennes au Togo



VI. Coût des différentes étapes

La première étape de conception du réseau SONU a nécessité des ressources variant entre 95 000 et 165 000 US\$ en fonction des pays, soit une moyenne de 120 000 US\$.

Tableau 3 : Estimation des couts des différentes étapes dans les 4 pays en US\$

Étapes		Bénin	Guinée	Togo	Sénégal
Conception du développement du réseau (planification)	Plaidoyer : ateliers de plaidoyer	10 000	24 855	5 000	25 000
	Conception : élaboration des documents de base : guide réseau /fiche monitoring...y compris expertise	20 000	12 711	50 000	27 000
	Priorisation : ateliers de priorisation et activités préparatoires (ateliers de formation access Mod et prise en charge des cartographes...)	65 000	86 669	50 000	111 500
Mise en œuvre du développement du réseau SONU	Collecte des données du monitoring : missions d'appui à la collecte des données...			3 000	
	Analyse des données du monitoring : ateliers d'analyse ...			5 000	
	Réponse aux problèmes relevés par le monitoring : appui apporté par l'UNFPA aux structures pour le fonctionnement du réseau			ND	

VII. Défis à prendre en compte et leçons apprises

VII.1 Pour la priorisation du réseau SONU

Le premier défi à prendre en compte est l'**adhésion de tous les acteurs** du secteur de la santé : de la plus haute autorité du Ministère de la Santé jusqu'au prestataire des maternités, en passant par les directions intra sectorielles en charge des ressources humaines, des statistiques sanitaires, de la gestion des équipements et infrastructures, des médicaments. Les autres secteurs (Statistique et Géographie, Décentralisation, collectivités locales, enseignements supérieur/formation des sages femmes, associations professionnelles...), doivent aussi adhérer, sans oublier les partenaires au développement. Car outre les besoins de données disponibles au niveau des autres secteurs (statistiques, géographiques...), cette approche pragmatique bouleverse la conception classique et le rôle des différentes structures de la pyramide sanitaire. Par exemple, rien qu'au niveau du système de santé, des postes de santé stratégiques inclus dans le réseau vont réaliser des activités SONU qui ne sont pas dans leur mandat initial, et des adaptations de la carte sanitaire sont ainsi à prévoir. Les autres secteurs en charge des infrastructures par exemple, devront prendre en compte les besoins de désenclavement sur la base de la cartographie, pour la constructions de routes, pistes, etc.... Enfin un dernier exemple est l'adhésion indispensable des collectivités locales et élus locaux, qu'il faut convaincre du choix d'une structure à la place d'une autre, ainsi que leur implication pour la résolution des problèmes au niveau local pour le fonctionnement du réseau (recrutement de sages femmes, relèvement des plateaux techniques...)

Cette adhésion est donc un gage de réussite pour démarrer le processus de développement d'un réseau de maternités SONU.

Le second défi pour réaliser une bonne cartographie en vue de la sélection stratégique des structures du réseau, est la **disponibilité des données géo spatiales**, et environnementales, qui est toujours un défi dans les pays. Ces données doivent en plus prendre en compte les réalités locales concernant notamment le déplacement des populations, ce qui est une autre gageure. C'est pourquoi, il est indispensable de collaborer avec les structures nationales en charge des données géo spatiales (Institut de Géographie National...), mais aussi avec les acteurs locaux qui maîtrisent bien les réalités du terrain.

L'expertise locale pour la réalisation des cartes est aussi un défi à prendre en compte dès le démarrage du processus, afin de disposer d'une masse critique de personnel bien choisi issu du Ministère de la Santé et d'autres structures (cartographes, statisticiens). L'objectif est que ces cadres formés soient capables de réaliser les cartes pour la sélection des structures, mais aussi pour le suivi, car l'accessibilité et la fonctionnalité du réseau SONU devra être illustrée dans le cadre du monitoring pour évaluer le réseau et l'adapter aux besoins.

Une leçon apprise clé a été l'importance de l'**orientation apporté par l'UNFPA** dans le cadre du plaidoyer au début du processus, en particulier le siège et le Bureau Régional, en s'appuyant sur le leadership des Bureaux pays. Ceci a permis non seulement de mobiliser tous les acteurs autour des SONU pour la réduction de la Mortalité Maternelle, mais aussi de faire des choix stratégiques importants pour la planification des interventions futures.

Dans le souci de combler le gap en matière d'expertise SONU dans la région, UNFPA envisage de recruter et de former un pool de consultants pour permettre au bureau régional de mieux répondre aux nombreuses demandes d'appui émanant des pays pour le développement des réseaux de maternités SONU. Ces consultants seront orientés sur tous les aspects du développement du réseau des maternités, à commencer par les enquêtes SONU, la priorisation, la négociation, le plaidoyer politique et le monitoring.

VII.2 Pour la mise en œuvre du monitoring

Outre l'**appropriation totale par les régions et les districts** durant tout le processus de priorisation et de monitoring, les **compétentes sont aussi nécessaires pour le traitement et l'analyse des données du monitoring**, y compris au niveau local, surtout si un système parallèle est mis en place pour le monitoring des SONU (cas du Togo au début du processus).

La périodicité semestrielle ne permet pas un suivi régulier, dans la mesure où il faut attendre six mois avant de se rendre compte d'un déficit, avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur la vie des mères et des nouveaux nés. C'est pourquoi le Togo veut expérimenter « **l'approche suivi des recommandations** » entre deux monitorings semestriels.

L'appropriation réelle par le niveau district est nécessaire pour la résolution des problèmes qui sont majoritairement du ressort du niveau local, afin de **maintenir la fonctionnalité des SONU**. C'est l'une des leçons tirées de l'évolution en dents de scie des indicateurs au Togo.

VII.3 Pour le renforcement de l'offre et la qualité des SONU

La **disponibilité des ressources humaines, et en particulier des sages femmes**, reste le défi majeur à relever pour tous les pays ; disponibilité en nombre mais aussi en qualité. Les pays plus avancés dans la mise en œuvre du réseau SONU comme le Togo, rencontrent comme défi majeur pour l'offre de SONU de qualité, l'**insuffisance du plateau technique dans les maternités du réseau**.

Au niveau de la Guinée, un des défis importants à relever pour la mise en œuvre du réseau SONU identifié est la **qualité des références**. Celles-ci sont essentiellement à la charge des familles et elles constituent un délai important (souvent plusieurs heures pour trouver les ressources financières en plus des distances à parcourir sur un réseau routier très difficile), qu'il faudra prendre en compte pour la mise en œuvre du réseau SONU en Guinée.

VIII. Prochaines étapes

VIII.1 Pour le Bénin

Après la priorisation du réseau déjà réalisée, le Bénin s'achemine vers les étapes suivantes :

- ↪ Validation du réseau SONU
- ↪ Finalisation du costing de la mise en place d'un SONUB
- ↪ Démarrage du monitoring:
 - ↪ Mise en place des équipes d'appui
 - ↪ Monitoring du 3^{ème} Trimestre de 2018
 - ↪ Partage des résultats avec tous les acteurs et partenaires
- ↪ Résolution des problèmes relevés par le monitoring en commençant par le niveau local

VIII.2 Pour la Guinée

Suite aux ateliers de priorisation du réseau SONU de septembre 2018, les étapes suivantes sont prévues pour la mise en œuvre du monitoring :

- ↪ Validation du réseau SONU par les hautes autorités du Ministère de la Santé et partage avec les autorités locales
- ↪ Activités préparatoires pour le monitoring:
 - ↪ élaboration des normes d'une maternité SONU,
 - ↪ mise en place et formation des équipes d'appui...
- ↪ Démarrage du monitoring du réseau validé

VIII.3 Pour le Togo

Le Togo est dans la phase de renforcement du réseau qui a été réduit, et suite aux recommandations des monitorings successifs et de la SDMR, le pays va maintenant mettre le focus sur le renforcement des capacités des prestataires, le relèvement du plateau technique, en plus du suivi des recommandations des monitorings.

VIII.4 Pour le Sénégal

Suite à la validation du réseau et son partage avec les autorités locales des 14 régions du pays, le pays va mettre en œuvre le monitoring de ce réseau. Pour cela, les étapes suivantes sont prévues :

- ↪ Paramétrage de la fiche de monitoring et des rapports du monitoring dans le DHIS2
- ↪ Élaboration des normes du réseau SONU
- ↪ Élaboration des Termes de Référence des équipes d'appui du niveau central et régional avant leur formation
- ↪ Démarrage du monitoring du 1^{er} trimestre de 2019.

Conclusion

Afin d'accélérer la lutte contre la Mortalité Maternelle et Néonatale, grâce à l'orientation et à l'appui de l'UNFPA, les 4 pays ont initié un processus de priorisation stratégique des structures sanitaires pour mettre en place un réseau de maternités devant offrir les SONU 24h/24 et 7j/7. Cette première étape a permis d'identifier les maternités qui permettent d'assurer une meilleure couverture des populations, donc un meilleur accès à ces soins qui sauvent la vie des mères et des nouveaux nés. Il reste à relever le défi d'en assurer un fonctionnement effectif, ainsi que le suivi pour la résolution des problèmes de disponibilité et de qualité des services qui y sont offerts, pour une réduction effective de la mortalité maternelle et néonatale.

Liste des personnes interviewées

Pays	Personne interviewée	Fonction/ institution
Sénégal	Dr Sosthène Dougrou	Spécialiste Technique, Renforcement du Système de Santé, Bureau Régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
	Dr Selly Kane	Chargée de Programme en Santé de la Reproduction, UNFPA Sénégal
	Dr Omar Sarr	Directeur, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, Ministère de la Santé du Sénégal
	Dr Dembo Guirassy	Chef de Division, Santé de la Mère et de l'Enfant, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, Ministère de la Santé du Sénégal
Togo	Dr Emmanuel Yawo Agbigbi	Chargé de Programme en Santé de la Reproduction, UNFPA Togo
	Dr Abram Agossou	Directeur, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, Ministère de la Santé du Bénin
Bénin	Dr Théodore Soudé	Représentant Assistant et Chargé de la Santé de la Reproduction, UNFPA Bénin
	Dr Tossou Thierry Boco	Chef du Service de Santé Maternelle et Infantile, Ministère de la Santé du Bénin
Guinée	Dr Aminata Ribière	Spécialiste Technique, Santé Maternelle, UNFPA Guinée
	Dr Houleymatou Diallo	Coordinatrice Nationale Adjointe, Programme National Maternité Sans Risque

Liste des sites et documents consultés

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00838-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00838-7/fulltext)

La déclaration d'Abuja et le plan d'action, Organisation mondiale de la Santé, 2003
WHO/CDS/RBM/2003.46

Plan d'Action de Maputo 2016-2030 pour l'opérationnalisation du cadre stratégique continental pour la Santé Sexuelle et les droits liés à la reproduction, Commission de l'Union Africaine, Avril 2016

Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, 2016-2030, Chaque femme, chaque enfant, ONU, 2015

Every Newborn Action Plan: an action plan to end preventable deaths – 2014, World Health Organization, UNICEF, 2014

Tendances de la Mortalité Maternelle 1990-2015, OMS, UNICEF, UNFPA, BM, 2015

Surveillance des soins obstétricaux d'urgence - manuel d'utilisation AMDD, OMS, UNFPA, UNICEF, 2009.

Rapport annuel 2017 Fonds Thématiques Santé Maternelle, UNFPA New York

Évaluation Rapide des Besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence au Bénin en 2016, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant

Évaluation Rapide des Besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence, République de Guinée, Mai 2018, Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition

État des lieux des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence et de la Surveillance des décès maternels et néonataux: Revues et Riposte au Togo, 2018, Ministère de la Santé, UNFPA

Évaluation Rapide de la disponibilité, l'utilisation et la qualité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Sénégal, 2015-2016, Janvier 2017, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Améliorer les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence – SONU: Manuel de mise en œuvre pour le développement d'un réseau national de maternités de référence, UNFPA, 2018

Guide de remplissage de la fiche de monitoring des SONU, DSME, Ministère de la Santé du Bénin, Septembre 2018.

Normes et Standards des maternités SONUB au Bénin, DSME, Ministère de la Santé du Bénin, Septembre 2018.

Guide de mise en œuvre des maternités SONUB, DSME, Ministère de la Santé du Togo

Rapport élaboré par Dr Isabelle Moreira, Consultante en Santé Maternelle,
en collaboration avec :

- ↪ Dr Fenosoa A. Ratsimanetrimanana, Family Planning Advisor, Bureau Régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
- ↪ Dr Sosthène Dougrou, Spécialiste Technique, Renforcement du Système de Santé, Bureau Régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
- ↪ Dr Emmanuel Yawo Agbigbi, Chargé de Programme en Santé de la Reproduction, UNFPA Togo
- ↪ Dr Théodore Soudé, Représentant Assistant, Chargé de la Santé de la Reproduction, UNFPA Bénin
- ↪ Dr Selly Kane, Chargée de Programme en Santé de la Reproduction, UNFPA Sénégal
- ↪ Dr Aminata Ribière, Spécialiste Technique, Santé Maternelle, UNFPA Guinée
- ↪ Dr Michel Brun, Conseiller en santé maternelle Division Technique, UNFPA, New York
- ↪ Mr Jean Pierre Monnet, Spécialiste en Système de Santé et Santé de la Reproduction, Division Technique, UNFPA, New York
- ↪ Mme Zeynabou Sy, Science de l'Environnement et Système d'Information Géolocalisé, Université de Genève
- ↪ Mr Yaniss Guigoz, Science de l'Environnement et Système d'Information Géolocalisé, Université de Genève
- ↪ Mr Nicolas Ray, Science de l'Environnement et Système d'Information Géolocalisé, Université de Genève



**United Nations Population Fund
West and Central Africa Regional Office**

Route du King Fahd Palace,
Almadies – PO Box 21090 Dakar

www.unfpa.org
wcaro.unfpa.org
[@UNFPA_WCARO](https://www.instagram.com/UNFPA_WCARO)