

**Technical Report # 36**  
**Performance Needs Assessment on**  
**Emergency Obstetrical and Neonatal**  
**Care among Providers in the Malanville-**  
**Karimama Health Zone of Benin**

**March 2003**

**By:** Perle Combary, PhD  
Boniface Sebikali, MD, MPH  
Bongwele Onanga, BA  
Josue Ogonchina, BA

**Prepared for the Ministry of Health of Benin**

**PRIME II**  
**Benin**



---

---

This publication was produced by Intrah at the University of North Carolina at Chapel Hill for PRIME II project and was made possible through support provided by the Center for Population, Health and Nutrition, Global Bureau, U.S. Agency for International Development, under the terms of Grant No. HRN-A-00-99-00022-00. The views expressed in this document are those of the authors and do not necessarily reflect the views of the U.S. Agency for International Development or the PRIME project.



Any part of this document may be reproduced or adapted to meet local needs without prior permission from Intrah provided Intrah is acknowledged and the material is made available free or at cost. Any commercial reproduction requires prior permission from Intrah. Permission to reproduce illustrations that cite a source other than Intrah must be obtained directly from the original source.

Intrah would appreciate receiving a copy of any materials in which text or illustrations from this document are used.

---

---

PRIME II is a project for training and supporting primary providers of reproductive health services around the world. PRIME II is implemented by Intrah in collaboration with Abt Associates, Inc.; EngenderHealth; PATH (Program for Appropriate Technology in Health); and TRG (Training Resources Group), Inc.

---

---

ISBN # 1-881961-78-8      Suggested citation: Combarry, P.; B. Sebikali; B. Onanga and J. Ogonchina. Performance Needs Assessment on Emergency Obstetrical and Neonatal Care among Providers in the Malanville-Karimama Health Zone of Benin. Chapel Hill, NC: Intrah, PRIME II Project, 2003. (PRIME Technical Report # 36)      © 2003 Intrah

---

---

**Intrah**

School of Medicine

The University of North Carolina at Chapel Hill

CB # 8100, 1700 Airport Road, Suite 300, Chapel Hill, NC 27599-8100 USA

Phone: 919-966-5636 • Fax: 919-966-6816

e-mail: [intrah@intrah.org](mailto:intrah@intrah.org) <http://www.intrah.org>

**East/Southern Africa**

P.O. Box 44958

00100-Nairobi

Kenya

Phone: 254-2-211820

Fax: 254-2-226824

**Asia/Near East**

IFPS Liaison Office

50M Shantipath

Gate Number 3 Niti

Marg

Chanakyapuri

New Delhi 110021, India

Phone: 91-11-464-8891

Fax: 91-11-464-8892

**West/Central/North**

**Africa**

B.P. 5328

Dakar-Fann, Sénégal

Phone: 221-864-0548

Fax: 221-864-0815

**Latin America/Caribbean**

Federico Henríquez y Carvajal

#11

Los Casicasaz

Santo Domingo, Dominican

Republic

Phone: 809-686-0861

Fax: 809-221-2914

---

---

For more information on this publication or to order additional copies, please contact the Communications Unit at the Chapel Hill office listed above.

# *Table of Contents*

Authors and Acknowledgements.....	vii
Acronyms .....	ix
Executive Summary .....	xi
Introduction .....	1
Methodology .....	3
Results and Conclusions.....	13
Discussion/Recommendations .....	32
Annexes (in French).....	39



# *Tables, Charts and Annexes*

<b>Tables</b>	Table 1	Desired performance for maternity providers .....	6
	Table 2	Providers EONC performance in maternity hospitals.....	9
	Table 3	Community diagnosis.....	9
	Table 4	Location of assessment targets .....	13
	Table 5	Midwives knowledge of alert signals and risk factors .....	21
	Table 6	Traditional birth attendant's knowledge of alert signals and risk factors .....	21
<b>Charts</b>	Chart 1	Actual performance by midwives/nurses .....	14
	Chart 2	Actual performance by care assistants .....	16
<b>Annexes</b>	Annexe 1	Enchantillonnage ( <i>Sample characteristics</i> ).....	39
	Annexe 2	Outils de collecte des données ( <i>Data collection tools</i> ).....	41
	Annexe 3	Cadre conceptuel de l'amélioration de la performance ( <i>Conceptual framework of performance improvement</i> ).....	183
	Annexe 4	Liste de villages ( <i>List of villages</i> ).....	185
	Annexe 5	Calendrier de l'enquêteurs ( <i>Survey timetable</i> ).....	187
	Annexe 6	Liste des enquêteurs ( <i>List of data collectors</i> ).....	191
	Annexe 7	Performance actuelle des sages femmes/infirmières ( <i>Actual performance by Midwives/nurses</i> ).....	193
	Annexe 8	Données de base sur la zone sanitaire de Malanville-Karimama ( <i>Baseline data of the Malanville-Karimama Health Zone</i> ).....	195
	Annexe 9	Pratiques face aux cas de complication ( <i>Practices in cases of complication</i> ).....	203



## *Authors*

**Perle Combarry** is PRIME's Regional Program and Evaluation Officer for the West, Central and North Africa (WCNA) office based in Dakar, Senegal.

**Boniface Sebikali** is the PRIME II WCNA Area Program Manager and was Resident Advisor for PRIME II in Benin.

**Bongwele Onanga** is a Consultant for PRIME II/Intrah.

**Josué Ogouchina** is Training Director of SIA N4SON, a non-governmental organization in Benin.

## *Acknowledgements*

This report is the result of the exemplary collaboration between PRIME II/Intrah, the Ministry of Health (MOH) of Benin and its partners (PROSAF, PBA/SSP, PADS, WHO, UNICEF). The authors wish to recognize the excellent job done by the assessment team. They also thank those who participated in the assessment's technical preparation and in reviewing and finalizing this report.

Our thanks are more particularly directed to the Malanville-Karimama Health District's Zone Supervision Team (ZST) for their commitment throughout all phases of the assessment, to the PROSAF and Public Health Department Head Office for their logistics support during the assessment and to the Family Health Office for their continuous support.

We also thank Dr. Virgile Kapo Chichi and Mr. Ospice Sebgo who handled the computer data processing of the assessment.

The authors would like to thank Ms. Barbara Wollan, Processing Assistant for Monitoring and Evaluation Unit, Intrah/PRIME II, Chapel Hill, for entry of final edits and formatting this document.





# Acronyms

English	(French)	
AIDS		Acquired Immunodeficiency Syndrome
BASICS		Basic Support for Institutionalizing Child Survival
CCC		Community Care Center
CHA	(ASC)	Community Health Agent
CHC	(CCS)	Community Health Complex
CMC	(COGEC)	Commune Management Committee
DHMO	(DDSP)	Departmental Health Management Office
EONC	(SONU)	Emergency Obstetrical and Neonatal care
FHMO	(DSF)	Family Health Management Office
FP	(PF)	Family Planning
IEC		Information, Education, Communication
MKHZ		Malanville-Karimama Health Zone
MOH	(MSP)	Ministry of Health
NGO	(ONG)	Non Governmental Organization
PAC		Postabortion Care
	(PADS)	Health Development Support Project
	(PBA/SSP)	Benin-Germany Primary Health Support Project
PIA	(AAP)	Performance Improvement Approach
PNA	(RBP)	Performance Needs Assessment
	(PROSAF)	Borgou Department Integrated Family Health Project
RH		Reproductive Health
SPMC	(COGES)	Sub-Prefecture Management Committee
STDs		Sexually Transmitted Diseases
TBAs		Traditional Birth Attendants
UON	(BONC)	Unmet Obstetrical Needs
UNICEF		United Nations Children's Fund
USAID		U.S. Agency for International Development
VHC	(CVS)	Village Health Committee
VHU	(UVS)	Village Health Unit
WCNA		West, Central and North Africa
WHO		World Health Organization
ZH	(HZ)	Zone Hospital
ZST	(EEZ)	Zone Supervision Team



# *Executive Summary*

After the brainstorming Days on the "Role of Midwives in Maternal Mortality Reduction," and the dissemination of results of a "Regional Study on Addressing Obstetrical Emergencies" held in August 1999, plus the EONC-sponsored (Emergency Obstetrical and Neonatal Care) roundtable organized in May 2000, a national plan for EONC was developed to provide the framework for improving EONC in Benin. This plan identified the implementation of EONC pilot experiments among the selected priority activities. PRIME II assistance was requested for the establishment of these experiments in the Malanville-Karimama health district. The MOH and PRIME II also agreed to use the Performance Improvement Approach (PIA) for this program's planning and implementation. As the first step of this process, a performance needs assessment (PNA) was done in October-November 2000. With the partners, the EONC providers needed to identify pilot interventions for improvement of their performance in order to provide a high quality zone.

The observations of EONC providers (midwives/nurses and care assistants) combined with in-depth interviews (providers, supervisors, program managers, community members), review of health records and statistics, and inventory of service provision centers, enabled documentation of EONC performance, and providers' needs in maternity wards and within the community. This included the potential for EONC to supply at the community level and set up of community partnerships for emergency evacuation systems; as well as an overall increase of EONC quality/access in the zone.

The assessment showed a significantly large gap between the desired and the actual performance of the providers in the maternity wards. In fact, none of the providers in these facilities (midwives, nurses, care assistants) was able to perform the tasks relating to obstetrical and neonatal emergencies according to standards. The causes of performance gaps were identified in relation to the information/feedback, environment, motivation, institutional support and knowledge/skills.

The assessment further confirmed the existence of a potential for EONC services to be offered at the community level as well as an emergency evacuation system. Indeed, there are midwives and traditional birth attendants (TBAs) at the village level where these are customarily the first recourse for health care. They provide services relating to pregnancy and delivery and play a crucial part in mobilizing and sensitizing the populations.

Nevertheless the assessment showed weaknesses in their skills, revealed by prevalence of practices that can be detrimental to the mother and the newborn and ignorance of risk factors and alert signals. The midwives and TBAs typically had little or no training.

Moreover, their work conditions are sometimes inappropriate. They receive little or no supervision and their motivation system is not standardized. Among the other factors that could help EONC at the community level, the assessment showed that the health personnel collaborates somewhat with the Community Health Agents (CHA)

and already takes charge of supervising some of these in the recommended strategy areas.

There are community structures (CMC/SPMC/VHC – Community Management Committee; Sub-Prefecture Management Committee; Village Health Committee) that play a part in referrals. There is also a positive attitude towards the financial contribution systems among the communities.

On the basis of the assessments results and conclusions, the assessment team identified the priority interventions to improve provider's performance in quality EONC service supply in the Malanville-Karimama Health Zone. These include:

- elaborating EONC job descriptions;
- establishing feedback facilitating practices;
- providing health facilities with transport, equipment and air communication means;
- strengthening logistics;
- improving hygiene conditions within health facilities;
- improving motivation and supervision systems; and
- strengthening provider's skills in maternity wards.

In addition, the assessment team recommended the set up of community partnerships that would enable the EONC program to increase the CHAs' skills (midwives and village birth attendants) in providing home EONC and setting emergency evacuation systems to interface between the community and the referral centers.

# *Introduction*

## **Background**

Upon request by USAID/Benin and within the frame of its collaboration with the MOH of Benin, PRIME II provides technical and financial support to strengthen the EONC program and develop a training strategy for the providers in the utilization of family health service protocols.

After the Brainstorming Days, priority actions were decided including the establishment of an EONC technical work group, the designing of a national EONC training guide and the implementation of pilot experiments to improve the addressing of obstetrical and neonatal emergencies in a pilot zone.

PRIME's assistance was requested more particularly for the establishment of similar experiments in the Malanville-Karimama Health Zone. The MOH and PRIME II also agreed to utilize the PIA for this program's planning and implementation.

As the first stage of this process, a PNA was done in October/November 2000 to gather data on the actual performance and the needs of providers who work in EONC facilities, as well as in the communities.

This technical report presents the main results/conclusions and recommendations for the assessment.

The results will be disseminated among the main stakeholders. Once validated, they will enable the stakeholders to select the most appropriate interventions to improve provider's performance in EONC within the health facilities and the community.

## **Description of the Malanville-Karimama Health Zone**

The Malanville-Karimama Health Zone is located in the Borgou Department, North of the Alibori. Malanville and Karimama, two sub-prefectures, make up the zone which is bordered on the south by the Kandi urban commune and the Segbana sub-prefecture, on the east by Nigeria, west by Burkina Faso and north by Niger. The Malanville-Karimama Health Zone spreads over 8,749 square kilometers and is home to 128,542 people (Malanville: 98,802; Karimama: 38,740).

The Malanville-Karimama Health Zone is made up of one zone hospital (ZH) in Malanville, one sub-prefecture health center in Karimama, and seven community health centers (Malanville: 5, Karimama: 2). The staff in maternity wards that includes midwives, or, nurses and care assistants is unevenly distributed. In fact there are only four midwives at the level of the zone, three of which are on post in the Malanville sub-prefecture and one only in the Karimama sub-prefecture. Four maternity centers are managed by nurses, the others being attended to by care assistants.

According to the service data (statistics) available at the department level, the maternal mortality rate (4.42/100,000)<sup>1</sup> and the rate of early neonatal mortality (6.47/100,000)<sup>2</sup> are particularly high in the Malanville/Karimama health zone in comparison with the whole of the department. According to the zone's health statistics, 2,917 deliveries were recorded in the zone's health centers for 1999, of which 255 were dystocias (difficult childbirths). The rate of maternal mortality in relation to the number of deliveries is estimated at .07% and the rate of prenatal mortality is at 2%. Nevertheless taking into account that only 49% of deliveries are performed in the health centers, this indicates that a wide proportion of maternal and neonatal mortality occurs in the community. This low performance is largely due to lack of skilled personnel in 44.5% of maternity hospitals; lack of EONC knowledge and skills; poor product management, particularly antibiotics, anticonvulsants and solutes; absence of a reliable blood management system; inadequacy of the ZH's technical platform; and delayed referrals.

In addition, despite the fact that 59% of the zone's population lives within five kilometers of health centers, health services often are underutilized.

---

1 Malanville (1998): 4.89‰; Karimama (1998): 2.06‰; Borgou department (1998): 2.14‰; Benin (Health and Population Survey 1996): 4.98‰.

2 Borgou Department (1998): 1010/100.000

# *Methodology*

## **Goal and Objectives of the PNA**

The PNA was done by a PRIME II technical assistance team between August and November 2000, in close collaboration with resource persons of the Benin MOH. In agreement with the partners, the assessment's goals were to determine EONC provider's needs in identifying pilot interventions that could contribute to improving their performance towards quality EONC delivery in the Malanville-Karimama Health Zone.

The PNA's main objectives were to:

1. Determine the actual performance of midwives/nurses and care assistants providing EONC services in maternity hospitals;
2. Define performance gaps and decide whether the problem could find be solved;
3. Determine roots causes for each performance gap;
4. Identify possible interventions to close the performance gaps and determine cost/benefit for each intervention;
5. Determine the actual performance of matrons and TBAs together with these providers' potential to improve EONC in a pilot community;
6. Determine potential for establishing EONC community partnerships in a pilot community;
7. Collect baseline data on EONC access and quality to document the impact of interventions on the services;
8. Make recommendations of pilot interventions aiming at closing the performance gaps and community partnerships on a trial basis for EONC.

## **Techniques and tools**

The PNA consisted of an evaluation and description survey in the health facilities within the Malanville-Karimama Health Zone and also in the community.

The idea was to collect the following data:

- Providers EONC performance and needs in maternity hospitals and the community;
- EONC potential;
- Potential for community partnerships;
- EONC quality/access.

Concerning providers/EONC performance and needs in the health facilities, the PNA was meant to be comprehensive, since it targeted all the facilities in the sub-prefectures of Malanville and Karimama. Regarding the EONC potential and performance diagnosis, the assessment was planned in two pilot zones (villages) and

one control zone (See Sample Characteristics in Annexe 1). Village selection criteria were: the existence of a CCC (Community Care Center) within five kilometers, the existence of matrons and/or village birth attendants in the village, the existence of a Commune Management Committee or a local volunteer committee operating in the village.

With reference to the targets, the assessment dealt with all staff in maternity hospitals, including their direct supervisors and service managers (heads of posts, maternity hospital managers;, program managers (FHMO, ZST, PROSAF, BASICS, PADS, PBA/SSP)); CMC/SPMC members; CHAs (matrons, village birth attendants); family relations; and previously delivered women (See Sample Characteristics in Annexe 1).

Data collection was principally done using techniques of in depth interviews, observation by stimulation and documentary analysis.<sup>3</sup>

A total of six instruments to measure provides EONC performance and needs in the facilities and eight instruments for EONC performance and diagnosis in the community were prepared (See Data Collection Tools in Annexe 2). The prepared tools can be summarized as follows:

- Guides for in depth interviews with MOH officials, program or project managers and direct supervisors:  
These tools were aimed at collecting data on managers and supervisors' perception; and knowledge of providers EONC performance needs in relation to the five performance factors.
- Guides for in depth interviews with service providers:  
These tools were aimed at collecting data on providers EONC performance needs in relation to the five performance factors.
- Inventory tools for maternity hospitals equipment:  
This checklist was to collect data on equipment availability, including a part on service data relating to family planning (FP), postabortion care and EONC;
- Tools to monitor performance by midwives, nurses and care assistants:  
The monitoring guide was aimed at collecting data on EONC skills. Given the difficulty in observing real obstetrical and neonatal emergency cases, monitoring was done on the basis of case studies.
- Guides for interviews with SPMC/CMC members, previously delivered women, families:  
These tools were to collect data on community EONC awareness/knowledge and their needs.
- Guide for interviews with matrons and TBAs:  
These tools were to collect data on providers' actual performance and needs in the community.

---

3 EQGSS-B report, EDS 1996, patients files, study on VONN (Unmet obstetrical and neonatal needs).



## Stages of Assessment

### Planning

The PNA was conducted in several successive stages in which the stakeholders were involved systematically (MOH, PROSAF, PBA/SSP, PADS mainly) so as to ensure their continuous participation throughout the process and facilitate appropriation of the assessment results. These various stages are in line with the conceptual framework of performance improvement shown in Annexe 3. The various stages are described below.

#### a. Stakeholders agreement/Pre-planning

From August 8-14, 2000, Dr. Boniface Sebikali, the Resident Advisor for PRIME II/Intrah in Benin, accompanied by Mrs. Olga Doko, midwife at the Family Health Management Office (FHMO) met with the health officials of the Borgou Department, Malanville-Karimama Health Zone and representatives of the Borgou Department integrated Family Health Project (PROSAF), and of the Benin-Germany Primary Health Care Project (PBA/SSP).

The discussions allowed them to obtain their agreement for the PNA towards improving providers' performance in EONC in the Malanville-Karimama Health Zone and to collect preliminary data necessary for the planning of the assessment. These meetings also allowed clarifying the PIA that PRIME II intends to use and to confirm stakeholders' support to the assessment.

#### b. Definition of the desired performance for EONC providers

On October 2 and 3, 2000, the PRIME II team worked with members of the Malanville-Karimama ZST to prepare and conduct an Orientation Workshop on the Performance Improvement Needs Assessment. The aim of the workshop was to determine the stakeholders' main expectations in terms of EONC providers' performance. Representatives from the FHMO, Borgou Health Departmental Office (DHMO), Malanville-Karimama ZST, PROSAF, PBA/SSP, the zone referral hospital and the Malanville urban district health center participated in the workshop. From this workshop, the following was achieved:

- A common comprehension of maternal mortality problems in Benin and the PIA was reached.
- The survey's main targets (EONC providers<sup>4</sup>) were determined in reference to the recommendations made as a result of the Brainstorming Days on the Role of Midwives in Maternal Mortality Reduction, held from August 2-6, 1999.
- The desired performance, indicating the critical tasks for addressing obstetrical and neonatal emergencies was defined for the providers in maternity hospitals. (See Table 1.)

---

<sup>4</sup> These are the midwives, nurses and care assistants working in referral maternity hospitals, sub-prefectures health centers (CSSP), urban district health centers (CSCU) and community health center (CHC).

- The providers' needs to achieve the desired performance were identified, taking into account the agents profiles and their levels of service provision.
- Existing data on providers' performance and needs were reviewed, including the study or management sub-systems conducted by PROSAF and the study on unmet obstetrical needs (UON).

**Table 1: Desired performance for maternity providers**

Upon completion of the Orientation Workshop on the PNA, the stakeholders defined the desired performance for EONC providers as follows.

All midwives and all nurses (100%) should be able to:

- Take the required steps in case of
  - Extra-uterine pregnancy
  - Placenta praevia
  - Uterine break
  - Hemorrhage during delivery
  - Perineo or cervico-vaginal tearing
- Detect and treat an abortion threat
- Treat
  - Incomplete abortion with infection
  - Severe gravidic anemia
  - Severe malaria during pregnancy
  - Infection during pregnancy
  - Cases of pre-rupture
  - Case of inefficient expulsive efforts
  - Case of prolapse of the cord
- Detect and treat
  - Hypertensive illness during pregnancy: pre-eclampsia and eclampsia
  - Severe gravidic vomiting
  - Premature delivery threat
  - Premature rupture of membranes
- Examine the newborn
- Reanimate the newborn
- Treat or refer a case of underweight newborn
- Treat or refer a case of an infected or infection prone newborn
- Treat or refer a case of an icteric newborn
- Apply aseptic rules to protect patients, staff personnel and own self

All care assistants (100%) should be able to:

- Take the required steps in case of
  - General hemorrhage
  - Hemorrhage during delivery
- Detect and treat an abortion threat
- Treat an incomplete abortion with infection
- Treat
  - Severe gravidic anemia
  - Severe malaria during pregnancy
- Recognize and give emergency care before calling or hierarchic superior or refer in cases of complicated delivery
- Recognize and perform first aid in case of gravidic vomiting
- Recognize alert signals of a premature delivery threat and provide first aid
- Recognize the symptoms of a premature membrane rupture and perform first aid
- Assess the newborn's status and perform initial moves for reanimation
- Recognize underweight, traumatized, ill shaped icretic, infection prone or infected newborn
- Apply aseptic rules to protect patients, staff and oneself
- For each of the tasks, key procedures, indicators were defined emphasizing the life saving ones. These indicators were used as a basis to measure providers' actual performance

**c. Elaboration of data collection tools**

From October 4-10, 2000, the PRIME II team held work sessions with delegates from the ZST and other persons designated by the stakeholders to see to the PNA's technical preparation, including:

- Finalizing of desired performance in EONC for the midwives and nurses on the one hand and care assistants on the other;
- Prepare the study's goal and objectives as well as its methodology;
- Definition of the survey approach (application of PIA in the maternity hospitals and diagnostic study of performances and potential in EONC in the community);
- Identification of data to be collected as well as the data collection techniques that will be utilized;
- Preparation of data collection tools.

**d. Training of data collectors**

A total of 12 data collectors selected from the Borgou DDPS, Malanville-Karimama ZST, Malanville referral hospital, Malanville urban community health center, local NGOs, Kandi Sub-Prefecture health centers and the social service of Malanville, Kandi and Gogounou participated in the survey. About 90% of them had previously participated in the PNA technical preparation sessions, held from October 2-13, 2000. The selection criteria were:

- Be a provider with EONC experience or social worker;
- Have previous experience in data collection;
- Speak at least one local language.

From October 23-28, 2000, the PRIME II team worked with the Malanville-Karimama ZST to prepare and conduct a seminar to train data collectors in needs assessment techniques towards performance improvement.

This workshop aimed at giving the data collectors a clear definition of the EONC problems in Benin and of the PIA, establish a common understanding of the survey methodology, harmonize data collectors in utilization of the tools and finalize the PNA logistic and administrative aspects.

During the workshop:

- Maternal mortality problems in Benin and the PIA were defined;
- The aim and objectives of the survey were clarified;
- The survey's methodology was clarified, including the utilization of the results, the study's approach, the types of data to be collected, the targets to be investigated and the techniques for data collection;
- Sketches of tools were reviewed to establish a common understanding of the contents;
- Conditions for the application of various data collection techniques (in-depth

interview, direct observation, focus group, documentary analysis) were discussed. The participants rehearsed the above techniques through role games;

- The designed instruments were tested;
- The targets, the villages where the survey was to take place were identified. The selection of villages was done in a rational manner (See List of Villages in Annexe 4).
- The survey timetables were elaborated for the sub-prefectures of Malanville and Karimama (See Survey Timetable in Annexe 5);
- Written instructions were elaborated for the collection and management of data. These instructions were reviewed and discussed with the data collectors and supervisors.

**e. Pre-testing of tools**

The tools were tested in the Bembereke sub-prefecture, precisely in the community health center of Beroubouay and in the villages of Kabanaou and Sombwa.

In Beroubouay, the data collectors interviewed providers (midwives and care assistants), CMC members and women previously delivered in EONC. They also analyzed the records of patients who had received treatment at EONC.

In the villages, the data collectors conducted in depth interviews with matrons, village birth attendants and family relations (women and men).

At the end of the visit in the Bembereke sub-prefecture, the data collectors reviewed and finalized the tools in conjunction with the lessons learned from the test.

**Data Collection**

Data collection was done from November 2-14, 2000 and was conducted in two phases:

The data collectors were then split in two groups, for each of the sub-prefectures of Malanville and Karimama, and began to collect data in the Malanville commune. The expected results for each group had been defined before hand in terms of number of sites and targets to visit. A pooling of field experiences enabled the data collectors to provide feedback and correct the shortfalls that had not been detected during the pre-testing of the tools.

Once in the field, they were sent in teams of two data collectors, depending on their profiles and mastery of the local languages (See List of Data Collectors in Annexe 6). Upon completion of a visit at a given site, each team of data collectors participated in a pooling of remarks and notes. The tools were examined for exhaustiveness and systematically corrected at the end of the each day. The tools examined were systematically reviewed by the supervisors and discussed with the concerned data collectors, if needed.

After the collection, a meeting of data collectors, supervisors and coordinator was held to cross review and correct the tools.

Movements in the field were facilitated by the logistic support provided by DHMO and PROSAF.

The survey's achievements in the health facilities (providers' performance in maternity hospitals) and community (community diagnosis) are presented below.

**Table 2: Providers EONC performance in maternity hospitals**

Targets	Expectations	Achievements
Midwives/Nurses	06	06
Care assistants	10	09
Direct Supervisors	08	08
Managers	04	04
Maternity Inventory:		
Zone Hospital	01	01
CCSP	01	01
CHC/CCSV	07	07

**Table 3: Community Diagnosis**

Targets	Expectations	Achievements
Family Health Management Office	01	01
Malanville-Karimama Health Office	01	01
Malanville-Karimama Health Zone Coordination		
Zone Hospital Manager	01	01
CCSP/CHC/CCSV Manager	08	08
CMC/SPMC	10	13
Matrons, TBAs	± 18	13
Women Previously Delivered	± 9	13
Villages/Families	10/18 groups of 5 pers.	10/30 groups of 5 pers.
NGO		
PROSAF	01	–
PBA/SSP	01	01
PADS	01	01
ABPF	01	–
BASICS	01	01
OSVJORDAN	01	01

### Data Processing and Analysis

The tools were coded gradually as they were received by the statistician in charge of processing the survey data. Processing was done using dbase software, applied to SPSS to calculate frequencies and percentages.

The results were presented in chart form for quantitative data and in declaration list form for qualitative data.

From November 26 to December 1, a workshop was convened for analysis purposes

including the PRIME II team, ZST members, representatives of the data collector's team of PBA/SSP, PADS, ZH, CHC. The participants reviewed and interpreted the data and drew conclusions on the providers' actual performance and their needs, as well as, at the level of the health facilities in the community. The participants made recommendations in terms of possible interventions to be facilitated towards improvement of EONC providers' performance. These interventions were examined for cost and benefit in order to select the most appropriate ones.

The analysis of data collected in the community was done which enabled them to draw conclusions on the potential and obstacles for EONC and the establishment of community partnerships.

### **Validation of results**

From December 6-8, 2000, a planning workshop for EONC interventions was held in the PROSAF office in Parakou.

This workshop, which was chaired by the DHMO representative, convened 18 delegates representing key partners and actors in EONC from the departments of Borgou and Alibori. These partners and actors are: FHMO, DHMO, Malanville-Karimama Health Zone, WHO, PROSAF, PBA/SSP, BASICS and UNICEF. PADS was not represented though invited.

During the workshop:

- A common understanding of the PIA was established;
- Dissemination of PNA results was done, including the goal, health zone background, methodology, results and conclusions in relation to improving providers EONC performance in maternity hospitals and community partnerships in EONC matters;
- The goal and objectives of interventions were clarified in harmony with the MOH expectations in EONC issues.

The participants were able, through the work sessions to:

- Confirm the interventions identified during the analysis of the assessment data. To this end, the participants examined and discussed the links between the root causes and performance gaps as well as the interventions' adequateness in closing or reducing the observed performance gap;
- Prepare a comprehensive action plan in relation to each selected intervention. The plan shows the cause, the intervention, the expected result for each intervention, a description of the intervention, the main steps for its implementation, the responsible party for each step, the support structure/structures and the timetable or implementation opportunities.
- Define the next steps towards finalizing and implementing the plan.

### **Limitations**

In order to limit tool-connected bias, all tools were pre-tested in conditions similar to those of the survey itself and comparable targets. Distortions linked with data

collectors were minimized through selection of the data collectors (profiles and origin), training which emphasized practice and tool calibration with the data collectors, a pre-testing of tools in which all the data collectors participated and a review of the completed tools with the data collectors after the first three days of survey to correct shortfalls which had not been detected during the pre-testing.

The very small size of the surveyed population did not allow performing a statistical analysis of the data collected.

Nevertheless, the survey's exhaustiveness, at least for the targets selected to assess EONC performance in the health facilities allows considering that the results obtained are significant. As regards to the community level, the number of surveyed individuals, though modest, nevertheless allows them to see some interesting trends.

The evaluation of providers EONC competence level should require that the providers be observed in real work conditions. Unfortunately, owing to the low probability to observe a true-life obstetrical or neonatal emergency at the time of the data collectors visit, this approach was not feasible. Moreover, even if this obstacle had been removed, this approach would not have permitted observation of all the providers on the same tasks. It was therefore decided to propose typical case studies for each obstetrical or neonatal emergency and ask the providers what action they would have taken for each. This method presents the inconvenience that it may lead to under-estimating the provider's expertise, for she or he may forget to mention some procedures that they would have done in a true life situation. In order to minimize the inconveniences inherent in this method, a review of maternity rolls was also done to analyze the actual behaviors before real cases that had occurred prior to the survey team's visit. The combination of these two methods enabled them to have a fairly good overall view of providers' actual performance.





# Results and Conclusions

## Characteristics of EONC providers

The PNA targeted all the providers who offered EONC services in the Malanville-Karimama Health Zone. These were six midwives or nurses and ten care assistants operating in the ZH, CCSP, one CCSV or CHC as shown in the following table:

**Table 4: Location of assessment targets.**

Target Sites	Midwife or Maternity Hospital Nurses	Maternity Hospital Care Assistants
Zone hospital	2	1
CCSP/Karimama	1	3
CCSV/Malanville	1	-
CHC Guene	1	1
CHC Tomboutou	-	1
CHC Madecali	-	1
CHC Garou	1	1
CHC Kompa	-	1
CHC Birni Lafia	-	1
TOTAL	6	10

Sixty-six percent of the surveyed midwives or nurses are posted in the sub-prefecture of Malanville and 33.3% in that of Karimama. Three are maternity managers as well (ZH of Malanville, Karimama CCSP and Guene CHC). For most they are between 30 and 45 years of age and all have a primary education level. 66.6% have been on their present post for two years or less. 16.7% have between two and five years and 16.7% have over five years of service.

55.6% of the surveyed care assistants are posted in the Malanville sub-prefecture. Three are maternity managers as well (CHC of Birni Lafia, Madecali and Tomboutou). They are between 22 and 45 years of age and have a primary education level (33.3%) or secondary school level (66.7%). Most have been on their present post for five years or more (66.7%).

## Actual performance of maternity providers and causes of performance gaps

### Actual performance

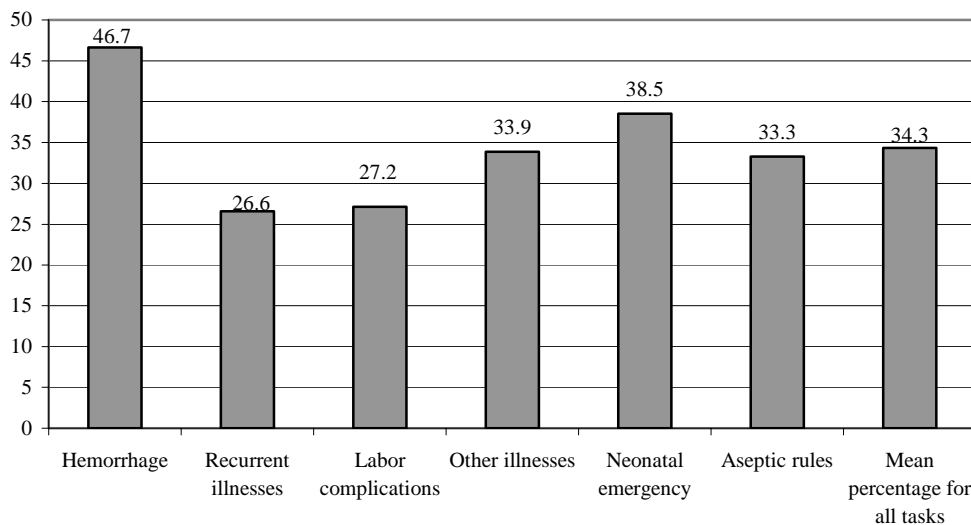
During the survey a typical case study was proposed for each task from the samples to the midwives, nurses and care assistants. They were asked to read the case and describe what action they would take to handle it. For each task a series of indicators had been defined emphasizing the vital ones.

#### a. Actual performance of midwives and nurses

The analysis reveals that none of the midwives or nurses was able to describe all the vital procedures corresponding to a given task. And so it went for all the

tasks. As shown in Chart 1 below, the midwives and nurses were able on the average to cite 34% of the procedures/indicators only with a maximum of 46.7% for the treatment of cases of hemorrhage. The tasks for which the procedures/indicators were the least cited include the treatment of cases of pre-rapture (16.7%), treatment of severe malaria during pregnancy (19.4%), treatment of an infection during pregnancy (22%), treatment or referral of a case of an infection prone or infected newborn (23.8%), tested and treatment of hypertensive illnesses during pregnancy: pre-eclampsia and eclampsia (25%) (See Annexe 7).

**Chart 1: Actual performance by midwives/nurses**



In order to confirm results obtained from the case studies, the data collectors also seek information in maternity records, and, on occasion, real cases coinciding with the day of visit, to approach the provider's true life behavior in cases of obstetrical or neonatal emergencies. It must be noted that there are exceptions at the ZH and with the procedures performed by the providers in case of an emergency at the maternity.

The data gathered from the records of the ZH and CCSV was small, nevertheless it confirms the actual performance recorded from the case studies submitted to the providers. The gaps between the desired performance and the actual performance as recorded from the documentary analysis or from actual case is still 100%. None of the providers was able to carry out the adequate action corresponding to all the indicators of desired performance.

Examples of cases taken from records:

- Take the proper steps in case of severe malaria during pregnancy:  
Two midwives/nurses performed five out of six indicators and the third person covered only two indicators.

None of them checked whether the patient was conscious or not. Their recommended treatment did not include Diazepam or any anti-emetic (when convulsions or vomiting are not ruled out).

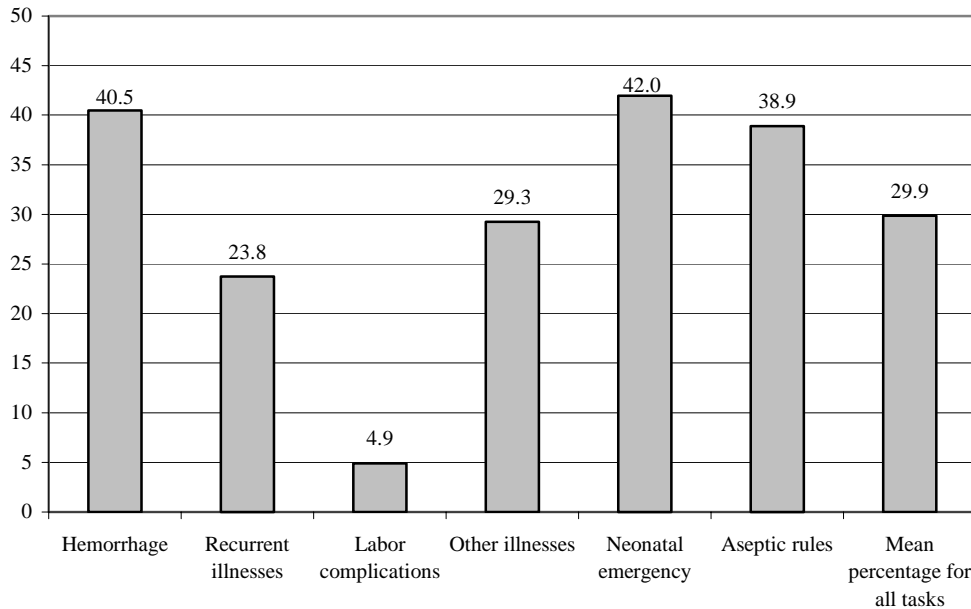
- Take the proper measures in case of pre-rupture:  
The midwife who got this case reported only three out of seven indicators. These were not covered:
  - Take a venous approach with a catheter
  - Administer a tocolytic
  - Empty the bladder
  - Observe the behavior of the woman in delivery
- Take the adequate measures in case of hemorrhage during delivery:  
Only three indicators out of seven were mentioned by the three midwives/nurses. These were not mentioned:
  - Take a venous approach with a catheter
  - Check color of mucus membrane
  - Massage uterus to check the firm globular uterus
- Perform the appropriate procedure in case of pre-eclampsia:  
Six indicators out of eight were covered by one of the three midwives/nurses. The troublesome indicators were:
  - Seek the edema and perform an albumin test
  - Set a self-retaining catheter
  - Put a handkerchief on the mouth or a Guedel cannula
- Take the appropriate steps in case of placenta praevia (observed in true life situation):  
The midwife covered only three out of eight indicators. The following were not covered:
  - Quickly ask questions on the presence, coloring of blood, presence of pain and frequency of repeated bleeding.
  - Check color of mucus membrane
  - Check fetus heart sounds

**b. Actual performance of care assistants**

Likewise, none of the care assistants was able to describe the proper procedure with all the indicators for a given task. This was observed also for all the tasks. As shown in Chart 2 below, the care assistants could cite only 29% of the procedures/indicators on the average, with a maximum of 65.7% for treatment of

an incomplete abortion with infection. The tasks whose indicators were least cited include identification and first aid for complications prior to calling on a hierarchic superior or resorting to a referral (4.9%); treatment of severe malaria during pregnancy (15.9%); identification of an underweight, traumatized, ill shaped, icteric, infection prone or infected newborn (21%); detection and treatment of an abortion threat (24.4%); and taking the proper steps in case of hemorrhage during delivery (29.6%) (See Annexe 7).

**Chart 2: Actual performance by care assistants**



These results confirm the conclusions of the evaluation of the health system’s management quality in the Borgou department conducted in December 1999 by PROSAF. Indeed this evaluation had revealed an overall weakness in complying with standards for the PNA activities in family health. For instance, the following was found:

*“poor quality of prenatal consultation characterizing by: insufficiency of systematic detection of serious alert signals done in only 10% of cases, thus exposing 90 % of PNC consultantst to complications harmful to the lives of the mother and child. Insufficiency of systematic detection of general risk factors, evidenced by the fact that these are sought out only in approximately 4% of cases, thus exposing 96% of the patient to abortion, premature deliveries and dystocial delivery”*

*“poor quality of treatment for deliveries characterized by insufficiency of detection of risk factors (4.3) and pre-eclamptic signs (8.7), which can cause death of mother and child during delivery.”*

### **Causes of performance gaps**

The analyses of the root causes of performance gaps revealed various problems met by the providers in the field. These root causes are summarized below, by performance factor.

### **Information**

In order to perform their expected tasks, providers need to know the institution's expectations from the tasks they must accomplish. The information is generally given through written job description and memos but also through their performance evaluation and immediate feedback by a supervisor, a team head, colleagues or clients.

In a general manner, the providers think they know what is expected of them in EONC matters in maternity hospitals. Direct supervisors and the managers confirmed this during the survey's investigations. Nevertheless, the type of tasks mentioned by the providers suggests that they do not know what is actually expected of them in EONC matters. Moreover, these expectations are not written anywhere.

Cause: Lack of job description including the main tasks in EONC for providers in maternity hospitals.

Except for the dissemination of monitoring results and the utilization of the supervision logbook there are no other standardized and institutionalized procedures to give systematic and regular feedback to the providers.

Cause: Systematic feedback is not among customary work practices.

### **Environment**

Work environment is an important factor allowing the providers to perform their expected tasks. The environment is made up of different elements including those that generally favor service provision, availability of the necessary resources and tools of sufficient quality and quantity of practice (policies and instructions, equipment and supplies, place, etc.)

Providers working conditions in hospitals are not satisfactory.

The transport system within maternity hospitals still remains problematic, because they do not always have access to efficient transport means (motorbike, vehicle) to perform their work.

The referral system is not always efficient because:

- There is no communication system between the peripheral health facilities and the referral hospital.
- Transport cost and inadequacy of some means (ambulance, taxi, motorbike ambulance) sometimes create a bottleneck in case of emergency evacuation.
- The management system for products utilized by EONC in the centers is not efficient, which causes stocks to run out in most health centers.

The clinical material available in the health centers does not comply with standards

and norms set by the MOH.

Waste disposal is not always adequate in the Malanville-Karimama Zone's health facilities.

Causes: The criteria defined for the utilization and maintenance of transport means the health facilities do not allow for efficient/optimal utilization; under-estimated cost of installation of Air Communication Networks in the health facilities for emergency evacuations; insufficient collaboration between NGOs, community health services and structures to organize communities to take charge of emergency evacuations; lack of decentralization of product procurement source; weak logistic management system (regular follow-up of stock, orders, and re-supply in relation to the needs; insufficient information leading to ignorance of or non-compliance to norms for biomedical waste disposal.

### **Motivation and Incentives**

Motivation is a paramount factor for good performance but the providers' motivation must pertain to anything done in order to encourage a person's performance in carrying out his work. Good performance should be positively rewarded and performance under par should bear neutral or negative consequences. The core issue is to know whether or not the person has any reason to perform as expected and whether there is someone to assess this or not.

Aside from the congratulation letters and performance and monitoring bonuses given on the basis of monitoring results by the community financing and PBA/SSP, there is no other motivation system for health agents. The existing system is not satisfactory to all the actors.

Causes: Insufficient spectrum of motivation system; lack of motivation criteria, including individual criteria with the participation of all care providers.

### **Organizational support**

One person's performance depends on the efforts that his organization or structure will make to help him/her attain the desired performance. This support is generally materialized through the communication of the institution vision and strategic objectives, and organizational process such as work supervision, organization, etc.

Organizational support is defined here by management and supervision benefiting those trained agents in the course of their work.

The goals and objectives in EONC are generally known for maternal and child health. To the contrary, the managers, supervisors and providers do not know the concept of EONC as such.

Work organization (distribution of tasks, roles and responsibilities) and decision-making systems contribute to good work execution in the maternity hospitals. On the

contrary, insufficient skilled manpower is a limiting element to work execution. There is one supervision system, which does not live up to all the expectations, particularly in terms of regularity, style, target and coverage.

Causes: EONC is a strategy that is not yet well known at the peripheral level due to non dissemination of documents on policies, norms and standards in family health, including those related to EONC as well as the national and departmental action plan for EONC; the improvement process for supervision has not yet reached the health zone; the Malanville-Karimama Health Zone known for being destitute, is a barrier to some health agents' enthusiasm to work here.

### **Knowledge and skills**

The analysis of this factor consists of determining the extent of the providers' required knowledge or skills to carry out their work. In other words, one must know if the worker has the wherewithal to do his work.

This insufficient knowledge and skills in EONC of all agents in the hospitals was observed. For the time being there is no training system in this area.

Causes: Lack of provider in-service or continuous training in EONC within the maternity hospitals; basic training does not emphasize EONC due to absence of links between training and health services and also EONC were not a strategy of MOH; training capacity in EONC in the Malanville-Karimama zone is limited.

### **Actual performance by matrons and TBAs**

Fourteen community health agents (CHAs) including two matrons and 12 TBAs were interviewed on their EONC performance. Their performance description includes the range of functions and present practices in EONC; knowledge of alert signals and risks factors as well as working conditions.

#### **a. Matrons' tasks**

When asked about their functions, at least one matron indicated that she performed the tasks related to the following activities:

- Prenatal examination including mobilization of the sick women and referral, also group animation;
- Delivery, including assistance to the women of normal deliveries, identification of difficult deliveries and referral, consultation with the mothers on breastfeeding and sterilization of materials;
- Care to the newborn including reanimation, cleaning and dressing of the umbilical cord, detecting disorders or other complications and referral.

The matrons did not cite FP among their responsibilities. Tasks such as reminding contraceptive clients or lost clients to not miss their appointments, counseling on birth spacing were not mentioned by any of the matrons.

The staff in community health complexes, the CHA chief supervisor confirmed these activities were performed by the matrons.

#### **b. Tasks of village birth attendants**

According to the CHC staff and CMC members, the following care services are provided by village birth attendants:

- Care to the mother
  - assist women in normal easy deliveries
  - refer difficult deliveries and advise the families
  - accompany the referred cases to the CHC
  - find a way pregnant women can get checked during prenatal examinations
  - recommend breastfeeding.
- Care to the newborn
  - give first care to the newborn (section umbilical cord)
  - refer the newborn to the CHC in case of trouble.

#### **EONC practices**

EONC practices considered for this assessment are the CHAs' behavior or the care provided by them to the mothers and newborn in case of complications, during or immediately after delivery, which could cause traumatism or death.

The table in Annexe 8 shows that in 17 cases of complications, the agents (matrons and TBAs) would take more measures detrimental to the mother and newborn than they would beneficial ones. Among the practices that could prove harmful, one could cite:

- Gives a local broth "commandi" or decoction if the delivery is slow or if the woman is thirsty after bleeding;
- Performs magic procedures or incantations when the woman is bleeding or when the baby presents its hand;
- Administers local products or consults a healer when the placenta is slow coming out;
- Massages the woman with a decoction in case of bleeding at the end of delivery;
- Washes the newborn with cold water if it does not cry at birth.

Among the procedures considered as beneficial, one could observe reference to CHC and breastfeeding.

Matrons, as well as village birth attendants, cited the harmful and beneficial practices described above.



### Knowledge of alert signals/risk factors

Alert signals and risk factors are indicators to identify risk pregnancies and decide on a referral. Knowledge of these indicators by the CHA and the families is a condition to minimize delays in referrals of obstetrical emergencies.

The CHA were interviewed for their knowledge of eight alert signals and risk factors with a pregnant woman. One matron out of two and three village birth attendants out of 12 readily cited two alert signals namely pallor of mucous membranes and presence of oedemas. One birth attendant out of 12 also cited spontaneously "previously operated on patients."

At least one matron out of two and six birth attendants out of the 12 cited other alert signals and risk factors after being prompted (several explanations given by data collectors). Lastly two to six birth attendants said they ignored the alert signals.

**Table 5: Knowledge of alert signals and risk factors by matrons (n=2)**

Signals/factors	Yes (spontaneous)	Yes (prompted)	No	Total
1. Pallid mucous membranes	1	1	0	2
2. Oedemas	1	1	0	2
3. Small size	0	2	0	2
4. Multiple pregnancies	0	2	0	2
5. Young women	0	2	0	2
6. Formerly operated on	0	2	0	2
7. Women who lost several children at delivery	0	2	0	2
8. Women with claudication	0	2	0	2

Table 5 shows that out of eight alert signals/risk factors, one matron in two cited only two (pallid mucous membranes and oedemas) spontaneously. The other signals and factors were prompted.

**Table 6: Knowledge of alert signals and risk factors by village birth attendants (n=12)**

Signals/factors	Yes (spontaneous)	Yes (prompted)	No	Total
1. Pallid mucous membranes	3	6	3	12
2. Oedemas	3	6	3	12
3. Small size	0	8	4	12
4. Multiple pregnancies	0	7	5	12
5. Young Women	0	7	5	12
6. Formerly operated on	1	9	2	12
7. Women who lost several children at delivery	0	6	6	12
8. Women with claudication	0	6	6	12

Table 6 shows that one to three village birth attendants out of 12 cited "pallid

mucous membranes, oedemas and previously operated on” spontaneously; six to nine cited after prompting the alert signals and risk factors and two to six were totally ignorant of these.

## **Work conditions for CHA**

### **Supervision**

One of the two matrons in the survey said she had one supervision visit by CHC staff in the month prior to survey. This visit was a source of new knowledge and skills for her. CHC staff makes supervision visits in the communities in the frame of the recommended strategies. As things presently stand, the supervisions have already done are not up to quality standards.

### **Motivation**

There are forms of motivation for matrons and village birth attendants: financial motivation and in kind payments.

a. **Financial motivation** consisting of:

- 15% of sales of medicines, on behalf of matrons within the financing frame of community health services. This form of motivation is not always functional;
- or**
- a payment of 300 to 1000 francs that the family of the just delivered women remits to the CHA.

b. **In-kind payment**

- This is supplies such as: soap, perfume, cloth, cereals, cola nuts remitted to the CHA by the family of the just delivered woman.

### **Availability of materials**

Matrons and village birth attendants perform tasks of which the quality depends on the material utilized, among other factors. An evaluation of materials availability was done for the CHA in the survey in reference to the functions of CHA and family health norms.

The evaluation’s main facts are the following:

- Out of the 27 items observed at least one matron disposes of six items (22%). Among the available materials, the following was inventoried: delivery table, single use gloves, fixation forceps, ligature thread, soap and furniture (tables and bench). Materials for the newborn (weight scales, ophthalmic pomade), as well as, certain products (iron, folic acid, vitamin A, paracetamol) are lacking at matron’s places;
- Not one village birth attendant disposed of the necessary clinical materials to perform their tasks. It must be noted that matrons and birth attendants carry out their practice at home.

## **Training**

Matrons are generally selected by the communities upon request by CHC staff or by NGOs that intend to start a village health unit (VHU) in the community. The main selection criteria for a matron is that the community accepts her. The level of education is not an absolute criteria. Training contents generally include managing deliveries and treatment of common ailments, such as headaches and malaria.

Training lasts one to three months. It is done in CHC maternity hospitals by midwives and/or care assistants. One of the matrons in the survey said that she had been trained six months before and another five years before. After training, the matron was to work in VHU.

They are trained informally. Their practice of delivery appears as family heritage passed on by previous generations.

## **EONC potential in the community**

Although emergency obstetrical services are necessary for the reduction of maternal mortality, they may be insufficient because even if they are available in the health facilities, women with complications may be faced with a set of barriers towards utilizing them. Some of these barriers are economic, e.g., lack of money to defray transport or service cost, cultural – e.g., the low value given to women's lives, or geographical – e.g., long distances and bad roads. These different factors can be summarized in a simple model commonly referred to as "The three delays": 1) Delay in the decision to resort to the services; 2) Delay in reaching a health facility; 3) Delay in receiving adequate treatment in the health facility.<sup>5</sup>

In order to initiate a pilot program that would allow impact on the two first delays, data were collected in the community to determine potential for service supply in emergency obstetrical services at home (Delay #1) and the establishment of community partnerships for emergency evacuations (Delay #2). The results and conclusions are presented below.

## **Factors favorable to community care supply**

### **There is a community need for EONC**

Maternal mortality remains very high in Benin. The population and health survey done in 1996 reveals a maternal mortality rate of 498 deaths for 100,000 births. The survey further shows a particularly worrisome situation in the Borgou department for other key indicators. For instance the fertility rate in this department is very high (ISF: 7.35) compared to other parts of the country, the contraceptive prevalence rate remains very low (2.5% for women), and 61.2% of deliveries are done at home, most of them without the assistance of skilled personnel.

The representatives of the Malanville-Karimama Health Zone coordination feel that

---

5 "The Design and evaluation of maternal mortality programs." Deborah Mmaine, Murat Z. Akalin, Victoria M. Ward, Angela Kamara. Center for Population and Family Health. School of Public Health. Columbia University, June 1997.

integrating EONC into other family health services offered in the community will help improve RH care and utilization. This should result in decreased maternal and prenatal mortality. The main barriers to EONC integration at the community level are communication constraints (expensive air communication networks, insufficient transport means, difficult access roads) for referrals and lack of EONC materials together with the management of these.

### **Health services do not always live up to expectations in emergency situations**

Recently conducted studies on UON in several departments showed a deficit in major obstetrical interventions against very high absolute maternal indications, especially in the Malanville-Karimama Health Zone (>80%).

Furthermore, a PROSAF study done in 1999 on the management quality of the Borgou health system showed low compliance with service standards, including poor quality in addressing deliveries, problems in the management of the global health systems in particular insufficient staff quality and quantity, insufficient transport means, insufficient operational communications, especially for referral/counter referrals and considerable depletion of stocks, including medicines. (See also Results of Assessment on EONC Providers' Performance).

### **Population regularly turns to available care services at the community level**

The needs assessment conducted in the community revealed that the populations keep turning first to the traditional healers/TBAs and matrons to solve their health problems before they go to a health facility. In case of complications, women in labor do not always go to the health facility first.

*"We go to the health center and traditional healers but we first go to the traditional healer. Sometimes we do both." (one woman in Madecali).*

CMC/VHC members asked about the quality of care given to the pregnant women evacuated in the health facilities expressed various opinions on the reception, the care received, provider's promptness and care cost. They emphasized the lack of patient follow-up after hospitalization.

*"The reception is bad and the midwives and assistants are never there, and as a result, women give birth outside on the terrace. Guene products do not cure the diseases, except for the pharmaceutical medicines prescribed by the Malanville hospital. A physician who left Cotonou was ordered to throw away expired Guene medicines in the river this year (2000). Product cost is affordable. There is no home service after hospitalization" (one CMC member in Guene).*

*"There is never a follow-up by the agents. Even if the patient can not move, they refuse to go to him arguing that it is not their job." (one CMC member in Garou)*

Most women and men also questioned in the villages viewed reception, provider's promptness, service cost and care received fairly satisfactory though they noted the lack of after hospitalization follow-up.

*“We receive good care. Most of the time when we go to the center, we come out in good health.” (one woman in Tondikou area)*

*“No follow-up at home. Only the matron looks after women at home after delivery.” (one man in Garoutegji)*

The surveyed persons expressed their wish to see health services come closer to them and regretted the proscription on TBAs to practice deliveries in the community (this practice is carried on despite the proscription).

*“Had it not been a 3500 francs fine for home deliveries, here in Guene, we are sure that many women would not be delivered at the maternity, because of the poor reception there. In addition, we are detained at the maternity for three to four days. If the midwives would do some follow-up every now and then, it would be even better. But we are left to ourselves during this period.” (one woman in Guene)*

### **There are agents providing services within the community**

There are CHAs in the villages that are well thought of and appreciated by the population. In each of the 14 villages visited, there was generally one TBA (100%). Moreover, there are villages with matrons also (28.6%), first aid workers and sometimes community relays. Generally the matrons and TBAs were designated by the community or had inherited the position through tradition. Nearly all of them have been providing health care for more than five years. The age of matrons and TBAs fluctuates between 45 and 65 with an average age of 57 years for the matrons and 59 for the TBAs. They are all illiterate and either married (45.5% of birth attendants) or widowed (100% of matrons and 45.5% of birth attendants). They all speak the local language.

The services generally offered by TBAs include home deliveries, postpartum care and care to the newborn infant (cleaning, umbilical dressing, herbal tea, traditional massage) nutritional counseling during pregnancy and referral of complications. In villages where there are matrons also, the TBA will collaborate with them. Due to MOH's proscription of home deliveries, more and more frequently TBAs will only accompany pregnant women to the maternity and assist the midwives during the deliveries. They also take charge of follow-up for the women and babies after delivery. 73.3% of the persons, who were asked, expressed their satisfaction about the services performed by the TBAs.

*“Because these women help us a great deal and we have so far not experienced bad consequences dueto the TBAs.” (one woman Kompa)*

The main reasons for satisfaction include low service cost during and after delivery, utilization of plants and other traditional practices considered efficient by the population, aid and assistance given particularly in case of difficult delivery and remoteness of health facilities.

Matrons generally provide a slightly wider range of services: prenatal examination (“check up” and counseling), deliveries, referrals in case of problems, postpartum care and care to the newborn infant (cleaning, umbilical dressing), weighing the

infants, support to vaccination teams. 80% of the persons questioned expressed their satisfaction about the services provided by the matrons.

*“Because she is available at any moment, makes quick decisions on evacuation. But she is already old (about 65 years). She is assisted by a young woman who must be trained to carry on the work.” (one man in Goungoun)*

Among the reasons given, one can note supply of first aid care, their behavior (availability, reception), quality of care offered, and their proximity. Desertion by some first aid workers and limited services offered (no injections, no medicines to be administered) are the main causes expressed for dissatisfaction about the services offered by first aid workers

According to the health personnel, the actual tasks for matrons and TBAs extend only to ectopic deliveries, referrals for complicated cases, women who came for prenatal consultation, accompanying the referred women, postpartum care and care to the newborn infant, sensitizing mothers on breastfeeding and vaccination.

As regards to the matrons’ performance, the supervisors noted the detection of difficult cases and timely referral among the well-done jobs. Limits of competence due to lack of in-service training is the factor hampering matrons performance.

The quality of the matrons’ work was assessed through its perception by CHC staff and the community.

For instance, CHC health staff said:

*“Matrons are quick to detect difficult cases and refer them in a timely manner, which saves the lives of the mother and child most of the time.”*

The referred cases include: placenta retention, defective presentation, hemorrhages and pregnant adolescents.

*“Considering that they were trained a long time ago and that they did not benefit from any in-service training, they only limit themselves to daily routine, which decreases their competences.”*

*“Because they cannot read or write, they can not fill out patients health books.”*

Only 18.2% of the interviewed CMC members (n=13) said they were satisfied with the matrons’ performance. Their reasons for satisfaction are summarized as follows:

- Quick detection of difficult cases;
- Timely evacuation;
- Availability for home service;
- Minimum training;

Most CMC members (81%) were not satisfied with the activities done by the matrons or were ignorant on these.

Some members said:

*“The matron delivers the women, but she has a nasty reception which drives women away.”*

*“I don’t know what a matron’s role is.”*

And still according to the health staff, the TBAs contribute efficiently in timely referral of difficult cases and surveys of home deliveries. They perform their tasks correctly within the limits of their competence and collaborate with the health staff.

Moreover, the tasks performed by the first aid workers are limited to primary care, referral of complicated cases to CHC and assistance to the health personnel for Information, Education, Communication (IEC) activities. The health staff appreciates the assistance given by the first aid workers (serve as relays, first aid care, referrals, mobilization) within the limits of their competences. They regret the drop in their performance due to lack of in-service training.

### **There is potential for CHA supervision and support**

#### **a. At the community level**

Community structures were set up in the Malanville-Karimama Health Zone within the frame of the Bamako initiative. These are commune and sub-prefecture management committees (CMC/SPMC) and village health committees (VHC) composed generally of eight members. These structures could play a greater part in CHA follow-up and support.

In fact, each of these structures at its level plays an actual part in referring patients (sensitizing the families for evacuations, transport), mobilization/communication activities to change behaviors and attitudes/IEC, and management of generic essential medicines (ordering, reception, packaging, inventory).

It should be noted, nevertheless, that none of these structures is actually active in motivating CHA’s. In fact, there is a motivation system for the matrons and first aid workers and neither the population nor SPMC/CMC/VHC participate in it. This category of CHA disposes of a margin (15%) on sales of essential medicines and contraceptive products. They should also receive support from the population but this scheme does not seem to function at all. As regards to the TBAs, there is no set motivation system. They generally receive in kind presents for services rendered. At some CHC, they receive compensation each time they bring a woman to the maternity and, in some cases, a bonus collected from monitoring bonuses.

For the representatives of the health zone coordination, these structures could become further involved, for instance by identifying community health activities that could be trusted to them and training them towards this purpose, and by figuring out motivation schemes for the members of these structures. This was confirmed by the health staff that feels that training of CMC/SPMC members and

setting up a motivation system would help in getting them more interested in community health activities.

**b. At CHC level**

Among the staff of the eight CHC that were visited, some already are taking charge of supervision of the CHAs who were present in the area covered by the health structure. These were essentially the matrons, first aid workers, community relays and lastly the TBAs.

Nevertheless, it should be noted that the supervision system for CHAs is not really structured and institutionalized. Some supervisors managed to be individually organized so as to follow-up CHA activities. Some of them carry out supervision once weekly or monthly, others on the occasion of the recommended strategies. There is actually no fuel allocation for CHA supervision. There is generally no supervision schedule. According to some supervisors, in the case of community relays providing FP services, a feedback is given to the agents after the supervision visits, either verbally or in writing. Problems are solved immediately on the occasion of another supervision visit. Supervision reports are prepared and available in the chief nurse's office.

When the supervision is not done, it is generally because no program exists for it at the health facility or because the problems encountered are deemed minor and do not require any specific follow-up.

The support given to CHA by the health staff in materials supply remains limited to stock inventory and transmission of needs at zone levels. The main problems connected with the supply of materials to the VHS concern delays in satisfaction of demand and depletion of products at the source.

**c. At zone and partners levels**

The coordination of the Malanville-Karimama Health Zone is involved in the support to community activities. It provides financial support (especially for fuel, and other costs), material assistance (IEC materials) and human resources. It takes charge of training and follow-up of community relays together with supplying these with materials on a regular basis.

Partners in social and health development are already conducting activities aiming at strengthening health services at community level through strengthening community mobilization and community-based services (training, materials, setting referral/counter referral structures.)

## **Potential for community partnerships**

Community partnerships is a strategy in mobilizing clinic based and non-clinic based providers, communities and families with a view to organizing timely referrals for obstetrical and neonatal emergencies. In other words, this strategy aims at decreasing delays in transport to the health facilities where obstetrical and neonatal complications can be addressed, by developing the families' capacity to identify the emergency in a timely manner, and by establishing local emergency transport systems



and solidarity or family funds.

The difficulties met by the Malanville-Karimama Health Zone are numerous and multiform, particularly when pertaining to emergency evacuations. The low health coverage especially in the Karimama sub-prefecture, the inadequate transport means for referrals, the economic constraints to defray costs, the poor state of some of the communication ways, etc., are difficulties that the Malanville-Karimama must grapple with. This is justification enough to establish community partnerships.

### **Lack or remoteness of health centers**

All categories considered the Malanville-Karimama Health Zone consists presently of nine health facilities for a population of 124,067 souls,<sup>6</sup> being 12% of the Borgou department's total population. The Malanville sub-prefecture is comprised of the ZH, one CCSV and four CHC. The Karimama sub-prefecture is worse off with, only one CCSP and two CHC. Due to this situation, many communities are served by one health center. The villages visited were as far as 24 km from the nearest CHC, 60% of them within 5 km radius, 23.3% between 5 to 10 km and 16.7% in a radius exceeding 10 km. For emergencies, the populations must carry the patients over long distances, using transport means often unsuitable (horse drawn carts, bicycles, motorbikes), on difficult roads, especially in the Karimama sub-prefecture.

On this subject, one previously delivered woman says:

*"I do not wish this to ever happen again. I pray God that it may not happen again. I could not understand, because I had regularly been to the prenatal consultations. What I wish is that the village would have a health center that could handle maternity emergencies."*

### **Lack of adequate means for referrals**

Referral of a patient should be done with adequate transport means and in the best possible conditions so as to enable her to reach the closest health center under optimal conditions. It was observed that the transport means presently utilized are not always adequate.

When a pregnant woman needs to be transported, families generally resort to the transport means available such as dug out boats, bicycles, motorbikes, private vehicles, taxi, motorbike taxis, or horse drawn carts.

*"If the woman is in the fields, she is taken to the CHC on a cart. If she is at home, she may walk or go by cart (with no charge). Those in neighboring villages come by motorbike with their wives on the backseat, held by someone else or not. It is difficult for those in the villages to quickly get to the CHC (one to three hours, decision making included)." A group of men.*

---

6 1999 Estimates.

*For such cases we use bicycles, motorbikes that we do not rent, or carts. But evacuation by cart or bike is slow, and consequently some women give birth on the way to the center.” A group of men.*

*“Evacuation of emergencies is done with horse drawn carts, which are very slow on bad dirt roads.” A group of women.*

*“We utilize several means to take such cases to the center: cart, dug out boats, taxi, or motorbike. They all are rented. A dug out goes for 20,000 francs, a taxi between 20 to 50,000 francs. If the woman can sit on a motorbike, then we put her on it.” A group of men*

Some health centers dispose of motorbike ambulances. Nevertheless the population does not like this mode.

*“When the case is not too urgent, we call in the motorbike ambulance for help. But if this ambulance cannot carry one accompanying person, then the woman is left alone with her pains. The top is not transparent to allow the driver to keep an eye on the woman.” A group of men*

### **Presence of mobilization structures**

There are mobilization structures actually emanating from the community in the Malanville-Karimama zone, which carry out sensitization activities on health related subjects. This is so for SPMC and CMC that represents an opportunity to establish community partnerships.

*“We organized a general meeting to collect the community’s hopes concerning the health center. On the centers’ side if there is a problem with the population (care on credit) someone is assigned to recover payments. We do sensitizing on illnesses, STDs, AIDS.” members of a CMC*

There also are other community structures such as USPPs. Though little or not involved in health related activities, these structures nevertheless, play an important part in mobilizing the populations.

### **Positive perception of the contribution system by the communities**

The creation of a community fund provisioned through contributions, for example through income generating activities, is one of the strategies recommended through community partnerships. When asked about its feasibility, the people were enthusiastic.

*“People will agree to contribute because the population is very poor, they will even applaud. Contributions are not made everyday, because cases do not happen everyday. We just suggested the idea to the village committee to subscribe after the cotton is sold. We can have the farmers contribute too. We can farm collective plots and the income from it will constitute the fund.” CMC members.*

*"We decided to call a general meeting at the village level to start the contributions (100 francs for men and 50 francs for women, monthly, except for March when men will pay 500 francs and women 250 francs) in order to buy a vehicle, which will enable proper handling of transports in five years time." CMC members*

*"It can be done on an agreement basis. We are going to discuss and agree. Then we will set the amount to be paid by each household head. We will select one trustworthy person, one elderly person who will manage the fund." A group of women*

*"Here we fully agree on anything that concerns our health. The village chief will sensitize each household head with the assistance of his advisors. The sums collected will be deposited in the CVEC and used to install an air network." A group of men*

### **Input by health staff and NGOs**

Through the recommended strategies, the health centers have the opportunity to be in touch with the most remote communities and make them aware of important health issues. As a result, the health staff can contribute in mobilizing the populations and educating the families within the frame of community partnership, while providing support to the matrons and TBAs.

NGOs are not structures emanating from the communities though operating in them. There is actually a certain number of local NGOs that carry out activities connected with health IEC, support counsel, diverse training, completion of social and community works, etc.). These NGOs generally act as mediators between communities and between the communities and other partners.

### **Adverse factors**

If it is true that there are favorable factors for community partnerships in the Malanville-Karimama Health Zone, it is likewise true there are factors that could be a hindrance to implementing such a strategy.

#### **a. Population behavior**

Some objections were expressed, indicating potential unwillingness (suspicion, lack of trust due to previous behaviors by some managers) within some of the communities, which could slow down and even close the establishment of a community partnership.

*"It is not possible because some feel they will not benefit from it. There is poverty, too, and the attitude that the managers are going to squander their money." One community manager*

*"The people will feel that the committee wants to embezzle their money. Attitudes will vary from one person to the next." One CMC member*

**b. Behaviors of some health agents**

Through their behaviors, some health agents project a negative image of health services, which could cause lack of participation and collaboration from the populations in establishing community partnerships.

*"Bad reception, the midwife is never there and even if she is present, you must always go to town to get help from her. The midwife is rude with the women." A group of women*

*"Bad reception. It has happened that our daughters and sisters had to give birth on the floor because there was no reception." A group of women*

*"Bad reception. When you bring in a patient, you have to go several times to the head nurse who will keep on sleeping. Sometimes even the women give birth on the floor. It is afterwards that he will show." A group of men*

# *Discussion/Recommendations*

## **General observations on the performance of EONC providers in maternity hospitals**

The gap between the desired performance and the actual is 100%. Indeed, none of the providers in the maternity hospitals (midwives, nurses and care assistants) was able to perform the tasks related to obstetrical and neonatal emergencies according to the norms. In other words, the tasks were for most only partially done.

## **Conclusions and recommendations by performance factor**

### **Information (expectations)**

Generally the providers feel they know what is expected of them for EONC in the maternity hospitals. Nevertheless, the types of tasks mentioned by the providers suggest that they do not know what is actually expected of them for EONC matters. Moreover, observation of a job description including the main EONC tasks for providers in the maternity hospital did not contain a listing of what is expected of them.

#### ***Recommendation:***

Develop or update job descriptions for the agents in maternity wards and pediatric services, including the main EONC tasks for the agents and disseminate these.

### **Information (feedback)**

Except for the dissemination of the monitoring results and the supervision logbook, there are no other standardized and institutionalized practices to give systematic and regular feedback to the providers. This is due to the fact that systematic and regular feedback is not a customary work practice.

#### ***Recommendation:***

Established practices that would coax feedback in the Malanville-Karimama Health personnel's work habits. Here are a few practices:

- on the occasion of all work shift changes, organize a staff meeting between in and out shifts;
- do a compilation of statistics twice a month and give copies to all health facilities in the zone;
- have the staff exploit the collected data within their structure;
- disseminate the results from the statistics to all the health facilities;
- organize weekly meetings and monthly meetings in rotation to discuss cases received in the health facilities;
- send on time counter referral slips;
- after supervision sessions: gather all the staff and give feedback, fill out the

supervision logbook and send the report on time.

## **Environment**

The providers work conditions in the maternity hospital are not satisfactory for transport, emergency evacuations, procurement, availability of materials, and waste disposal.

### **a. Transport**

The criteria presently defined for the utilization and maintenance of transport means in the facilities are not adequate enough for their optimized efficient use.

#### ***Recommendation***

Provide the maternity hospitals with transport means. Define and take to scale with the participation of the actors in health operations (health agents, community structures and partners), the well-defined criteria for optimal utilization and maintenance of transport means in the facilities.

### **b. Emergency evacuations**

As it stands now, the referral system is not always efficient, due to the fact that the process of setting up the communications means was stopped because the cost of air network had been underestimated. Moreover, there is insufficient collaboration between the NGOs, health services and community structures to organize the communities in handling emergency evacuations.

#### ***Recommendations***

Start over the process of supplying the Malanville-Karimama zone's health facilities with communication means (air network, mobile telephones, etc.);

Establish partnerships between public structures (MOH, Ministry of Civil Engineering, and Ministry of Rural Development), health services, NGOs and community structures to address emergencies.

### **c. Procurement and availability of materials**

The lack of decentralization of products procurement source and the weakness of the logistics management system (regular stock follow-up, ordering and re-supply) are the reasons behind depletions of stock for certain materials.

#### ***Recommendations***

Speed up decentralization of products procurement source with the concerned parties.

Strengthen the logistics management system, so as to ensure that the health facilities in the zone are supplied in materials according to family health norms and standards.

### **d. Waste disposal**

Waste is not eliminated according to the norms. This is due to insufficient

information resulting in ignorance of, or non-compliance with norms on biomedical waste disposal

### ***Recommendations***

Disseminate information notes and have health agents organize biomedical waste disposal demonstration in work places.

## **Motivation**

Except for congratulation letters, performance and monitoring bonuses paid on the basis of monitoring results by community funds and PBA/SSP, there are no other motivation systems for health agents. In addition, the present system is not to everyone's liking. The weakness in the motivation systems are due to the narrowness of the motivation range and the lack of individual motivation criteria, well-defined and made known to all.

### ***Recommendation***

Develop diversified motivation systems, including well-defined individual criteria, with the full participation of the health staff. The Malanville-Karimama Health Zone should also manage the motivation system.

## **Organizational support**

### **a. EONC goal and objectives**

EONC goals and objectives are generally known through the mother and child health programs. But the notion of EONC as such is not known by managers, supervisors and providers particularly at the peripheral level. This is due to non-dissemination of documents on policies, norms and standards for family health, including those related to EONC and to the national and departmental action plan for EONC.

### ***Recommendations***

Disseminate the documents on policies, norms and standards for family health, including those related to EONC and to the national and departmental action plan for EONC at the level of DHMO-MKHZ-CSSP and CHC.

### **b. Work organization**

Work organization (distribution of tasks, roles and responsibilities) and decision-making systems contribute in good work performance in maternity hospitals. Nevertheless, insufficiency of qualified staff tends to limit the good performance since the MKHZ is known to be destitute and consequently makes agents hesitant to work here.

### ***Recommendation***

Establish incentive measures to coax junior and senior management staff to work in the MKHZ.

**c. Supervision system**

There is a supervision system, though not living up to all the expectations, especially in terms of regularity, style, target and coverage. The ongoing process to improve supervision has not yet reached the MKHZ.

***Recommendation***

Speed up the supervision improvement process in the MKHZ (see DHMO-Borgou Alibori).

**Knowledge and Skills**

There is insufficient EONC knowledge and skills among all maternity hospital agents. This is due to:

- lack of in-service or continuous EONC training for providers in the hospitals.
- the basic training does not emphasize EONC due to the lack of linkage between training and services and also because EONC was not included in MOH strategies in the past.
- the capacity for EONC training in MKHZ is limited.

Moreover there is no EONC training system for the time being.

***Recommendations***

Organize in-service/continuous training for EONC providers in maternity hospital using innovative training approaches.

Integrate EONC in professional health school training curricula.

Strengthen the capacity to conduct EONC training activities (trainers' teams, funding, training materials, referral documents, etc.)

**General situation of performance by CHAs and EONC potential at the community level**

The maternal mortality rate, particularly in the Borgou department, the low EONC performance by the health services, the general conditions in the Malanville-Karimama Health Zone (lack or remoteness of health centers, lack of adequate transport and communication means for referral, long distance and bad roads) would justify the implementation of other approaches for the provision of EONC. The development of the families' capacity to detect emergencies and the strengthening of evacuation systems between the community and health structures could be suitable answers.

Indeed, there is a potential for such strategy at the community level. There are matrons and TBAs in the villages who offer services related to pregnancy and delivery. They also are active in population mobilization and sensitizing. These agents are well appreciated by the community that calls on them on a regular basis. Nevertheless, it should be noted that there are weaknesses in their skills as evidenced by the persistence of practices that can be harmful for mothers and newborn infants



and their ignorance of risk factors and alert signals. They had little or no training. Moreover, their work conditions are not always adequate. They do not always dispose of appropriate materials, particularly so with the TBAs. They receive little or no supervision and the motivation system is not systematized.

Among the factors that could help in developing EONC at the community level, it should also be noted that:

- CHAs traditionally are the first recourse for health care;
- Health staff collaborate in a certain measure with the CHAs;
- There are community structures (CMC/SPMC/VHC) which actually play a role in referrals;
- Some health facilities already perform supervision for certain CHA's on the occasion of the recommended strategies;
- There is positive perception by the communities of the contribution systems.

### ***Recommendations***

To strengthen the EONC referral system through the improvement of quality in health facilities services and establish community partnerships for timely evacuation of obstetrical and neonatal emergencies. This can be achieved:

At the community level, through:

- Utilization of local management structures for the support to the CHAs (matrons, TBAs) and community mobilization
- Strengthening skills among families and CHA (matrons/TBA) in detecting alert signals and risk factors;
- Communication to elicit behavior change/IEC;
- Organization of emergency transport (emergency fund, communication/transport means);
- Follow-up of maternal mortality/morbidity (verbal autopsy).

At the level of health services:

- Involvement of health staff in CHA training/supervision/support (matrons; TBAs).
- Improvement of emergency management in referral centers (information/instruction, staff training; equipments/supplies, motivation, supervision).

# Annexe 1: Echantillonnage (Sample characteristics)

## I. Pour amélioration de la performance

Cibles Sites	SF/Infirmière des maternités	Aides soignantes des maternités	Superviseur direct des SF/INF et AS	Superviseur direct/prest	Gestionnaires	Maternités	Cas
HZ	de SOUZA Catrayè(de SC) GUEDEGBE Euphrasie (GE) Yossidé Jacqueline(YJ)	GOUDA Adiza (GA)		- GUEDEGBE Euphrasie (GE)	Dr NALLA	1	
CSSP/ Karimama	FANDOHAN Evelyne (FE)	MAMA Lamaratou (ML) Bio Azara (BA) Osséni Abiba (OA)		FANDOHAN Evelyne (FE)	ADDA Félix (AF)	1	
CCSU/ Mville	SANOGO Sitan (SS)	-	-	-	FELIHO Lin (FL)	1	
CCS Guéné	-	IBOULO Zénabou (IZ)	DAMOURE Jean (DJ)			1	
CCS Tomboutou	-	BANI Assana (1) (BA)	GANON Faustin (GF)	-	-	1	
CCS Madécali	-	GARBA Mariame (GM)(1)	WOLLO Rock (WR)	-	-	1	
CCS Garou		ADJINADJE Marie (1) (AM)	GIBIGAYE Salifou (GS)	-	-	1	
CCS Kompa	TOWOU Arlette (TA)	Souley Fati (1) (SF)	-	TOWOU Arlette (TA)	LOUPEDA Jacques (LJ)	1	
CCS Birni-Lafia	-	MAMA Thérèse (MT)	KPATCHA Bienvenu (KB)	-	-	1	
DDS/Borgou Alibori					- DDSP/Parakou - CS/SF-Parakou	-	
EEZ/M-K					- Coordonnateur	-	
11	6	10	7 Superviseurs directs	3	7	9	

(1): AS responsable de maternité

## II. Pour le Diagnostic Communautaire

Cibles Sites	Responsable (directeur)	Chef d'équipe Coordinateur	Personnel CCS/ CSSP	Coordinateur	Membres COGEC	Membres CVS	Matrone	UVS	AT	Ancienne parturiente	Membres des familles
- MS	DSF (Cotonou) DDSP (Cotonou)										
- ONG locales		- PROSAF - PBASS-P - PADS - Autres ONG de santé									
- Zone sanitaire (siège)				Dr de SOUZA							
- CPS		Respon-sable									
- Village pilote (voir liste)						- Président	1 par village au moins	1	1 par village au moins	1 par village au moins	2 groupes par village 5 hommes 5 femmes
- CCS de référence			CP et RM		Président et coll.						

AT: Accoucheuse traditionnelle

CP: Chef de poste

RM: Responsable de maternité

FS: Formation sanitaire

# **Annexe 2: Outils de collecte de données** (*Data collection tools*)

## **Etude sur l'Amélioration de la Performance**

---

### **Guide d'observation des prestataires (Fiche 1A)<sup>7</sup>** *(Providers' observation guide)* **(Sage-femme, infirmière)**

#### **Introduction**

L'objectif de ce guide d'observation est de collecter les données sur la performance des agents. L'enquêteur collectera les données par observation ou par simulation à l'aide des scénarios.

Les données qui seront collectées serviront à l'identification des interventions qui permettront l'amélioration de la performance des prestataires en SONU.

#### **Identification**

- a) No: \_\_\_\_\_
- b) Zone sanitaire de: \_\_\_\_\_  
Sous-préfecture de: \_\_\_\_\_ Commune de: \_\_\_\_\_
- c) Type d'établissement (cocher):  
HZ:  CSSP:  CCSU/CCS:
- d) Profil de l'enquêtée:  
SF:  Infirmière:
- e) Caractéristiques:
- Age: \_\_\_\_\_ / ou Date de naissance
- Niveau d'instruction:
- Secondaire:  Universitaire:
- Ancienneté au poste:
- 1 an:  1-2 ans:  2-5 ans:  5 ans et plus:
- Ancienneté professionnelle:
- 1 an:  1-2 ans:  2-5 ans:  5 ans et plus:
- 

<sup>7</sup> DDSP Borgou\PRIME\Intrah\Fiche 1A

## Instrument d'Evaluation de la Performance pour Sage-femme et Infirmiere

Prise en charge de l'hémorragie: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cas cliniques # 1
	Oui	Non	
<p>1. <b>Adopter la conduite à tenir en cas de grossesse extra-utérine:</b></p> <p><b>La sage-femme ou l'infirmière:</b></p> <p>1.1. <i>Prend rapidement un abord veineux au cathéter et Ringer lactate ou grosses molécules ou le maintient s'il est déjà installé et avec prélèvement pour groupage sanguin</i></p> <p>1.2. <i>Prend le pouls et TA</i></p> <p>1.3. <i>Pose de questions rapidement sur la durée d'aménorrhée, la présence des gouttes de sang noirâtre et les circonstances d'apparition</i></p> <p>1.4. <i>Observe la coloration des muqueuses</i></p> <p>1.5. <i>Palpe l'abdomen à la recherche du cri de l'ombilic</i></p> <p>1.6. <i>Fait le TV NON combiné au palper à la recherche du cri de l'ombilic, du cri du Douglas, la présence d'une masse latéro-utérine, la présence de gouttes de sang noirâtre</i></p> <p>1.7. <i>Réfère ou fait appel au médecin immédiatement après l'examen</i></p>			<p>Vous recevez ce matin en urgence une de femme de 27 ans avec une notion d'aménorrhée de 2 mois accompagnée de petits saignements depuis trois jours semblables à des règles habituelles. Arrivée ce jour au chef lieu de la commune dans le cadre d'une cérémonie, elle ressent soudainement des douleurs abdominales, s'effondre. Couverte de sueur, on vous l'amène à la maternité.</p> <p>A quoi pensez-vous?</p> <p>Quelle est votre conduite face à ce cas?</p>
<b>S/Total</b>			

Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cas cliniques # 2
	Oui	Non	
<p><b>2. Adopter la conduite à tenir en cas de placenta praevia:</b></p> <p><b>La sage-femme ou l’infirmière:</b></p> <p>2.1. <i>Prend rapidement un abord veineux au cathéter ou le maintient s’il est déjà installé et avec un prélèvement sanguin</i></p> <p>2.2. <i>Prend le pouls et la TA</i></p> <p>2.3. <i>Pose de questions rapidement sur la présence et la coloration de Sang, la présence de douleurs et la fréquence de saignement (à répétition)</i></p> <p>2.4. <i>Vérifie la coloration des muqueuses</i></p> <p>2.5. <i>Vérifie les bruits du coeur foetal</i></p> <p>2.6. <i>Rompt les membranes si elles sont accessibles</i></p> <p>2.7. <i>Dirige le travail d’accouchement</i></p> <p>2.8. <i>Réfère ou fait appel à son superviseur en cas de membranes inaccessibles</i></p>			<p>Mme Mariam Aboudou, 32 ans, 4ème geste, 2ème pare, avec antécédent d’une fausse couche provoquée de 2 mois ½ suivi de curetage, porteuse d’une grossesse de 7 mois ½ est admise en urgence dans votre maternité à 2 heures du matin pour métrorragies abondantes.</p> <p>A quoi pensez-vous?</p> <p>Si vous étiez la sage-femme de garde ce jour-là, quelle serait votre attitude si votre hôpital de référence est à 35 km?</p>
<b>S/Total</b>			

Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cas cliniques # 3
	Oui	Non	
<p><b>3. Adopter la conduite à tenir en cas de rupture utérine</b></p> <p><b>La sage-femme ou l’infirmière:</b></p> <p>3.1. <i>Prend rapidement un abord veineux au cathéter et Ringer lactate ou grosses molécules ou le maintient s’il est déjà installé et le prélèvement pour groupage sanguin</i></p> <p>3.2. <i>Prend la TA , pouls</i></p> <p>3.3. <i>Palpe l’abdomen à la recherche de douleurs, fœtus à fleur de peau et la rétraction utérine</i></p> <p>3.4. <i>Vérifie les bruits du coeur fœtal</i></p> <p>3.5. <i>Fait un TV à la recherche du sang noirâtre</i></p> <p>3.6. <i>Réfère ou fait appel au médecin</i></p>			<p>Mme Ouangbé Lolo Brigitte, 35 ans, mère de 7 enfants vivant vous est amenée en urgence après une tentative d’accouchement à domicile sans succès. Elle a des contractions subintrantes avec agitation mais subitement elles cessent et on observe une accalmie. Elle est couverte de sueurs froides et demande à boire.</p> <p>A quoi pensez-vous?</p> <p>Quelle est votre conduite?</p>
<b>S/Total</b>			

Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cas cliniques # 4
	Oui	Non	
<p><b>4. Adopter la conduite à tenir en cas d'avortement hémorragique</b></p> <p><b>La sage-femme ou l'infirmière:</b></p> <p>4.1. <i>Prend immédiatement un abord veineux avec cathéter au Ringer lactate ou grosses molécules et un prélèvement pour groupage sanguin</i></p> <p>4.2. <i>Prend les constantes le pouls, TA, température</i></p> <p>4.3. <i>Fait le TV pour vérifier la présence de sang avec ou sans débris ovulaires</i></p> <p>4.4. <i>Procède à l'évacuation de l'utérus par curage digital, curetage ou aspiration manuelle selon le niveau</i></p> <p>4.5. <i>Fait l'examen au speculum pour vérifier l'état du col et du vagin</i></p> <p>4.6. <i>Administre les antibiotiques, utéro-toniques et vaccinothérapie (sérum antitétanique+VAT)</i></p> <p>4.7. <i>Organise la référence si hémorragie persiste</i></p> <p>4.8. <i>Fait la transfusion si nécessaire selon le niveau</i></p>			<p>Aminata, 3ème geste, 2ème pare est amenée en urgence dans votre centre pour métrorragie abondante sur grossesse de deux mois et demi. L'hémorragie est constituée de sang rouge et de nombreux caillots remplissant le vagin.</p> <p>L'interrogatoire révèle une perte de connaissance à domicile avant son évacuation.</p> <p>A quoi pensez-vous?</p> <p>Quelle est votre conduite face à ce cas?</p>
<b>S/Total</b>			



Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cas cliniques # 5
	Oui	Non	
<p><b>5. Adopter la conduite à tenir en cas d'hémorragie de la délivrance</b></p> <p><b>La sage-femme ou l'infirmière:</b></p> <p>5.1. <i>Prend immédiatement un abord veineux avec cathéter et Ringer lactate ou grosses molécules et un prélèvement pour groupage sanguin</i></p> <p>5.2. <i>Apprécie la coloration des muqueuses</i></p> <p>5.3. <i>Prend le pouls et la TA</i></p> <p>5.4. <i>Fait une révision utérine</i></p> <p>5.5. <i>Masse l'utérus pour obtenir le globe de sécurité</i></p> <p>5.6. <i>Administre les utéro-toniques et antibiotiques</i></p> <p>5.7. <i>Pose un sac de sable</i></p> <p>5.8. <i>Organise la référence ou fait appel immédiatement en fonction de l'évolution des éléments de surveillance (pouls, TA, muqueuses et téguments, état de conscience) ou la persistance de l'hémorragie</i></p>			<p>Adama vient d'accoucher d'un bébé de 3kg 800 ce jour. Installée dans son lit après la délivrance, l'entourage constate que son drap est mouillé et l'accouchée est prostrée. Les parents vous font appel immédiatement.</p> <p>A quoi pensez-vous? Que feriez-vous faire?</p>
<b>S/Total</b>			

Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 6
	Oui	Non	
<p><b>6. Adopter la conduite à tenir en cas de déchirures périnéales ou cervico-vaginales</b></p> <p><b>La sage-femme ou l'infirmière:</b></p> <p>6.1. <i>Prend immédiatement un abord veineux avec cathéter</i></p> <p>6.2. <i>Pose rapidement des questions sur les circonstances d'apparition</i></p> <p>6.3. <i>Fait systématiquement l'examen au spéculum pour localiser les lésions (périnéales, cervico-vaginales et cervicales) et leur étendue</i></p> <p>6.4. <i>Fait la suture des parties lésées sous anesthésie locale</i></p> <p>6.5. <i>Fait une révision utérine et un tamponnement vaginal</i></p> <p>6.6. <i>Organise la référence ou fait appel au médecin si les saignements ne sont pas arrêtés</i></p>			<p>Mme Assogba admise en travail depuis 7 h dans votre centre vient d'accoucher un bébé de 3kg 500 au moment où vous étiez appelé pour un enfant en convulsions dans la salle d'hospitalisation. Au moment de la délivrance, vous aviez remarqué que le placenta était intégral. Le globe de sûreté est présent mais la femme continue à saigner.</p> <p>A quoi pensez-vous? Quelle sera votre conduite?</p>
<b>S/Total</b>			
<b>Total</b>			

Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 7
	Oui	Non	
<p><b>7. Détecter et prendre en charge une menace d'avortement</b></p> <p><b>La sage-femme ou l'infirmière:</b></p> <p>7.1. <i>Prend un abord veineux avec cathéter et Ringer ou grosses molécules et prélèvement pour groupage sanguin</i></p> <p>7.2. <i>Pose rapidement des questions sur l'âge de la grossesse, la présence de douleurs, des leucorrhées ou saignement et les circonstances de leur apparition</i></p> <p>7.3. <i>Prend les constantes: pouls, TA, température</i></p> <p>7.4. <i>Fait un TV et un examen au spéculum pour apprécier l'origine des leucorrhées, l'état du col et vérifier la présence des débris ovulaires</i></p> <p>7.5. <i>Hospitalise systématiquement les patientes en menace d'avortement avec repos strict au lit</i></p> <p>7.6. <i>Administre les antispasmodiques</i></p> <p>7.7. <i>Instaure un traitement selon la cause</i></p>			<p>Awa saigne depuis deux jours sur une grossesse de 4 mois avec douleurs abdomino-pelviennes.</p> <p>A quoi pensez-vous?</p> <p>Que feriez-vous pour aider cette femme?</p>
<b>S/Total</b>			

Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 8
	Oui	Non	
<p><b>8. Prendre en charge un avortement incomplet avec infection</b></p> <p><b>La sage-femme ou l’infirmière:</b></p> <p>8.1. <i>Prend un abord veineux avec cathéter et Ringer ou grosses molécules</i></p> <p>8.2. <i>Prend les constantes (pouls, TA, température)</i></p> <p>8.3. <i>Pose rapidement des questions sur l’âge de la grossesse, les circonstances de signes d’accompagnement (douleurs, fièvre, écoulement fétide ou saignement)</i></p> <p>8.4. <i>Vérifie la coloration de muqueuses et téguments</i></p> <p>8.5. <i>Fait un TV ou un examen au spéculum pour apprécier l’état du col, la présence des pertes, saignement ou débris ovulaires en cas suspicion d’avortement incomplet. Si avortement hémorragique (voir plus haut #4).</i></p> <p>8.6. <i>Administre les antibiotiques, antipyrétiques, un sérum et un vaccin antitétanique</i></p> <p>8.7. <i>Fait un curage digital (si le col est ouvert) siNON un curetage ou une aspiration manuelle intra-utérine si le col n’est pas ouvert</i></p> <p>8.8. <i>Réfère ou fait appel au médecin</i></p>			<p>Vous recevez en urgence dans votre maternité, Mariama après 2 jours de saignement abondant suite à un avortement de 3 mois ½ à domicile.</p> <p>Que pourriez-vous faire pour elle?</p>
<b>S/Total</b>			

Maladies intercurrentes: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cas cliniques # 9
	Oui	Non	
<p><b>9. Prendre en charge de l'anémie gravidique sévère</b></p> <p><b>La sage-femme ou l'infirmière:</b></p> <p>9.1. <i>Prend un abord veineux au cathéter et du glucosé 10% à faire couler lentement (10 gouttes/min.) en position demi-assise</i></p> <p>9.2. <i>Fait un prélèvement pour groupage sanguin et dosage du taux d'hémoglobine selon le niveau</i></p> <p>9.3. <i>Apprécie l'état des muqueuses palpébrales et des téguments</i></p> <p>9.4. <i>Prend les constantes (pouls, TA, la température)</i></p> <p>9.5. <i>Administre du furosémide (1 ampoule à 20mg) en intra-veineuse en cas de décompensation cardiaque avec oedèmes</i></p> <p>9.6. <i>Installe une transfusion après groupage sanguin en cas anémie grave (<math>\leq 7</math>gr/dl) selon le niveau</i></p> <p>9.7. <i>Réfère ou fait appel au médecin</i></p>			<p>Mme Ossilatou Mamadou, 3ème geste, 2ème pare, enceinte de 6mois1/2, est amenée en urgence à 2 heures du matin pour dyspnée et asthénie. L'examen rapide de la gestante montre une anémie sévère avec conjonctives très pales et des oedèmes des membres inférieurs.</p> <p>Quelle sera votre conduite?</p>
<b>S/Total</b>			

Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cas cliniques # 10
	Oui	Non	
<p><b>10. Prendre en charge le paludisme grave sur grossesse</b></p> <p><b>La sage-femme ou l’infirmière:</b></p> <p>10.1. Prend immédiatement un abord veineux au cathéter et glucosé 10%</p> <p>10.2. Prend les constantes (température, pouls, TA)</p> <p>10.3. Observe la détresse respiratoire, état de conscience (délires, convulsions ou coma) y compris les frissons pour apprécier la gravité du paludisme</p> <p>10.4. Ecoute les bruits du coeur foetal</p> <p>10.5. Administre la quinine en raison de 25mg/kg de poids/jour dans le glucosé à 10% (30 gouttes/min.), des antipyrétiques (Novalgin 1 ampoule en en intra-veineuse), des anticonvulsivants (diazépam 10 mg dilué en par voie intra-veineuse très lente) en cas de convulsions et des antiémétiques en cas de vomissements</p> <p>10.6. Réfère ou font appel au médecin en cas d’absence d’amélioration du paludisme grave</p>			<p>Mme Affissetou Avouna, primigeste, nullipare, porteuse d’une grossesse de 7 mois, est amenée en urgence dans votre maternité pour hyperthermie persistante depuis trois jours. L’interrogatoire de son mari révèle une négligence dans la prise des antipaludéens et l’examen obstétrical est par ailleurs normal.</p> <p>A quoi pensez-vous devant ce cas?</p> <p>Quelle sera votre conduite devant le cas?</p>
<b>S/Total</b>			

Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 11
	Oui	Non	
<p><b>11. Prendre en charge d'une infection sur grossesse</b></p> <p><b>La sage-femme ou l'infirmière:</b></p> <p>11.1 Prend ou maintient un abord veineux au cathéter et du Ringer ou grosses molécules</p> <p>11.2. Prend les signes vitaux (température, pouls, TA,)</p> <p>11.3. Observe le comportement de la patiente (agitation, délires, coma)</p> <p>11.4. Fait un examen gynécologique et obstétrical à la recherche d'un site d'infection</p> <p>11.5. Instaure une antibiothérapie traitement symptomatique de la douleur, de la fièvre et vomissements selon l'ordinogramme</p> <p><i>11.6. Réfère immédiatement ou fait appel au médecin</i></p>			<p>Mme Meriétou Moussa, 3ème geste, 2ème pare, porteuse d'une grossesse de 8 mois ½ est amenée en urgence dans votre maternité pour hyperthermie et agitation. L'interrogatoire note une rupture prématurée des membranes et l'examen général et obstétrical montre une fièvre de 38°C, une absence des bruits du coeur foetal, un col court fermé avec les pertes d'odeur fétide.</p> <p>A quoi pensez-vous?</p> <p>Quelle conduite allez-vous tenir?</p>
<b>S/Total</b>			
<b>Total</b>			

Anomalies du travail et de l'accouchement: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cas cliniques # 12
	Oui	Non	
<p><b>12. Prendre en charge un cas de pré-rupture</b></p> <p><b>La sage-femme ou l'infirmière:</b></p> <p>12.1. Prend un abord veineux au cathéter et Ringer lactate ou grosses molécules et un prélèvement pour groupage sanguin</p> <p>12.2. Administre un tocolytique (Salbumol, 1/4 ampoule diluée avec 10 cc de sérum physiologique)</p> <p>12.3. <i>Prend le pouls et la TA</i></p> <p>12.4. <i>Observe la forme de l'utérus (en forme de sablier)</i></p> <p>12.5. <i>Vide la vessie</i></p> <p>12.6. <i>Observe le comportement de la patiente (agitation suivie d'un calme, soif)</i></p> <p>12.7. <i>Réfère immédiatement ou fait appel au médecin</i></p>			<p>Mme Josiane Atelou, 5ème geste, 4ère pare, vous a été amenée en travail d'accouchement par une matrone. Au cours du travail, tu notes que l'utérus commence à se diviser en deux, les contractions sont de plus en plus douloureuses, rapprochées et insupportables. La parturiente s'agite beaucoup en disant que c'est la première fois qu'elle a de telles douleurs de puis les quatre derniers accouchements.</p> <p>A quoi pensez-vous?</p> <p>Quelle est sera votre attitude?</p>
<b>S/Total</b>			



Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 13
	Oui	Non	
<p><b>13. Prendre en charge de cas d'efforts d'expulsifs inefficaces</b></p> <p><b>La sage-femme ou l'infirmière:</b></p> <p>13.1. Prend immédiatement un abord veineux au cathéter et glucosé 10%</p> <p>13.2. Ecoute les bruits du coeur foetal</p> <p>13.3. Fait un TV combiné pour vérifier la position de la présentation</p> <p>13.4. Fait une épisiotomie et/ou applique la ventouse, termine l'accouchement et répare le périnée, si l'expulsion dure plus de 15 minutes</p> <p>13.5. <i>Réfère ou fait appel au médecin si la tête est engagé mais NON à la vulve</i></p>			<p>Mme Azia Kora, primigeste, nullipare, en travail depuis 8h1/2 arrive à dilatation complète, tête à la vulve avec mauvais efforts d'expulsion et bruits du coeur foetal à 100-110/min.</p> <p>Quelle sera votre conduite face à cette parturiente?</p>
<b>S/Total</b>			

Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 14
	Oui	Non	
<p><b>14. Prendre en charge d'un cas de procidence du cordon</b></p> <p><b>La sage-femme ou l'infirmière:</b></p> <p>14.1. Prend immédiatement un abord veineux au cathéter et glucosé 10% ou le maintient</p> <p>14.2. Fait un TV ou observe pour confirmer la présence du cordon et évaluer la dilatation</p> <p>14.3. Ecoute les bruits du coeur foetal ou vérifie les battements du cordon</p> <p>14.4. Met au fond deux doigts de part et d'autre du cordon le plus possible entre la présentation et le détroit supérieur</p> <p>14.4. Administre en IV très lente du Salbumol ¼ d'ampoule dilué dans 10cc du sérum glucosé</p> <p>14.5. Enveloppe le cordon d'un tampon imbibé d'eau physiologique et le refoule si dilatation incomplète</p> <p>14.6. Réfère immédiatement ou fait appel au médecin</p>			<p>Mme Adjoua, 25 ans, deuxième geste, nullipare, arrive en travail depuis 4 heures. Elle signale la présence d'une corde lisse dans le vagin.</p> <p>A quoi pensez-vous? Quelle sera votre conduite devant ce cas?</p>
<b>S/Total</b>			

Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 15
	Oui	Non	
<p><b>15. Prendre en charge d'un cas de ralentissement ou arrêt du travail</b></p> <p><b>La sage-femme ou l'infirmière:</b></p> <p>15.1. Prend immédiatement un abord veineux au cathéter et glucosé 10% ou le maintient</p> <p>15.2. Ecoute les bruits du coeur foetal</p> <p>15.3. Fait un toucher combiné au palper pour évaluer l'engagement, la dilatation, le bassin et la présence de la poche des eaux et rompre</p> <p>15.4. Met une perfusion de syntociNON</p> <p>15.5. Administre les antispasmodiques et si indiqué les antibiotiques</p> <p>15.6. <i>Réfère immédiatement ou appelle le médecin si l'examen est anormal (bassin, disproportion foeto-pelvienne)</i></p>			<p>Mme Azalia, 25 ans, 2<sup>me</sup> geste, primipare, vient à la maternité pour travail d'accouchement. Elle déclare être à terme et les contractions ont débuté depuis 12heures. Fréquentes au début, elles sont devenues rares. A l'examen, le col est dilaté à 4 cm. La poche des eaux est formée, la tête est fixée, les contractions assez rares (une contraction toutes les 30 min.).</p> <p>De quoi s'agit-il? Quelle est votre conduite devant ce cas?</p>
<b>S/Total</b>			

Autres maladies: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 16
	Oui	Non	
<p><b>16. Dépister et traiter les maladies hypertensives pendant la grossesse: pré-éclampsie et éclampsie</b></p> <p><b>La sage-femme ou l'infirmière:</b></p> <p>16.1. <i>Installe et immobilise sur un lit à contention</i></p> <p>16.2. <i>Prend un abord veineux au cathéter 18 G et glucosé et bien le fixer</i></p> <p>16.3. <i>Prend la tension artérielle et le pouls toutes les 5 à 10 min.,</i></p> <p>16.4. <i>Recherche les œdèmes et fait un test d'albumine</i></p> <p>16.5. <i>Met une sonde à demeure</i></p> <p>16.6. Administre du Diazépam (5-10mg en IV très lente) et le Phénobarbital en IM pour prévenir la crise</p> <p>16.7. Pose un mouchoir sur la bouche ou la canule de Guedél en cas de crises convulsives</p> <p>16.8. <i>Réfère ou fait appel au médecin</i></p>			<p>Mme N'poutika, gestante près du terme est reçue ce jour en urgence à la maternité pour révulsion des yeux et bouche bâillonnée. Sa tante qui l'avait accompagnée déclarait que c'est sa première grossesse et que depuis elle fait des épisodes de crise convulsives. On pouvait lire dans son carnet de soin provenant d'un cabinet d'accouchement du village voisin ce qui suit: TA 14/8, oedèmes des membres inférieurs +, albuminurie ++ à la dernière consultation prénatale.</p> <p>A quoi pensez-vous?</p> <p>Que feriez-vous?</p>
<b>S/Total</b>			

Autres maladies: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 17
	Oui	Non	
<p><b>17. Dépister et traiter les vomissements gravidiques sévère</b></p> <p>17.1. Prend l'abord veineux au cathéter et glucosé 10%</p> <p>17.2. Prend la tension artérielle, le pouls et le poids pour évaluer l'état général et les signes de gravité de vomissements gravidiques</p> <p>17.3. Administre un antiémétique (métoclopramide = Primperan) 1 ampoule en IV lente 3 fois par jour</p> <p>17.4. Réfère ou fait appel au médecin</p>			<p>Les parents de Sikila ne pouvant plus continuer d'assister impuissant devant le rejet systématique par elle de tout ce qu'elle essayait de manger depuis une semaine, décident de l'amener à la maternité. Sikila est porteuse d'une grossesse de 2 mois ½ environ. Arrivée à la maternité, elle est dans un état général très altéré: yeux excavés, se tenant à peine sur ses deux jambes.</p> <p>De quoi souffre Sikila?</p> <p>Quelle sera votre conduite?</p>
<b>S/Total</b>			

Autres maladies: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 18
	Oui	Non	
<b>18. Dépister et traiter une menace d'accouchement prématuré</b> 18.1. Prend l'abord veineux au cathéter et glucosé 18.2. Interprète la fiche de CPN (pour déterminer le terme de la grossesse) ou demande le terme 18.3. Prend les constantes (température, TA, pouls) 18.4. Observe les contractions pour apprécier la gravité 18.5. Ecoute les bruits du coeur foetal 18.6. Fait le TV pour voir le degré d'ouverture du col 18.7. Termine l'accouchement s'il est inévitable 18.8. Prescrit le repos au lit et autre traitement selon la cause 18.9. Fait une tocolyse et surveillent la gestante 18.10. Réfère s'il n'y a pas d'amélioration ou fait appel au médecin			Vous recevez en urgence dans votre maternité Mme Zouleya, 32 ans, 6ème geste, 5ème pare pour douleurs pelviennes sur grossesse de 7 mois ½ avec contractions utérines. Quel cas présente Zouleya? Que feriez-vous pour elle si vous étiez dans cette maternité?
<b>S/Total</b>			

Autres maladies: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 19
	Oui	Non	
<b>19. Dépister et traiter une rupture prématurée des membranes</b> 19.1. Prend les constantes (température, pouls, TA) 19.2. Demande l'heure de la rupture 19.3. Ecoute les bruits du coeur foetal 19.4. Observe la coloration du liquide amniotique 19.5. Place une garniture stérile 19.6. Hospitalise la femme avec repos strict au lit en position de Trendlenburg 19.7. Administre une antibiothérapie si fièvre ou début de la rupture est supérieure à 12h 19.8. <i>Réfère ou fait appel au médecin si le liquide amniotique teinté ou purée de pois</i>			Zeniya, gestante à terme vient à la maternité ce jour à 20 heures. Elle signale ressentir un écoulement de liquide depuis l'aube. Que ferez-vous pour elle?
<b>S/Total</b>			
<b>Total</b>			

Prise en charge des urgences néonatales: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 20
	Oui	Non	
<p><b>20. Examiner le nouveau-né</b></p> <p>20.1. <i>Respecte les conditions d'examen du nouveau-né (enfant nu, examen à distance des repas, éviter les refroidissement, asepsie, examen avec douceur)</i></p> <p>20.2. <i>Interroge sur les antécédents de la mère, le déroulement de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et l'état du nouveau à la naissance)</i></p> <p>20.3. <i>Fait l'inspection du nouveau-né (attitude, coloration, malformations)</i></p> <p>20.4. <i>Prend les mensurations et les constantes (température, poids, taille, périmètre crânien)</i></p> <p>20.5. <i>Fait l'examen neurologique (éveil, tonus, réflexes archaïques)</i></p> <p>20.6. <i>Observe la tête (fontanelle, bosse, hémorragie sous conjonctivale)</i></p> <p>20.7. <i>Observe /ausculte le thorax, abdomen, organes génitaux, dos et anus</i></p> <p>20.8. <i>Observe et palpe les membres</i></p> <p>20.9. <i>Tire une conclusion: nouveau-né normal, souffrance néonatale</i></p>			A observer sur place l'examen d'un nouveau-né par la sage-femme ou l'infirmière si on a la chance de tomber sur une accouchée sur place.
<b>S/Total</b>			



Prise en charge des urgences néonatales: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cas cliniques # 21
	Oui	Non	
<p><b>21. Réanimer un nouveau-né</b></p> <p>21.1. Etablit le score d'Apgar: appréciation des battements, respiration, coloration, tonus et réactivité) et sommation</p> <p>21.2. Interprète rapidement le score d'Apgar: Apgar ≤ 3 = état de mort apparente, Apgar entre 4 et 7 = souffrance néonatale modérée, Apgar &gt; 7 = nouveau-né normal et procède à la réanimation si Apgar ≤ 3 ou entre 4 et 7.</p> <p>21.3. Sèche le nouveau-né (essuyer le nouveau-né partout avec un linge doux et sec sur un plan dur sans courant d'air ni risque de refroidissement)</p> <p>21.4. Fait la désobstruction de l'arrière gorge à l'aspirateur mécanique, ou à l'aide de la poire</p> <p>21.5. Fait l'oxygénothérapie selon le niveau</p> <p>21.6. Fait la ventilation du nouveau-né au masque (sauf en cas d'inhalation du méconium) ou pratique le bouche à bouche avec compresse stérile</p> <p>21.7. Fait le massage cardiaque si la fréquence cardiaque est inférieure à 60 battements par minute.</p> <p>21.8. Evalue la vitalité du nouveau-né par le score d'Apgar à 1 minute de vie, puis réévaluation à la 3ème, la 5ème, 10ème et 15ème minutes de vie</p> <p>21.9. Réfère immédiatement ou fait appel au médecin si l'Apgar reste entre 4 et 7 et qu'il n'y a pas d'erreur technique ou de défaillance de matériel</p>			<p>Scénario/cas: Mme Issaka vient d'accoucher dans votre maternité d'une fille.</p> <p>Comment savez-vous que le bébé se porte bien?</p> <p>La fille a poussé un cri faible à l'expulsion avec une respiration saccadée.</p> <p>Que comptez-vous faire pour ce bébé?</p>
<b>S/Total</b>			

	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 22
	Oui	Non	
<b>Prise en charge des urgences néonatales: Taches/indicateurs</b>			
<b>22. Traiter ou référer le cas d'un nouveau-né de faible poids</b> <i>22.1. Pèse le nouveau-né</i> <i>22.2. Observe la coloration de la peau (lisse et fine ou fripée ou déshydratée)</i> <i>22.3. Enveloppe l'enfant et le met au chaud</i> <i>22.4. Réfère si nouveau-né d'un poids inférieur à 1kg500g ou fait appel au pédiatre ou médecin</i>			Mme Logo vient d'accoucher un bébé de 1kg 500. Que feriez-vous pour son bébé?
<b>S/Total</b>			

Prise en charge des urgences néonatales: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 23
	Oui	Non	
<p><b>23. Traiter ou référer le cas d'un nouveau-né à risque d'infection ou infecté</b></p> <p>23.1. Pose des questions sur les circonstances de l'accouchement</p> <p>23.2. Pose des questions sur les signes d'infection (fièvre, refus de téter, suintement de la plaie ombilicale, geignement)</p> <p>23.3. Prend la température (hypothermie ou hyperthermie)</p> <p>23.4. Observe la coloration, le ballonnement et la fontanelle</p> <p>23.5. Met le nouveau-né sous antibiotiques (amoxicilline en suspension buvable) et soins usuels pour nouveau-né à risque d'infection</p> <p>23.6. <i>Administre ampicilline 100mg/kg en IM</i></p> <p>23.7. <i>Réfère ou fait appel au médecin si enfant infecté</i></p>			<p>Vous recevez en urgence ce matin, le bébé de Mme Sekina qui a accouché à domicile il y a 2 deux jours à l'aide d'une accoucheuse traditionnelle. La maman dit que le bébé a un corps chaud et refuse de téter. Par ailleurs, l'interrogatoire relève une notion de perte de liquide un jour avant l'accouchement.</p> <p>A quoi pensez- vous?</p> <p>Que feriez-vous faire?</p>
<b>S/Total</b>			

Prise en charge des urgences néonatales: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 24
	Oui	Non	
<b>24.Traiter ou référer le cas d'un nouveau-né ictérique</b> 24.1. Etudie le dossier obstétrical à la recherche des facteurs de risque 24.2. Observe la coloration de la peau (jaune) 24.3. Classe l'ictère: simple (apparition 48 heures après la naissance sans aucune autre pathologie) et ictère pathologique (d'apparition précoce) 24.4. Traite l'ictère simple par bain de soleil pendant 20 minutes entre 10 h et 16 h tout en prenant soin de protéger les yeux du nouveau-né par un linge 24.5. Administre du phénobarbital 50mg: 5mg/kg/jour pendant 3 jours 24.6. Réfère ou fait appel au pédiatre ou médecin pour ictère pathologique			Assana a accouché d'un bébé de sexe masculin. Au 4ème jour elle s'inquiète de la coloration jaune que prend de plus en plus la peau de son bébé et décide de vous l'amener.  Que faites-vous?
<b>S/Total</b>			
<b>Total</b>			

Observation des règles d'asepsie: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 25
	Oui	Non	
<b>25. Appliquer les règles d'asepsie pour protéger les malades, le personnel et soi-même</b> 25.1. Se lave les mains à l'eau et au savon, se rince les mains à l'alcool avant et après chaque examen 25.2. Trempe les instruments pendant dix minutes dans une solution d'eau de Javel à 0,5%, les lave, les rince et les sèche 25.3. <i>Fait la stérilisation du matériel à l'autoclave ou à la chaleur sèche ou désinfection de haut niveau selon les normes</i> 25.4. <i>Elimine les déchets (incinération ou fosses septiques) selon les normes.</i>			A observer les gestes du prestataire pendant les consultations y compris l'élimination des déchets et l'inviter à préparer une solution chlorée à votre présence.
<b>S/Total</b>			
<b>Total</b>			

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

Nom du superviseur: \_\_\_\_\_

## Etude sur l'Amélioration de la Performance

---

### Guide d'observation des prestataires (Fiche 2A)<sup>8</sup>

*(Provider's Observation Guide)*

**(Aides soignantes)**

#### ***Introduction***

L'objectif de ce guide d'observation est de collecter les données sur la performance des agents. L'enquêteur collectera les données par observation ou par simulation à l'aide des scénarios.

Les données qui seront collectées serviront à l'identification des interventions qui permettront l'amélioration de la performance des prestataires en SONU.

#### ***Identification***

- a) No: \_\_\_\_\_
- b) Zone sanitaire de: \_\_\_\_\_  
Sous-préfecture de: \_\_\_\_\_ Commune de: \_\_\_\_\_
- c) Type d'établissement (cocher):  
HZ:  CSSP:  CCSU/CCS:
- d) Profil de l'enquêtée:  
Aide soignante responsable de maternité   
Aide soignante NON responsable
- e) Caractéristiques:  
Age: \_\_\_\_\_ / ou Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Niveau d'instruction: Primaire: (préciser)      Secondaire (précuser):  
Ancienneté au poste:  
1 an:  1-2 ans:  2-5 ans:  5 ans et plus:   
Ancienneté professionnelle:  
1 an:  1-2 ans:  2-5 ans:  5 ans et plus:
- 

8 DDSP Borgou\PRIME\Intrah\Fiche 2A

## Instrument d'Evaluation de la Performance pour Aide Soignante

Prise en charge de l'hémorragie: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 1
	Oui	Non	
<p><b>1. Adopter la conduite à tenir en cas d'hémorragie en général:</b></p> <p><b>L'aide soignante:</b></p> <p>1.1. <i>Prend rapidement un abord veineux au cathéter et Ringer lactate ou grosses molécules ou le maintient s'il est déjà installé et prélèvement pour groupage sanguin</i></p> <p>1.2. <i>Prend le pouls, TA,</i></p> <p>1.3. <i>Observe la coloration des muqueuses</i></p> <p>1.4. <i>Pose de questions rapidement sur la durée d'aménorrhée, la présence des gouttes de sang noirâtre, la couleur et les circonstances d'apparition de l'hémorragie</i></p> <p>1.5. <i>Fait appel à son supérieur hiérarchique ou réfère</i></p>			<p>Vous recevez ce matin en urgence une femme de 27 ans avec une notion d'aménorrhée de 2 mois accompagnée de petits saignements depuis trois jours semblables à des règles habituelles. Arrivée ce jour au chef lieu de la commune dans le cadre d'une cérémonie, elle ressent soudainement des douleurs abdominales, s'effondre.</p> <p>Couverte de sueur, on vous l'amène à la maternité.</p> <p>Quelle est votre conduite face à ce cas?</p>
<b>S/Total</b>			

Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 2
	Oui	Non	
<p><b>2. Adopter la conduite à tenir en cas d'hémorragie de la délivrance</b></p> <p><b>L'aide soignante:</b></p> <p>2.1. <i>Prend immédiatement un abord veineux avec cathéter et Ringer lactate ou grosses molécules et un prélèvement pour groupage sanguin</i></p> <p>2.2. <i>Apprécie la coloration des muqueuses</i></p> <p>2.3. <i>Prend le pouls et la TA</i></p> <p>2.4. <i>Vide la vessie</i></p> <p>2.5. <i>Fait une révision utérine</i></p> <p>2.6. <i>Masse l'utérus pour obtenir le globe de sécurité</i></p> <p>2.7. <i>Administre les utéro-toniques et antibiotiques</i></p> <p>2.8. <i>Pose un sac de sable</i></p> <p>2.9. <i>Fait appel immédiatement à son supérieur hiérarchique ou organise la référence ou en fonction de l'évolution des éléments de surveillance (pouls, TA, muqueuses et téguments, état de conscience) ou la persistance de l'hémorragie</i></p>			<p>Adama vient d'accoucher d'un bébé de 3kg 800 ce jour. Installée dans son lit après la délivrance, l'entourage constate que son drap est mouillé et l'accouchée est prostrée. Les parents vous font appel immédiatement.</p> <p>Que feriez-vous pour elle?</p>
<b>S/Total</b>			
<b>Total</b>			



Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 3
	Oui	Non	
<p><b>3. Détecter et prendre en charge une menace d'avortement</b></p> <p><b>L'aide soignante:</b></p> <p>3.1. Prend un abord veineux avec cathéter et Ringer ou grosses molécules et prélèvement pour groupage sanguin</p> <p>3.2. <i>Pose rapidement des questions sur l'âge de la grossesse, la présence de douleurs, des leucorrhées ou saignement et les circonstances de leur apparition</i></p> <p>3.3. <i>Prend les constantes: pouls, TA, température</i></p> <p>3.4. <i>Fait un TV pour apprécier l'origine des leucorrhées, l'état du col et vérifier la présence des débris ovulaires</i></p> <p>3.5. <i>Fait appel à son supérieur hiérarchique ou réfère</i></p>			<p>Awa saigne depuis deux jours sur une grossesse de 4 mois avec douleurs abdomino-pelviennes.</p> <p>Que feriez-vous pour aider cette femme?</p>
<b>S/Total</b>			

Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 4
	Oui	Non	
<p><b>4. Prendre en charge un avortement incomplet avec infection</b></p> <p><b>L'aide soignante:</b></p> <p>4.1. <i>Prend un abord veineux avec cathéter et Ringer ou grosses molécules</i></p> <p>4.2. <i>Pose rapidement des questions sur l'âge de la grossesse, les circonstances de signes d'accompagnement (douleurs, fièvre, écoulement fétide ou saignement)</i></p> <p>4.3. <i>Prend les constantes (pouls, TA, température)</i></p> <p>4.4. <i>Vérifie la coloration de muqueuses et téguments</i></p> <p>4.5. <i>Fait un TV pour apprécier l'état du col, la présence des pertes, saignement ou débris ovulaires en cas de suspicion d'avortement incomplet.</i></p> <p>4.6. <i>Administre les antibiotiques, antipyrétiques, un sérum antitétanique (selon la technique) et un vaccin antitétanique</i></p> <p>4.7. <i>Fait appel à son supérieur hiérarchique ou réfère</i></p>			<p>Vous recevez en urgence dans votre maternité, Mariama après 2 jours de saignement abondant suite à un avortement de 3 mois ½ à domicile. Que pourriez-vous faire pour elle?</p>
<b>S/Total</b>			
<b>Total</b>			

Maladies intercurrentes: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 5
	Oui	Non	
<p><b>5. Prendre en charge d'anémie gravidique sévère:</b></p> <p><b>L'aide soignante:</b></p> <p>5.1. <i>Prend un abord veineux au cathéter et du glucosé 10% à faire couler lentement (10 gouttes/min.) et prélèvement pour groupage en position demi-assise</i></p> <p>5.2. <i>Apprécie l'état des muqueuses palpébrales et des téguments</i></p> <p>5.3. <i>Prend les constantes (pouls, TA, la température)</i></p> <p>5.4. <i>Fait appel à son supérieur hiérarchique ou réfère</i></p>			<p>Mme Ossilatou Mamadou, 3ème geste, 2ème pare, enceinte de 6mois1/2, est amenée en urgence à 2 heures du matin pour dyspnée et asthénie. L'examen rapide de la gestante montre une anémie sévère avec conjonctives très pales et des oedèmes des membres inférieurs.</p> <p>Quelle sera votre conduite?</p>
<b>S/Total</b>			

Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 6
	Oui	Non	
<p><b>6. Prendre en charge du paludisme grave sur grossesse</b></p> <p><b>L'aide soignante</b></p> <p>6.1. <i>Prend immédiatement un abord veineux au cathéter et glucosé 10%</i></p> <p>6.2. <i>Prend les constantes (température, pouls, TA)</i></p> <p>6.3. <i>Observe la détresse respiratoire, état de conscience (délires, convulsions ou coma) y compris les frissons pour apprécier la gravité du paludisme</i></p> <p>6.4. <i>Ecoute les bruits du coeur foetal</i></p> <p>6.5. <i>Fait le TV combiné au palper pour apprécier l'état de la grossesse</i></p> <p>6.6. <i>Administre la quinine en raison de 1 ampoule de 600mg dans le glucosé à 10% (30 gouttes/min.), des antipyrétiques (Novalgin 1 ampoule en en intra-veineuse), des anticonvulsivants (diazépam 10 mg dilué en par voie intra-musculaire) en cas de convulsions et des antiémétiques en intra-musculaire en cas de vomissements graves</i></p> <p>6.7. <i>Fait appel à son supérieur hiérarchique ou réfère</i></p>			<p>Mme Affissetou Avouna, primigeste, nullipare, porteuse d'une grossesse de 7 mois, est amenée en urgence dans votre maternité pour hyperthermie persistante depuis trois jours. L'interrogatoire de son mari révèle une négligence dans la prise des antipaludéens et l'examen obstétrical est par ailleurs normal.</p> <p>Quelle sera votre conduite devant le cas?</p>
<b>S/Total</b>			

Anomalies du travail et de l'accouchement: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 7
	Oui	Non	
<p><b>7. Reconnaître et donner les premiers soins avant le recours à son supérieur hiérarchique ou référence en cas d'anomalies d'accouchement</b></p> <p><b>L'aide soignante:</b></p> <p>7.1. Prend un abord veineux au cathéter et Ringer lactate ou grosses molécules et un prélèvement pour groupage sanguin</p> <p>7.2. <i>Observe les muqueuses</i></p> <p>7.3. <i>Prend les constantes (température, pouls et TA )</i></p> <p>7.4. <i>Ecoute les bruits du coeur foetal</i></p> <p>7.5. <i>Apprécie la couleur du liquide amniotique</i></p> <p>7.6. <i>Fait le TV (pour évaluer le degré de dilatation, la 7.7. présentation, la présence du cordon....)</i></p> <p>7.7. <i>Observe le comportement de la patiente (agitation , convulsions, coma,....)</i></p> <p>7.8. <i>Observe l'abdomen pour apprécier la forme de l'utérus</i></p> <p>7.9. <i>Fait appel au supérieur hiérarchique ou réfère immédiatement en cas de suspicion d'anomalie</i></p>			<p>Mme Josiane Atelou, 5ème geste, 4ère pare, vous a été amenée en travail d'accouchement par une matrone. Au cours du travail, tu notes que l'utérus commence à se diviser en deux, les contractions sont de plus en plus douloureuses, rapprochées et insupportables. La parturiente s'agite beaucoup en disant que c'est la première fois qu'elle a de telles douleurs de puis les quatre derniers accouchements.</p> <p>Quelle est sera votre attitude?</p>
<b>S/Total</b>			
<b>Total</b>			

Autres maladies: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 8
	Oui	Non	
<p><b>8. Reconnaître et faire les soins de premiers recours en cas de suspicion de maladies hypertensives liées à la grossesse (pré-éclampsie, éclampsie, ...)</b></p> <p><b>L'aide soignante:</b></p> <p>8.1. <i>Installe et immobilise sur un lit à contention</i></p> <p>8.2. <i>Prend un abord veineux au cathéter 18 G et glucosé et bien le fixer</i></p> <p>8.3. <i>Prend la tension artérielle et le pouls toutes les 5 à 10 min.</i></p> <p>8.4. <i>Recherche les œdèmes et fait un test d'albumine</i></p> <p>8.5. <i>Administre du Diazépam (5-10mg en IM) et le Phénobarbital en IM pour prévenir la crise</i></p> <p>8.6. <i>Pose un mouchoir sur la bouche ou la canule de Guedél en cas de crises convulsives</i></p> <p>8.7. <i>Fait appel à son supérieur hiérarchique ou réfère</i></p>			<p>Mme N'poutika, gestante près du terme est reçu ce jour en urgence à la maternité pour révulsion des yeux et bouche bâillonnée. Sa tante qui l'avait accompagnée déclarait que c'est sa première grossesse et que depuis elle fait des épisodes de crise convulsives. On pouvait lire dans son carnet de soin provenant d'un cabinet d'accouchement du village voisin ce qui suit: TA 14/8, oedèmes des membres inférieurs +, albuminurie ++ à la dernière consultation prénatale.</p> <p>A quoi pensez-vous?</p> <p>Que feriez-vous?</p>
<b>S/Total</b>			

Autres maladies: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 9
	Oui	Non	
<p><b>9. Evaluer la gravité et faire les soins de premiers recours en vomissements gravidiques</b></p> <p><b>L'aide soignante:</b></p> <p>9.1. Prend l'abord veineux au cathéter et glucosé 10%</p> <p>9.2. Prend la tension artérielle , le pouls et le poids pour évaluer l'état général et les signes de gravité de vomissements gravidiques</p> <p>9.3. Administre un antiémétique (Primperan) 1 ampoule en intra-musculaire 3 fois par jour</p> <p>9.4. <i>Fait appel à son supérieur ou réfère</i></p>			<p>Les parents de Sikila ne pouvant plus continuer d'assister impuissant devant le rejet systématique par elle de tout ce qu'elle essayait de manger depuis une semaine, décident de l'amener à la maternité. Sikila est porteuse d'une grossesse de 2 mois ½ environ. Arrivée à la maternité, elle est dans un état général très altéré: yeux excavés, se tenant à peine sur ses deux jambes.</p> <p>Quelle sera votre conduite?</p>
<b>S/Total</b>			

Autres maladies: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 10
	Oui	Non	
<p><b>10.Reconnaître les signes de suspicion d'une menace d'accouchement prématuré et faire les soins de premiers recours</b></p> <p><b>L'aide soignante:</b></p> <p>10.1. Prend l'abord veineux au cathéter et glucosé</p> <p>10.2. Demande le terme de la grossesse</p> <p>10.3. Prend les constantes (température, TA, pouls)</p> <p>10.4. Observe les contractions pour apprécier la gravité</p> <p>10.5. Ecoute les bruits du coeur foetal</p> <p>10.6. Fait le TV pour voir le degré d'ouverture du col</p> <p>10.7. Fait appel à son supérieur hiérarchique ou réfère</p>			<p>Vous recevez en urgence dans votre maternité Mme Zouleya, 32 ans, 6ème geste, 5ème pare pour douleurs pelviennes sur grossesse de 7 mois ½ avec contractions utérines.</p> <p>Que feriez-vous pour elle si vous étiez dans cette maternité?</p>
<b>S/Total</b>			



Autres maladies: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 11
	Oui	Non	
<p><b>11.Reconnaître les signes d'une rupture prématurée des membranes et faire les soins de premiers recours</b></p> <p><b>L'aide soignante:</b></p> <p>11.1. Prend les constantes (température, pouls, TA)</p> <p>11.2. Demande l'heure de la rupture</p> <p>11.3. Ecoute les bruits du coeur foetal</p> <p>11.4. Observe la coloration du liquide amniotique</p> <p>11.5. Place une garniture stérile</p> <p>11.6. Administre une antibiothérapie (ampicilline 2g intraveineuse) si fièvre ou début de la rupture est supérieure à 12h</p> <p><i>11.7. Fait à son supérieur hiérarchique ou réfère</i></p>			<p>Zeniya, gestante à terme vient à la maternité ce jour à 20 heures. Elle signale ressentir un écoulement de liquide depuis l'aube.</p> <p>Que ferez-vous pour elle?</p>
<b>S/Total</b>			
<b>Total</b>			

Prise en charge des urgences néonatales: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 12
	Oui	Non	
<p><b>12.Apprécier l'état du nouveau-né et appliquer les premiers gestes de réanimation</b></p> <p><b>L'aide soignante:</b></p> <p>12.1. <i>Apprécie la vitalité du nouveau-né: enregistrement du cri, appréciation de la respiration, coloration, tonus)</i></p> <p>12.2. <i>Sèche le nouveau-né (essuyer le nouveau-né partout avec un linge doux et sec sur un plan dur sans courant d'air ni risque de refroidissement)</i></p> <p>12.3. <i>Fait la désobstruction de l'arrière gorge à l'aide de la poire ou d'une compresse stérile autour de son petit doigt</i></p> <p>12.4. <i>Fait la ventilation du nouveau-né par la pratique du bouche à bouche avec compresse stérile</i></p> <p>12.5. <i>Fait appel à son supérieur hiérarchique ou réfère immédiatement en cas de cri faible, respiration saccadée, coloration</i></p>			<p>A observer sur place si on a la chance de tomber sur une accouchée sur place.</p> <p>Scénario/cas: Mme Issaka vient d'accoucher dans votre maternité d'une fille.</p> <p>Comment savez-vous que le bébé se porte bien?</p> <p>La fille a poussé un cri faible à l'expulsion avec une respiration saccadée.</p> <p>Que comptez-vous faire pour ce bébé?</p>
<b>S/Total</b>			

Prise en charge des urgences néonatales: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 13
	Oui	Non	
<p><b>13.Reconnaître le nouveau-né de faible poids, traumatisé, malformé, ictérique, à risque d'infection ou infecté</b></p> <p>13.1. Pèse le nouveau-né</p> <p>13.2. Observe la coloration de la peau (lisse et fine ou fripée ou déshydratée , ictère)</p> <p>13.3. <i>Observe les mouvements des membres</i></p> <p>13.4. <i>Regarde la colonne vertébrale et l'abdomen, les fontanelles</i></p> <p>13.5. <i>Vérifie le pansement ombilical</i></p> <p>13.6. <i>Prend la température</i></p> <p>13.7. <i>Enveloppe l'enfant et le met au chaud</i></p> <p>13.8. <i>Démarre l'antibiothérapie (amoxicilline) et antipyrétiques (paracetamol) en cas de signes d'infection ou de notion de rupture prématurée des membranes</i></p> <p>13.9. <i>Fait appel à son chef hiérarchique ou réfère en cas de nouveau-né d'un poids inférieur à 1kg 500, malformé, ictérique ou infecté</i></p>			<p>Mme Logo vient d'accoucher un bébé de 1kg 500.</p> <p>Que feriez-vous pour son bébé?</p>
<b>S/Total</b>			
<b>Total</b>			

Observation des règles d'asepsie: Taches/indicateurs	Notation		Scénarios de simulation ou cascliniques # 14
	Oui	Non	
<b>14. Appliquer les règles d'asepsie pour protéger les malades, le personnel et soi-même</b> 14.1. Se lave les mains à l'eau et au savon, se rince les mains à l'alcool avant et après chaque examen 14.2. Trempe les instruments pendant dix minutes dans une solution d'eau de Javel à 0,5%, les lave, les rince et les sèche 14.3. <i>Fait la stérilisation du matériel à l'autoclave ou à la chaleur sèche ou désinfection de haut niveau selon les normes</i> 14.4. <i>Elimine les déchets (incinération ou fosses septiques) selon les normes.</i>			A observer les gestes du prestataire pendant les consultations y compris l'élimination des déchets et l'inviter à préparer une solution chlorée à votre présence.
<b>S/Total</b>			
<b>Total</b>			

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

Nom du superviseur: \_\_\_\_\_



## Etude sur l'Amélioration de la Performance

### Guide d'entretien avec les superviseurs directs (Questionnaire 3A)\* (Direct supervisor's interview guide)

L'objectif de ce questionnaire est de collecter des données sur les facteurs de performance des prestataires des SONU. L'enquêteur collectera l'information par une interview en profondeur.

Les données qui seront collectées serviront à l'identification des interventions qui permettront l'amélioration des performances prestataires en SONU.

NB: Ne posez les questions (b) que là où le superviseurs direct supervise aussi les sages-femmes et les infirmières.

#### Identification

- a) No: \_\_\_\_\_
- b) Zone sanitaire de: \_\_\_\_\_  
Sous-préfecture de: \_\_\_\_\_ Commune de: \_\_\_\_\_
- c) Type d'établissement (cocher):  
HZ:  CSSP:  de:  CCSU/CCS:  de:
- d) Profil de l'enquêtée:  
Médecin:  SF:  Infirmière:  Autres (préciser):
- e) Fonction de l'enquêté:  
Responsable de maternité:  Chef de poste:  Autres (préciser):
- f) Caractéristiques personnelles:  
Age: \\_\_\_\_\_/ ans ou date de naissance: \\_\_\_\_\_  
Niveau d'instruction (cocher):  
Primaire:  Secondaire:  Universitaire:   
Ancienneté au poste:  
1 an:  1-2 ans:  2-5 ans:  5 ans et plus:   
Ancienneté professionnelle:  
Moins d'1 an:  1-2 ans:  2-5 ans:  5 ans et plus:

\* DDSP Borgou\PRIME\Intrah\Fiche 3A

## Question de démarrage de l'entretien

a) En quoi consiste votre travail?

---

---

---

b) Est ce que votre centre reçoit des d'urgences?

OUI  NON

c) Qui est concerné par ces urgences?

---

---

---

d) Avez vous déjà entendu parler des soins obstétricaux et néonataux d'urgence?

OUI  NON

Si OUI, qu'en pensez-vous?

---

---

---

### A partir de la réponse donnée, compléter ou expliquer l'information sur les SONU.

e) Est-ce-que vous travaillez avec les sages-femmes?

OUI  NON

f) Est-ce-que vous travaillez avec les infirmières?

OUI  NON

g) Est-ce-que vous travaillez avec des Aides Soignantes?

OUI  NON

h) Etes-vous-chargée de leur supervision?

OUI  NON

**Attentes**

**a) Savez vous ce qui est attendu:**

1-a) Des Aides soignantes en matière de SONU?

OUI           NON           Ne sait pas

*Si OUI, aller à la question 2-a*

*Si NON, donnez-lui des exemples et aller à la question 3-a*

1-b) Des sages femmes et infirmières en matière de SONU?

OUI           NON

*Si OUI, aller à la question 2-b*

*Si NON, donnez lui des exemples et aller à la question 3*

**2) Pouvez-vous nous donner quelques exemples de taches?**

2-a) Pour les aides soignantes

---

---

---

2-b) Pour les sages femmes

---

---

---

**3) D'après vous:**

3-a) Les AS savent-elles ce qui est attendu d'elles en SONU?

OUI           NON           Ne sait pas

*Si OUI, demander comment les AS savent ce qui est attendu d'elles?*

---

---

---

3-b) Les sages-femmes et infirmières savent-elles ce qui est attendu d'elles en SONU?

OUI           NON           Ne sait pas

*Si OUI, demander comment elles savent ce qui est attendu d'elles?*

---

---

---



**4) Est-ce que ce qui est attendu:**

4-a) Des AS en SONU est écrit quelque part?

OUI  NON

*Si OUI, demander à voir où s'est écrit*

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

4-b) Des sages-femmes et infirmières en SONU est écrit quelque part?

OUI  NON

*Si OUI, demander à voir*

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

**5) Avez vous des objectifs en SONU fixés au niveau de la maternité dans le cadre du monitoring?**

OUI  NON

*Si OUI, demander lui d'en citer quelques uns*

---

---

---

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

**6) Avez vous des objectifs ou des résultats à atteindre en matière des SONU?**

OUI  NON

*Si OUI, demander lui d'en citer quelques uns*

---

---

---

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

**7) Est-ce que:**

7-a) Les aides soignantes connaissent ces objectifs?

OUI  NON

*Si NON, demander pourquoi et aller à la question 10*

---

---

---

7-b) Les sages femmes et infirmières connaissent ces objectifs?

OUI  NON

*Si NON, demander pourquoi et aller à la question 10*

---

---

---

**8) Pour ces catégories d'agents comment sont fixés ces objectifs et ces résultats à atteindre?**

---

---

---

**9) Est-ce qu'elles (aides soignantes, sages femmes et infirmières) participent à la définition de ces objectifs ou résultats?**

OUI  NON

*Si OUI, demander comment?*

---

---

---

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

**Feedback**

**10) Savez-vous quelle est la performance:**

10-a) Des aides soignantes en matière des SONU?

OUI                   NON

*Si OUI, demander comment il (elle) sait?*

---

---

---

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

**10-b) Comment les Aides soignantes sont elles évaluées par rapport à leurs tâches en SONU?**

*Si nécessaire, poser des questions pour s'assurer que la description est aussi complète que possible (Quoi, comment, par qui, quand?)*

---

---

---

---

---

---

10-c) Des sages-femmes infirmières en matière de SONU?

OUI                   NON

*Si OUI, demander comment il (elle) le sait?*

---

---

---

---

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

10-d) Comment les sages-femmes infirmières sont-elles évaluées par rapport à leur tâches en SONU?

*Si nécessaire, poser des questions pour s'assurer que la description est aussi complète que possible. (Quoi, comment, par qui, quand?)*

---

---

---

---

---

---

---

11) Ces catégories d'agents savent-elles si le travail qu'elles font en SONU est bien effectué?

OUI  NON

*Si OUI, demander comment?*

---

---

---

---

---

---

---

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

---

---

---

---

12-a) Les aides soignantes reçoivent-elles du feed-back sur leur performance?

OUI  NON

*Si OUI, demander comment , par qui, sous quelle forme?*

---

---

---

---

---

---

---

*Si NON, demander pourquoi.*

---

---

---

12-b) Les sages-femmes et infirmières reçoivent –elles du feed-back?

OUI  NON

*Si OUI, demander comment, par qui et sous quelle forme?*

---

---

---

---

---

---

*Si NON, demander pourquoi*

---

---

---

---

---

---

### ***Motivation***

13) **Existe-t-il un système pour reconnaître le travail bien fait par les agents de la maternité?**

OUI  NON

*Si OUI, demander comment, par qui et sous quelle forme? (passer à la question suivante n° 14)*

---

---

---

---

---

---

*Si NON, demander des suggestions sur ce qui pourrait motiver les agents (aides soignantes, sages femmes, infirmières) à bien faire leur travail et aller à la question #18?*

---

---

---

---

---

---

**14-a) Quels sont les critères ou les procédures utilisés pour décider de récompenser une Aide soignante?**

**14-b) Quels sont les critères ou les procédures utilisés pour décider de récompenser les Sages femmes et les infirmières?**

**15) Est-ce que les agents concernés savent qu'il existe un tel système?**

OUI       NON

*Si OUI, demander comment et par qui?*

---

---

---

---

---

*Si NON, demander pourquoi et aller à la question #18*

---

---

---

---

---

**16) Est-ce qu'elles sont satisfaites de ce système?**

OUI                   NON

*Si OUI, demander en quoi elles sont satisfaites?*

---

---

---

---

---

---

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

---

---

---

**17) Existe-t-il des possibilités de promotion ou d'évolution dans la carrière pour:**

17-a) Les aides soignantes qui font un bon travail?

OUI                   NON

*Si OUI, demander quelques exemples?*

---

---

---

*Si NON, demander des suggestions.*

---

---

---

17-b) Des sages-femmes et infirmière?

OUI                   NON

*Si OUI, demander quelques exemples?*

---

---

---

*Si NON, demander des suggestions.*

---

---

---

***Environnement***

**18) De quoi:**

18-a) Une aide-soignante dans la maternité aurait-elle besoin pour offrir des prestations de SONU de qualité? (cocher les bonnes réponses spontanées)

Matériel:  Motivation:

Supervision:  Formation/Recyclage:

Autre (à préciser): \_\_\_\_\_

18-b) Une sage-femme ou une infirmière auraient-elle besoin pour offrir des prestations de SONU de qualité? (cocher les réponses spontanées)

Matériel:  Motivation:

Supervision:  Formation/Recyclage:

Autre (à préciser): \_\_\_\_\_

**19) Pensez-vous que:**

19-a) Les aides-soignantes dans les maternités ont actuellement tout ce dont elles ont besoin pour bien faire leur travail?

OUI  NON

*Si NON, demander pourquoi puis demander des suggestions?*

---

---

---

---

---

---

19-b) Les sages-femmes et infirmières dans les maternités ont actuellement tout ce dont elles ont besoin pour bien faire leur travail?

OUI  NON



*Si NON, demander pourquoi puis demander des suggestions*

---

---

---

---

---

---

---

**20) Quel est votre rôle dans la satisfaction des besoins des prestataires de maternité pour faire leur travail? (Faire une brève et complète description)**

20-a) Pour les aides soignantes

- Matériel	- Motivation
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
- Supervision	- Formation/Recyclage
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
- Autre	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	

20-b) Pour les sages-femmes

- Matériel	- Motivation
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
- Supervision	- Formation/Recyclage
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

- Autre

---

---

---

---

***Appui Organisationnel***

**21) Existe-t-il un plan d'action au sein de votre formation sanitaire?**

OUI       NON       Ne sait pas (aller à 23)

*Si NON, demander pourquoi? et aller à #23*

---

---

---

---

---

---

**22) Ce plan d'action prend-il en compte les objectifs et résultats à atteindre du programme national SONU?**

OUI       NON

*Si OUI, demander à voir et vérifier.*

*Si NON, demander pourquoi et aller à la question #25?*

---

---

---

**23) De quelle façon le travail des prestataires de la maternité contribue à l'atteinte des résultats?**

---

---

---

**24) Est-ce que les Prestataires de maternité sont au courant des objectifs et résultats à atteindre?**

OUI       NON

*Si OUI, demander comment et par qui.*

---

---

---

---

---

---

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

---

---

- 25) Comment sont répartis les rôles et responsabilités dans votre service pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales?**

Si nécessaire, poser des questions pour s'assurer que la description est aussi complète que possible.

---

---

---

---

---

- 26) En quoi cette façon d'organiser le travail facilite les prestations des SONU dans la maternité?**

---

---

---

---

---

- 27) Dans l'organisation du travail, qu'est-ce qui pourrait gêner les prestations:**

27-a) De l'aide-soignante?

---

---

---

---

---

27-b) Des sages femmes et infirmières

---

---

---

---

---

28) **Qui prend les décisions en matière de dépenses et de répartition des ressources pour votre service?**

---

---

---

29-a) **Les aides-soignantes participent-elles à la prise de décision?**

OUI  NON

*Si OUI, demander comment.*

---

---

---

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

29-b) **Les sages-femmes et infirmières participent-elles à la prise de décision?**

OUI  NON

*Si OUI, demander comment.*

---

---

---

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

**30) Par rapport aux procédures ci-dessous quelles sont les dispositions prises qui facilitent le travail des prestataires de la maternité en SONU?**

*a- Accès aux médicaments*

---

---

---

*b- Accès aux matériels médico-techniques*

---

---

---

*c- Transport*

---

---

---

*d- Prise de décision*

---

---

---

*e- Autre (préciser)*

---

---

---

**31) Par rapport aux procédures ci-dessous , quelles sont les dispositions prises qui gênent le travail des prestataires de la maternité dans les SONU?**

*a- Accès aux médicaments*

---

---

---

*b- Accès aux matériels médico-techniques*

---

---

---

*c- Transport*

---

---

---

*d- Prise de décision*

---

---

---

*e- Autre (préciser)*

---

---

---

**32-a) Comment la qualité des SONU offerts par les aides-soignantes est-elle déterminée?**

Si nécessaire, poser des questions pour s'assurer que la description est aussi complète que possible (par qui, outils, périodicité, contenu, etc...).

---

---

---

---

---

---

**32-b) Comment la qualité des SONU offerts par les sages-femmes et infirmières est-elle déterminée?**

Si nécessaire, poser des questions pour s'assurer que la description est aussi complète que possible (par qui, outils, périodicité, contenu, etc...).

---

---

---

---

---

---

**33) Comment les problèmes relevés lors de la supervision sont-ils résolus?**

Si nécessaire, poser des questions pour s'assurer que la description est aussi complète que possible.

---

---

---

**Connaissances et Compétences**

**34) Pensez-vous que:**

34-a) Les aides-soignantes ont les connaissances et compétences suffisantes pour offrir des prestations des SONU selon les standards?

OUI                   NON

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

34-b) Les sages-femmes et infirmières ont les connaissances et compétences suffisantes pour offrir des prestations de SONU selon les standards?

OUI                   NON

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

**35) Dans quels domaines pensez-vous que:**

35-a) Les aides-soignantes offrant des SONU auraient besoin de formation/recyclage?

---

---

---

35-b) Les sages-femmes et infirmières offrant des SONU auraient besoin de formation/recyclage?

---

---

---

**36) A votre niveau, existe-t-il un système pour assurer la formation et le recyclage des aides-soignantes en SONU?**

OUI                   NON

*Si OUI, demander comment cela fonctionne.*

---

---

---

---

---

---

*Si NON, demander pourquoi?*

---

---

---

---

---

---

**37) Savez-vous si un tel système existe aussi à un autre niveau et lequel?**

---

---

---

NB: Si le superviseur direct est aussi un prestataire de SONU posez les questions ci- dessous?

***Feedback***

**II) Comment savez-vous si le travail que vous faites en SONU est bien effectué ou NON?**

**POUVEZ-VOUS NOUS MONTRER UNE PREVUE ATTESTANT QUE VOTRE TRAVAIL EST BIEN APPRECIE?**

---

---

---

---

**39) Qui vous donne du feed-back sur votre performance? Comment vous est-il donné?**

---

---

---

***Motivations et Récompenses***

**40) Avez-vous jamais été récompensé pour votre travail?**

OUI       NON

*Si OUI, comment et par qui?*

---

---

---



*Si NON, pourquoi?*

---

---

---

***Connaissances et Compétences***

**41) Avez-vous reçu une formation/Recyclage par rapport au travail que vous faites actuellement dans le domaine des SONU?**

OUI       NON

41-a) Si OUI laquelle?

---

---

41-b) Depuis quand avez-vous eue cette formation?

Il y a 1-2 ans:       Il y a plus de 2 ans:

41-c) Pensez-vous que cette formation vous a aidé à améliorer vos prestations en SONU?

OUI       NON

*Si OUI, comment?*

---

---

---

*Si NON, pourquoi?*

---

---

---

41-d) Dans quels domaines des SONU pensez-vous avoir encore besoin de formation?

---

---

---

Observations particulières

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

Nom du superviseur: \_\_\_\_\_



## Etude sur l'Amélioration de la Performance

### Guide d'entretien à l'intention des gestionnaires (Questionnaire 4A)\* (Administrator's interview guide)

L'objectif de ce questionnaire est de collecter des informations sur les facteurs de performance des prestataires des SONU. L'enquêteur collectera cette information par un interview en profondeur.

Les données qui seront collectées serviront à l'identification des interventions qui permettront l'amélioration des performances en SONU.

#### Identification

- a) No: \_\_\_\_\_
- b) Zone sanitaire de: \_\_\_\_\_ .Sous prefecture de: \_\_\_\_\_  
Commune de: \_\_\_\_\_
- c) Lieu de travail de l'enquêtée (cocher):  
DDS:  BZS:  HZ:  CSSP:  CCSU:  CCS:
- d) Fonction de l'enquêté (cocher):  
Directeur:  Coordinateur:  Major:  Chef de poste:   
Autre (préciser):
- e) Profil de l'enquêté:  
Médecin:  Infirmier:  Autre (préciser):

#### Attentes

**1) Quel type de prestataires supervisez-vous ? (cocher)**

Médecin:  SF:  IDE/IS:  AS:  Autre (préciser):

**2) Savez-vous les tâches en SONU qui sont attendues des prestataires de services qui sont dans les maternités?**

OUI  NON

---

\* DDSP Borbou\PRIME\Intrah\Fiche 4A

2-a) Si OUI, sont-elles inscrites sur un support (exemple: Description de poste , Politique ou normes standards )

OUI  NON

2-b) Si OUI, disposez-vous des description de poste des agents? \_\_\_\_\_ Peut-on en avoir des exemplaires?

2-c) Si NON, Pourquoi?

---

---

---

---

3) D'après vous, les agents qui sont dans les maternités savent –ils ce qui est attendu d'eux en matière de SONU?

OUI  NON

3-a) Si OUI, Pensez-vous que les agents sont en mesure de dire exactement les tâches qui sont attendues d'eux en matière des SONU?

OUI  NON

Pourquoi, dites-vous cela?

---

---

---

---

### **Feedback**

4) Avez-vous une idée du niveau d'exécution des tâches en matière de SONU par les agents qui sont dans les maternités?

OUI  NON

4-a) Si OUI, quel est ce niveau?

Très bien  Bien

Passable  Autre

Comment le savez-vous?

---

---

---

---

4-b) Si NON, demander Pourquoi?

---

---

---

---

5) Est-ce que les agents qui sont dans les maternités savent leur niveau d'exécution des tâches?

OUI  (Si OUI, continuer à 5-a et 5-b)      NON  (Si NON, Paser à 5-c)

5-a) Si OUI, comment les savent- ils? (Cocher les réponses spontanées)

Par le Feedback individuel par leur chef direct:

Par les superviseurs du niveau élevé:

Autre:

5-b) Dans quelle circonstance, les agents reçoivent-ils le feedback? (Cocher les réponses spontanées)

- Réunion de travail:       - Restitution du monitoring:

- Supervision:       - Contre Référence:

- Autre:  (préciser) \_\_\_\_\_

5-c) Si NON, demander Pourquoi?

---

---

---

---

**6) Les agents supervisés disposent-ils d'un cahier de supervision?**

OUI  (Si OUI, continuer à 6-a et 6-b)      NON  (Si NON, Paser à 6-c)

6-a) *Si OUI, Dans quelle mesure les superviseurs remplissent-ils le cahier? (Faire une description aussi complète que possible)*

---

---

---

---

6-b) *Dans quelle mesure les supervisés prennent connaissance du cahier de supervision? (Faire une description aussi complète que possible)*

---

---

---

---

6-c) *Si NON, demander Pourquoi?*

---

---

---

---

***Equipement et outils***

**7) Savez-vous de quoi les agents qui sont dans les maternités ont besoin selon les normes et standards pour offrir des prestations de SONU de qualité?**

OUI  (Si OUI, continuer à 7-a)      NON  (Si NON, Paser à 7-b)

7-a) *Si OUI, donnez-nous des exemples (cocher les réponses spontanées)*

- Matériel clinique:       - Matériel consommable:
- Equipement:       - Formation:       - Supervision:
- Autre:  (préciser) \_\_\_\_\_

7-b) *Si NON, demander Pourquoi?*

---

---

---

---

**8) Pensez-vous que les prestataires des services dans les maternités ont tout ce dont ils ont besoin pour bien offrir les SONU de qualité?**

OUI  (Si OUI, continuer à 8-a)    NON  (Si NON, Paser à 8-b)

*8-a) Si OUI, demander de donner quelque exemples (cocher les réponses spontanées):*

- Matériel clinique:     - Matériel consommable:
- Equipement:     - Formation:     - Supervision:
- Autre:  (préciser) \_\_\_\_\_

*8-b) Si NO , de quoi les agents dans les maternités ont-ils besoin (cocher les réponses spontanées):*

- Matériel clinique:     - Matériel consommable:
- Equipement:     - Formation:     - Supervision:
- Autre:  (préciser) \_\_\_\_\_

**9). Quel est votre rôle dans l'approvisionnement des consommables dont les agents dans les maternités ont besoin en matière de SONU? (Faire une brève description des aspects évoqués)**

- Evaluer les besoins:  Comment? \_\_\_\_\_
- Faire la commande:  Comment? \_\_\_\_\_
- Réceptionner la commande:  Comment? \_\_\_\_\_
- Distribution des produits:  Comment? \_\_\_\_\_
- Aucun rôle: (spécifier):  Comment? \_\_\_\_\_



**Motivation et récompenses**

**10) Lorsqu'un agent accomplit correctement ses tâches, comment cela est-il reconnu?** (cocher les réponses spontanées)

- Remerciement verbal:
- Lettre de félicitations:
- Prix de performance:
- Autre (spécifier):  \_\_\_\_\_

**11) Quels sont les critères ou les procédures utilisées pour décider de récompenser un prestataire?** (Veuillez faire une description aussi complète que possible)

---

---

---

---

**12) Est-ce que les agents dans les maternités sont au courant de ces critères?**

- OUI       NON       NE SAIT PAS

**Appui organisationnel**

**13) Connaissez-vous les objectifs du Ministère de la Santé en ce qui concerne les SONU?**

- OUI       NON

*13-a) Si OUI, demander quels sont ces objectifs?*

---

---

---

---

*13-b) Si NON, Pourquoi?*

---

---

---

---

**14) Selon vous est-ce que les agents dans les maternités sont au courant des objectifs poursuivis par le MSP en matière des SONU?**

OUI                   NON

*14-a) Si OUI, comment sont-elles au courant?*

---

---

---

---

*14-b) Si NON, demander Pourquoi*

---

---

---

---

**15) Est-ce qu'il existe un plan d'action dans lequel sont insérées les prestations de service en matière de SONU?**

OUI                   NON

*15-a) Si OUI, demander à obtenir une copie?*

---

---

---

---

*15-b) Si NON, demander Pourquoi*

---

---

---

---

**16) Comment les décisions concernant le fonctionnement des services de santé sont-elles prises dans les services de maternité? (cocher les réponses spontanées)**

- Réunion de l'EEZS:
- Réunion de l'EEZS élargie au chef poste:
- CODIR:

- Réunion élargie au COGEC/COGES:
- Réunion du médecin- coordonnateur et chef poste:
- Autre (spécifier): \_\_\_\_\_

**17) Est-ce que les avis des agents sont prises en compte dans la prise de décision? (demander d'expliquer la réponse)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**18) Existe-t-il des mécanismes qui permettent de déterminer et apprécier la qualité des services en SONU?**

OUI       NON

*18-a) Si OUI, demander lesquels*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**19) Existe-t-il un système pour superviser les prestataires dans les maternités?**

OUI       NON

Comment ce système fonctionne-t-il? (Veuillez faire une description de chaque aspect du système)

- Rythme:   
\_\_\_\_\_
- Diffusion d'un calendrier:   
\_\_\_\_\_
- Feedback donné:   
\_\_\_\_\_
- Dissémination des rapports de supervision:   
\_\_\_\_\_

- Résolution immédiate des problèmes et suivi des recommandations:

\_\_\_\_\_

- Autre (spécifier):

\_\_\_\_\_

**20) Existe-t-il un système de formation continue en matière des SONU dans le département et dans la zone sanitaire?**

OUI  NON

*20-a) Si OUI, demander Qui gère ce système de formations en SONU*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*20-b) Qui finance les formations en SONU*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*20-c) Si NON, Pourquoi il n'y en a pas et quelles sont les perspectives dans ce domaine*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**21) Dans quels domaines pensez-vous que les prestataires offrant des SONU auraient besoin de formation /recyclage**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

Nom du superviseur: \_\_\_\_\_



## Etude sur l'Amélioration de la Performance

### Instrument d'Inventaire (Questionnaire 5A)\* (Inventory instrument)

L'objectif de cet instrument est de collecter les données sur l'environnement et les outils en matière de SONU dans les maternités. L'enquêteur doit collecter l'information par l'inventaire dans la maternité et le magasin de stock.

Au cours de l'inventaire, l'enquêteur doit se faire accompagner du responsable de la maternité et du chef de poste. Les données qui seront collectées serviront à l'identification des interventions qui permettront l'amélioration des performances en SONU.

#### Identification

- a) Zone sanitaire de: \_\_\_\_\_  
Sous-préfecture de: \_\_\_\_\_ Commune de: \_\_\_\_\_
- b) Type d'établissement (cocher):  
HZ:  CSSP/CCSU:  CCS:

#### Locaux

##### 1) Veuillez décrire l'état des locaux

1-a) Avez-vous une salle de consultation

OUI  NON

1-b) Existe-t-il une salle d'accouchement

OUI  NON

1-c) Existe-t-il une salle d'observation

OUI  NON

1-d) Existe-t-il une salle de garde

OUI  NON

##### 2) Les salles répondent-elles aux critères ci-après:

2-a) Propreté

OUI  NON

---

\* DDSP Borgou\PRIME\Intrah\Fiche 5A

2-b) Aération

OUI  NON

2-c) Présence de lumière (éclairage)

OUI  NON

2-d) Discrétion

OUI  NON

2-e) Si NON laquelle ne répond pas à l'un des critères. Précisez pourquoi?

---

---

---

**3) Les salles sont elles entretenues?**

OUI  NON

3-a) Si OUI demander Par qui et comment?

---

---

---

---

3-b) Si NON, demander Pourquoi?

---

---

---

---

**4) Existe-t-il un moyen de transport disponible pour la maternité?**

OUI  NON

4-a) Si OUI, lequel (décrire son état: fonctionnement, amortissement)

---

---

---

---

4-b) Existe-t-il un moyen de transport pour le centre?

OUI  NON

4-c) Utilisez-vous ce moyen en cas d'urgence?

OUI  NON

*Si NON pour quoi?*

---

---

4-d) Comment procédez-vous en cas d'urgence?

---

---

4-e) Le moyen de transport est-il entretenu?

OUI  NON

4-f) *Si OUI, demander Par qui et comment?*

---

---

---

4-g) *Si NON, demander Pourquoi?*

---

---

---

**5-a) Existe-t-il un logement pour les prestataires?**

OUI  NON

**5-b) Si OUI à quelle distance par rapport à la maternité** \_\_\_\_\_

**6) De quand date votre dernier approvisionnement en produits ou matériels?**

---

**7) Avez-vous connu de rupture de stock de produits utilisés en SONU?**

OUI  NON

7-a) *Si OUI, comment avez-vous gérer la situation?*

---

---

---



8) Comment faites-vous votre réapprovisionnement? (décrire la procédure)

---

---

---

9) En cas d'urgence que faites-vous pour accéder aux produits? (décrire la procédure)

---

---

---

**Matériel clinique**

10) Cocher OUI si le matériel est fonctionnel et si le prestataire a accès à tout moment à ces matériels?

Matériel	Disponible (cocher)	Accessible à tout moment cocher
<b>A. Matériel de prélèvement d'abord veineux:</b>		
1. Cathéter		
2. Potence		
3. Des paniers pour fixer le flacon du sérum		
4. Hématiel (des macro molécules )		
5. Des seringues		
6. Garrot		
7. Flacons pour prélèvement		
<b>B. Matériel d'examen général:</b>		
1. Une table d'examen		
2. Le tensiomètre		
3. Pèse-personne		
4. Stéthoscope médical		
5. Thermomètre		
6. Horloge murale avec trotteuse		
7. Toise		
8. Abaisse-langue		

**Commentaire:**

---

---

---

Matériel	Disponible (cocher)	Accessible à tout moment cocher
<b>C. Matériel d'examen gynéco-obstétrique</b>		
1. Spéculum		
2. Gants à usage unique		
3. Bassin de lit		
4. Stéto-obstétrical		
5. Compresses		
6. Table d'accouchement		
7. Paravent		
8. Tambour		
9. Boîte à gants		
10. Haricot		
11. Plateau		
12. Poubelle		
13. Bassin en plastique pour décontamination		
14. Coton		
15. Chariot de soins		
16. Bandelettes pour examen d'urine		

**Commentaire:**

---



---



---



---



---

Matériel	Disponible (cocher)	Accessible à tout moment cocher
<b>D. Matériel accouchement</b>		
1. Tambour (à champ, à compresse, à coton)		
2. Boîte d'accouchement		
3. Boîte d'épisiotomie		
4. Boîte de ventouse		
5. Boîte de Forceps		
6. Contre-poids (sac de sable)		

**Commentaire:**

---

---

---

---

---

Matériel	Disponible (cocher)	Accessible à tout moment cocher
<b>E. Matériel pour la réanimation des nouveau nés</b>		
1. Aspirateur manuel		
2. Aspirateur pour la réanimation du nouveau-né		
3. Obus d'oxygène		
4. Dispositif d'oxygénation		
5. Pèse-bébé		
6. Chronomètre		
7. Table+lampe chauffante		
8. Boite d'intubation		

**Commentaire:**

---

---

---

---

Matériel	Disponible (cocher)	Accessible à tout moment cocher
<b>F. Divers</b>		
1. Source de lumière		
2. Escabeau		
3. Potences pour mettre les instruments		
4. Pince de Pozzi		
5. Sonde vésicale		
6. Produits injectables (ocytocine, etc.)		
7. Diazépam		
8. Brancard		

Matériel	Disponible (cocher)	Accessible à tout moment cocher
9. Methergine injectables		
10. Chlorpromazine		
11. Catapressan		
12. Antispasmodiques		
13. Analgésiques		
14. Antibiotiques		

**Commentaire:**

---



---



---



---

Matériel	Disponible (cocher)	Accessible à tout moment cocher
<b>G. Matériel pour prévention des infections</b>		
1. Blouse		
2. Gants à usage unique		
3. Gants pour révision utérine		
4. Eau courante		
5. Savon		
6. Serviette propre		
7. Eau de Javel		
8. Produits chimiques		
9. Poupinel /autoclave		
10. Réchaud		
11. Autre (préciser _____)		

**Comment éliminez-vous les déchets?**

---



---



---



---



---

**11) Comment éliminez-vous les déchets?**

*(Cocher la réponse ou préciser)*

1- Incinération

2- Fosse

3- Autres  (préciser \_\_\_\_\_)

***Commentaire:***

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

Nom du superviseur: \_\_\_\_\_

## Etude sur l'Amelioration de la Performance

### Guide d'entretien avec les prestataires (Questionnaire 6A)\* (Providers' interview guide)

(SF, Infirmière et Aides-soignantes dans les matrenites)

L'objectif de ce questionnaire est de collecter des données sur les facteurs de performance des agents. L'enquêteur collectera les données par une interview en profondeur.

Les données qui seront collectées serviront à l'identification des interventions qui permettront l'amélioration des performances en SONU.

#### Identification

- a) No: \_\_\_\_\_
- b) Zone sanitaire de: \_\_\_\_\_ .Sous prefecture de: \_\_\_\_\_  
Commune de: \_\_\_\_\_
- c) Type d'établissement (cocher):
- HZ:  CCSP:  CCSU/CCS:
- d) Profil de l'enquête:
- Médecin:  Infirmier:  Autre (préciser):
- e) Caractéristiques personnelles:
- Age: \\_\_\_\_\_/ ans ou Date de naissance: \_\_\_\_\_
- Niveau d'instruction (cocher):
- Primaire:  Secondaire:  Universitaire:

#### Question de démarrage de l'entretien

1) En quoi consiste votre travail à la maternité?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) Est-ce-que vous recevez des urgences?

OUI  NON

\* DDSP Borgou\PRIME\Intrah\Fiche 6A

3) **Qui est concerné par ces urgences?**

---

---

---

4) **Avez-vous déjà entendu parler des soins obstétricaux et néonataux d'urgence?**

OUI       NON

*A partir de la réponse donnée, compléter ou expliquer l'information sur les SONU.*

***Attentes***

1) **Quelles sont vos tâches en matière de SONU?**

1-a) Je ne sait pas:  (Passez à 2-a)

1-b) Mes tâches en matière de SONU sont: (completer avec la reponse donnée)

---

---

---

---

---

---

---

2) **Comment avez-vous su vos tâches en matière de SONU?**

---

---

---

2-a) Avez-vous une description de poste:

OUI       NON

*Si OUI demander une copie et Noter le commentaire sur la description de poste*

---

---

---

---

---

---

---

**3) Basez-vous votre travail sur des objectifs ou résultats à atteindre**

OUI                   NON

3-a) Avez-vous été associé à la définition de ces objectifs ou résultats?

*Demander d'expliquer la réponse:*

---

---

---

***Feedback sur la performance (Retro- Information)***

**4) Comment savez-vous si le travail que vous faites en SONU est bien effectué ou NON?**

*Pouvez-nous montrer une preuve attestant que votre travail est bien apprécié?*

---

---

---

**5) Qui vous donne du feed-back sur votre performance? Comment vous est-il donné?**

---

---

---

***Environnement et outils***

*(voir outils inventaire)*

***Motivations et récompenses***

**6) Avez-vous jamais été récompensé pour votre travail?**

OUI                   NON

6-a) *Si OUI, comment et par qui?*

---

---

---

6-b) *Si NON, pourquoi?*

---

---

---



6-c) Existe-t-il un système régulier de récompense pour un travail bien fait?

OUI  NON

6-d) Si OUI demandez de décrire le système et d'expliquer si elle est satisfaite?

---

---

---

6-e) Si NON demander Pourquoi?

---

---

---

### ***Appui organisationnel***

**7) Connaissez-vous les objectifs du Ministère en ce qui concerne les SONU?**

OUI  (Continuez à 7a) NON  (Passez 7b)

7-a) Si OUI demandez d'en citer quelques-uns?

---

---

---

7-b) Dans votre centre avez-vous des résultats à atteindre en matière des SONU?

OUI  (Continuez à 7c) NON  (Passez 8)

7-c) Si OUI, demandez d'en citer quelques uns?

---

---

---

7-d) Qui les a défini? (cocher les réponses spontanées)

- DDSP:
- Coordination:
- Chef poste:
- Moi-même:

- Equipe de la formation sanitaire:

- Autre (à préciser):  \_\_\_\_\_

8) *Pouvez-vous dire de quelle manière votre travail contribue à l'atteinte des objectifs du ministère en matière de SONU?*

---

---

---

9) *Au sein de votre formation sanitaire:*

9-a) Comment le travail est-il organisé?

---

---

---

9-b) En quoi cette organisation facilite le travail dans la maternité

---

---

---

9-c) En quoi cette organisation gêne le travail dans la maternité?

---

---

---

9-d) Qui prend les décisions concernant le fonctionnement du service?

---

---

9-e) Comment ces décisions sont-elles prises?

---

---

9-f) Participez-vous à la prise de décision

OUI  NON

9-g) *Si OUI, comment?*

---

---

---

9-h Si NON, pourquoi?

---

---

---

10) Les rôles et responsabilités des prestataires sont-ils clairement définis?

OUI  NON

10-a) Si OUI, comment? ( faire une brève description des principaux rôles)

---

---

---

---

---

---

10-b) Si NON, pourquoi?

---

---

---

11) A quand remonte la dernière visite de supervision que vous avez reçue? (cocher)

\* Moins de 3 mois  \* il y a trois mois  \* plus de 3 mois

**11-a) La dernière supervision a été faite par qui?**

\* Major  \* Membre EEZ  \* SF Responsable  \* Autre (preciser)

**11-b) Quelles sont vos attentes par rapport à la supervision?**

---

---

---

11-c) Les supervisions reçues répondent-elles à vos attentes?

OUI  NON

11-d) Si NON, pourquoi?

---

---

---

11-e) Comment les problèmes relevés lors de la supervision et du monitoring sont-ils résolus?

---

---

---

***Connaissances et compétences***

12) Avez-vous reçu une formation par rapport au travail que vous faites actuellement en matière des SONU?

OUI  NON

12-a) Si OUI laquelle?

---

---

---

12-b) Depuis quand avez-vous eu cette formation?

Il ya 1-2 ans  + 2 ans  Autre  (à préciser) \_\_\_\_\_

**12-c) Pensez-vous que cette formation vous a aidé à améliorer vos prestations en SONU?**

OUI  NON

12-d) Si OUI, comment?

---

---

---

12-e) Si NON, pourquoi?

---

---

---

**12-f) Dans quels domaines de SONU pensez-vous avoir encore besoin de formation?**

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

Nom du superviseur: \_\_\_\_\_



## Diagnostic Communautaire Questionnaire 1B\*

### **Guide d'entretien avec les responsables du MSP (DSF et DDSP-Borgou)** *(Interview guide for the persons in charge of the MSP (DSF-Borgou))*

L'objectif de ce questionnaire est de collecter les informations sur la vision du MSP sur les aides soignants et les agents de santé communautaire (matrones, accoucheuses traditionnelles). Les informations qui seront collectées permettront à la préparation des interventions dans la communauté en matière de SONU.

L'enquêteur doit collecter l'information par interview en profondeur.

#### ***Identification***

a) No: \_\_\_\_\_

b) Lieu de l'enquête:

c) Direction enquêtée (cocher):

DSF:  DDSP-B:

d) Fonction de l'enquêté (cocher):

Directeur:

Autre fonction (à préciser):

#### **1) Quelle est la mission de votre direction.**

---

---

---

---

#### **2) Quelle est la position du MSP concernant les statuts actuels des catégories d'agents ci-après (Collecter les informations sur leur recrutement et sur leur utilisation officielle?)**

a) Aides soignantes au sein des formations sanitaires

---

---

---

\* DDSP Borgou\PRIME\Intrah\Fiche 1B

b) Matrones dans les UVS

---

---

---

c) Accoucheuses traditionnelles dans la communauté

---

---

d) Secouristes

---

---

**3) Que pensez-vous de l'utilisation actuelle de ces catégories d'agents dans l'offre de soins à chaque niveau où elles se trouvent?**

**Dans quelle mesure cette utilisation est-elle légale?** (collecter l'information pour chaque catégorie)

a) Aides-soignantes:

---

---

---

b) Matrones

---

---

---

c) Accoucheuses traditionnelles

---

---

---

d) Les secouristes

---

---

---

**4) Quelles sont les perspectives d'avenir du MSP sur l'utilisation de chaque catégorie d'agents ci-dessous dans l'offre des SONU de qualité?**

a) Aides-soignantes

---

---

---

b) Matrones

---

---

---

c) Accoucheuses traditionnelles

---

---

---

d) Secouristes

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

Nom du superviseur: \_\_\_\_\_





**Diagnostic Communautaire**  
**Questionnaire 2B\***

**Guide d'entretien avec les questionnaires des programmes**  
*(Interview guide for the program investigators)*

**(PROSAF, PBA-SSP, PADS, BASICS, ONG, CPS)**

L'objectif de ce questionnaire est de collecter les informations sur les activités menées par votre institution (ONG) dans la communauté. Les informations qui seront collectées permettront à la préparation des interventions dans la communauté en matière de SONU.

L'enquêteur doit collecter l'information appropriée par interview en profondeur.

***Identification***

a) No: \_\_\_\_\_

b) Lieu: \_\_\_\_\_

c) Institution: \_\_\_\_\_

PROSAFF:       PBA-SSP:       CPS:

Autre ONG (à préciser):  \_\_\_\_\_

d) Fonction de l'enquête:

Coordonnateur:

Coordonnateur adjoint:

Autre  préciser \_\_\_\_\_

**1) Quels sont les buts et les objectifs ou la mission de votre institution?**

---

---

---

---

---

**2) Quelles sont les activités que vous menez dans les départements du Borgou et de l'Alibori?**

---

---

---

\* DDSP Borgou\PRIME\Intrah\Fiche 2B

**3) Dans quelles sous-préfectures/communes intervenez-vous actuellement?**

---

---

---

---

**4) En quoi, consiste votre appui dans les domaines ci-après? (Faites une brève description en précisant les activités concrètes?)**

a) Mobilisation communautaire (quoi, comment, par qui, quels résultats)

---

---

---

---

b) Services à base communautaire (lesquels, comment, par qui, quels résultats)

---

---

---

---

c) Références et contre-références (décrire l'appui donné)

---

---

---

---

d) IEC/communication pour le changement de comportement (en quoi, pour qui, par qui, comment)

---

---

---

---

e) Formation ASC (en quoi, comment, par qui, avec qui)

---

---

---

---

**5) Dans quelle mesure votre appui prend-il en compte l'offre des SONU de qualité dans la communauté**

---

---

---

---

**6) Pouvez-vous nous parler de vos perspectives d'avenir en matière de services à base communautaire?**

---

---

---

Dans quelle mesure prennent-elles en compte les SONU?

---

---

---

**7) Votre institution est-elle disposée à intervenir dans le renforcement ou l'intégration des SONU dans la zone de Malanville-Karimama?**

OUI       NON

*Si OUI, demander Comment? et dans quelles conditions?*

---

---

---

*Si NON, demander Pourquoi?*

---

---

---

Observations particulières

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

Nom du superviseur: \_\_\_\_\_



**Diagnostic Communautaire**  
**Questionnaire 3B "**

***Guide d'entretien avec la coordination de la zone sanitaire (ZS)***  
*(Interview guide for the coordination of the health zone)*

L'objectif de cet questionnaire est de collecter les informations sur les activités menées par la coordination de la zone sanitaire dans la communauté. Les informations qui seront collectées permettront à la préparation des interventions dans la communauté en matière de SONU.

L'enquêteur doit collecter l'information appropriée par l'interview en profondeur.

***Identification***

a) No: \_\_\_\_\_

b) Lieu de l'enquête:

c) Fonction de enquêté (cocher):

Coordonnateur:

Autre (à préciser):

1) Quelle sont les buts, objectifs et mission de votre institution.

---

---

---

---

2) Quelles sont les activités que vous menées dans la zone sanitaire Malanville-Karimama.

---

---

---

3-a) La zone de santé dispose-t-elle d'un plan d'action?

---

---

---

3-b) Les objectifs du SONU sont-ils pris en compte dans ce plan? Lesquels?

---

---

---

\* DDSP Borgou\PRIME\Intrah\Fiche 3B

4) Qui participent à la préparation de ce plan? Une copie du plan devrait être disponibles dans les structures sanitaires

---

---

---

---

---

5) Quel appui la zone apporte-t-elle?

a) à la mobilisation communautaire

---

---

---

b) à l'offre des services de santé de qualité à base communautaire

---

---

---

6) Dans quelle mesure les COGEC/COGES/CVS sont-ils impliqués dans le développement des systèmes ci-dessous dans la zone sanitaire Malanville-Karimama (Faites une description des **activités concrètes** menées par les COGEC/COGES/CVS pour chaque système ci-dessous):

a) Références (quoi, comment)

---

---

---

b) Motivation des ASC (quoi, comment)

- matrones: \_\_\_\_\_

- secouristes: \_\_\_\_\_

- accoucheuses traditionnelles: \_\_\_\_\_

c) Communication pour le changement de comportement et IEC (quoi, comment)

---

---

---

d) Approvisionnement en médicaments essentiels (quoi, comment)

---

---

---

e) Approvisionnement en matériels d'urgence en SONU (quoi, comment)

---

---

---

---

---

---

7) Peut-on impliquer d'avantage les COGEC/CVS/CLV dans les activités de santé communautaire?

OUI  NON

*Si OUI, demander Comment? (Faites une description complète)*

---

---

---

---

---

---

*Si NON, demander Pourquoi? (Faites une description complète)*

---

---

---

---

---

---

8) Y-a-t-il des ONG importantes qui interviennent dans *les services de santé communautaire* dans la zone sanitaire Malanville-Karimama?

OUI  NON

*Si OUI, demander lesquelles et que font-elles? (Une brève description de leurs interventions pour finalement planifier une interview avec les responsables de ces ONG.)*

---

---

---

9) Quelles sont les perspectives d'avenir de la coordination de la zone sanitaire en matière d'intégration de l'offre des SONU autres services de santé familiale offerts dans la communauté? (Demander à l'enquête de se référer au plan d'action de la zone sanitaire si nécessaire.)



---

---

---

---

---

---

10) Anticipez-vous des obstacles dans la mise en œuvre ou le renforcement des SONU dans les communautés?

OUI       NON

*Si OUI , demander lesquelles?*

---

---

---

*Si NON , demander Pourquoi?*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

Nom du superviseur: \_\_\_\_\_

**Diagnostic Communautaire**  
**Questionnaire 4B\***

**Guide d'entretien avec les superviseurs des ASC/Personnel des CCS**  
*(Interview guide for the supervisors of the ASC/personnel of the CCS)*

**(Chef de poste et Sage-femme en séance de travail)**

L'objectif de cet entretien est de collecter les données sur la perception du personnel des CCS des activités de la santé dans leur communauté. Les données qui seront collectées permettront à préparer les interventions en matière de SONU dans la communauté.

L'enquêteur doit collecter l'information nécessaire auprès du chef du CCS et responsable de la maternité en menant un entretien en profondeur en groupe.

***Identification***

- a) No: \_\_\_\_\_
- b) Zone Sanitaire de: \_\_\_\_\_
- c) Sous-préfecture de: \_\_\_\_\_  
Commune de: \_\_\_\_\_  
Village de: \_\_\_\_\_
- d) CS de: \_\_\_\_\_
- e) Profil de l'enquêté (cocher):
- Médecin:
  - Infirmier(e):
  - Sage-femme:
  - Autre (à préciser):  \_\_\_\_\_
- f) Fonction de l'enquêtes (cocher):
- Chef de CCs:
  - Chef de CCS par intérim:
  - Responsable de la maternité:
  - Autre (à préciser):  \_\_\_\_\_
- g) Ancienneté au poste (cocher):
- Moins de 1 an:  1-5 ans:  5 ans et plus:

---

\* DDSP Borgou\PRIME\Intrah\Fiche 4B

1) Pouvez-vous nous parler de vos principales responsabilités au CCS?

---

---

---

---

---

2) Qui sont les agents de santé communautaire (ASC) que vous supervisez?

---

---

---

---

---

3) Quelles sont les tâches actuelles des matrones en matière des SONU?

a) Par rapport à la mère (faire une description détaillée) :

---

---

---

b) Par rapport au nouveau-né (faire une description détaillée):

---

---

---

---

4) Que pensez-vous de la performance actuelle des matrones dans l'accomplissement des tâches ci-dessus énumérées? (demander les tâches qui semblent bien exécutées et celles qui ne le sont pas)

---

---

---

5) Quelles sont les tâches actuelles des accoucheuses traditionnelles? (faire une description détaillée des tâches)

a) Par rapport à la mère:

---

---

---

b) Par rapport au nouveau-né:

---

---

6) Que pensez-vous de la performance actuelle des accoucheuses traditionnelles dans l'accomplissement des tâches ci-dessus énumérées? (demander les tâches qui semblent bien exécutées et celles qui ne le sont pas)

---

---

---

7) Quelles sont les tâches actuelles des secouristes?

---

---

---

8) Que pensez-vous de la performance des secouristes dans l'accomplissement de leurs tâches? (demander les tâches qui semblent bien exécutées et celles qui ne le sont pas)

---

---

---

---

---

9) Connaissez-vous d'autres ASC qui sont dans les villages rattachés à votre CCS?

OUI  NON

*Si OUI où sont-ils et que font-ils?*

---

---

---

---

---

---

10) Quels sont les types de cas récents en SONU qui vous sont référés par les matrones et les accoucheuses traditionnelles? (demander les trois derniers cas d'urgence reçus)

---

---

---

11) Dans quel état de santé ces cas vous arrivent-ils? (demander d'expliquer si c'est à temps ou trop tard, si c'est quand la complication s'est aggravée ou après plusieurs tripotages qu'elles leur évacuent les cas)

---

---

12) Comment ces références sont elles organisées? (faire une brève description sur les moyens de transport, les personnes qui accompagnent la femme, les distances parcourues,...)

---

---

---

13) Existe-t-il un système de contre référence par rapport au cas référés par les matrones et les accoucheuses traditionnelles?

OUI  NON

13-a) *Si OUI, Comment la contre référence est-elle organisée?* (demander de donner une description complète sur la façon dont le CCS fait la contre-référence: qui, comment, approche)

---

---

---

---

---

13-b) *Si NON, Pourquoi?*

---

---

---

14) *Existe-t-il un système de supervision des matrones et des accoucheuses traditionnelles par le personnel du CCS?*

OUI  (continuez à 14a)  NON (passez à 14b)

14-a) *Si OUI, veuillez faire une brève description pour chaque élément ci-dessous?*

- Existence d'un calendrier de supervision des ASC (voir le calendrier):
- Existence de moyen de transport pour les ASC?

---

---

---

---

---

- Feed-back donné aux ASC (comment est-il donné, par qui et quand?):

---

---

---

- Résolution des problèmes des ASC rencontrés aux cours des supervisions (comment la résolution des problèmes est-elle planifiée, existe-t-il un plan de résolution des problèmes?):

---

---

---

---

---

- Préparation des rapport de supervision des ASC (les rapports sont-ils préparés, où sont-ils, peut-on les voir?)

---

---

- Suivi des recommandations formulées lors des supervisions des agents de santé (existe-t-il un plan de suivi des recommandations de la supervision, où se trouve ce plan?)

---

---

- Autres problèmes de supervision

14-b) Si NON , demander Pourquoi?

---

---

---

---

---

15) Existe-t-il un programme de stratégie avancée?

OUI

(continuez à 15a)

NON

(passez à 15b)

15-a) Si OUI, demander de faire une brève description des séances de travail avec les accoucheuses traditionnelles et les matrones au cours de la stratégie avancée:

---

---

---

15-b) Si NON , demander Pourquoi?

---

---

---

---

16) Quel rôle jouez-vous dans la fourniture du matériel de service aux agents de santé communautaire (ASC)? (cocher les réponses spontanées)

- Evaluer les besoins:
- Faire la commande:
- Réceptionne:
- Distribution:
- Faire l'inventaire:
- Autre (préciser):

17) *Quels sont les problèmes liés à la fourniture du matériel aux UVS?*

---

---

---

---

18) *Quel est le système qui existe pour motiver les matrones et secouristes?*

---

---

---

19) *Quel est le système de motivation qui existe pour les accoucheuses traditionnelles?*

---

---

---

20) *Quel est le rôle joué actuellement par les COGEC/CVS dans les activités de santé communautaire?*

Donnez une brève description pour les activités ci-dessous:

- Organisation des systèmes de référence (Comment):

---

---

---

---

---

- Organisation des activités d'IEC (Comment, avec quoi, à quelle occasion,...)

---

---

---

- Fourniture en produits et médicaments essentiels (d'où et comment)

---

---

---

- Motivation des agents de santé communautaire(matrone, secouriste, accoucheuse traditionnelles): Comment? Par qui? quoi?

---

---

---

---

- Autre (à préciser)

---

---

---

*21) Que préconisez-vous pour impliquer davantage les COGES et les CVS ou les CLV dans la promotion des activités à base communautaire?*

---

---

---

---

---

Observations particulières

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

Nom du superviseur: \_\_\_\_\_





**Diagnostic Communautaire**  
**Questionnaire 5B\***

**Guide d'entretien avec les membres des COGEC/CVS/CLV**  
*(Interview guide for members of COGEC/CVS/CLV)*

L'objectif de cet entretien est de collecter les informations sur les activités et les potentialités en matière des services à base communautaire et les SONU. Les informations qui seront collecter permettront à préparer les interventions dans la communauté en matière de SONU.

L'enquêteur collectera l'information appropriée par un entretien en profondeur mené avec les membres du COGEC et/ou CVS.

***Identification***

- a) No: \_\_\_\_\_
- b) Zone Sanitaire: \_\_\_\_\_
- c) Sous-préfecture de: \_\_\_\_\_ Commune de: \_\_\_\_\_ Village de: \_\_\_\_\_
- d) Type de comité (cocher):
- COGEC:
- CVS:
- Autre (préciser):  \_\_\_\_\_
- e) Fonction dans le comité, membres rencontrés (cocher):
- Président:
- Secrétaire:
- Autre membres (à préciser)  \_\_\_\_\_

**1) Quel est le rôle de votre comité?**

---

---

---

---

**2) Quelle est la composition de votre comité?**

---

---

\* DDSP Borgou\PRIME\Intrah\Fiche 5B

---

---

---

---

3) *Quelles sont les activités que mène votre comité dans le domaine de la santé?*

---

---

---

---

4) *Avez-vous un programme d'activités?*

OUI       NON

4-a) Si OUI, demander à voir ce programme puis relever les activités de santé réalisées et à réaliser.

---

---

---

---

---

---

4-b) Si NON , demander Pourquoi?

---

---

---

---

---

5) *Quelles sont selon vous les activités menées par les matrones?*

---

---

---

---

6) *Etes vous satisfaits des activités menées par les matrones?*

OUI       NON

6-a) Si OUI, demander Pourquoi?

---

---

---

---

6-b) Si NON , demander Pourquoi?

---

---

---

6-c) Comment faites- vous pour motiver ou récompenser les matrones? (décrire brièvement le système de motivation)

---

---

---

*7a) Quelles sont les activités menées par les accoucheuses traditionnelles?*

---

---

---

*7b) En cas d'accouchement difficile, que fait l'accoucheuse traditionnelle?*

---

---

---

8) En cas d'accouchements difficile que fait l'AT?

---

---

---

8-a) Si OUI, demander Pourquoi?

---

---

---

8-b) Si NON, demander Pourquoi

---

---

---

---

8-c) Comment faites-vous pour motiver/récompenser les accoucheuses traditionnelles? (décrire brièvement le système de motivation)

---

---

---

---

8-d) Comment la population fait-elle pour motiver/récompenser les services rendus par les matrones et les accoucheuses traditionnelles?

---

---

---

---

Connaissez-vous d'autres activités menées par les AT?

---

---

---

---

9) *Quelles sont les activités menées par les secouristes?*

---

---

---

---

10) *Etes-vous satisfaits des activités menées par les secouristes?*

OUI       NON

10-a) Si OUI, demander Pourquoi?

---

---

---

---

10-b) Si NON , demander Pourquoi?

---

---

---

11) *Si un membre de votre communauté (adulte) de la famille est malade:*

11-b) Qui est la principale personne qui décide d'amener cet adulte au centre de santé en cas d'urgence? Et Pourquoi?

---

---

---

11-c) Qui prend en charge ses soins de santé? (demander à expliquer la réponse et à en donner les raisons)

---

---

---

11-d) Quand un enfant (de 0 à 5 ans) est malade, qui est responsable de ses soins à domicile et qui doit décider de son évacuation en cas de gravité?

- Prise de décision
- Prise en charge

12) *Quand une femme est enceinte quels sont les signes de danger qui permettent de décider de son évacuation vers un centre de santé?*

---

---

---

13) *Comment organisez-vous habituellement les évacuations des femmes enceintes ou en travail d'accouchement vers un centre de santé? (décrire comment la communauté est organisée pour les références, les moyens utilisés pour référer, les coûts et la rapidité)*

---

---

---

14) *Ya-t-il dans la communauté des personnes qui ont des moyens de transport qui peuvent être loués pour des évacuations?*

OUI       NON

14-a) *Si OUI, quels sont ces moyens?*

---

---

---

---

15) *La communauté est-elle prête à faire des cotisations pour renforcer les références à travers une Caisse de solidarité, contrat avec les transporteurs, installation de réseau aérien de communication, ...?*

OUI                   NON

15-a) Si OUI, comment peut-on organiser les cotisations? (décrire les actions concrètes)

---

---

---

---

15-b) Si NON, demander quels sont les obstacles que le comité prévoit?

---

---

---

---

15-c) Pensez-vous que les COGEC peuvent jouer un rôle dans l'organisation et le renforcement des références? (décrire des actions concrètes et être précis)

---

---

---

---

16) *Etes-vous satisfaits des soins reçus par les femmes enceintes ou en travail d'accouchement évacuées dans les formations sanitaires?* (décrire leur satisfaction pour chaque point ci-après):

OUI                   NON

Si OUI en quoi? (cocher les réponses spontanées ci-après)

a. Accueil:

---

---

---

---

b. Soins reçus:

---

---

---

---

c. Promptitude des prestataires:

---

---

---

---

d. Le coût des prestations:

---

---

---

---

e. Services à domicile, après hospitalisation:

---

---

---

---

f. Autre (à préciser et décrire)

---

---

---

---

Si NON, pourquoi?

---

---

---

---

Observations particulières

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêté: \_\_\_\_\_

Nom du Superviseur: \_\_\_\_\_





## Diagnostic Communautaire Questionnaire 6B\*

### Guide d'entretien avec des matrones et accoucheuses traditionnelles (Interview guide for matrons and traditional midwives)

L'objectif de cet entretien est de collecter les données sur les pratiques actuelles et les conditions de travail des agents de santé communautaire en matière de SONU. Les données qui seront collectées permettront à identifier les interventions dans la communauté en matière de SONU.

L'enquêteur doit collecter l'information nécessaire en menant les entretiens en profondeur individuels avec les matrones et le accoucheuses traditionnelles.

#### **Identification**

- a) No: \_\_\_\_\_
- b) Zone Sanitaire de: \_\_\_\_\_
- c) Sous-préfecture de: \_\_\_\_\_ Commune de: \_\_\_\_\_ Village de: \_\_\_\_\_
- d) L'enquêté se trouve dans une localité où il existe (cocher):

COGEC:

CVS:

UVS:

les Matrones:

les Accoucheuses traditionnelle:

- e) Profil de l'enquêté (cocher):

Matrone:

Accoucheuses traditionnelle:

- f) Caractéristiques personnelles:

- Age: \_\_\_\_\_ ans ou date de naissance: \_\_\_\_\_
- Niveau d'instruction/Alphabétisation (cocher):
- Sait lire:                      Ne sait pas lire:

---

\* DDSP Borgou\PRIME\Intrah\Fiche 6B

- Statut matrimonial (cocher):

Célibataire:  Mariée:  Divorcée:  Veuve:

- Parle la langue locale (cocher):

OUI  NON

- Ancienneté (cocher):

Moins d'1 an:  1 -5 ans:  5 ans et plus:

1) Pouvez-vous nous parler de votre travail?

---

---

---

---

2) Comment et par qui avez-vous été choisi en tant que ASC:

---

---

---

---

3) (Réservée aux matrones): Veuillez dire si vous exécutez les tâches ci-dessous et la façon de les exécuter.

NB: Cocher les *oui spontanés* à la colonne 2, puis *oui assisté* à la colonne 3; cocher *Non* pour les tâches non exécutées dans la colonne 4. Pour chaque tâche exécutée, demander comment et noter à la colonne 5 ou à l'espace <<commentaires>>

Tâches	Oui spontanés	Oui assistés	Non	Comment
<b>CPN:</b> 1. Mobiliser les femmes 2. Enregistrer les plaintes des femmes malades et les referer 3. Faire l'animation de groupe En CPN				
<b>PF:</b> 1. Relancer les utilisatrices ou perdues de vue pour respecter leur rendez-vous 2. Faire l'animation de groupe en PF				

<b>Tâches</b>	Oui spontanés	Oui assistés	Non	Comment
<b>Accouchement:</b> 1. Effectuer des accouchements normaux 2. Identifier les accouchements difficiles et les referer 3. Conseiller la mere l'allaitement au sein				
<b>Soins aux nouveau-nés:</b> 1. Reanimer le nouveau-ne 2. Faire la toilette et le pansement ombilical 3. Detecter les anomalies ou autres complications et referer				
<b>Autres:</b> 1. Mobiliser les femmes pour la vaccination 2. Stériliser le materiel utilisé				

Commentaires:

---



---



---



---



---



---



---



---

4) Demander à la matrone ou à l'accoucheuse traditionnelle de dire ce qu'elle fait (pratique) devant les cas ci-après:

<b>Cas</b>	<b>Pratique (donner l'essentiel)</b>
1. Un accouchement traîne	
2. La femme n'arrive pas à pousser	
3. La femme saigne au début de l'accouchement	
4. La femme saigne à la fin de l'accouchement	
5. L'enfant présente la main	
6. L'enfant présente le pied	
7. L'enfant présente le cordon ombilical	

Cas	Pratique (donner l'essentiel)
8. La femme dit qu'elle a soif après avoir beaucoup saigné	
9. Le placenta traîne de sortir ou ne sort pas	
10. La femme fait des crises au début , au cours ou après l'accouchement	
11. Le bébé naît et ne crie pas	
12. Le bébé est de faible poids	
13. Le bébé a une malformation	
14. Le bébé a une couleur jaune	

5) Quels sont les signes de danger qui peuvent vous décider à référer une femme enceinte au centre de santé? (Cocher les réponses spontanées).

Si la matrone ou l'accoucheuse traditionnelle a omis de citer quelques signes/facteurs, veuillez lui demander ce qu'elle ferait devant ces signes/facteurs, puis cocher dans la deuxième colonne «oui assisté».

Signes/Facteurs	Réponses	Oui spontané	Oui assisté
1. Muqueuse pâle			
2. Œdèmes			
3. Petite taille			
4. Grossesse multiple			
5. Femme trop jeune			
6. Ancienne opérée			
7. Femme ayant perdue plusieurs enfants à l'accouchement			
8. Les femmes qui boivent			
9. Autres			

6) Condition de travail / tâches (réserver à la matrone)

6-a) A quand date la dernière supervision reçue? Date: \_\_\_\_\_  
Par qui? \_\_\_\_\_

6-b) Etes-vous satisfaite des visites de supervision reçues? Pourquoi? (cocher le motif de satisfaction évoquée)

Motifs de satisfaction évoquée	OUI	NON
1. Nouvelle acquisition		
2. Correction d'une pratique courante		
3. Résolution d'un problème		
4. Autre (à préciser)		

6-c) Depuis quand avez-vous reçu une formation?

Date: \_\_\_\_\_ Par quelle structure: \_\_\_\_\_

6-d) Quel appui recevez-vous de la communauté?

Appui communautaire reçu	OUI	NON
1. Champ réalisé par la communauté		
2. Rémunération		
3. Collecte de vivres à la récolte		
4. Autre (à préciser)		

6-e) Etes-vous satisfaite de cet appui?

OUI  NON

Si OUI, demander Pourquoi?

---

---

---

---

Si NON, demander Pourquoi?

---

---

---

---

6-f) Où menez-vous vos activités?

Maison  UVS  Autre (à préciser): \_\_\_\_\_

6-g) La matrone dispose-t-elle du matériel ci-dessous dans son lieu principal de travail?

(Cocher , si OUI le matériel existe en bon état de fonctionnement)

**(Question réservée à la matrone)**

Matériel	OUI	NON
1. Eau de Javel		
2. Tablier en plastique		
3. Toile cirée		
4. Bassin de lit		
5. Table d'accouchement		
6. Gants à usage unique		
7. Pince à cramper		

<b>Matériel</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
8. Fils de ligature		
9. Matériel de désobstruction		
10. Pommade ophtalmique		
11. Pèse bébé		
12. Horloge		
13. Lanterne		
14. Sceau avec eau		
15. Pèse personne		
16. Toise murale		
17. Table , chaise , bancs		
18. Sceau avec eau		
19. Savon		
20. Serviette		
21. Fer , Acide Folique		
22. Chloroquine		
23. Vitamine A		
24. Paracétamol		
25. Mebendazole		
26. Sachets SRO		
27. Régistre (recensement , cas)		

6-h) L'accoucheuse traditionnelle dispose-t-elle du matériel ci-dessous? (Question réservée à l'Accoucheuse traditionnelle) (Cocher , si OUI le matériel existe en bon état de fonctionnement)

<b>Matériel</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
1. Tablier en coton		
2. Alèze plastique		
3. Boite à savon		
4. Coupe ongle		
5. Brosse à ongle		
6. Gants à usage unique		
7. Torchon		
8. Fils tressé pou ligature		
9. Matériel de désobstruction		

<b>Matériel</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
10. Pommade ophtalmique		
11. Pèse bébé		
12. Lampe torche		
13. Savon		
14. Serviette		

Observations particulières

---



---



---



---

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêté: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

Nom du Superviseur: \_\_\_\_\_





## Diagnostic Communautaire Questionnaire 7B\*

### Guide d'entretien des anciennes parturientes ayant reçu des SONU (Interview guide for the former participants having received SONU)

L'objectif de cet entretien est de collecter les données sur la perception des anciennes parturientes vis-à-vis des prestations reçues lors dernier séjour en SONU. Les données qui seront collectées permettront à identifier les interventions dans la communauté en matière des SONU.

L'enquêteur doit collecter l'information nécessaire en menant un entretien en profondeur avec chaque ancienne parturiante.

#### **Identification**

- a) No: \_\_\_\_\_
- b) Zone Sanitaire de: \_\_\_\_\_
- c) Sous-préfecture de: \_\_\_\_\_ Commune de: \_\_\_\_\_ Village de: \_\_\_\_\_
- d) La parturiente residait dans un localite où il existe (cocher):
- ne UVS:
- un CCS:
- une Matrones:
- une accoucheuse traditionnelle:
- e) La localite est située à \_\_\_\_\_ km du CSS.
- f) Caractéristiques personnelles:
- Age: \_\_\_\_\_ ans ou date de naissance: \_\_\_\_\_
  - Niveau d'instruction (cocher):
  - Sait lire:  Ne sait pas lire:
  - Statut matrimonial (cocher):
- Célibataire:  Mariée:  Divorcée:  Veuve:
- g) Point de chute (où elle a été admise):
- CCS:  CSSP-CSSU:  HZ:

---

\* DDSP Borgou\PRIME\Intrah\Fiche 7B

h) Type de complication (cocher):

Hémorragie:  Infection:  Accouchement difficile:

Autre (préciser):

1) *A quand remonte votre toute dernière complication? \_\_\_\_\_ mois*

2) *Où est-ce que vous habitiez à l'époque:*

Chez mon Mari:  Dans ma belle famille:  Dans ma Famille:

Autres (à préciser):  \_\_\_\_\_

### **Niveau Village/UVS**

3) **Au village, où êtes-vous allés pour les soins?**

Chez l'Accoucheuse Traditionnelle:  Chez la Matrone (UVS):

Autres (à préciser):  \_\_\_\_\_

4) *Qui a décidé que vous devriez y aller?*

Mon Mari:  Ma Famille:  Soi-même:

Autres:  \_\_\_\_\_

5) *Quels sont les signes qui ont poussé de prendre la décision d'y aller?*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

6) *Qu'est-ce que la personne qui t'a reçu t'a fait? (ou quels sont les soins ou conseils que la personne qui vous a reçue vous a donnés?)*

---

---

---

---

---

---

---

---

7) Avez-vous été satisfaite des soins reçus de cette personne?

OUI  NON

Expliquez votre réponse

---

---

---

---

---

---

### Niveau CCS/CSSP/CSCU

8 *Qui a décidé que vous alliez au CCS/CSSP OU CSCU?*

Mon Mari:  L'Accoucheuse traditionnelle ou la Matrone:

Soi-même:  Autres (à préciser):

9. *Comment votre évacuation a-t-elle organisée? (Veuillez faire une description complète du cas en vous referant aux éléments suivants):*

---

---

---

---

---

---

9-a) Quels étaient les moyens utilisés?

Vélo:  Véhicule:  Charrette:  Autres (préciser):  \_\_\_\_\_

9-b) A qui appartenait ce moyen de déplacement?/ \_\_\_\_\_/

9-c) Qui a payé le voyage?/ \_\_\_\_\_/

9-d) Le voyage a-t-il été rapide?

OUI  NON

Expliquez votre réponse

---

---

---

---

---

---

9-e) Avez-vous été accompagnée par quelqu'un?

OUI  NON

Si OUI, par qui?/\_\_\_\_\_ /

Si NON, pourquoi?

---

---

---

---

10) *Quels soins les premiers soins que vous avez reçus au CCS/CSSP ou CSCU dès votre arrivée?*  
(Veuillez donner une description complète des soins urgents reçus):

---

---

---

---

11) *Avez-vous été satisfaite des soins reçus?*

OUI  NON

Expliquez votre réponse

---

---

---

---

12) *Avez-vous bénéficié d'un suivi en quittant le centre?*

OUI  NON

Expliquez

---

---

---

---

---

---

### Niveau HZ

13) Qui a décidé que vous alliez à l'Hopital de Zone (HZ)?

Mon Mari:  L'Aide Soignante:  Soi-même:

Autres (preciser):  \_\_\_\_\_

14) Comment votre évacuation a-t-elle organisée? (**Veillez faire une description complete du cas en vous referant aux elements suivants**):

---

---

---

---

---

---

14-a) Quels étaient les moyens utilisés?

Vélo:  Ambulance:  Charrette:  Moto-ambulance:

Autres (preciser):  \_\_\_\_\_

14-b) A qui appartenait ce moyen de déplacement?/ \_\_\_\_\_/

14-c) Qui a payé le voyage?/ \_\_\_\_\_/

14-d) Le voyage a-t-il été rapide?

OUI  NON

Expliquez votre reponse

---

---

---

---

14-e) Avez-vous été accompagnée par quelqu'un?

OUI  NON

Si OUI, par qui?/\_\_\_\_\_/

Si NON, pourquoi?

---

---

---

---

15) *Quels soins les premiers soins que vous avez reçus à l'HZ dès votre arrivée? (Veuillez donner une description complète des soins urgents reçus):*

---

---

---

---

16) *Avez-vous été satisfaite des soins reçus?*

OUI  NON

Expliquez votre réponse

---

---

---

---

17) *Qui a payé pour les soins que vous avez reçus au CCS, CSSP/CSCU ou à l'HZ?*

Mon mari:  Ma famille:  Soi-même:

Autres (preciser):  \_\_\_\_\_

Comment comptez-vous faire à l'avenir si la même situation se reproduisait? (Veuillez faire une description complète des propositions faites)

---

---

---

---

18. *Avez-vous bénéficié d'un suivi en quittant l'HZ?*

OUI  NON

Expliquez votre reponse

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêté: \_\_\_\_\_

Nom du Superviseur: \_\_\_\_\_





## Diagnostic Communautaire

### Questionnaire 8B\*

#### *Guide d'entretien avec les membres des familles*

*(Interview guide for family members)*

L'objectif de cet entretien est de collecter les données sur les perceptions des membres des familles des activités de santé dans leur communauté. Les données qui seront collectées permettront à préparer les interventions dans la communauté en matière des SONU. L'enquêteur doit collecter l'information nécessaire en menant un entretien en profondeur avec les groupes des personnes provenant des familles. (1 groupe de 5 femmes et 1 groupe de 5 hommes).

#### **Identification**

- a) No: \_\_\_\_\_
- b) Zone Sanitaire de: \_\_\_\_\_
- c) Sous-préfecture de: \_\_\_\_\_ Commune de: \_\_\_\_\_ Village de: \_\_\_\_\_

d) Dans la localité existe (cocher):

un COGEC:

un CVS:

une UVS:

la/les Matrones:

le/les secouriste(s):

les Accoucheuses traditionnelles:

les familles sont situées à \_\_\_\_\_ km du CCS

#### **1) Quels sont les problèmes de santé que vous rencontrez dans votre communauté:**

1-a) Concernant les femmes :

---

---

---

---

---

\* DDSP Borgou\PRIME\Intrah\Fiche 8B

1-b) Concernant les nouveau-nés et les enfants:

---

---

---

---

---

2) Où avez-vous l'habitude de recevoir vos soins?

---

---

---

---

3) Existe-t-il des matrones dans votre village?

OUI  (si oui continuer à la Question 3-a.) NON  (si non, passer à la question 4).

3-a) Quels sont, les services/soins que vous recevez des matrones?

---

---

---

---

---

3-b) Etes-vous satisfaits des prestations des matrones?

OUI  NON

3-c) Si OUI, demander Pourquoi (Veuillez libérer clairement les raisons)

---

---

---

---

---

3-d) Si NON , demander Pourquoi (Veuillez libérer clairement les raisons)

---

---

---

---

4) Existe-t-il des accoucheuses traditionnelles dans votre village?

OUI  (si oui continuer à la Question 4-a.) NON  (si non, passer à la question 5).

4-a) Quelles sont, selon vous, les activités menées par les accoucheuses traditionnelles?

---

---

---

---

---

---

4-b) Etes-vous satisfaits des activités menées par les accoucheuses traditionnelles?

OUI  NON

4-c) Si OUI, demander Pourquoi (Veuillez libérer clairement les raisons)

---

---

---

---

4-d) Si NON , demander Pourquoi (Veuillez libérer clairement les raisons)

---

---

---

---

5) *Existe-t-il des secouristes dans votre village?*

OUI  (si OUI continuer à la Question 5-a.) NON  (si NON, passer à la question 6).

5-a) Quelles sont, selon vous, les activités menées par les secouristes?

---

---

---

---

---

---

5-b) Etes-vous satisfaits des activités menées par les secouristes?

OUI  NON

5-c) Si OUI, demander Pourquoi (Veuillez libérer clairement les raisons)

---

---

---

---

5-d) Si NON , demander Pourquoi (Veuillez libérer clairement les raisons)

---

---

---

---

6) *Si un membre de la famille est malade:*

6-a) Qui est le principal responsable de ses soins à domicile? Et quelle en est la raison?

---

---

---

---

6-b) Qui est la principale personne qui décide de son évacuation en cas de gravite au centre de santé? Et quelle en est la raison?

---

---

---

---

6-c) Qui prend en charge ses soins de santé?

---

---

---

---

7) *Quand un enfant (de 0 à 5 ans) est malade:*

7-a) Qui est responsable des soins à domicile?

---

---

---

---

7-b) Et qui doit décider de son évacuation vers un centre de santé en cas de gravite?

---

---

---

---

7-c) Et demander pourquoi cette personne évoquée?

---

---

---

---

8) *Pour une femme enceinte, quels sont les signes de danger qui permettent de décider de son évacuation vers un centre de santé?*

---

---

---

---

9) *Comment organisez-vous l'évacuation d'une femme en travail vers un centre de santé? (Veuillez décrire comment les familles s'organisent, les moyens les plus utilisés, les coûts, la rapidité évacuation par rapport à la distance,...)*

---

---

---

---

10) *La communauté est-elle prête à faire des cotisations pour renforcer les références à travers une Caisse de solidarité, un contrat avec les transporteurs, une installation de réseau aérien de communication?*

OUI       NON

10-a) Si OUI, demander comment peut-on organiser les cotisations et qui doit sensibiliser les familles pour cela?

---

---

---

---

10-b) Si NON, demander quels obstacles les familles prévoient?

---

---

---

---

10-c) Quel devrait alors être le rôle des COGEC/CVS dans l'organisation et le renforcement des références

---

---

---

---

11) *Que font les familles pour motiver les agents de santé communautaires (matrone, accoucheuse traditionnelle , secouriste)*

---

---

---

---

12) *Etes-vous satisfaits des soins reçus par les femmes enceintes ou en travail évacuées dans les formations sanitaires? (décrire le niveau de satisfaction pour chaque aspect ci-après):*

Accueil:

---

---

---

---

Soins reçus:

---

---

---

---

Promptitude des prestataires:

---

---

---

---

Le coût des prestations:

---

---

---

---

Suivi de la femme à domicile après l'hospitalisation:

---

---

---

13) Une femme en travail d'accouchement peut-elle accepter de se faire aider par un agent de santé de sexe masculin?

OUI  NON

13-a) Si OUI, demander pourquoi?

---

---

---

13-b) Si NON, demander pourquoi?

---

---

---

14) Etes-vous satisfaits des soins données aux nouveau-nés au centre de santé?

OUI  NON

14-a) Si OUI, demander pourquoi?

---

---

---

14-b) Si NON, demander pourquoi?

---

---

---

Observations particulières

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

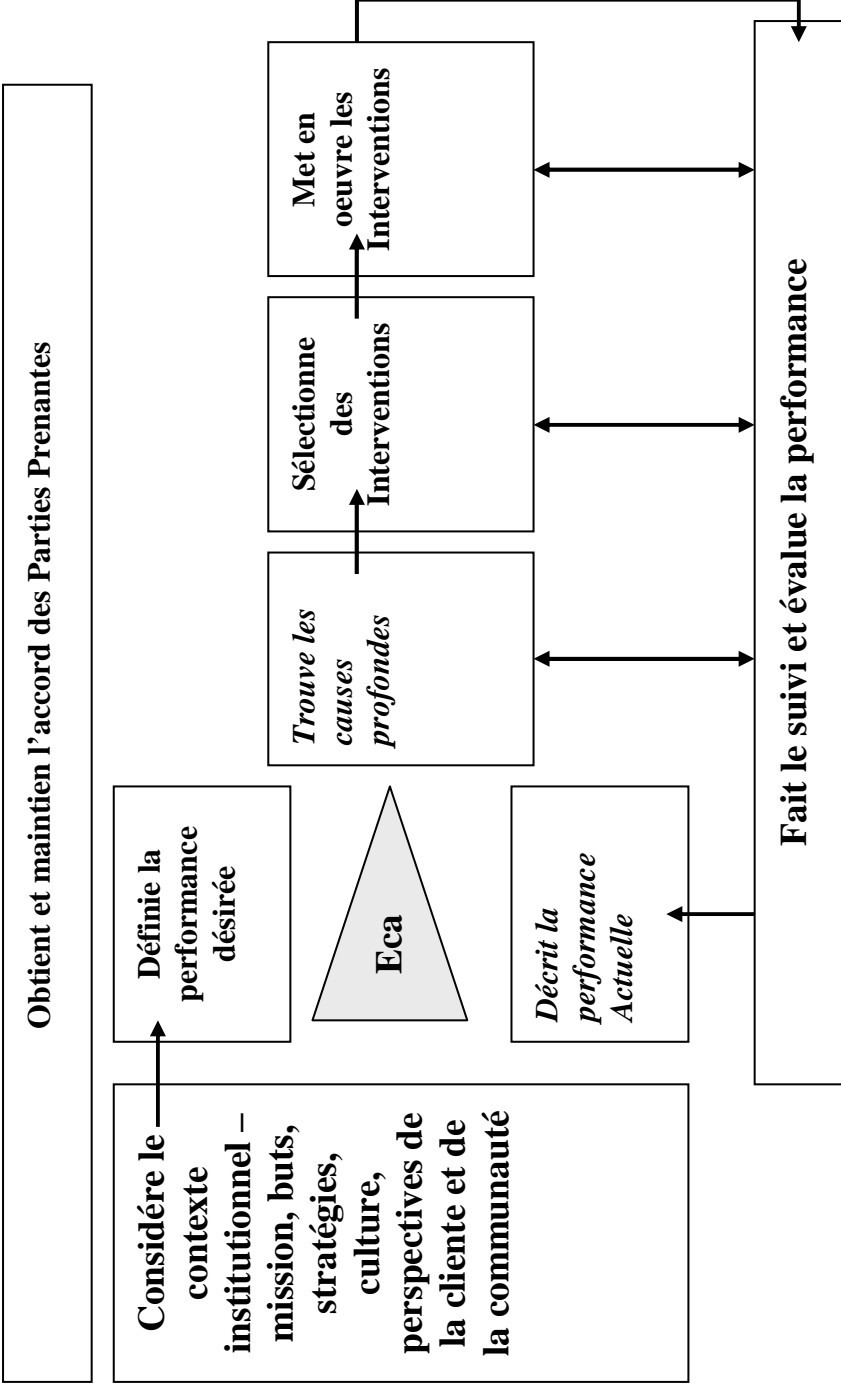
Nom du Superviseur: \_\_\_\_\_





# Annexe 3: Cadre conceptuel de l'amélioration de la performance

(Conceptual framework of Performance Improvement)





## ***Annexe 4: Liste des villages (List of villages)***

<b>S/P Malanville Formation sanitaire</b>	<b>Village</b>	<b>S/P Karimama Formation sanitaire</b>	<b>Village</b>
CCSU Malanville	Bodjecali	CSSP Karimama	Bogo-Bogo
CCS Guené	Guené II Goungoun	CCS Kompa	Kompanti
CCS Toumboutou	Deguedegue	CCS Birni-Lafia	Tondikouaria
CCS Madecali	Madecali Village		
CCS Garou	Garou-Tedji		



## *Annexe 5: Calendrier de l'enquête (Survey timetable)*

Sites & groupes d'enquêteurs	Date et cibles				
	J1 (02/11/2000)	J2 (03/11/2000)	J3 (04/11/2000)	J4 (06/11/2000)	J5 (07/11/2000)
HZ{GpeA	De S C (1A; 5A) YJ (1A) GE (1A)	GA (1A; 2A)	Evaluation à mi-parcours: mise en commun		
COGEC HZ{Gpe B	Pt &coll (5B) Dr Nalla (4A; 4B) YJ (6A)	GE (3A) de SC (6A) GA (6A)			
CCSU Mville{Gpe A'	SS (1A; 5A) FL (4A)	SS (3A)			
Village 1 COGEC{Gpe B'	Pt&coll (5B) Fam (8B) AP(7B) Mat& AT (6B)	FL/SS (4B) SS (6A)			
CCS Guene {Gpe A				IZ (5A; 2A)	
COGEC Guene {Gpe B				Pt&coll (5B) CLV (5B)	DJ (3A; 4B) IZ (6A)
Villages 1+2 CVS/CLV {Gpe C				Matrones (6B) AT (6B) AP (7B) Fam (8B)	Suite

Sites & groupes d'enquêteurs	Date et cibles			
	J6 (08/11/2000)	J7 (09/11/2000)	J8 (10/11/2000)	
CCS Tomboutou {Gpe A	BA (2A; 5A)			
CCS Tomboutou {Gpe B	FG (3A; 4B) Pdt&coll (5B) BA (6A)			
CCS Tomboutou {Gpe C	Fam (8B) Matrones/AT(6B) AP (7B)			
CCS Madecali {Gpe A		GM (2A; 5A)		
CCS Madecali COGEC {Gpe B		WR (3A; 4B) Pdt&coll (5B) GM (6A)		
Madecali village {Gpe C		Fam(8B) AP (7B) Matrone/AT (6B)		
CCS Garou {Gpe A			AM (2A; 5A)	
CCS Garou {Gpe B			GS (3A; 4B) Pdt&coll (5B) AM (6A)	
Garou village {Gpe C			Fam (8B) Matrone/AT (6B) AP (7B)	

**Planning des activités de collecte**  
***Sous-Préfecture de Karimama***

Sites & groupes d'enquêteurs	Date et cibles				
	J3 (05/11/2000)	J4 (06/11/2000)	J5 (07/11/2000)	J6 (08/11/2000)	
Mville/Karimama {Gpe A' B' C'}	Voyage sur Karimama & prise de contact				
CCSP Karimama {Gpe A'}		ML (2A) FE (1A; 5A)	BA (2A) OA (2A)	Suite	
CSSP Karimama {Gpe B'}		AF (4A) FE&AF (4B) Pdt&coll (5B)	FE (3A)* ML (6A) BA (6A)	OA (6A)	
Village {Gpe C'}		Fam (8B) AP (7B) Matrone/AT (6B)	Suite		



Sites & groupes d'enquêteurs	Date et cibles				
	J7 (09/11/2000)	J8 (10/11/2000)	J9 (11/11/2000)		
CCS Kompa {Gpe A'}	TA (1A; 5A) SF (2A)	Suite			
CCS Kompa {Gpe B'}	LJ (4A) LJ/TA (4B) TA (6A)	Suite TA (3A)* SF (6A)			
Village {Gpe C'}	Fam (8B) Matrone/AT (6B) AP (7B)				
CCS Birni Lafia {Gpe A'}		MT (2A; 5A) KB (3A)	Suite		
CCS Birni Lafia {Gpe B'}		KB (4B) Pdt&coll (5B) MT (6A)	Suite		
Village {Gpe C'}		Fam (8B) Matrone/AT (6B) AP (7B)	Suite		

## *Annexe 6: Liste des enquêteurs (List of data collectors)*

Numéro	S/P Malanville	Numéro	S/P Karimama
A	Sylvie Léonie	A'	Marie Brigitte
A'*	Sylvie Marie		
A'	Léonie Brigitte		

Numéro	S/P Malanville	Numéro	S/P Karimama
B	Yerima Manin	B'	Rabiou Charlotte
C	Claude Ibrahim et Hospice	C'	Josue Aziz
A'	Léonie Brigitte		



## *Annexe 7: Performance actuelle des sages femmes/infirmières (Actual performance by midwives/nurses)*

<b>Tâches</b>	<b>% Moyen</b>
1. Adopter la conduite à tenir en cas de grossesse extra-utérine	40,5
2. Adopter la conduite à tenir en cas de placenta praevia:	31,5
3. Adopter la conduite à tenir en cas de rupture utérine	47,2
4. Adopter la conduite à tenir en cas d'avortement hémorragique	58,3
5. Adopter la conduite à tenir en cas d'hémorragie de la délivrance	45,8
6. Adopter la conduite à tenir en cas de déchirures périnéales ou cervico-vaginales	47,2
7. Détecter et prendre en charge une menace d'avortement	54,8
8. Prendre en charge un avortement incomplet avec infection	47,9
9. Prendre en charge de l'anémie gravidique sévère	38,1
10. Prendre en charge le paludisme grave sur grossesse	19,4
11. Prendre en charge d'une infection sur grossesse	22,2
12. Prendre en charge un cas de pré-rupture	16,7
13. Prendre en charge de cas d'efforts d'expulsifs inefficaces	30,0
14. Prendre en charge d'un cas de procidence du cordon	28,6
15. Prendre en charge d'un cas de ralentissement ou arrêt du travail	33,3
16. Dépister et traiter les maladies hypertensives pendant la grossesse: pré-éclampsie et éclampsie	25,0
17. Dépister et traiter les vomissements gravidiques sévère	45,8
18. Dépister et traiter une menace d'accouchement prématuré	35,4
19. Dépister et traiter une rupture prématurée des membrane	29,2
20. Examiner le nouveau-né	38,9
21. Réanimer un nouveau-né	42,5
22. Traiter ou référer le cas d'un nouveau-né de faible poids	54,2
23. Traiter ou référer le cas d'un nouveau-né à risque d'infection ou infecté	23,8
24. Traiter ou référer le cas d'un nouveau-né ictérique	33,3
25. Appliquer les règles d'asepsie pour protéger les malades, le personnel et soi-même	33,3
<b>% Moyen pour toutes les tâches</b>	<b>34,3</b>

## Performance actuelle des aides soignantes

Tâches	% Moyen
1. Adopter la conduite à tenir en cas d'hémorragie en général:	42.2
2. Adopter la conduite à tenir en cas d'hémorragie de la délivrance	29.6
3. Détecter et prendre en charge une menace d'avortement	24.4
4. Prendre en charge un avortement incomplet avec infection	65.7
5. Prendre en charge d'anémie gravidique sévère:	36.1
6. Prendre en charge du paludisme grave sur grossesse	15.9
<b>7. Reconnaître et donner les premiers soins avant le recours à son supérieur hiérarchique ou référence en cas d'anomalies</b>	4,9
8. Reconnaître et faire les soins de premiers recours en cas de suspicion de maladies hypertensives liées à la grossesse ( pré-éclampsie, éclampsie, ...)	19.0
9. Evaluer la gravité et faire les soins de premiers recours en: vomissements gravidiques	36.1
10. Reconnaître les signes de suspicion d'une menace d'accouchement prématuré et faire les soins de premiers recours	31.7
11. Reconnaître les signes d'une rupture prématurée des membranes et faire les soins de premiers recours	30.2
12. Apprécier l'état du nouveau-né et appliquer les premiers gestes de réanimation	62.9
13. Reconnaître le nouveau-né de faible poids, traumatisé, malformé, ictérique, à risque d'infection ou infecté	21.0
14. Appliquer les règles d'asepsie pour protéger les malades, le personnel et soi-même	38.9
<b>% Moyen pour toutes les tâches</b>	<b>29.9</b>

***Annexe 8: Données de base sur la Zone  
Sanitaire de Malanville-Karimama  
(Baseline data of the Malanville-Karimama  
Health Zone)***

<b>Structures</b>	<b>Eléments</b>	<b>Population* Totale (2000)</b>	<b>FAP 21,20%</b>	<b>Femmes enceintes</b>	<b>Population cible PF</b>	<b>PF ** Totale</b>	<b>Prévalence PF</b>
HZ		34649	7346	1901	5445	455	10,03%
CCSU							
Garou		12259	2599	673	1926	190	11,83%
Madecali		11769	2495	646	1849	335	21,74%
TOMBOUTOU		10269	2177	563	1614	504	37,47%
GUENE		20856	4421	1144	3277	569	20,83%
BIRNI LAFIA		8992	1906	493	1413	617	52,40%
KARIMAMA		7214	1529	396	1133	75	7,94%
KOMPA		7936	1682	435	1247	519	49,94%

\* Source SEPD-B (DDSP-B)

\*\* Compilation de janvier jusqu'en octobre 2000. Les données d'octobre de l'hôpital de zone ne sont pas compilées

## Zone Sanitaire de Malanville

Annee: 1999

Localite	B-Lafia	Garou	Guéné	Karimama	Kompa	Madécali	Malanville	CCSU_MAL	Tomboutou	Hopital		Zone
Population Totale	8672	11821	20112	13472	15214	11350	23905	9508	9903			123957
Population Cible	390	532	905	606	685	511	1076	428	446	-		5 578
BCG	206	539	791	552	371	508	1333	164	492			4956
DTCP 1	225	379	796	533	369	470	1200	115	396			4483
DTCP 3	202	319	755	430	288	403	1161	153	400			4111
VAR	314	545	706	534	295	489	1159	156	360			4558
VACC COMPLET.	212	350	625	491	314	489	452	84	360			3377
Localite	B-Lafia	Garou	Guéné	Karimama	Kompa	Madécali	Malanville	CCSU_MAL	Tomboutou	Hopital		Zone
Tx. BCG	53%	101%	87%	91%	54%	99%	124%	38%	110%			89%
Tx. DTCP3	52%	60%	83%	71%	42%	79%	108%	36%	90%			74%
Tx. VAR	80%	102%	78%	88%	43%	96%	108%	36%	81%			82%
Tx. Abandon DTCP	10%	16%	5%	19%	22%	14%	3%	-33%	-1%			8%
Tx. Abandon DTCP >>VAR	-40%	-44%	11%	0%	20%	-4%	3%	-36%	9%			-2%
Tx. Enf. Compl. Vacc.	54%	66%	69%	81%	46%	96%	42%	20%	81%			61%

## Couverture en SMI

Localite	B-Lafia	Garou	Guéné	Karimama	Kompa	Madécali	Malanville	CCSU_MAL	Tomboutou	Hopital	Zone
Population Totale	8672	11821	20112	13472	15214	11350	23905	9508	9903		123957
Femmes Enceintes	476	649	1103	739	835	623	1311	522	543		6800
F. Age Procreer	1821	2482	4224	2829	3195	2384	5020	1997	2080		26031
Pop. Cible PF	1345	1834	3120	2090	2360	1761	3709	1475	1536		19231
Enf. 0 à 35 mois	1110	1513	2574	1724	1947	1453	3060	1217	1268		15866
Naissances attendues	414	564	959	643	726	541	1140	454	472		5913
CPN NC	407	509	995	471	428	487	834	271	578	0	4980
CPN AC	752	641	1314	347	909	803	902	432	614	0	6714
GAR. CPN	72	87	143	65	82	119	98	108	124	0	898
VAT 1 F. ENC.	200	425	417	261	95	357	270	148	98	0	2271
VAT 2 + F. ENC.	197	366	418	161	90	436	178	120	308	0	2274
VAT 1 F.A.P.	116	44	319	297	115	44	639	7	47	0	1628
VAT 2 F.A.P.	79	103	387	287	160	43	392	3	111	0	1565
PF NC	122	76	127	10	108	124	161	108	421	0	1257
PF Total	444	239	488	21	358	401	910	256	1520	0	4637
Enfants sains NC	0	643	274	1863	477	856	1483	236	482	0	6314
Enfants sains AC	0	879	789	2159	1733	1490	571	437	1503	0	9561
Accouchement	157	439	515	174	163	377	439	139	514	0	2917
Acc. Dystocique.	10	32	85	1	16	27	38	0	46	0	255
Naissances Vivantes	140	428	514	171	157	373	361	138	513	0	2795
Morts-Nes	2	11	1	3	6	6	18	1	4	0	52
Deces Meres	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
Femmes Referees	4	12	13	8	5	9	3	5	9	0	68
Postnatale NC	241	19	274	146	0	181	246	68	375	0	1550
Postnatale AC	43	17	464	116	0	181	47	0	1072	0	1940
Deces < 7 Jours	1	1	3	3	1	2	2	1	0	0	14



## Couverture en SMI

Localite	B-Lafia	Garou	Guéné	Karimama	Kompa	Madécali	Malanville	CCSU_MAL	Tomboutou	Hopital	Zone
Population Totale	8672	11821	20112	13472	15214	11350	23905	9508	9903		123957
Femmes Enceintes	476	649	1103	739	835	623	1311	522	543	0	6800
Femmes en A.P.	1821	2482	4224	2829	3195	2384	5020	1997	2080	0	26031
Pop. Cible PF	1345	1834	3120	2090	2360	1761	3709	1475	1536		19231
Enfants 0-35 Mois	1110	1513	2574	1724	1947	1453	3060	1217	1268	0	13908
Naissances attendues	414	564	959	643	726	541	1140	454	472		
Localite	B-Lafia	Garou	Guéné	Karimama	Kompa	Madécali	Malanville	CCSU_MAL	Tomboutou	Hopital	Zone
Couv. CPN	86%	78%	90%	64%	51%	78%	64%	52%	106%		73%
% GAR/CPN	18%	17%	14%	14%	19%	24%	12%	40%	21%		18%
% VAT2/F.Encein.Attendues	41%	56%	38%	22%	11%	70%	14%	23%	57%		33%
% VAT2/CPN1	48%	72%	42%	34%	21%	90%	21%	44%	53%		46%
Couv. PF	33%	13%	16%	1%	15%	23%	25%	17%	99%		24%
Couv. Enf. Sains	0%	42%	11%	108%	24%	59%	48%	19%	38%		40%
Couv. Accouchement	38%	78%	54%	27%	22%	70%	38%	31%	109%		49%
Couv. Post-Nat.	51%	3%	25%	20%	0%	29%	19%	13%	69%		23%
% Post-Nat./Accouch.	154%	4%	53%	84%	0%	48%	56%	49%	73%		53%
% Accouch./CPN1	39%	86%	52%	37%	38%	77%	53%	51%	89%		59%
% Dystocies	6%	7%	17%	1%	10%	7%	9%	0%	9%		9%
% Deces Meres/Accouch.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		0,07%
% Morts-Nes/Naiss. Vivant.	1%	3%	0%	2%	4%	2%	5%	1%	1%		2%
Mortalite Perinatle	2%	3%	1%	4%	4%	2%	6%	1%	1%		2%

## Couverture en soins curatifs

Localite	B-Lafia	Garou	Guéné	Karimama	Kompa	Madécali	Malanville	CCSU_MAL	Tomboutou	Hopital				Zone
Population Cible	8672	11821	20112	13472	15214	11350	23905	9508	9903					123957
Nouveaux cas	1188	1725	5462	1848	1271	1797	0	1530	4447	8277	1098	0	9375	28643
Paludisme	477	470	2387	661	685	809	0	792	1287	3944	234	0	4178	11746
Maladies diarrhéiques	157	161	485	171	61	118	0	88	646	853	0	0	853	2740
Maladies respiratoires	137	300	1441	361	150	232	0	94	1869	1441	0	0	1441	6025
MST	1	8	53	22	9	65	0	49	0	56	0	0	56	263
HIV/SIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Méningites	1	1	0	2	1	1	0	0	0	13	0	0	13	19
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre jaune	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	1	0	0	0	0	6	0	0	0	10	0	0	10	17
Tétanos néonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poliomyélite aigüe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Malnutrition	1	26	14	39	42	11	0	9	29	94	0	0	94	265
Anciens Cas	191	159	472	17	35	0	0	79	0	357	48	0	405	1358
Total Consultation	1379	1848	5934	1722	1330	1797	0	1593	4747	8734	1212	0	9946	30296
Total Referes	16	34	20	38	4	24	0	24	27	2	10	0	12	199
Total Lits Installes										27	19	13	41	59
Total Hospitalises										919	149	387	1455	1455
Journee Hospital										1844	514	592	2950	2950
Gueris a l'hospi										244	223	0	467	467
Abandon a l'hospi.										1	22	0	23	23
Deces a l'hospi										9	6	0	15	15
Examens Labo.										7741	2	0	7743	7743
Examens Radio.										0	0	0	0	0
Examens Echograp.										57	0	0	57	57
Sang Teste										438	0	0	438	438
Sang Transfuse										454	0	0	454	454
Condoms Vendus										0	0	0	0	0
Prostituees Suivies										5	0	0	5	5
Prostituees HIV+										3	0	0	3	3
Grandes Chirurgies										9	13	0	22	22
Cesariennes										3	15	0	18	18
Hernies										4	16	0	20	20
GEU										0	6	0	6	6
Appendicectomie										0	2	0	2	2
Autres Grdes Chir.										0	6	0	6	6
Petites Chirurgies										80	288	0	368	368
Curetages Uterins										0	58	0	58	58

## Couverture en soins curatifs

Localite	B-Lafia	Garou	Guéné	Karimama	Kompa	Madécali	Malanville	CCSU_MA L	Tomboutou	Hopital				Zone
Population Cible	8672	11821	20112	13472	15214	11350	23905	9508	9903					123957
Tx. Utilis. Cons. Cur.	6%	15%	27%	14%	8%	16%	0%	16%	45%					23%
Indice Concentration	0,0	1,1	1,1	0,9	1,0	1,0	-	1,0	1,1					1,06
Prévalence PALU	35%	25%	40%	38%	52%	45%	-	50%	27%					39%
Prévalence IRA	10%	16%	24%	21%	11%	13%	-	6%	39%					20%
Prévalence Maladies diarrhéiques	11%	9%	8%	10%	5%	7%	-	6%	14%					9%
Prévalence malnutrition	0%	1%	0%	2%	3%	1%	-	1%	1%					1%
% Referes/Consul.	1%	2%	0%	2%	0%	1%	-	2%	1%					1%
Tx. Occupation Lits										19%	8%	13%	20%	14%
% Gueris/Hospi.														32%
% Abandon/Hospi.														2%
% Deces/Hospi.										1%	4%	0,0%	1%	1%
% Hernies/Grdes Chir.														91%
% Cesari./Accouch.														1%
Radio/Mois														-
Ex. Labo./Mois														645
% MST/Cons.														1%
% Sang Teste/Trasfuse														96%
% Prostituees HIV+														60%

## Analyse Economique

Localites	B-Lafia	Garou	Guéné	Karimama	Kompa	Madécali	Malanville	CCSU_MAL	Tomboutou	Hopital	Zone
<b>RECETTES</b>											
1. Médicaments	1514593	1940870	3635405	3252375	2474855	1623875	0	2784110	3213745	25803320	46243148
2. Carnets et Cartes	60125	131400	244900	134325	94350	96950	0	94750	84900	639300	1581000
3. Consultations	141250	128600	-	316550	238050	167100	0	353600	961600	2150000	4456750
4. Accouchements	72000	117500	132500	84000	78000	112000	0	73500	256000	614000	1539500
5. Hospitalisations	67000	0	0	100000	159000	0	0	156000	0	1293000	1775000
6. Actes Chirurgicaux	16400	72550	5000	88700	67000	4000	0	44500	84000	1749000	2131150
7. Laboratoire	0	0	0	0	0	2200	0	0	0	2672800	2675000
8. Radiologie/Eco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1524000	1524000
9. Autres Prestations	37058	0	192030	132833	26840	0	0	0	0	164100	552861
10. Autres Recettes	0	24542	275000	321915	99170	19028	0	1000	14956	210000	965611
<b>11. Total Recettes</b>	<b>1908426</b>	<b>2415462</b>	<b>5045735</b>	<b>4430698</b>	<b>3237265</b>	<b>2025153</b>	<b>0</b>	<b>3507460</b>	<b>4615201</b>	<b>36819520</b>	<b>64004920</b>
<b>DEPENSES</b>											
12. Médicaments	471380	1107170	2220273	1442750	2602996	986237	0	1756558	1471670	17852675	29911709
13. Petit matériel	92050	2600	268000	49250	0	11900	0	5500	26380	1409295	1864975
14. Energie, Eau	55600	60000	153278	79175	86165	59375	0	49950	68750	214912	827205
15. Fourn. Bureau	179205	94645	239425	391430	334790	82785	0	252700	616200	2389130	4580310
16. Transport	208270	153190	178755	432740	160660	147900	0	12000	123520	1757155	3174190
17. Augres Services	59800	35175	553975	146705	21710	44685	0	0	70420	790336	1722806
18. Autres Dépenses	247175	270755	645470	519005	609660	211775	0	444530	511565	3658163	7116098
19. Personnel	471000	453760	778740	761555	842940	759675	0	576660	769195	5958935	11372460
20. Primes, Gratif.	38035	71000	105715	443645	72850	0	0	104570	35980	1949180	2820975
Investissement	76775	232225	0	0	0	0	0	598584	61875	0	969459
<b>21. Total Despenses</b>	<b>1899290</b>	<b>2480520</b>	<b>5143631</b>	<b>4266255</b>	<b>4731771</b>	<b>2304332</b>	<b>0</b>	<b>801052</b>	<b>3755555</b>	<b>35979781</b>	<b>64362187</b>

<b>Localités</b>	<b>B-Lafia</b>	<b>Garou</b>	<b>Guéné</b>	<b>Karimama</b>	<b>Kompa</b>	<b>Madécali</b>	<b>Malanville</b>	<b>CCSU_MAL</b>	<b>Tomboutou</b>	<b>Hopital</b>	<b>Zone</b>
21. Solde (11-21)	42011	-65058	-97896	255083	-1206006	-279179	0	-293592	859646	839739	54748
En Caisse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
En Banque	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>NIVEAU RECOUVREMENT</b>	99,521	1,026,934	1,019,402	962,886	1,461,657	1,137856	-	1,08370502	81373596	9771931	1,00558187

## *Annexe 9: Pratiques face aux cas de complication (Practices in cases of complication)*

<b>PRATIQUES</b> Cas de complication	<b>Donner bouillie locale «comandi»</b>	<b>Donner tisane/décoction</b>	<b>Pratiques magiques ou les incantations</b>	<b>Référer au CCS/rassurer</b>	<b>Donner produits indigènes/ou chez un guérisseur</b>	<b>Appeler le marabout prier</b>	<b>Masser la femme avec eau chaude/laver avec décoction</b>	<b>Dérouler le cordon</b>	<b>Laver avec eau fraîche</b>	<b>Allaitement</b>	<b>Je ne sais pas</b>
Accouchement traîne	*	*****	**	*****	**	*					
Femme n'arrive pas à pousser		****		****							
Femme saigne au début de l'accouchement		***	*	***** *							*
Femme saigne à la fin de l'accouchement		**		*****			***				*
L'enfant présente la main				***							*
L'enfant présente le pied				****		*					*
L'enfant présente le cordon ombilical			*	**		*		***			*
La femme dit qu'elle a soif après saignement	*****	**		**							
Le placenta tarde à sortir ou ne sort pas		**		*****	***		*				
La femme fait des crises	*	**		****	**						*
Le bébé naît et ne crie pas									***** ***		
Le bébé est de faible poids		*****		****	*					*	
Le bébé a une malformation							*				*
Le bébé a une couleur jaune		**		**	*						*