

Manuel de l'AMDD

**Utilisation des Indicateurs de
Processus de l'ONU en Matière de
Services Obstétricaux d'urgence**

Questions et Réponses

Contribution:

Par Anne Paxton
Principale Responsable du Programme
de Suivi & d'Évaluation auprès de
l'AMDD

Deborah Maine
Directrice des Programmes, AMDD

Nadia Hijab
Consultante, AMDD

AMDD

Averting Maternal Death
& Disability Program



Columbia University
**MAILMAN SCHOOL
OF PUBLIC HEALTH**

Le Programme Prévenir la Mortalité et la Morbidité Maternelles (AMDD) a mis au point le présent Manuel comme ressource pour les planificateurs et les responsables qui oeuvrent en vue d'améliorer l'accès des femmes aux soins obstétricaux d'urgence.

Les Lignes directrices peuvent être consultées à l'adresse :
<http://www.amdd.hs.columbia.edu/docs/FrenchUNICEFGuidelines.pdf>

Cette publication est financée par la Fondation Bill & Melinda Gates.

mai 2003

Avant-propos

La tâche la plus importante que nous pouvons entreprendre ensemble en vue de réduire chez les femmes la mortalité et la morbidité dues aux complications de la grossesse et de l'accouchement est de leur fournir des services qui peuvent sauver leur vie et améliorer leur état de santé. Le manuel que vous êtes sur le point de lire contient des informations qui nous l'espérons, vous aideront au fur et à mesure que vous démontrez les efforts que vous entreprenez dans le but de fournir aux femmes des services obstétricaux d'urgence de qualité auxquels elles peuvent accéder, quel que soit leur lieu d'habitation.

Les *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux* que l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP ont fait paraître en 1997, exposent clairement les raisons pour lesquelles les informations qui figurent dans les Indicateurs de Processus de l'ONU sont importantes ainsi que la façon de recueillir et d'interpréter les données. Néanmoins, les questions sont posées par des personnes qui utilisent les Indicateurs de Processus de l'ONU et nombre d'entre elles n'ont aucune expérience préliminaire de l'utilisation des données cliniques provenant des registres des hôpitaux ou du suivi des projets. Le présent manuel de l'AMDD soulève certaines questions fréquentes dans le but de rendre la collecte et l'interprétation de ces données aussi accessibles que possible aux cliniciens et aux responsables des services dans les hôpitaux et les centres de soins ainsi qu'aux responsables des programmes de santé publique. Nous espérons que vous serez en mesure d'utiliser les Indicateurs de Processus de l'ONU pour assurer au fil du temps le suivi des tendances dans vos établissements obstétricaux d'urgence et prendre les décisions importantes qui s'imposent en fonction des informations fournies par vos données. Les caractéristiques globales des données et les décisions auxquelles ces données vous mènent et non la précision d'un seul indicateur, constituent le facteur le plus important.

Le présent manuel a été mis au point au nom du Programme Prévenir la Mortalité et la Morbidité Maternelles (AMDD). Il constitue une version révisée qui repose sur les réactions des usagers, concernant les informations qui sont plus utiles et celles qui pourraient être clarifiées davantage. Veuillez faire parvenir toute réaction que vous pourriez avoir au Dr Anne Paxton à l'adresse ap428@columbia.edu.

Nous voudrions exprimer notre reconnaissance aux collègues Patricia Bailey, Barbara Kwast, Samantha Lobis, Dileep Makalavar, Sourou Gbangbade, et Kavita Bali, pour les analyses et les observations utiles qu'ils ont formulées. Et, nous voudrions exprimer nos remerciements sincères à Ndèye Rokhaya Smith et Christiane Milev qui ont traduit ce manuel de l'anglais vers le français.

Le présent ouvrage accompagne le manuel *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux*, dont la première version a été préparée en 1991 par le personnel de l'Université de Columbia et de l'UNICEF, avec des apports de l'OMS. L'AMDD se félicite de la collaboration étroite que le programme a maintenue avec l'UNICEF en termes d'élaboration et de mise en oeuvre des Indicateurs de Processus de l'ONU.

Questions Fréquentes

1. Pourquoi les Indicateurs de Processus de l'ONU ont-ils été mis au point ?
2. Quels sont les 6 Indicateurs de Processus de l'ONU ?
3. Comment définit-on les principales complications obstétricales directes ?
4. Qu'appelle-t-on Fonctions Essentielles, comment sont-elles évaluées et pourquoi sont-elles utilisées ?
5. Et si un établissement pratique presque toutes les Fonctions Essentielles ?
6. Quels registres devrait-on utiliser pour recueillir les données ?
7. Comment devrait-on enregistrer les complications dans les registres de l'établissement ?
8. Comment les données sont-elles extraites des registres ?
9. Comment les Indicateurs de Processus de l'ONU sont-ils calculés ?
10. Comment faire face aux causes indirectes de la mortalité maternelle ?
11. Comment recueille-t-on des données sur les complications de l'avortement ?
12. Comment devrait-on gérer les orientations vers d'autres établissements ?
13. Et si les femmes viennent de l'extérieur de la zone desservie ?
14. Pourquoi utiliser une série d'indicateurs ?
15. Quelle est l'utilité des Indicateurs de Processus de l'ONU au niveau des établissements ?
16. Comment est interprété le taux de létalité ?
17. Quels sont les autres outils disponibles pour analyser la qualité du service ?

1. POURQUOI LES INDICATEURS DE PROCESSUS DE L'ONU ONT-ILS ÉTÉ MIS AU POINT ?

La majeure partie des décès maternels sont dus aux causes obstétricales directes telles que l'hémorragie post-partum, l'infection puerpérale et les complications de l'avortement. Les complications obstétricales indirectes – les maladies qui sont aggravées par la grossesse telles que l'anémie, la malaria, la tuberculose, le VIH/sida et diverses affections chroniques – accroissent dans les régions du monde et constituent une proportion croissante des décès maternels.

Il existe présentement un consensus international selon lequel le fait de rendre la grossesse et l'accouchement sans risques inclut la prestation en temps opportun des soins médicaux dont les femmes qui présentent des complications obstétricales ont besoin. Les services d'urgence sont nécessaires pour traiter les complications obstétricales directes potentiellement mortelles qui affectent environ 15 % des femmes durant la grossesse, à l'accouchement ou au cours de la période post-partum.¹ En conséquence, davantage de gouvernements placent les soins obstétricaux d'urgence au centre de leurs programmes de santé maternelle, en tenant compte de l'importance que revêt la prévention de la mortalité et de la morbidité chez les femmes.

Naturellement, les planificateurs et les responsables de programme souhaitent savoir que les efforts qu'ils ont entrepris en vue d'améliorer la qualité et la couverture des services obstétricaux d'urgence font la différence pour les femmes qui présentent des complications potentiellement mortelles. En 1992, Columbia University et l'UNICEF ont mis au point les outils pour ce faire sous forme de *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux* : l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP ont fait paraître ces *Lignes directrices* en 1997.

Les *Lignes directrices* regroupent une série de six indicateurs de processus en vue d'assurer le suivi des services obstétricaux. Les indicateurs de processus évaluent les activités qui aboutissent au but visé – dans ce cas, le but concerne la réduction des décès maternels. Des exemples d'indicateurs de processus dans d'autres domaines incluent le pourcentage d'enfants vaccinés et le pourcentage de couples qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale. Les Indicateurs de Processus de l'ONU reposent sur la compréhension que certains types de services obstétricaux doivent être disponibles et utilisés afin de prévenir les décès maternels. Les Indicateurs de Processus de l'ONU indiqueront si ces services sont à la disposition des femmes en quantité suffisante et si les femmes qui en ont le plus besoin – celles qui sont en urgence obstétricale potentiellement mortelle – les utilisent en réalité. Les Indicateurs de Processus de l'ONU fourniront également quelques informations sur la qualité des soins bien que d'autres outils soient nécessaires pour enquêter de façon plus détaillée sur la qualité. Les indicateurs peuvent être utilisés à la fois pour l'évaluation des

¹ Les recherches ont montré que même dans les pays développés, environ 15 % des femmes enceintes présenteront des complications. Consultez les *Lignes directrices* pour de plus amples informations.

besoins menée aux fins de la conception du programme ainsi que pour le suivi quantitatif des progrès réalisés au cours de la mise en oeuvre du programme. Ensemble, les six indicateurs permettent de savoir si les femmes ont la vie sauve une fois les programmes mis en place.²

2. Quels sont les 6 Indicateurs de Processus de l'ONU ?

Les six Indicateurs de Processus de l'ONU sont :

1. Le nombre de services de soins obstétricaux d'urgence (SOU)³ disponibles
2. La répartition géographique des structures sanitaires de SOU
3. La proportion de total des naissances attendues ayant lieu dans les structures sanitaires de SOU
4. Les besoins en SOU satisfaits
5. Les césariennes en proportion du total des naissances attendues
6. Le taux de létalité.

Chaque indicateur comporte des critères pour des niveaux acceptables – par rapport auxquels des données réelles peuvent être comparées. Le Tableau 1 qui est adapté à partir des *Lignes directrices* présente les Indicateurs de Processus de l'ONU et les niveaux recommandés.

Tableau 1 : Les Six Indicateurs de Processus de l'ONU et les niveaux recommandés

Indicateur de Processus de l'ONU	Définition	Niveau recommandé
1. Nombre de services de SOU disponibles	Nombre de structures sanitaires qui fournissent ces services de SOU de base et SOU complet	Minimum : 1 structure sanitaire de SOU complet pour 500 000 personnes Minimum : 4 structures sanitaires de SOU de base pour 500 000 personnes
2. Répartition	Structures sanitaires qui	Minimum : 100 % de zones

² Les taux et les proportions de mortalité maternelle constituaient pour un pays, l'unique moyen d'établir si les femmes mouraient en nombres insoutenables en raison des complications liées à la grossesse, jusqu'à ce que les Indicateurs de Processus de l'ONU aient été mis au point. Alors que les taux et les proportions fournissent un aperçu de la gravité du problème, ils ne sont pas aussi utiles pour les besoins de la conception et du suivi du programme. Les études fiables sur la mortalité sont à fort coefficient de main d'œuvre, requièrent beaucoup de temps, sont onéreuses et ne mettent pas en relief les questions dont les responsables de santé ont besoin en vue de concevoir et d'assurer le suivi des programmes. En réalité, il est recommandé que ces études soient uniquement menées tous les 10 ans pour refléter une différence significative alors que les responsables doivent être en mesure de suivre les résultats sur une période de plusieurs mois.

³ Il est à noter qu'au lieu de « EmOC » « (SOU) », le terme « EOC » « (SOE) » ou soins obstétricaux essentiels est utilisé dans les *Lignes directrices*.

Indicateur de Processus de l'ONU	Définition	Niveau recommandé
géographique des structures sanitaires de SOU	fournissent des services de SOU adéquatement répartis au niveau infranational ⁴	sous-nationales ont les nombres minimums acceptables des structures sanitaires de SOU de base et complets
3. Proportion de total des naissances attendues ayant lieu dans les structures sanitaires de SOU	Proportion de total des naissances attendues ayant lieu dans les structures sanitaires de SOU	Minimum : 15 %
4. Besoins en SOU satisfaits	Proportion de femmes présentant des complications obstétricales qui sont traitées dans les structures sanitaires de SOU	Au moins 100 % [Estimés à 15 % des naissances attendues. Référez-vous à la Q9]
5. Césariennes en proportion du total des naissances attendues	Accouchements par césarienne en proportion du nombre total de naissances attendues	Minimum 5 % Maximum 15 %
6. Taux de létalité	Proportion des femmes qui présentent des complications obstétricales et meurent après avoir été admises dans un structure sanitaire de SOU	Maximum 1 %

Les Indicateurs 1 et 2 se rapportent à la couverture des services de SOU ou à leur disponibilité et répondent à la question : Existe-t-il assez de services de SOU pour desservir la population ?

L'Indicateur 3 a trait à l'utilisation des services de SOU et répond à la question : Les femmes enceintes utilisent-elles les services de SOU ?

Les Indicateurs 4 et 5 sont également liés à l'utilisation des services mais se rapportent à la question relative aux complications : Les services de SOU sont-ils utilisés par les femmes qui en ont réellement besoin, à savoir les femmes qui présentent des complications obstétricales ?

Et l'Indicateur 6 nous fournit des informations sur la qualité du service et répond à la question à savoir si les établissements sauvent la vie des femmes.

⁴ La répartition géographique est plus évidente lorsqu'il est établi un graphique des structures sanitaires de SOU sur une carte.

Si un planificateur en santé publique ou un(e) responsable d'un établissement sait qu'il existe une couverture suffisante de la population, que les femmes qui présentent des complications obstétricales ont accès aux services qui peuvent les sauver de la mortalité et de la morbidité et que les établissements fonctionnent assez bien pour sauver des vies, alors il/elle peut être assuré(e) de la prévention de nombre de décès maternels dans le pays.

3. COMMENT DÉFINIT-ON LES PRINCIPALES COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES DIRECTES ?

La définition que l'OMS donne du décès maternel est « la mort d'une femme pendant sa grossesse ou dans les 42 jours suivant l'interruption de la grossesse, quels que soient la durée de la grossesse ou la nidation du fœtus, par toute cause liée à la grossesse ou aggravée par elle ou sa gestion et non par causes accidentelles ».

Il existe sept causes directes de décès maternels, dont toutes peuvent être traitées avec succès sans perte de vie dans la grande majorité des cas avec des soins obstétricaux appropriés. Dans les *Lignes directrices*, ces complications directes sont définies comme étant : l'hémorragie (ante-partum ou post-partum) le travail prolongé / la dystocie, l'infection puerpérale, les complications de l'avortement, la pré-éclampsie/l'éclampsie, la grossesse extra-utérine et la rupture utérine et elles représentent environ 85 % des décès dus aux complications obstétricales directes. Ces complications surviennent de façon soudaine, souvent sans aucun signal d'avertissement. À moins qu'elles soient traitées rapidement, elles deviennent des urgences.⁵

Nombre de pays auront des définitions nationales des complications obstétricales. Les critères nationaux du pays peuvent être harmonisés avec les définitions internationales. La FIGO (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique) a mis au point les définitions de chacune des complications obstétricales directes pour les Projets Save the Mothers. Les définitions peuvent également être trouvées dans le manuel OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin* (OMS/RHR/00.7, 2000).

Le tableau 2 présente les principales complications obstétricales directes dans la colonne de gauche et les définitions tirées de l'OMS et des Projets Save the Mothers de la FIGO dans la colonne de droite.

⁵ Reportez-vous également à *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*, qui examine une grande partie de la documentation appropriée ; ainsi qu'à *Reducing Maternal Deaths: Selecting Priorities, Tracking Progress*, FNUAP et Columbia University, mis au point par l'École des cadres des Nations Unies à Turin, 2002.

Tableau 2 : Complications obstétricales directes et définitions courantes

Complications obstétricales directes	Définitions tirées de l’OMS ⁶ et des projets Save the Mothers de la Fédération Internationale de Gynécologie et d’Obstétrique
<p>Hémorragie</p> <p>Ante-partum</p> <p>Post-partum</p>	<p>Tout saignement avant et durant le travail : placenta préavia, hématome rétroplacentaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saignement qui nécessite un traitement (administration de fluides intraveineux et/ou transfusion sanguine) ; • Rétention placentaire ; • Saignement sévère dû aux déchirures (du vagin ou du col)
<p>Travail prolongé / dystocie</p>	<p>Il s’agit de dystocie (travail anormal) qui comprendra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une première étape prolongée, établie du travail (>12 heures) • Une deuxième étape prolongée du travail (>1 heure) • Une DCP (disproportion céphalo-pelvienne), position transversale, présentation du front/de la face. <p>Si une femme ayant eu une césarienne a eu une mauvaise cicatrisation⁷ et si elle nécessite encore une césarienne, la complication est alors une DCP. Si une femme a eu une césarienne en raison d’une souffrance fœtale, elle est enregistrée comme un cas de césarienne mais ne présente pas de complication maternelle.</p>
<p>Infection puerpérale</p>	<p>Une femme qui a de la fièvre (température de 38 degrés centigrade ou plus) survenant plus de 24 heures après l’accouchement (avec au moins deux prises de température parce que le travail seul peut causer une certaine fièvre). D’autres signes et symptômes pouvant être présents incluent : une douleur abdominale du bas, des pertes vaginales purulentes et fétides (lochies), un utérus douloureux à la pression. (Exclure la malaria)</p>
<p>Complications de l’avortement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie due à l’avortement, qui requiert la ressuscitation avec des fluides IV et/ou une transfusion sanguine. • Infection due à l’avortement (ceci inclut la perforation et l’abcès pelvien) <p>Note : l’avortement peut être spontané ou provoqué.</p>

⁶ OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale, *Prise en charge des complications de la grossesse et de l’accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l’accouchement.* Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse, 2000, OMS/RHR/00.7

⁷ D’une césarienne précédente.

Complications obstétricales directes	Définitions tirées de l’OMS ⁶ et des projets Save the Mothers de la Fédération Internationale de Gynécologie et d’Obstétrique
<p>Pré-éclampsie sévère</p> <p>Éclampsie</p>	<p>Pression diastolique ≥ 110 mmHG and protéinurie $\geq 3+$ après 20 semaines de gestation. Divers signes et symptômes : maux de tête, hyper-excitation, vision floue, oligurie, douleurs épigastriques, oedèmes pulmonaires.</p> <p>Convulsions. Pression diastolique 90mmHG ou plus après 20 semaines de gestation. Protéinurie 2+ ou davantage. Divers signes et symptômes : coma et autres signes et symptômes de pré-éclampsie sévère.</p>
<p>Grossesse extra-utérine</p>	<p>Saignement interne d’une grossesse hors de l’utérus. Douleurs abdominales du bas et choc éventuel dû au saignement interne. Antécédents de grossesse.</p>
<p>Rupture utérine</p>	<p>Rupture utérine avec des antécédents de travail prolongé/dystocie lorsque les contractions utérines se sont soudainement arrêtées. Abdomen douloureux. La patiente pourrait être en état de choc en raison du saignement interne et/ou vaginal.</p>

Pour des besoins pratiques, vous pouvez considérer une complication comme un événement assez grave pour que le personnel doive réagir par une procédure de sauvetage ou une orientation vers un autre établissement. Pour continuer, dans le cas d’une hémorragie, si vous deviez ressusciter la femme en administrant des fluides intraveineux ou en effectuant une transfusion sanguine et/ou deviez procéder à une délivrance artificielle du placenta afin de sauver sa vie, il s’agit à l’évidence d’une complication obstétricale (et vous devriez la noter telle quelle dans votre registre). Si une femme arrive à l’hôpital avec une forte fièvre suite à un avortement et vous lui administrez un traitement antibiotique, ce cas devrait être considéré comme une complication de l’avortement. Votre procédure l’a probablement sauvée d’une maladie grave ou de la mort.

Si le personnel d’un établissement ne peut pas identifier un état qui nécessite une intervention d’urgence, la qualité des soins sera compromise. Il existe plusieurs directives cliniques excellentes disponibles qui traitent des signes et symptômes des divers états maternels et des actions appropriées à entreprendre. Deux de ces documents sont :

OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l’accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l’accouchement.* Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse, 2000, OMS/RHR/00.7

Enkin et coll. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press. 2000.

Certaines questions ont été portées à notre attention concernant les expériences obstétricales directes et si elles sont considérées comme des complications obstétricales directes conformément à ces Indicateurs de Processus. Par exemple, si le travail est accéléré avec de l'ocytocine et finit par un accouchement normal, il est **UNIQUEMENT** considéré comme une complication si l'ocytocine a été injectée parce que le travail était prolongé ou parce qu'il s'agissait d'une dystocie conformément à la définition susmentionnée. Le problème est que certains médecins accélèrent le travail même lorsqu'il ne s'agit pas encore d'un travail prolongé. C'est la raison pour laquelle un partographe est si important afin de déterminer l'évolution ou l'absence d'évolution du travail chez une femme. Une épisiotomie ne constitue pas en elle-même un accouchement par voie basse instrumenté.

Un autre problème concerne les déchirures du vagin ou du col qui sont suturées immédiatement sans occasionner de saignement important. Si elles n'entraînent pas la perte de sang si bien qu'elles tombent dans la catégorie de l'hémorragie post-partum, ces déchirures ne sont pas considérées comme des complications obstétricales directes. Il est très important pour chaque équipe d'utiliser les Indicateurs de Processus de l'ONU en vue d'exposer clairement les complications qu'elle inclut et comment elle les définit, notamment en raison de l'émergence de ces nuances dans la pratique.

Il se peut que certains responsables de programme et cliniciens soient sûrs de la définition qu'ils donnent d'une complication obstétricale donnée mais s'inquiètent que la complication ne soit pas évaluée avec précision et ne fasse pas de ce fait l'objet d'un enregistrement dans un établissement. Dans certaines conditions, le fait de déterminer la perte de sang en vue d'établir si une femme présente une hémorragie peut être difficile et à plus forte raison en cas d'urgence. Nous admettons ce dilemme mais encourageons toutes les personnes impliquées dans la collecte des données pour le suivi des progrès en matière de prestation de services de SOU de ne jamais oublier l'objet de notre tâche qui consiste à administrer un traitement aux femmes de manière appropriée afin de sauver leur vie.

Si ces complications obstétricales constituent la principale cause obstétricale directe des décès maternels, on pourrait se demander s'il existe une liste de procédures essentielles de sauvetage. La réponse est positive et ces procédures sont désignées comme « Fonctions Essentielles ».

4. QU'APPELLE-T-ON FONCTIONS ESSENTIELLES, COMMENT SONT-ELLES ÉVALUÉES ET POURQUOI SONT-ELLES UTILISÉES ?

Les *Lignes directrices* définissent une série d'activités appelées « Fonctions Essentielles » qui devraient être disponibles dans un établissement de soins d'urgence pour les femmes qui présentent des complications liées à la grossesse. Il ne s'agit pas

toutefois d'une liste exhaustive des importantes activités obstétricales d'urgence. Ces Fonctions Essentielles doivent être pratiquées par un établissement pour qu'il soit reconnu comme établissement de Soins obstétricaux d'urgence (SOU).

Il existe huit Fonctions Essentielles, parmi lesquelles six peuvent être pratiquées au niveau d'un bon centre de santé. Un établissement qui pratique toutes les six fonctions est désigné structure sanitaire de SOU de base. Deux fonctions supplémentaires sont souvent disponibles uniquement auprès d'un hôpital ; un établissement qui pratique toutes les huit fonctions constitue une structure sanitaire de SOU complets. Les Fonctions Essentielles des SOU de base sont :

- Administrer des antibiotiques par voie intraveineuse ou par injection,
- Administrer des ocytoxiques par voie intraveineuse ou par injection,
- Administrer des anticonvulsivants par voie intraveineuse ou par injection,
- Pratiquer une délivrance artificielle du placenta,
- Pratiquer une évacuation du contenu utérin (de préférence, par aspiration, sinon par curetage),
- Pratiquer un accouchement par voie basse instrumenté (ventouse, forceps)⁸.

Les fonctions pratiquées dans une structure sanitaire de SOU de base peuvent sauver la vie de nombre de femmes. Même lorsqu'une patiente doit être orientée à partir d'une structure sanitaire de SOU de base vers une structure sanitaire de SOU complets, les fonctions pratiquées dans une structure sanitaire de SOU de base peuvent stabiliser l'état de la femme afin qu'elle ne succombe pas en cours de route ou n'arrive pas dans un état quasi-fatal à la structure sanitaire de SOU complets.

L'une des fonctions essentielles – « évacuation du contenu utérine par aspiration manuelle ou curetage évacuateur » - exige quelques explications. Cette fonction essentielle a pour but de prodiguer des soins d'urgence en cas d'avortement incomplet (spontané ou provoqué) car les produits non évacués de conception sont à l'origine de complications de l'avortement qui mettent la vie de la mère en danger : infection et/ou hémorragie. (Les fragments de placenta non évacués constituent une complication post-natale qui exige une prise en charge différente se rapportant davantage à la fonction essentielle « délivrance artificielle du placenta ».) Le manuel *Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement* propose, lorsque le saignement est léger à modéré lors d'un avortement incomplet, de « retirer avec les doigts, l'anneau (ou l'éponge) des forceps les produits de conception qui obstruent le col de l'utérus ». Toutefois, lorsque le saignement est violent lors d'un avortement incomplet, il est recommandé de procéder à une aspiration par le vide pour éliminer les

⁸ Une épisiotomie ne constitue pas en elle-même un accouchement assisté. En outre, l'accélération de l'accouchement à l'aide de l'ocytocine ne constitue pas en elle-même un accouchement assisté.

produits non évacués de conception (soit manuellement⁹, soit électriquement). Dans un certain nombre de pays, nous avons constaté que l'aspiration par le vide n'était ni enseignée ni utilisée fréquemment et que l'équipement nécessaire risquait de ne pas être disponible. Il faut alors procéder à un curetage, une technique moins souhaitable en raison des risques accrus de complications.

Les fonctions des SOU complets concernent toutes les six Fonctions Essentielles des SOU de base en plus de :

- Pratiquer une intervention chirurgicale (césarienne) et
- Pratiquer une transfusion sanguine.

Il est à noter que l'anesthésie est nécessaire pour une intervention chirurgicale.

Au cours d'une évaluation des besoins et périodiquement au fil du temps, les établissements font l'objet d'une étude portant sur la prestation de ces Fonctions Essentielles. La désignation d'un établissement comme établissement de soins obstétricaux d'urgence (de base ou complets) dépend non seulement de la disponibilité de ces fonctions mais de leur prestation effective au moins une fois durant une période de trois mois. Les *Lignes directrices de l'ONU* stipulent très clairement que l'essentiel n'est pas une prestation théorique mais une prestation effective de ces Fonctions Essentielles. La prestation des Fonctions Essentielles peut être déterminée grâce à un examen des dossiers, à l'observation ou à l'entretien avec les membres du personnel.

Nombre de facteurs peuvent entraver la prestation de ces Fonctions Essentielles – l'interruption de l'approvisionnement, le mauvais état des équipements, l'absentéisme du personnel dû aux mutations, aux congés, aux formations ou aux réunions, etc. Il est important de noter que le nombre de patientes aura également un impact sur le statut des SOU d'un établissement. Lorsqu'un nombre restreint de femmes sollicitent des soins auprès de l'établissement et que la prestation des Fonctions Essentielles n'a pas été nécessaire, l'établissement ne peut pas être considéré comme une structure sanitaire de SOU. À l'évidence, les facteurs à la fois techniques et de gestion jouent périodiquement un rôle dans la prestation des services obstétricaux d'urgence.

Au cours d'une évaluation des besoins, on pourrait observer qu'au moins une Fonction Essentielle n'a pas été pratiquée dans les établissements au cours des trois derniers mois. Un planificateur des programmes qui mène une évaluation du fonctionnement des établissements devrait chercher les caractéristiques qui pourraient laisser entrevoir des problèmes de politique générale affectant la prestation des services. Par exemple, il pourrait exister des politiques qui limitent la capacité des établissements à effectuer la transfusion sanguine ou qui appliquent des restrictions sur les procédures que les infirmiers/-ières et les sages-femmes peuvent entreprendre. Ces problèmes de politique générale pourraient être pris en main grâce au plaidoyer qui compare les

⁹ Pour de plus amples informations sur l'aspiration manuelle par le vide, prendre contact avec l'Ipas : 300 Market St., Suite 200, Chapel Hill, NC 27516, États-Unis, tél : 919-967-7052, télécopie : 919-929-7687, courriel : costumerservice@ipas.org

protocoles avec ceux d'autres pays. En outre, il pourrait exister des problèmes de gestion se rapportant à l'approvisionnement en médicaments, à l'entretien des équipements ou à la dotation en personnel, qui pourraient être identifiés par le biais de l'analyse des caractéristiques des Fonctions Essentielles dans les établissements.

Il se peut que dans certaines situations, un établissement qui pratique toutes les Fonctions Essentielles des SOU à un moment donné, n'exécute pas ces mêmes fonctions six mois ou un an plus tard. Pour un établissement, il existe plusieurs raisons possibles de « perdre » le statut de SOU. Un membre essentiel de l'équipe de SOU (anesthésiologiste, gynécologue obstétricien) pourrait être absent pendant un congé prolongé ou être muté sans avoir été immédiatement remplacé et aucun accouchement par césarienne ne sera de ce fait pratiqué. Un équipement essentiel pourrait être hors d'état de marche ou la salle d'opération pourrait être fermée pour rénovations. Durant la supervision périodique, les responsables de programmes et les superviseurs externes peuvent vérifier qu'un établissement pratique toujours les Fonctions Essentielles et dans le cas contraire, attirer l'attention de la direction de l'établissement et/ou des homologues du gouvernement sur les problèmes de gestion identifiés ou les problèmes de politique générale.

La périodicité de l'examen des Fonctions Essentielles pratiquées dans les établissements variera d'un endroit à l'autre, selon les ressources et l'opinion des décideurs relative à l'utilité de cette activité. L'AMDD recommande que les établissements fassent l'objet d'une réévaluation chaque année, là où c'est possible. Si un examen annuel des Fonctions Essentielles peut être effectué dans tous les établissements potentiels de SOU au sein d'une zone, on pourrait découvrir que les services de SOU sont disponibles dans plus d'établissements que prévu. La réussite de l'amélioration des services dans certains établissements pourrait stimuler la réplication dans les établissements avoisinants.

Dans le Tableau 3 ci-dessous, les sept complications obstétricales directes qui constituent un « cas compliqué » conformément aux *Lignes directrices* sont confrontées à plusieurs Fonctions Essentielles qui devraient éventuellement être pratiquées pour sauver la vie de la femme. Veuillez bien ne pas considérer ce tableau comme un guide de gestion clinique. Nous avons comparé les complications aux Fonctions Essentielles uniquement comme un moyen de vous aider à penser à la façon d'enregistrer les complications pour les Indicateurs de Processus de l'ONU.

Tableau 3 : Complications obstétricales correspondant aux Fonctions Essentielles

Principales complications obstétricales	Fonctions Essentielles
Hémorragie	<p>Ante-partum:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfusion sanguine • Intervention chirurgicale (césarienne pour placenta préavia, décollement placentaire)
	<p>Post-partum:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administration des médicaments oxytociques par voie intraveineuse ou par injection • Transfusion sanguine • Délivrance artificielle du placenta • Evacuation du contenu utérine (de préférence, par aspiration, si non, par curetage)
Travail prolongé / dystocie	<ul style="list-style-type: none"> • Accouchement par voie basse instrumenté • Intervention chirurgicale (césarienne) • Administration des médicaments oxytociques par voie intraveineuse ou par injection
Infection puerpérale	<ul style="list-style-type: none"> • Administration d'antibiotiques par voie intraveineuse ou par injection • Evacuation du contenu utérine (de préférence, par aspiration, si non, par curetage) • Intervention chirurgicale pour abcès pelvien
Complications de l'avortement	<p>Pour l'hémorragie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfusion sanguine • Evacuation du contenu utérine (de préférence, par aspiration, si non, par curetage) <p>Pour l'infection :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administration des antibiotiques par voie intraveineuse ou par injection • Evacuation du contenu utérine (de préférence, par aspiration, si non, par curetage)
Pré-éclampsie / éclampsie	<ul style="list-style-type: none"> • Administration des anticonvulsivants par voie intraveineuse ou par injection en cas de pré-éclampsie et d'éclampsie • Intervention chirurgicale (césarienne)
Grossesse extra-utérine	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention chirurgicale • Transfusion sanguine
Rupture utérine	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention chirurgicale • Transfusion sanguine • Administration des antibiotiques par voie intraveineuse ou par injection

5. ET SI UN ÉTABLISSEMENT PRATIQUE PRESQUE TOUTES LES FONCTIONS ESSENTIELLES ?

Dans nombre de pays, notamment en Amérique latine, la politique est de pratiquer rarement l'accouchement par voie basse instrumenté. La césarienne est pratiquée pour accoucher les femmes qui pourraient bénéficier de cette intervention. Les techniques d'accouchement par voie basse instrumenté – par exemple ventouse ou forceps – ne sont plus enseignées dans plusieurs écoles de médecine, d'infirmiers/-ières et de sages-femmes dans ces pays. Ainsi, s'il a été noté que les Fonctions Essentielles sont pratiquées dans un établissement à l'exception de l'accouchement par voie basse instrumenté, l'établissement peut-il être considéré comme une structure sanitaire de SOU ?

Nous répondons à cette question par un oui conditionnel. Si une interprétation stricte de la définition d'une structure sanitaire de SOU était utilisée, certains pays n'auraient aucun établissement remplissant les conditions et cela dénaturerait la situation réelle des soins d'urgence destinés aux femmes. Par conséquent, si un établissement pratique toutes les Fonctions Essentielles pour pouvoir prétendre au statut d'établissement de soins obstétricaux d'urgence de base à l'exception de celle-ci, nous pourrions l'appeler « SOU de base moins une » (avec une note de bas de page précisant la Fonction non pratiquée). De même, pour un établissement qui effectue toutes les fonctions d'un établissement de soins obstétricaux d'urgence complets à l'exception de l'accouchement par voie basse instrumenté, nous pourrions l'appeler « SOU complets moins une ».

Il existe nombre d'avantages liés à l'accouchement par voie basse instrumenté par rapport à la césarienne. Une sage-femme ou un/e infirmier/-ière expérimenté(e) peut effectuer un accouchement par voie basse instrumenté dans un établissement obstétrical d'urgence de base. L'anesthésie n'est pas nécessaire comme elle l'est en cas de césarienne et les risques potentiels (dus aux saignements, à l'infection, aux complications de l'anesthésie) sont plus faibles pour la femme. En indiquant qu'une importante Fonction Essentielle n'est pas pratiquée lorsque nous désignons l'établissement comme étant un de « SOU moins une », nous soulignons qu'un important service recommandé dans les *Lignes directrices* n'est pas mis à la disposition des femmes et que la politique relative à ce sujet doit faire l'objet d'un réexamen.

6. QUELS REGISTRES DEVRAIT-ON UTILISER POUR RECUEILLIR LES DONNÉES ?

Les données des Indicateurs de processus de l'ONU ne sont pas recueillies dans un cadre de recherche mais proviennent plutôt des registres et des dossiers des établissements, remplis par les membres du personnel durant les soins périodiques et d'urgence.

Afin de calculer les Indicateurs de Processus de l'ONU, les données doivent être recueillies périodiquement auprès des établissements. Pratiquement tous les centres de santé enregistrent un certain type de données périodiques sous forme de registres et de dossiers de patientes. La qualité de ces données varie largement ainsi que les types et nombres de registres et dossiers utilisés.

Les données des établissements nécessaires pour formuler les Indicateurs de Processus de l'ONU comprennent :

- Le nombre d'accouchements survenus dans l'établissement,
- Le nombre de femmes avec les complications obstétricales,
- Le nombre de césariennes et
- Le nombre de décès obstétricaux directs dans le structure sanitaire de SOU.

Les données relatives aux accouchements, aux césariennes et aux décès maternels sont fréquemment recueillies dans les centres de santé bien qu'elles ne figurent pas dans le même registre. Les données relatives aux naissances peuvent être facilement trouvées dans un registre des admissions, un registre des accouchements ou un registre de la salle de maternité. Le registre de la salle d'opération constitue habituellement l'enregistrement le plus exhaustif des données relatives aux césariennes. Les données relatives aux décès maternels peuvent être trouvées dans un registre de maternité / d'obstétrique, un registre des sorties (s'il est utilisé par l'établissement) ou peut-être un registre séparé pour tous les décès survenus dans l'établissement.

La collecte des données sur les complications est moins facile. En règle générale, les registres de l'établissement n'ont pas de la place pour l'enregistrement des complications obstétricales et dans ce cas, une colonne doit être ajoutée pour cette information. Les responsables des hôpitaux et des projets devraient résister à la forte tentation de créer un nouveau registre séparé consacré aux complications obstétricales ou aux autres données pour les Indicateurs de Processus de l'ONU. Il est plus utile pour l'établissement d'améliorer et de relancer les registres existants que de créer davantage de travail administratif pour des cliniciens occupés. Les femmes qui présentent des complications peuvent être traitées dans la salle de travail ou de maternité (les femmes qui ont un travail prolongé par exemple) alors que les femmes qui présentent une infection puerpérale peuvent être examinées et traitées dans une salle de gynécologie, à usage général ou réservée aux femmes. Les complications des avortements et des grossesses extra-utérines peuvent également être enregistrées dans une salle réservée aux femmes ou à usage général. Parfois, les complications peuvent être trouvées dans les registres des salles d'opération comme les cas de rupture utérine ou de grossesse extra-utérine, ou encore les cas d'hémorragie exigeant une transfusion sanguine, par exemple.

Nous vous recommandons de procéder à une analyse de l'afflux des patientes en obstétrique dans un établissement qui montre le lieu où et la manière dont les données sont enregistrées, notamment en ce qui concerne les complications obstétricales et les

décès maternels avant de choisir les registres qui seront utilisés pour recueillir les données des Indicateurs de Processus de l'ONU. Les registres les plus exhaustifs et les plus précis devraient être utilisés avant ceux qui pourraient uniquement contenir une partie de ces informations.

Au moment d'effectuer l'évaluation des besoins pour la première fois, il peut être nécessaire d'examiner les autres sources d'information. Les dossiers des patientes tels que la « feuille d'observation » (le dossier des patientes placé au pied d'un lit d'hôpital) ou les dossiers individuels des patientes peuvent être utiles notamment en matière de complications. Ces mêmes dossiers peuvent également être utiles pour valider les données figurant dans les registres et lorsqu'il s'agit de vérifier leur caractère exhaustif et leur exactitude. Les dossiers des patientes sont toutefois peu pratiques pour être utilisés pour l'enregistrement des données périodiques et ne devraient pas être utilisés comme remplaçants des registres de patientes.

7. COMMENT DEVRAIT-ON ENREGISTRER LES COMPLICATIONS DANS LES REGISTRES DE L'ÉTABLISSEMENT ?

Voici quelques facteurs qu'il ne faudrait pas oublier au moment d'enregistrer les complications obstétricales survenant dans votre établissement :

- Soyez sûr(e) qu'il existe de la place dans le registre approprié pour enregistrer les complications (y compris les registres dans les salles réservées aux femmes ou de gynécologie où les complications des avortements, les grossesses extra-utérines ou l'infection puerpérale peuvent être rencontrées),
- Seule une complication obstétricale par femme devrait être comptée en calculant les Besoins satisfaits. Les données sur les « complications obstétricales traitées » devraient être plus précisément désignées données sur les « femmes qui ont présenté au moins une principale complication obstétricale ».
- Assurez-vous que les registres sont remplis régulièrement et entièrement et faites-les examiner périodiquement par un superviseur. Afin de garantir la régularité, il peut être utile d'afficher une liste des sept principales complications obstétricales avec leur définition dans la zone où les registres sont remplis ou dans le registre même. Ceci est important parce que si les femmes qui présentent des complications sont traitées dans votre établissement et les informations ne sont pas enregistrées dans les registres, les « Besoins satisfaits » paraîtront plus faibles qu'elles ne le sont réellement (et le « taux de létalité » paraîtra plus fort qu'il ne l'est réellement, tel qu'il en a été discuté ultérieurement).

N'oubliez pas : les complications obstétricales sont imprévisibles et peuvent survenir dans l'établissement inopinément. Par exemple, l'hémorragie post-partum peut survenir subitement et ce n'est pas la faute de l'accoucheur/-euse. La complication devrait être enregistrée à la fois dans les notes relatives aux cas et dans le registre. Encouragez le

personnel à ne pas omettre d'enregistrer en raison de sentiments de culpabilité ou de culpabilité déplacée. Rappelez-leur qu'un grand nombre de complications traitées montre que les femmes fréquentent l'établissement et reçoivent des soins.

8. COMMENT LES DONNÉES SONT-ELLES EXTRAITES DES REGISTRES ?

Nombre d'établissements disposent d'un système en place pour rassembler leurs données obstétricales tous les mois, tous les trimestres ou tous les semestres. Les rapports peuvent être utilisés à l'intérieur de l'établissement ou peuvent être requis par les autorités médicales ou les organismes donateurs. Dans les projets menés par les partenaires de l'AMDD, un modèle de notification semi-annuelle est utilisé et rassemble tous les six mois, les données sur les prestations offertes dans les établissements, les principales complications obstétricales traitées, les césariennes pratiquées et les décès maternels survenus.

Un nombre de problèmes liés à la collecte de données peuvent être identifiés au moment d'examiner les registres qui seront utilisés pour compléter la forme synthétique, notamment lorsqu'un nouveau processus est en cours d'application dans un établissement, tel que le fait de remplir les données sur les complications obstétricales pour la première fois. Dans un outil financé par l'AMDD et mis au point par Engender-Health, intitulé « Soins obstétriques d'urgence : Outils pour améliorer la qualité des services », il existe un chapitre entier consacré à la manière d'examiner les registres et les dossiers en envisageant d'améliorer la qualité et le caractère exhaustif de la collecte des données. (Pour consulter ce document ou pour commander des exemplaires, voir le site de l'AMDD <http://www.amdd.hs.columbia.edu>).

Un des problèmes liés à la collecte des données à partir de nombre de registres, telles que les données sur les complications obstétricales, est que les femmes seront identifiées comme complications dans plus d'un registre. Il est important que le personnel de chaque établissement comprenne l'afflux de patientes en obstétrique et comprenne les raisons pour lesquelles les données sont recueillies afin qu'un grand nombre de cas de complications obstétricales ne soit ni omis ni compté double.

Cependant, la question cruciale est l'utilisation de ces données par le personnel du centre et les responsables de santé locaux pour contrôler la disponibilité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence. Par conséquent, la nécessité d'améliorer l'exactitude des données devrait être comparée au fardeau supplémentaire (et peu réaliste) que cela imposerait au personnel. Une façon de résoudre ce problème est de mener une brève étude en vue de déterminer si le double calcul constitue par exemple un grave problème. Si cette étude révélait qu'un double calcul a entraîné une inflation de 10 % du nombre de complications, alors soit cela pourrait être considéré comme un niveau d'erreur acceptable, soit cela pourrait être utilisé comme « facteur de correction » -- en d'autres termes, le nombre de complications majeures pourrait être réduit de 10 %. La régularité est cruciale afin que (après la période initiale consacrée à améliorer les systèmes de collecte des données) les changements des données de l'établissement

soient dus aux changements des services offerts plutôt qu'aux fluctuations des méthodes de collecte des données. Toutefois, pour être réaliste, nous admettons que les améliorations du système de collecte de données sont susceptibles d'avoir un impact initial sur les données.

9. COMMENT LES INDICATEURS DE PROCESSUS DE L'ONU SONT-ILS CALCULÉS ?

Indicateurs 1 et 2 : Couverture des services de SOU

Tous les deux Indicateurs 1 et 2 ont trait à la question relative à la couverture de la population par les services de SOU. **L'Indicateur 1** se rapporte au nombre de services de SOU à la disposition de la population. La couverture minimale acceptable des SOU implique l'existence d'une structure sanitaire de SOU complets et de quatre structures sanitaires de SOU de base pour 500 000 personnes. Le recensement le plus récent devrait être utilisé afin d'établir l'importance numérique de la population dans une zone donnée (c.-à-d. la zone desservie à l'échelle nationale, régionale, de district, etc.). Si le recensement date de plus de 10 ans, une projection démographique peut être utilisée pour l'année correspondante et rectifiée en conséquence.

Le nombre de structures sanitaires de SOU est calculé par le biais de l'observation directe, l'entrevue avec le personnel ou l'examen des dossiers de l'établissement. Toutes les six Fonctions Essentielles doivent avoir été pratiquées au cours des trois mois précédant afin qu'un établissement ait le statut de la structure sanitaire de SOU de base. En plus de l'intervention chirurgicale obstétricale et de la transfusion sanguine, ces six Fonctions Essentielles doivent avoir été pratiquées au cours de ces trois mois pour ce qui concerne les structures sanitaires de SOU complets.

EXEMPLE

Une responsable d'un projet de santé envisage de déterminer le statut de 25 établissements dans une région. Au cours des visites de supervision dans ces établissements, elle constate qu'il existe une structure sanitaire de SOU complets et 3 structures sanitaires de SOU de base. Dans quatre autres établissements, quatre Fonctions Essentielles sur six sont pratiquées et elle en prend note.

D'après le recensement le plus récent, la région compte 745 730 habitants. Les *Lignes directrices* utilisent le nombre de 500 000 habitants comme dénominateur afin d'établir la proportion d'établissements par rapport à la population. Elle commence par diviser 745 730 par 500 000.

$$\frac{\text{Nombre d'habitants de la région : 745 730}}{\text{Dénominateur : 500 000}} = 1,49$$

Elle obtient le chiffre 1,49 ou environ 1,5. Les *Lignes directrices* stipulent que le niveau minimal acceptable est 1 structure sanitaire de SOU complets pour 500 000 habitants. Alors, elle a besoin de 1,5 fois autant de structures sanitaires de SOU complets qu'elle en a (1 multiplié par 1,5). Elle note qu'il pourrait y avoir une demande considérable insatisfaite de services avec uniquement une structure sanitaire de SOU complets et en fait, elle a observé que cet établissement est assez fréquenté.

Les *Lignes directrices* stipulent également qu'il devrait exister au minimum 4 structures sanitaires de SOU de base pour 500 000 habitants. Elle multiplie le niveau minimum acceptable de 4 par 1,5 pour sa région et constate que 6 structures sanitaires de SOU de base sont nécessaires pour une couverture adéquate. Toutefois, cette région dispose uniquement de 3 structures sanitaires de SOU de base, donc elle a besoin d'au moins trois autres établissements.

En analysant ses notes, elle se rappelle qu'il existe 4 établissements qui effectuent la plupart et non la totalité des Fonctions Essentielles. Ces établissements peuvent être modernisés sans occasionner un coût supplémentaire trop important – en fournissant aux femmes de la région la couverture dont elles ont besoin en matière de services d'urgence.

L'Indicateur 2 se rapporte à La répartition géographique des structures sanitaires de SOU. Pour déterminer si les établissements sont bien répartis, observez simplement la répartition géographique de vos structures sanitaires de SOU sur une carte et la répartition de la population. Il se peut que vous ayez atteint le niveau minimum acceptable de 1 structure sanitaire de SOU complets et 4 structures sanitaires de SOU de base pour 500 000 habitants. Cependant, lorsque vous regardez ces établissements sur une carte, il se peut que vous trouviez qu'ils sont tous groupés près de la principale ville ou le long de la grande route et ne sont pas accessibles à une grande proportion des femmes dont la plupart vivent à la campagne.

Le temps constitue un élément vital lorsqu'il s'agit de sauver la vie des femmes qui nécessitent un traitement d'urgence. Les complications subites durant la grossesse et l'accouchement sont les principales causes de la mortalité et de la morbidité maternelles. Au cas où elle ne ferait pas l'objet d'un traitement, l'hémorragie post-partum peut entraîner la mort en quelques heures. Pour la majeure partie des autres complications, l'intervalle moyen approximatif à partir du début de la complication jusqu'au décès se situe entre 12 heures et plusieurs jours. Ci-dessous, le tableau 4 indique le temps d'intervalle à partir du début d'une complication jusqu'au décès.

Tableau 4 : L'intervalle moyen approximatif du début de la complication au décès

Complication	Heures	Jours
Hémorragie		
Post-partum	2	
Ante-partum	12	
Eclampsie		2
Dystocie		3
Infection		6

Si les établissements obstétricaux d'urgence étaient tous groupés près de la principale ville, les femmes qui présentent des complications obstétricales dans les zones périphériques ne seraient pas en mesure d'arriver à l'établissement à temps. S'étant rendu compte que leurs structures sanitaires de SOU étaient réparties inégalement, certains planificateurs en santé ont été inspirés de moderniser les établissements dans les zones plus reculées eu égard à leur statut de SOU.

Indicateurs 3, 4 et 5 : Utilisation des services de SOU

Les Indicateurs 3, 4 et 5 évaluent tous divers aspects de l'utilisation des services.

- Indicateur 3 : Proportion de total des naissances attendues ayant lieu dans les structures sanitaires de SOU. Cet indicateur montre le nombre de femmes qui accouchent dans les structures sanitaires de SOU (numérateur) en proportion du nombre de naissances attendues au sein de la population (dénominateur).¹⁰
- Indicateur 4 : Besoins en SOU satisfaits. Cet indicateur est calculé en divisant le nombre de femmes ayant des complications traitées dans un établissement ou des établissements dans une région (numérateur) par le nombre de complications que vous vous attendez à rencontrer au sein de la population, estimé à 15 % des naissances attendues (dénominateur).¹¹
- Indicateur 5 : Césariennes en proportion du total des naissances attendues. Cet indicateur sur les césariennes vous indique la proportion des femmes en accouchement au sein de la population qui ont accouché par césarienne dans les structures sanitaires de soins obstétricaux d'urgence. Le nombre de césariennes

¹⁰ Lorsque vous voulez calculer une proportion ou un pourcentage, vous divisez un chiffre (le numérateur) par un autre (le dénominateur). $\frac{\text{numérateur}}{\text{dénominateur}}$

¹¹ Bien que cet indicateur soit formulé en termes de « femmes ayant reçu un traitement » dans une structure sanitaire de SOU, la question selon laquelle une femme a réellement reçu un traitement ou un traitement adéquat nécessiterait d'être soulevée par le biais des audits cliniques ou d'une autre méthode approfondie. (Reportez-vous à la section 17.) Ce sont plus précisément des femmes qui présentent des complications obstétricales majeures et qui sont enregistrées dans une structure sanitaire de SOU – soit sont admises avec la complication soit en développent une pendant qu'elles sont à l'hôpital.

(numérateur) est divisé par les naissances attendues au sein de la population (dénominateur).

Si l'un de ces trois indicateurs est inférieur au niveau minimum acceptable, vous pouvez alors conclure que les femmes nécessitant les services d'urgence n'utilisent pas les services disponibles. (L'Indicateur 5 a également un niveau maximum acceptable en admettant qu'il est possible d'abuser des césariennes). Nous vous montrerons ci-après comment ce calcul est effectué pour chaque indicateur.

Vous pouvez évaluer le nombre de naissances attendues par an en multipliant l'effectif de la population par le taux brut de natalité. Vous pouvez obtenir l'effectif de la population de votre zone auprès du bureau du recensement ou du bureau national des statistiques. Le taux brut de natalité est habituellement disponible auprès des autorités médicales. Par exemple, votre recensement indique que la population dans votre district compte 500 000 habitants. Vous découvrez que le taux de natalité est de 40 (ou 40 pour 1000, ce qui signifie 0,04). Le nombre de naissances par an que vous anticiperiez dans votre district est de :

$$500\ 000 \times 0,04 = 20\ 000 \text{ naissances par an}$$

Les informations nécessaires pour les numérateurs des Indicateurs de Processus de l'ONU allant de 3 à 5 inclus sont obtenues à partir des dossiers et des registres de l'établissement :

Nombre de naissances dans les structures sanitaires de SOU (Indicateur 3)

Nombre de femmes qui présentent des complications et sont traitées dans les structures sanitaires de SOU (Indicateur 4)

Nombre de césariennes pratiquées (Indicateur 5)

Calcul de l'Indicateur 3 : Proportion du nombre total de naissances dans les structures sanitaires de SOU

EXEMPLE

Le planificateur en santé d'un ministère provincial de la santé souhaite établir la proportion de total des naissances attendues ayant lieu dans les structures sanitaires de SOU. Il commence par consulter les chiffres du recensement qui indiquent que sa province compte 105 820 habitants. Ensuite, il vérifie à l'Institut national des statistiques qui estime que le taux brut de natalité du pays est de 40 naissances pour 1 000 habitants. Aucun chiffre n'est disponible pour sa province, il utilise donc le taux de natalité national estimatif. Il calcule que le nombre estimatif de naissances par an dans la province est 105 820 multiplié par 0,04 (c'est-à-dire 40 divisé par 1 000) ou 4 232. Le planificateur en santé recueille ensuite auprès de tous les 10 structures sanitaires de SOU de la province les synthèses des données mensuelles à partir desquelles il met au point un sommaire annuel. Il trouve qu'il y a eu un nombre total de 402 accouchements dans les structures sanitaires de SOU au cours de cette année. Il

s'est assuré que les 402 accouchements incluent la totalité des césariennes et des accouchements instrumentés (et non les accouchements 'normaux' uniquement).

Ensuite, il divise le numérateur – le nombre réel des accouchements survenus dans les structures sanitaires de SOU (402 accouchements) – par le dénominateur – le nombre de naissances attendues dans la région (4 232 naissances) et multiplie le résultat par 100 pour obtenir le pourcentage.

Numérateur : accouchements dans les structures sanitaires de SOU **402**

= 0,095 x 100 = 9,5%

Dénominateur : naissances attendues pour la province **4 232**

Environ 10 % des femmes accouchent dans les établissements obstétricaux d'urgence alors que le niveau minimum requis est de 15 %. La plupart des femmes accouchent ailleurs, peut-être à domicile ou dans des établissements qui ne fournissent pas des services d'urgence. Compte tenu de ces données, il est très probable que les femmes qui présentent des complications obstétricales ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin.

Surtout n'oubliez pas que :

- Le numérateur est le nombre total **d'accouchements** (y compris l'ensemble des césariennes et des accouchements par voie basse instrumentés).
- Le numérateur est le nombre total **d'accouchements** dans l'établissement et non le nombre de **naissances**. Ceci constitue une distinction importante parce que le nombre de naissances peut être supérieur au nombre d'accouchements selon le nombre de naissances multiples.
- Toutefois, le dénominateur est le nombre de **naissances attendues**.

Calcul de l'Indicateur 4 : Besoins satisfaits Ceci est un indicateur très important. Si les données sur les complications sont rassemblées correctement, les responsables de programmes disposent d'un excellent indicateur d'utilisation qui est directement axé sur le sauvetage de la vie des femmes. La rubrique portant sur les Besoins satisfaits décrit la proportion des femmes qui présentent des complications et reçoivent un traitement d'urgence sur le nombre total de femmes enceintes que vous vous attendriez à voir présenter des complications (15 % des femmes enceintes). Si un programme fournit de plus en plus des services de sauvetage et les données du service sont correctement recueillies, les Besoins satisfaits devraient s'accroître, ce qui signifie qu'une proportion

croissante des femmes qui nécessitent des services obstétricaux d'urgence reçoivent ces services.

Pour les Besoins satisfaits, le numérateur est le nombre réel de femmes qui présentent des complications obstétricales majeures et reçoivent des services de SOU. La collecte des données sur les complications constitue souvent une nouvelle expérience pour les structures sanitaires de SOU (reportez-vous à la Question 3 pour les définitions des complications).

Pour les Besoins satisfaits, le dénominateur est une estimation du nombre de femmes qui sont censées avoir des complications dans une zone. Comment pouvons-nous établir le nombre de femmes qui développeront des complications ? L'OMS prévoit qu'au sein d'une population de femmes enceintes, au moins 15 % sont censées présenter de graves complications obstétricales.¹² Le dénominateur est ainsi calculé en multipliant ce pourcentage de 15 % par le nombre estimatif de naissances par an.

EXEMPLE

Un responsable de projet a récemment amélioré les services de SOU dans les six établissements d'un district. En examinant les données de tous les établissements pour l'année écoulée, il découvre qu'un nombre total de 460 femmes qui présentaient des complications obstétricales majeures ont reçu un traitement dans les établissements au cours de cette année. Ceci représente son numérateur.

Il calcule le nombre de complications attendues comme suit. D'abord, il multiplie le nombre d'habitants dans son district (439 800 habitants) par le taux de natalité de la région 36 pour 1000. Il n'y a pas de taux de natalité pour son district mais il estime qu'il approximativement égal au taux régional. Le nombre escompté d'accouchements dans le district est de $439\,800 \times 0,036$ ou 15 833. Il sait qu'il peut s'attendre à ce que 15 % de ces femmes présentent une complication obstétricale, donc il multiplie 15 833 par 0,15 et obtient 2 375 complications attendues. Ce sera son dénominateur.

Il calcule ensuite les Besoins satisfaits en divisant le nombre réel de femmes qui présentent des complications dans les établissements par le nombre escompté de femmes qui présentent des complications ou $460/2\,375$.

$$\frac{\text{Numérateur : complications traitées dans les établissements } \mathbf{460}}{\text{Dénominateur : nombre de complications attendues } \mathbf{2\,375}} = 0,19 \times 100 = 19 \%$$

Dénominateur : nombre de complications attendues **2 375**

Il multiplie 0,19 par 100 pour obtenir le pourcentage : la proportion de femmes qui nécessitaient des SOU et qui ont reçu un traitement est de 19 %. Autrement dit, les Besoins satisfaits constituent uniquement 19 % alors qu'ils devraient être de 100 % au moins. Il estime en premier lieu que c'est un peu décourageant puisqu'il voudrait que toutes les femmes qui présentent des complications reçoivent un traitement. Toutefois,

¹² Référez-vous aux *Lignes directrices* pour de plus amples informations à cet égard.

lorsqu'il étudie la situation antérieure au projet, il se rend compte qu'environ 5 % uniquement des femmes qui présentaient des complications ont reçu un traitement avant le début du projet, par conséquent, il y a eu en réalité une amélioration nette. Il encourage son personnel à poursuivre leurs efforts.

Surtout n'oubliez pas que :

- Aux niveaux national / régional / de district (suivi de l'évolution de tous les établissements dans la zone) : Le numérateur inclut toutes les femmes qui présentent des complications obstétricales directes et reçoivent un traitement dans l'établissement.
- Au niveau de l'établissement (suivi de l'évolution d'un seul établissement) : Les responsables de l'établissement peuvent désirer compter toutes les femmes qui présentent des complications et dont l'état est stabilisé à l'établissement même si elles nécessitent d'être orientées vers un autre établissement en vue de recevoir un traitement supplémentaire tel qu'une césarienne ou une transfusion sanguine.
- Lorsqu'il s'agit de compter les femmes qui présentent des complications, c'est la *femme* qui est comptée même si elle présente plusieurs complications.

Calcul de l'Indicateur 5 : Les césariennes en proportion du nombre total de naissances attendues

Le taux de césariennes permet une comparaison de la proportion des femmes accouchant par césarienne au sein d'une population par rapport à un éventail de taux jugés appropriés au niveau de la population (entre 5 % et 15 % du nombre total de naissances).¹³ Le numérateur, le nombre de femmes césarisées, provient souvent directement des registres des salles d'opération. Le dénominateur est le nombre escompté de naissances attendues. (Il est important de noter que le dénominateur **NE** constitue **PAS** le nombre de naissances dans un établissement. Certains centres d'orientation peuvent avoir besoin de pratiquer plus de 15 % des naissances par césarienne en raison du volume élevé de cas compliqués qu'ils reçoivent).

EXEMPLE

Pour poursuivre l'exemple ci-dessus, le responsable du projet note qu'au cours de l'année écoulée, 140 femmes ont subi des césariennes dans le district. D'après les calculs qu'il a effectués pour les Besoins satisfaits, il sait que le nombre escompté de naissances par an dans le district est de 15 833. Donc, il divise le nombre de césariennes réellement pratiquées par le nombre total de naissances au sein de la

¹³ Les *Lignes directrices* utilisent cet éventail de 5 à 15 % comme la proportion des complications nécessitant des césariennes au sein d'un groupe de femmes qui accouchent. Un pourcentage inférieur à 5 % indiquerait que les femmes meurent ou souffrent de morbidité parce qu'elles ne reçoivent pas de traitement ; un pourcentage supérieur à 15 % peut indiquer que les femmes subissent des césariennes pour des raisons autres que celles strictement requises par leur état de santé ou les indications fœtales.

population et multiplie ce chiffre par 100 afin d'obtenir le pourcentage de césariennes qui sont pratiquées.

$$\frac{\text{Numérateur : Césariennes dans le district } \mathbf{140}}{\text{Dénominateur : Nombre de naissances attendues } \mathbf{15\ 833}} = 0,0088 \times 100 = 0,88\%$$

Dénominateur : Nombre de naissances attendues **15 833**

Il trouve que 0,88 % des femmes dans le district ont subi une césarienne. Parce que les *Lignes directrices* établissent un pourcentage minimum de 5 % (et un pourcentage maximum de 15 %), il sait que le taux dans son district est bien inférieur au taux minimum de césariennes qu'il voudrait voir survenir dans son district. Il prend des mesures pour mener avec les responsables des hôpitaux de district une enquête plus approfondie à ce sujet. Il désire lever les obstacles qui entravent ce service primordial tout en décourageant les interventions chirurgicales non nécessaires.

Surtout n'oubliez pas que :

- Vous devez compter toutes les césariennes (urgentes et non urgentes).

Indicateur 6 : Taux de létalité

Le dernier indicateur de processus, le taux de létalité fournit une indication approximative de la qualité des soins que les femmes reçoivent dans un établissement. Le numérateur du taux de létalité est le nombre de décès obstétricaux directs survenus dans les structures sanitaires de SOU et le dénominateur est le nombre de complications notées dans les structures sanitaires de SOU. Les *Lignes directrices* recommandent un pourcentage de 1 % pour le niveau maximum acceptable du taux de létalité.

Les taux de létalité sont mieux calculés et interprétés au niveau des établissements. (Pour de plus amples informations sur l'interprétation des taux de létalité, référez-vous à la Question 16).

EXEMPLE

La directrice médicale d'un hôpital de district examine les données annuelles et note qu'il y a eu 6 décès maternels sur 735 femmes qui présentaient des complications obstétricales directes. Après un examen plus minutieux, elle se rend compte qu'un des décès était dû à la malaria qui ne constitue pas une cause obstétricale directe de décès (reportez-vous à la Question 10). Elle calcule donc le taux de létalité de l'établissement comme étant $6/735 \times 100$ ou 0,68 %.

$$\frac{\text{Numérateur : décès obstétricaux directs } \mathbf{6}}{\text{Dénominateur : cas compliqués dans les établissements } \mathbf{735}} = 0,0069 \times 100 = 0,68 \%$$

Dénominateur : cas compliqués dans les établissements **735**

Elle est heureuse de constater que beaucoup moins de 1 % des femmes qui présentaient des complications à l'hôpital sont décédées, étant donné notamment que l'hôpital traite nombre de femmes qui nécessitent des interventions d'urgence. Elle envisage de porter cette nouvelle à l'attention du personnel mais continuera de mener des audits cliniques périodiques afin d'améliorer davantage la qualité des soins dans l'hôpital. (Reportez-vous à la Question 17 sur les autres outils disponibles pour l'analyse de la qualité des soins).

Certains établissements jugent utile de calculer les taux de létalité par cause afin de mieux comprendre les complications qui sont notamment potentiellement mortelles dans leurs environnements. Ceci peut aider la direction et les cliniciens à améliorer la qualité des soins ou peut faire apparaître la nécessité d'informer la communauté des signes et symptômes des complications potentiellement mortelles spécifiques qui doivent être acheminées vers les établissements en temps opportun.

Surtout n'oubliez pas que :

- Le numérateur concerne uniquement les décès maternels dus aux complications obstétricales directes
- Le dénominateur concerne uniquement les femmes qui présentent des complications obstétricales directes
- D'interpréter cet indicateur minutieusement...(Reportez-vous à la Question 16)

Informations complémentaires sur les dénominateurs

Certains décideurs en matière de SOU (responsables de projets, autorités médicales provinciales, conseillers techniques) jugent utile de revoir toutes les années l'effectif de la population dans une zone donnée afin de refléter les variations de la population imputables aux naissances, décès ou migrations. Le nombre d'habitants sert de dénominateur pour calculer quatre des six Indicateurs de Processus de l'ONU (indicateurs 1, 3, 4 et 5). Si les programmes s'intéressent à procéder à cette révision, disposent des ressources pour ce faire et d'assez de confiance en l'estimation annuelle de la croissance démographique par les autorités locales, ceci peut être fait. Toutefois, au cours d'une période relativement brève (trois à cinq ans), cela n'est pas nécessaire. Il est improbable que le léger changement du dénominateur découlant de l'estimation révisée de la population modifie de manière significative les estimations des Indicateurs de Processus 1, 3, 4 et 5 ; il est également notamment improbable qu'il modifie la signification ou l'importance de la santé publique pour cette estimation. Un équilibre devrait être cherché entre le travail supplémentaire et le niveau de complication que la révision de l'effectif de la population implique et le désir de disposer de la quantification la plus précise des changements survenus en matière de disponibilité et d'utilisation des services de soins obstétricaux d'urgence au fil du temps. Si l'estimation de la population a fait l'objet d'une révision, la façon dont ceci a été fait devrait être clairement indiqué.

Informations complémentaires sur les établissements « n'ayant pas le statut de SOU »

Les six Indicateurs de Processus de l'ONU sont calculés grâce à l'utilisation des données provenant des établissements ayant le statut de structures sanitaires de SOU, en utilisant les définitions citées sous Q2. À l'occasion, dans le cadre d'un projet, les Indicateurs de Processus de l'ONU sont calculés sur les établissements dont le statut de SOU va être amélioré durant la durée de vie du projet. Ceci constitue cependant une exception. Il est important qu'il soit compris que ces indicateurs contrôlent le progrès de la disponibilité et de l'utilisation des services de SOU, non de tous les services de maternité.

Certains responsables de projet souhaiteront obtenir une « vue d'ensemble » de tous les services de maternité dans une zone. Il se peut qu'ils désirent savoir le nombre total de naissances survenant dans les centres de maternité, non uniquement dans ceux ayant le statut de SOU. Il se peut également qu'ils souhaitent savoir si certaines complications obstétricales font l'objet d'un traitement dans ces établissements qui n'ont pas le statut de SOU. Ces responsables pourraient souhaiter recueillir des données auprès des établissements n'ayant pas le statut de SOU et les confronter à celles des structures sanitaires de SOU.

Un exemple en est les deux tableaux ci-après à consulter, qui montrent les données d'une évaluation des besoins nationaux du Sénégal, menée en 2001 par le gouvernement sénégalais et le FNUAP et publiée dans le Journal international d'obstétrique et de gynécologie (2002 ; 76 : 299-305).

Tableau 5 : Proportion des naissances dans les structures sanitaires de SOU

Type d'établissement	Nombre d'accouchements	Nombre de naissances attendues	Proportion	Taux recommandé
38 SOU	43 770	452 352	9,7 %	>15 %
Tous les établissements étudiés	129 475	452 352	28,6 %	

Sur les 172 établissements visités, seuls 38 fournissent des SOU de base ou complets. Si nous prenons strictement en compte les naissances survenant dans ces établissements, seuls 10 % du nombre total de naissances ont lieu dans les endroits où l'éventail complet des soins obstétricaux d'urgence est disponible. Si tous les établissements visités sont pris en considération, 29 % du nombre total de naissances surviennent en établissement.

Tableau 6 : Besoins en SOU satisfaits

Établissements	Nombre de femmes dont les complications ont été traitées	Nombre de complications attendues	Besoins satisfaits	Taux recommandé
38 SOU	7 789	67 853	11,5 %	100 %
Tous les établissements interrogés	13 144	67 853	19,4 %	

La proportion des femmes qui présentent des complications obstétricales graves et qui ont reçu un traitement dans les structures sanitaires de SOU est d'environ 12 %. Même si tous les établissements sont inclus, seuls 19 % des femmes supposées avoir eu des complications graves, reçoivent un traitement.

Rappelez-vous : Comme pour toute collecte de données, il est important d'indiquer clairement la méthode utilisée.

10. COMMENT FAIRE FACE AUX CAUSES INDIRECTES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ?

Les causes obstétricales indirectes de la mortalité maternelle sont les maladies qui sont aggravées par la grossesse. Les causes indirectes de la mortalité maternelle qui sont d'importance cruciale comprennent la malaria, la tuberculose, le VIH/Sida et d'autres maladies infectieuses et les affections chroniques tels que l'anémie, le diabète ou la cardiopathie. Les Indicateurs de Processus de l'ONU rassemblent des données sur les complications obstétricales directes pour étudier par exemple les « Besoins satisfaits » des complications obstétricales directes ayant fait l'objet d'un traitement. Par conséquent, seules les données sur les causes obstétricales directes de la mortalité maternelle – celles qui en règle générale, peuvent être évitées par le truchement de services obstétricaux d'urgence améliorés – sont rassemblées.

Dans certains pays toutefois, les causes indirectes des décès maternels constituent un élément très important de la mortalité maternelle globale. Cela se vérifie en particulier dans les endroits où le VIH/Sida ou la malaria a une forte prévalence. Dans ces situations, il pourrait être utile pour les planificateurs en santé publique de recueillir des informations sur les causes indirectes de la mortalité maternelle afin de mettre au point des programmes de prévention adéquats.

Si les causes indirectes de mortalité maternelle sont rassemblées, elles ne devraient pas être utilisées pour calculer les Indicateurs de Processus de l'ONU tels que les « Besoins satisfaits » ou la « létalité » mais devraient être présentées séparément. Dans les *Lignes directrices de l'ONU*, les fiches descriptives fournissent un espace pour enregistrer les données sur les autres décès maternels. Si les causes indirectes précises font l'objet d'un contrôle, ceci devrait être manifeste pour ceux qui consultent les rapports synthétiques des données.

11. COMMENT RECUEILLE-T-ON DES DONNÉES SUR LES COMPLICATIONS DE L'AVORTEMENT ?

Il existe plusieurs questions très importantes qui mettent en évidence la collecte des données sur les complications de l'avortement. En premier lieu, par définition, les avortements (et les grossesses extra-utérines) surviennent dans les phases précoces ou à mi-parcours de la grossesse contrairement aux complications de l'accouchement ou de la période post-partum. Les données sur ces complications ne seront pas perçues à moins que des efforts soient entrepris pour recueillir des données à partir du registre placé à la salle où ces femmes seront examinées et traitées (telle qu'une Salle réservée aux femmes ou une Salle de gynécologie). À l'évidence, il ne sera pas adéquat de collecter des données à partir d'un registre des naissances ou d'un registre des admissions de la salle de travail et d'accouchement en vue de restituer les informations relatives à ces événements. Tel que susmentionné, il peut être nécessaire d'ajouter une colonne réservée aux complications obstétricales dans le registre approprié et le personnel de l'établissement doit être informé de l'importance de la collecte des données sur les complications de l'avortement et sur les grossesses extra-utérines.

En deuxième lieu, tous les avortements ne devraient pas être inclus comme complications obstétricales majeures. Seuls les avortements (qu'ils soient spontanés ou provoqués) qui entraînent un problème potentiellement mortel le devraient. Les complications les plus graves constatées après avortement concerneront l'infection ou le saignement. Certains projets enregistrent (incorrectement) des informations sur tous les avortements provoqués ou tous les avortements incomplets comme complications obstétricales. Les responsables de projet devraient revoir avec le personnel la définition des complications de l'avortement afin d'éviter les déclarations excessives.

Dans certains projets, il se peut que le personnel désire prendre en considération l'isolement des complications relatives à l'avortement des autres complications obstétricales au moment de calculer les « Besoins satisfaits ». Les données pour le numérateur, c'est-à-dire toutes les femmes qui présentent des complications et qui suivent un traitement dans les établissements, proviennent des registres de l'établissement. Le dénominateur représente une estimation du nombre de femmes supposées avoir des complications majeures, dans la région. S'il existe nombre de complications relatives à l'avortement (et surtout si les avortements non compliqués

sont inclus), l'indicateur des « Besoins satisfaits » sera excessif et il sera difficile d'interpréter les changements survenus au fil du temps concernant l'utilisation des services. Deux proportions de « Besoins satisfaits » peuvent être calculées, une comportant toutes les complications obstétricales y compris celles de l'avortement et l'autre comportant toutes les complications obstétricales, exception faite des avortements. Ceci vous indiquera si une proportion exagérément grande de toutes les complications majeures est due à l'avortement (par exemple >50 %).

12. COMMENT DEVRAIT-ON GÉRER LES ORIENTATIONS VERS D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS?

En calculant la « proportion du nombre total de naissances dans les structures sanitaires de SOU », les « Besoins satisfaits » et les « Césariennes en proportion du total des naissances attendues » des Indicateurs de Processus de l'ONU, les données sont recueillies dans la structure sanitaire de SOU où l'événement (la naissance, la complication traitée ou la césarienne) se déroule. Ceci peut être notamment difficile lorsqu'il s'agit de recueillir des données pour calculer les Besoins satisfaits puisque certaines femmes qui présentent des complications seront examinées dans un établissement mais orientées vers un autre établissement pour traitement. Voici quelques directives sur la façon de traiter les données sur les orientations :

- Si une femme est examinée dans un établissement et orientée sans avoir reçu AUCUN TRAITEMENT durant le processus d'orientation, elle ne devrait pas être incluse dans les données de cet établissement relatives aux complications traitées.
- Si d'autre part une femme est examinée dans un établissement, si son état est stabilisé ou si elle reçoit un traitement partiel avant d'être orientée, son cas devrait être inclus dans les données de cet établissement relatives aux complications traitées. Si elle rejoint le centre de traitement et y suit un traitement, elle sera également comptabilisée dans le calcul des Besoins satisfaits de cet établissement.

Il est manifeste que certaines femmes seront donc comptabilisées deux fois dans le calcul des Besoins satisfaits – à l'établissement où leur état a été stabilisé ou elles ont reçu un traitement partiel et à l'établissement où elles ont reçu un traitement complet. Ceci peut constituer un problème inévitable parce que le fait de relier périodiquement les dossiers des femmes de l'établissement de moindre degré au centre de traitement est une activité compliquée. De même, le fait de ne pas enregistrer les informations relatives aux femmes à l'établissement où elles ont subi des interventions ayant sauvé leur vie avant d'avoir été orientées, sous-estime le rôle de l'établissement dans le processus de prévention des décès maternels.

Si un responsable de projet soupçonne que les femmes envoyées dans un établissement ne reçoivent pas des soins ou – pis encore – meurent en cours de route vers un centre de traitement, cela devrait être abordé comme une activité particulière.

Par exemple, les dossiers des femmes envoyées vers un centre sur une période d'un mois, peuvent être reliés aux dossiers des femmes examinées et ayant suivi un traitement à l'établissement central afin de déterminer si les femmes sont en mesure d'avoir accès aux soins de traitement. Les stratégies de santé publique peuvent être mises au point en vue de faire face aux problèmes des femmes qui n'ont pas accès aux soins après avoir été orientées.

13. ET SI LES FEMMES VIENNENT DE L'EXTÉRIEUR DE LA ZONE DESSERVIE ?

Tel que susmentionné, trois Indicateurs de processus de l'ONU – la proportion de total des naissances attendues ayant lieu dans les structures sanitaires de SOU, les besoins en SOU satisfaits et les césariennes en proportion du total des naissances attendues – nécessitent des estimations du nombre de naissances attendues dans la zone en vue de procéder aux calculs. Il est très probable que les établissements qui fournissent d'excellents services de SOU attireront des femmes qui présentent des complications à partir d'une plus vaste zone géographique que la zone (ou service) desservie dérisoire de l'établissement ou du groupe d'établissements dans une zone géographique. C'est un résultat positif de la modernisation des établissements puisqu'il montre que plus de femmes qui ont besoin d'assistance reçoivent un traitement et que la nouvelle relative aux services améliorés parvient à un groupe de communautés autrement plus vaste.

Si vous estimez que les femmes viennent de l'extérieur de votre zone (ou service) desservie mais voudriez en être certain, vous pouvez procéder à un examen rapide de vos dossiers d'admission. Examinez les dossiers au cours d'un ou des deux mois récents. Observez les adresses des femmes et présentez sous forme de tableau celles qui viennent de l'extérieur de la zone desservie par rapport à celles qui viennent des zones périphériques. Si vous vous intéressez aux données pour un secteur médical global, vous devrez procéder de même pour tous les structures sanitaires de SOU dans la zone d'intérêt. Ensuite, vous pouvez calculer le pourcentage de femmes qui bénéficient des services et qui viennent de l'extérieur de votre zone. Cet exercice peut être effectué par un membre du personnel qui connaît bien les noms et les sites des petites villes et villages dans la zone. Une carte qui présente la zone desservie officielle pour l'établissement ou la zone d'intérêt peut être utile.

Certains responsables qui utilisent les Indicateurs de Processus de l'ONU se soucient du fait que les femmes venant de l'extérieur de la zone desservie par leur établissement (de l'extérieur de leur district par exemple) rendra leurs calculs incorrects. Disons qu'en fonction d'une étude à petite échelle, vous estimez que 20 % des femmes qui accouchent dans votre établissement viennent de l'extérieur de la zone. Vous pouvez procéder à un calcul de l'Indicateur « Proportion de total des naissances attendues ayant lieu dans les structures sanitaires de SOU » en utilisant le nombre total de naissances (et mentionner dans une note que vous estimez que certaines viennent de l'extérieur de la zone desservie) et à un autre calcul en utilisant uniquement 80 % des naissances dans votre numérateur. Les deux calculs identiques et séparés peuvent

être effectués avec les Besoins satisfaits et les Césariennes des Indicateurs de Processus de l'ONU.

Puisque nombre d'utilisateurs ne connaissent pas bien les Indicateurs de Processus de l'ONU, des questions telles que celle-ci peuvent parfois prêter à confusion. Un moyen de clarifier les questions consiste à revenir en arrière et à reformuler la question à laquelle vous essayez de répondre. Par exemple, si votre hôpital est le seul hôpital fonctionnel de la zone, l'endroit d'où les femmes viennent est-il réellement important dans ces conditions ? Grâce à l'amélioration des services, vous aidez à sauver la vie des femmes qui ne sauraient où aller pour obtenir de l'aide.

14. POURQUOI UTILISER UNE SÉRIE D'INDICATEURS ?

Un avantage majeur qu'une série d'Indicateurs de Processus de l'ONU a sur un seul indicateur tel que le taux ou la proportion de mortalité maternelle est que vous pouvez mieux expliquer le concept des soins de maternité d'urgence et les changements qui surviennent au fil du temps compte tenu de la prestation des services. Par exemple, si à partir de vos indicateurs de couverture, vous constatez que les services sont à la disposition des femmes mais que la proportion des naissances dans les établissements, les besoins satisfaits et les taux de césariennes sont tous faibles, vous savez qu'il existe un obstacle non identifié à l'utilisation des services par les femmes. Il se peut que vous souhaitiez organiser des groupes de discussion avec les femmes de la communauté afin de déterminer ce à quoi ces obstacles consistent.

Si votre taux de césarienne est élevé par rapport à la proportion de total des naissances attendues ayant lieu dans les structures sanitaires de SOU et aux Besoins satisfaits, il est possible que vous désiriez vous assurer que toutes les césariennes sont justifiées pour la santé et la sécurité de la mère et du nourrisson. La meilleure stratégie pour une réussite croissante de la prestation des services de sauvetage concerne l'augmentation de la couverture, de la proportion des prestations de SOU et des Besoins satisfaits, l'augmentation des césariennes de l'ordre de 5 à 15 % et la réduction des taux de létalité.

15. QUELLE EST L'UTILITÉ DES INDICATEURS DE PROCESSUS DE L'ONU AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS ?

L'établissement qui recueille les données sur les services obstétricaux est bien placé pour constater les progrès réalisés en vue d'une qualité et d'une utilisation améliorées de ses services grâce à l'examen systématique des tendances des données. Après avoir entrepris des efforts en vue de rénover les établissements et former le personnel, vous vous attendez à un accroissement de l'utilisation. Les données qui indiqueraient plus directement un accroissement de l'utilisation concernent le nombre de naissances qui ont lieu dans l'établissement. Si vous établissez un graphique du nombre de

naissances par mois sur une période, vous vous attendez à constater une croissance stable.

Ce que vous voulez constater le plus est une utilisation accrue des services obstétricaux d'urgence que vous fournissez, par les femmes qui présentent des complications obstétricales. Pour ce faire, vous devriez établir un graphique du nombre de femmes qui présentent des complications traitées et le nombre de césariennes. Si vous ne constatez pas un accroissement des complications traitées, vous devriez entreprendre un examen, tel qu'une étude sur l'amélioration de la qualité faisant l'objet d'une discussion ci-après (Question 17) en vue d'établir s'il existe des obstacles entravant les services, qui pourraient être levés par le truchement d'un changement de politique ou de procédure de l'établissement. En outre, il se peut que vous souhaitiez organiser un groupe de discussion communautaire pour observer la perception que la communauté a de l'établissement.

Si le taux de césariennes dans votre établissement est assez élevé, (tel que 20 % ou plus) cela pourrait suggérer que des procédures non nécessaires sont effectuées et cela peut être examiné par le biais de la supervision, de l'observation ou de l'audit clinique. De même, si votre taux de césariennes augmente régulièrement pendant plusieurs mois et ensuite décline pendant une période d'un ou de deux mois, vous pouvez vous en demander la raison. Peut-être que l'anesthésiste était en congé ou que les équipements sont tombés en panne. Une analyse des données complétée par une supervision adéquate peut identifier les problèmes auxquels la direction peut faire face.

Enfin, un examen minutieux du taux de létalité, conjugué à une analyse du moment du décès par rapport à l'heure d'arrivée, peut constituer un outil non négligeable s'il est effectué d'une manière qui soit sensible à l'impact qu'un décès maternel a sur le personnel de l'établissement. (Reportez-vous aux Questions 16 et 17 pour de plus amples informations).

Le tracé de la courbe du nombre absolu des naissances, césariennes, complications et décès maternels survenant dans votre établissement peut vous fournir les informations essentielles dont vous avez besoin pour prendre des décisions relatives à l'amélioration des services pour les femmes. Toutefois, dans certains établissements, les membres du personnel veulent calculer les Indicateurs de Processus de l'ONU en utilisant leurs données mais savent qu'ils représentent uniquement un établissement parmi tant d'autres dans la zone et ne savent pas le dénominateur qu'il faut utiliser dans les calculs. Voici certains facteurs à prendre en considération :

1. Vous pouvez calculer les indicateurs en fonction de la population de la zone desservie.
2. Vous pouvez calculer la contribution que votre établissement apporte aux Besoins satisfaits des femmes dans votre zone pour ce qui concerne les soins obstétricaux d'urgence (en ne pas oubliant que le besoin supplémentaire est satisfait dans les établissements avoisinants).

3. Ou, vous pouvez rencontrer les directeurs des autres établissements et procéder à l'examen de toutes les statistiques des services offerts par vos établissements pendant une année et calculer en même temps les Indicateurs de Processus de l'ONU. N'oubliez pas cependant que la plupart des établissements disposent d'archives sur le nombre de naissances et de césariennes par an et non nécessairement sur les complications.

16. COMMENT EST INTERPRÉTÉ LE TAUX DE LÉTALITÉ ?

Le taux de létalité est une statistique qui doit être interprété soigneusement. Vous voulez que votre établissement traite les cas de complications – dont beaucoup sont graves – et le risque de décès parmi les femmes survient avec la prestation de ce service. Si vous ne recevez pas dans votre établissement des femmes qui présentent des complications, votre létalité sera faible mais vous ne servirez pas non plus la communauté. Il peut être très décourageant pour le personnel d'administrer un traitement à des femmes qui arrivent à l'hôpital dans un état tellement affaibli sous l'action du saignement, de la dystocie ou de l'infection qu'elles décèdent peu après leur arrivée.

Si les femmes meurent après qu'elles ont été à l'hôpital pendant un certain temps, soit parce que la réaction d'urgence est trop lente soit parce qu'il existe des problèmes de gestion (tels que des problèmes d'équipements, d'approvisionnement ou de respect des protocoles de traitement par le personnel), un taux de létalité élevé requiert une action.

Il est également important de noter que si très peu de complications obstétricales d'urgence sont traitées dans un établissement, il vaut mieux ne pas calculer un taux de létalité puisque l'interprétation n'aura pas la même signification que dans le cas d'un établissement enregistrant un fort volume de complications.

17. QUELS SONT LES AUTRES OUTILS DISPONIBLES POUR ANALYSER LA QUALITÉ DU SERVICE ?

Les données des services obstétricaux sont plus utiles pour contrôler la disponibilité et l'utilisation des services mais leur utilisation est restreinte lorsqu'il s'agit de contrôler la qualité des soins. Seul un des Indicateurs de Processus de l'ONU, le taux de létalité, traite directement de la qualité des soins bien que le taux de césariennes s'y rapporte indirectement. D'autres outils devraient être utilisés périodiquement ou au besoin en vue de comprendre les questions relatives à la qualité des soins dans un établissement et en vue d'une amélioration continue. Deux outils mis à la disposition des équipes du projet sont 1) « Améliorer les soins obstétriques d'urgence grâce à l'audit reposant sur des critères » et 2) « Soins obstétriques d'urgence : Manuel de référence pour améliorer la qualité des services » et le manuel « Outils » qui l'accompagne. (Pour consulter ces documents et pour toute information sur la manière d'en commander des exemplaires, veuillez consulter le site Web de l'AMDD à l'adresse suivante : <http://www.amdd.hs.columbia.edu>).

Les audits cliniques axés sur les critères peuvent constituer un excellent moyen d'examiner les procédures de traitement des urgences par rapport aux normes des objectifs. Les audits cliniques axés sur les critères peuvent être utilisés sur l'ensemble des complications obstétricales ou sur certaines choisies se rapportant aux questions relatives au traitement telles que la prévention de l'infection, ou à des questions relatives aux droits humains dans l'environnement de l'établissement telles que la transparence de l'établissement en matière de structure des frais médicaux. Cette démarche rend l'initiative moins intimidante. Le personnel peut discuter de la meilleure façon d'améliorer leur intervention d'urgence et la direction peut identifier les obstacles qui entravent l'efficacité du service.

« Améliorer les soins obstétriques d'urgence grâce à l'audit reposant sur des critères » est un guide sur la façon de mener un audit axé sur les critères, qui est élaboré par un groupe de conseillers techniques de l'AMDD et mis à la disposition des équipes du projet. Le manuel de l'audit fournit aux responsables des établissements et des projets, des informations relatives aux endroits où il faut s'adresser pour trouver les meilleures pratiques en matière d'obstétrique et de gynécologie et fait la distinction entre les « examens par cas » et l'audit axé sur les critères.

Une nouvelle publication de l'OMS intitulée « Beyond the Numbers; Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer » décrit un certain nombre de méthodologies permettant d'étudier les décès maternels et les complications de l'accouchement pour limiter les risques pendant la grossesse. On peut notamment citer les autopsies verbales, l'examen des cas de décès maternels, les enquêtes confidentielles à la suite d'un décès maternel, les études sur la morbidité grave et les audits cliniques. (Pour consulter ce document ou pour commander des exemplaires, voir le site de l'OMS - <http://www.who.int/reproductive-health>).

« Soins obstétriques d'urgence : Manuel de référence pour améliorer la qualité des services » (Procédure AQ) donne des informations détaillées sur la manière de mener une étude sur l'amélioration de la qualité et fournit les outils pour ce faire. Le manuel d'AQ est rédigé à l'intention des prestataires et des responsables des établissements et décrit un processus participatif qui engage les équipes composées du personnel de l'établissement directement et indirectement impliqué dans les soins obstétricaux d'urgence. Les équipes peuvent utiliser les questionnaires dans le manuel « Outils » afin d'examiner systématiquement la qualité des soins offerts dans un établissement pour identifier les problèmes auxquels il faut faire face et un plan d'action en vue d'améliorer le fonctionnement de l'établissement. L'idéal serait que la procédure d'AQ soit continue avec de nouveaux plans en cours d'élaboration et de mise en oeuvre au fil du temps et des réussites à célébrer.

En plus d'entreprendre des audits cliniques et des efforts d'amélioration de la qualité, les établissements peuvent bénéficier de la conduite d'examen internes périodiques tels que les examens des décès maternels par cas, les « réussites manquées de justesse » ou les cas de femmes qui ont survécu à de très graves complications ou à

d'autres complications dans l'établissement. Ces examens peuvent être entrepris toutes les semaines ou tous les mois ou pourraient faire l'objet d'une étude au cours d'une visite externe d'entretien et de supervision. Il est extrêmement important que ces examens soient menés d'une façon qui n'accuse ni ne blâme le personnel de l'établissement.

RÉFÉRENCES :

AMDD. *Améliorer les soins obstétriques d'urgence grâce à l'audit reposant sur des critères.* Columbia University, New York, NY. 2002.

Groupe de travail de l'AMDD sur les Indicateurs. *Program note: Using UN Process Indicators in Emergency Obstetric Services: Pakistan, Peru and Vietnam.* Journal international de gynécologie et d'obstétrique 2002 ; sous presse.

Groupe de travail de l'AMDD sur les Indicateurs. *Program note: Using UN Process Indicators in Emergency Obstetric Services: Bhutan, Cameroon and Rajasthan.* Journal international de gynécologie et d'obstétrique 2002 ; 77(3) : 277-284.

Bailey PE, A Paxton. *Program note: Using UN Process Indicators to Assess Needs in Emergency Obstetric Services (Mozambique, Nepal and Senegal).* Journal international de gynécologie et d'obstétrique 2002 ; 76 : 299-305.

EngenderHealth, AMDD. *Soins obstétriques d'urgence : Manuel de référence pour améliorer la qualité des services.* Document de travail provisoire, janvier 2002.

EngenderHealth, AMDD. *Soins obstétriques d'urgence: Outils pour améliorer la qualité des services.* Document de travail provisoire, janvier 2002.

Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth 3rd edition.* Oxford, Oxford University Press. 2000.

Goodburn EA, Hussein J, Lema V, Damisoni H, Graham W. *"Monitoring Obstetric Services: Putting the UN Guidelines into Practice in Malawi. I: Developing the System."* Journal international de gynécologie et d'obstétrique. 2001 ; 74 :105-117.

Hussein J, Goodburn EA, Damisoni H, Lema V, Graham W. *"Monitoring Obstetric Services: Putting the 'UN Guidelines' into Practice in Malawi: 3 years on."* Journal international de gynécologie et d'obstétrique. 2001 ; 75 :63-73.

Maine D. *Safe Motherhood Program: Options and Issues.* Centre pour la Population et la Santé Familiale, École de Santé Publique, Columbia University, New York, NY, 1991.

OMS. *Beyond the Numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer.* OMS, Genève. 2002.

Pathak LR, Kwast BE, Malla DS, Pradhan AS, Rajlawat R, Campbell BB. *"Process Indicators for Safe Motherhood Programmes: Their Application and Implications as Derived from Hospital Data in Nepal."* Médecine tropicale et santé internationale. 2000 ; 5(12) :882-90.

UNICEF/OMS/FNUAP *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux*. UNICEF, New York, NY. 1997.

FNUAP, AMDD. *Distance learning courses on population issues, Course 6: reducing maternal deaths: selecting priorities, tracking progress*. FNUAP, New York, NY 2002.

Wardlaw T, Maine D. "Process indicators for maternal mortality programmes." In: *Safe Motherhood initiatives: critical issues*. Oxford: Blackwell Science. 1999.

OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement*. Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse, 2000, OMS/RHR/00.7