
La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle

Centre de santé des populations et de la famille
École de santé publique
Université Columbia

La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle

Deborah Maine, Murat Z. Akalin,
Victoria M. Ward, Angela Kamara

Juin 1997

Centre de santé des populations et de la famille
École de santé publique
Université Columbia

Remerciements

Les auteurs remercient Mina Mauerstein-Bail, du Programme des Nations Unies pour le développement, pour son appui à la production de ce manuel et pour sa vision de la relation entre la recherche opérationnelle et le développement des capacités. Nous désirons exprimer au Groupe spécial de coopération technique entre pays en développement (CTPD) et au PNUD-Afrique, combien nous avons apprécié leur soutien lors de l'impression et de la traduction en français de ce document. Nous tenons également à exprimer notre gratitude à la Carnegie Corporation de New York pour le généreux soutien qu'elle apporte au Réseau PMM. Nous remercions également nos collègues de l'Université Columbia, Jennifer Brown, Inés Escandón, James McCarthy et Allan Rosenfield, et tout spécialement Amanda Birnbaum et Therese McGinn, pour leur lecture attentive du manuscrit. Nous devons à Madame McGinn l'élégante mise en page du document et à Madame Birnbaum de lui avoir fait franchir les difficiles dernières étapes, si importantes. Finalement, nous désirons remercier les équipes ouest-africaines du Réseau Programme de Prévention de la Mortalité Maternelle (PMM) pour leur collaboration et pour l'aide qu'elles nous ont apportée lors de l'évaluation des approches décrites dans ce manuel.

Document traduit de l'anglais par ProAction : Partenaires pour la santé communautaire. Remerciements à Marie-Andrée Leblanc pour la traduction, Dr. Alix Adrien, Dr. Catherine Hankins et Dr. Marc Steben pour les corrections et révisions, Mme Karina Pourreaux pour les révisions et mise en page.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles du Programme des Nations Unies pour le développement.

Copyright © 1997 Centre de santé des populations et de la famille, Université Columbia, New York.

Cette publication peut être reproduite en tout ou en partie, à la condition que ce matériel soit distribué gratuitement, et que le nom des auteurs et de la maison de publication soient mentionnés.

Table des matières

	Page
Avant-propos	1
1. Introduction	5
2. Une stratégie pour la conception et l'évaluation de programmes	9
2.1 Quelles sont les activités qui réduiront le nombre de décès maternels?	9
2.2 Le Modèle des trois retards	13
2.3 Utiliser les indicateurs de processus et de rendement	16
3. Évaluation des besoins - Que faut-il savoir?.....	21
3.1 Des services pouvant sauver des vies sont-ils disponibles?	24
3.2 Combien de femmes utilisent les services pouvant leur sauver la vie?	26
3.3 Combien de procédures salvatrices accomplit-on?	29
3.4 Quelle est la qualité des procédures salvatrices?.....	30
3.5 Comment devrait-on améliorer les services?.....	32
3.6 Comment peut-on augmenter l'utilisation des services?	33
3.7 Quels seront les coûts impliqués pour améliorer/développer les services?	34
3.8 Sources et instruments de collecte des données.....	35
4. Conception de programmes.....	37
4.1 La conception des interventions.....	39
4.2 Le plan de mise en œuvre.....	53
5. La surveillance et l'évaluation	54
5.1 Comment obtenir les indicateurs	56
5.2 La planification des activités de surveillance et d'évaluation	63
5.3 L'utilisation des résultats pour la gestion du programme	64
6. Diffusion de l'information.....	69
Références	71
Annexe A	78
Annexe B	138

Avant-propos

Aux yeux du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la santé des femmes constitue depuis longtemps un domaine d'intérêt et d'activité prioritaire. Mais pour que les améliorations apportées soient durables, il est nécessaire de développer les capacités des systèmes de soutien.

Le PNUD est donc fier de présenter ce manuel intitulé : *La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle*. Ce livre se veut la contribution et le gage de son engagement permanent, et de sa volonté d'apprendre et de partager les leçons et les expériences acquises dans le développement des capacités des pays en développement, tant sur le plan individuel qu'institutionnel.

Ce document, de nature technique, a un objectif de développement. Il propose une façon particulière d'aborder l'élaboration et l'évaluation d'un projet et, en ce sens, il représente donc plus qu'un simple ensemble d'instructions et de formulaires. Bien sûr, au niveau purement technique, ce document qui porte sur ce que les praticiens appellent « la recherche opérationnelle » ou « la recherche sur les systèmes de santé » peut servir de guide et fournir des outils pour l'élaboration et l'évaluation de programmes de lutte contre la mortalité maternelle.

Mais son objectif principal en est avant tout un de développement : permettre aux habitants et aux institutions des pays en développement d'améliorer leurs capacités à identifier les défis les plus importants et à leur trouver des solutions. Tant par sa forme que par son objectif il vise le développement des capacités et l'appropriation par les personnes des outils et des buts qu'il propose. Il peut être combiné avec les ressources techniques de coopération, afin de soutenir plus efficacement les efforts de développement locaux.

Ce manuel traite de l'amélioration de la santé des femmes. Créatrices de vies nouvelles, gardiennes du quotidien, leur rôle comme membres de la population active et véritables bases de la famille est capital pour le développement économique et social de leurs pays. Il est évident que sauver la vie des femmes bénéficie à leur famille et à leur communauté, apporte toute une série d'avantages sociaux et économiques. Ces aspects doivent être appréciés à leur juste valeur. Cependant, ce sont en eux-mêmes les décès horribles et inutiles (puisque la technologie qui permet de les éviter est connue depuis des décennies) que constitue notre principale motivation. C'est pour elles-mêmes, en considérant avant tout leur bien être propre, que ce manuel a été écrit, afin que la technologie, qui peut les sauver, leur devienne accessible.

Ce manuel est le fruit d'une collaboration entre l'Université Columbia et des équipes multidisciplinaires de l'Afrique de l'Ouest. Les stratégies et les instruments qu'il présente ont été mis au point pour le Réseau de prévention de la mortalité maternelle (PMM) et mis à l'épreuve par ce dernier. Depuis ses débuts, il y a presque dix ans, le Réseau PMM a intégré à ses activités plusieurs des concepts qui sont à l'avant-garde de la pensée actuelle sur le développement. L'expérience du Réseau PMM est l'une des grandes réussites des efforts de développement des capacités dans ce domaine. Étant donné les doutes persistants quant à l'efficacité et à la pérennité des efforts de coopération technique, il est aussi crucial qu'instructif de procéder à une revue des facteurs ayant contribué au succès du Réseau PMM.

Le Réseau PMM était constitué de 11 équipes réalisant des projets de recherche opérationnelle sur la mortalité maternelle au Ghana, au Nigéria et en Sierra Leone. Une douzième d'équipes venant de l'Université Columbia de New-York et ayant un bureau régional à Accra, au Ghana, a fourni le soutien technique et coordonné les activités du Réseau. Le développement des capacités a toujours été un objectif central du Réseau PMM, et l'on n'a jamais laissé les exigences des activités de recherche ou de service compromettre cet engagement. Trois principes caractérisent l'approche liée au développement adoptée par le Réseau:

- 1. La collaboration pour le développement de capacités doit reposer sur des partenariats efficaces, qui tiennent compte de la contribution de toutes les parties concernées**

La collaboration dans le respect mutuel a été l'une des caractéristiques du Réseau PMM.

Dans le cadre de cette collaboration, on a reconnu dès le début les contributions de toutes les parties. Les équipes africaines ont apporté leur formation professionnelle et leur expérience — obstétriciens et sages-femmes, spécialistes des sciences humaines, spécialistes en médecine communautaire, femmes et hommes de la communauté travaillant de concert — ainsi que leur connaissance de leurs pays et de leurs cultures. L'équipe de l'Université Columbia a apporté sa connaissance de la documentation mondiale, de la recherche opérationnelle et du développement des programmes participatifs. Les membres des équipes africaines qui possédaient des connaissances ou de l'expérience dans certains domaines particuliers ont participé, en tant que consultants, aux visites de coopération technique chez les autres équipes. De plus, la Carnegie Corporation de New York, qui a apporté son soutien financier au programme, a aussi favorisé la collaboration en accordant des intervalles de temps et d'espace suffisants pour permettre le développement, la mise en œuvre et l'assimilation du programme. Plus important encore, elle a fourni un environnement favorable à la participation d'un grand nombre d'acteurs, contribuant ainsi au développement de nouvelles compétences et de nouvelles approches.

2. Les idées et les programmes doivent reposer sur la réalité de l'expérience vécue

L'expérience locale doit faire partie des sources d'apprentissage utilisées. Ce fait est au cœur même de l'approche des méthodes de développement appliquées par le Réseau PMM. Pour que les idées et les programmes prennent racine dans les communautés et les institutions, il est impératif de tenir compte des besoins et des réalités de l'expérience vécue. En effet, l'histoire l'a démontré: pour que les institutions ou les individus changent leurs comportements ou leurs façons d'agir, il ne suffit pas de les exhorter à le faire.

Les projets de l'Afrique de l'Ouest ont été réalisés dans une atmosphère d'apprentissage mutuel. Avant de concevoir un projet, les équipes en ont discuté longtemps avec les différents groupes concernés : les femmes et les hommes de la communauté, les fournisseurs de soins de santé — autant modernes que traditionnels — les leaders traditionnels et les représentants du gouvernement. Les connaissances acquises pendant ces discussions ont contribué à donner leur forme aux projets. En écoutant les personnes concernées raconter leur expérience, les équipes PMM ont réalisé que la solution au problème de la mortalité maternelle devait être de nature multisectorielle. Même si l'amélioration des soins médicaux dispensés aux femmes souffrant de complications graves restait au centre de leurs préoccupations, les équipes ont tenu compte du grand nombre de facteurs qui affectait la capacité des gens à utiliser les services. L'approche décrite dans ce manuel pour le développement de programmes reflète donc cette prise-en-compte.

3. Les agents de soutien extérieurs doivent jouer le rôle de facilitateur, et non celui de directeur

Le rôle du facilitateur consiste à créer un sentiment d'appropriation par la communauté, pour que les personnes impliquées — dans un ministère ou dans un village — puissent contribuer au processus de changement et en assurer la pérennité. Jouer ce rôle de facilitateur exige beaucoup de temps, mais il stimule un processus qui est au cœur du développement des capacités.

Dans le cadre de son travail de soutien technique et de coordination du Réseau, l'équipe de l'Université Columbia a mis en pratique ce qui n'est trop souvent que rhétorique du discours sur le développement des capacités. Elle a tenu compte du fait que les partenariats efficaces ne sont pas toujours faciles, et considéré cette difficulté comme faisant partie intégrante du processus de développement des capacités. Elle a accordé priorité aux activités susceptibles d'établir des consensus et de définir des buts communs, tels les ateliers auxquels tous les membres du Réseau étaient invités. La coopération sur une base permanente, la résolution de problèmes et le partage des leçons apprises ont constitué la préoccupation centrale de ces ateliers de travail et du processus utilisé par le Réseau.

La coopération technique avec l'Université Columbia a pris fin en 1997, et le Réseau PMM est maintenant une entité entièrement africaine. Cela pourrait constituer, en soi, la conclusion heureuse d'un projet réussi, mais le processus de développement des capacités ne s'arrête pas là. Les membres africains du Réseau se sont engagés à partager leur expertise et leur expérience avec leurs collègues d'Afrique, et à participer à la formation de nouvelles équipes multidisciplinaires, non seulement au Ghana, au Nigéria et en Sierra Leone, mais aussi dans les pays de l'est de l'Afrique et dans les pays francophones de l'ouest de l'Afrique. La coopération technique avec ces nouveaux collègues portera sur la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle dans leurs régions respectives.

Ce manuel représente l'essentiel des méthodes de conception et d'évaluation utilisées par le Réseau PMM pendant plus de 8 années de travail. Nous espérons qu'il sera utile aux membres du Réseau de deuxième génération dans l'accomplissement de leur important travail et dans le partage de connaissances avec leurs collègues des autres régions de l'Afrique.

*Mina Mauerstein-Bail
Coordonnatrice en chef des programmes
Bureau des politiques et de l'appui aux programmes
Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)*

1. Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNICEF estiment que 585 000 femmes meurent chaque année de causes liées à la grossesse et à l'accouchement.¹ La disparité entre les pays développés et ceux en développement est plus grande pour la mortalité maternelle que pour tout autre indicateur de santé couramment utilisé. Alors que les niveaux de mortalité infantile sont, en moyenne, 10 fois plus élevés dans les pays en développement, la mortalité maternelle y est plus de 100 fois plus élevée que dans les pays industrialisés.^{2,3}

La plupart des décès maternels sont dus à cinq complications obstétricales : hémorragies, septicémies, avortements provoqués dans des conditions à risque, problèmes d'hypertension dus à la grossesse et finalement, travail dystocique. Bien que la très grande majorité des décès maternels survienne dans les pays en développement, cela ne signifie pas que les femmes de ces pays soient les seules à souffrir de complications médicales pendant et après la grossesse.⁴ Les femmes de tous les pays et de toutes les populations peuvent présenter des complications, mais celles des pays en développement sont moins susceptibles de recevoir rapidement des soins adéquats; elles risquent donc plus souvent d'en mourir.

Pour une femme considérée individuellement, le risque de décès maternel dépend à la fois du risque lié à la grossesse et du nombre de grossesses. Chaque fois qu'une femme est enceinte, elle risque de mourir suite à cette grossesse, et ce risque va croissant tout au long de sa vie. Dans les pays en développement, où les taux de mortalité et de fertilité ont tous deux tendance à être élevés, et où le risque de décès maternel tout au long de la vie peut être incroyablement élevé, on estime à 1 sur 7 le nombre de femmes qui mourront de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, alors que ce rapport est de 1 sur plusieurs milliers en Europe et en Amérique du Nord.⁵

En plus de causer des décès, la grossesse et l'accouchement sont responsables, chez un grand nombre de femmes, de problèmes qui, s'ils ne sont pas mortels, sont tout de même très graves. La plupart des femmes ayant des complications obstétricales se rétablissent, mais certaines d'entre elles souffrent d'incapacités à long terme, dont la fistule vésico-vaginale (FVV) et la stérilité. La FVV est une anomalie provoquée par un travail dystocique et prolongé qui peut forcer la création d'un pont entre le vagin et le système urinaire; il en résulte une incontinence chronique.⁶ Non seulement cet état est-il douloureux, mais, s'il n'est pas traité (et c'est habituellement le cas dans les pays en développement), il peut mener à la stigmatisation sociale et à l'isolement.⁷ La stérilité, elle, résulte habituellement d'infections pelviennes non traitées ou récurrentes. Outre la frustration et la déception qu'elle provoque, la stérilité peut avoir des conséquences sociales et économiques profondes pour les femmes appartenant à des sociétés où leur valeur est en grande partie déterminée par les enfants qu'elles portent. On dispose de peu d'information fiable sur la prévalence de la morbidité maternelle, mais le nombre de femmes affectées est certainement plusieurs fois supérieur au nombre de femmes qui

décèdent.⁸ Heureusement, les interventions diminuant le nombre de décès maternels réduiront aussi le taux de morbidité maternelle.

Les complications liées à la grossesse sont la première cause mondiale de décès et d'infirmité chez les femmes en âge de procréer.⁹ Elles sont responsables de la perte de deux fois plus d'années de vies corrigées de l'incapacité (AVCI) que les complications dues aux MTS, au VIH ou à la tuberculose. Il n'existe pas chez les hommes de cause isolée dont la morbidité et la mortalité s'approchent de celles qui sont liées à la maternité. Ce qui rend la persistance des taux élevés de mortalité et d'infirmité maternelles d'autant plus tragique, c'est que des interventions de rapport coût/rendement bas (définis par la Banque mondiale comme coûtant moins que 100 \$US par AVCI sauvée) sont connues depuis des décennies, mais qu'elles ne sont pas encore disponibles ou accessibles à grande échelle dans les pays en développement.

L'Initiative pour la maternité sans risques (IMSR) a été lancée officiellement lors d'une conférence internationale tenue à Nairobi au Kenya en 1987. Depuis lors, on a sensibilisé les décideurs, les professionnels de la santé et la population en général à l'existence de ce problème.¹⁰ Un certain nombre d'études de moindre envergure ont permis d'en évaluer plus clairement la nature et l'étendue. Elles ont aussi indiqué la voie menant à diverses solutions.^{11,12,13,14,15}

La tâche qu'il reste maintenant à accomplir est de développer des programmes complets qui utilisent ces connaissances. Pour ce faire, les gouvernements des pays en développement peuvent, s'ils le désirent, s'adresser à plusieurs organismes pour recevoir une aide financière et technique. Mais à long terme, il est de la responsabilité de chaque pays de réduire sa mortalité maternelle. Ainsi, l'une des façons les plus importantes pour les Nations Unies et les autres organismes d'aider ces gouvernements consiste à identifier avec ces pays des programmes efficaces qui peuvent être rentables, et à les aider à développer les capacités locales permettant de les mettre en œuvre et d'en assurer le soutien.

Nous espérons que ce manuel sera utile à cette démarche. Il a pour objectif d'aider le personnel sur place à recueillir et interpréter l'information nécessaire pour concevoir et évaluer les programmes. Le type d'information recherchée est en grande partie différent de celui que l'on a recueilli par le passé. En effet, jusqu'à présent, une grande partie de la recherche tentait de répondre à des questions comme : «Combien de femmes meurent?» et «Quelles sont les causes de décès?». Nous devons maintenant nous concentrer plutôt sur des questions du type : «Qu'est-ce qui empêche les femmes de recevoir les traitements qui pourraient leur sauver la vie?» et «Comment notre programme progresse-t-il?». Ce genre d'approche porte plusieurs noms, dont «recherche sur les systèmes de santé» et «recherche opérationnelle». Ce qui caractérise ce genre de recherche, c'est qu'elle fournit des résultats qui peuvent être incorporés directement aux activités d'un programme.

La recherche opérationnelle sur la mortalité maternelle est un domaine de recherche relativement nouveau.¹⁶ La somme d'expérience la plus importante accumulée à ce jour

a été recueillie par le Réseau de Prévention de la mortalité maternelle (PMM) œuvrant en Afrique de l'Ouest. Le Réseau PMM a débuté en 1988 grâce à des fonds octroyés par la Carnegie Corporation de New York.¹⁷ Pendant la première phase, le Réseau était constitué d'une douzaine d'équipes multidisciplinaires : sept au Nigéria, deux au Ghana, deux en Sierra Leone, et une équipe de soutien technique à l'Université Columbia de New York. En 1997, le Réseau est devenu un organisme totalement africain — le Réseau pour la prévention régionale de la mortalité maternelle (PRMM) — dont le bureau de coordination est situé à Accra, au Ghana.

Au cours des années, les équipes PMM ont travaillé à la conception et à l'évaluation de programmes visant à aider les femmes souffrant de complications liées à la grossesse à obtenir des soins qui pourraient leur sauver la vie. Ces programmes ont été conçus pour s'adapter aux conditions géographiques, économiques, politiques et culturelles particulières de la région où travaillait chaque équipe. Les programmes étaient également conçus pour être durables et reproductibles. Les résultats des projets du Réseau ont fait l'objet de communications lors d'une conférence internationale qui a eu lieu à Accra en 1996. Un livre de résumés est disponible¹⁸, et les comptes-rendus complets de la conférence ont été publiés comme supplément au *International Journal of Gynecology and Obstetrics* en 1997 (Vol. 59, Suppl. 2, 1997:S1-S272). Une part importante du présent ouvrage est basée sur l'expérience du Réseau PMM.

Ce manuel s'adresse non seulement aux spécialistes de la mortalité maternelle, mais également aux planificateurs et aux gestionnaires dont une partie des activités est liée aux efforts de réduction de la mortalité maternelle. Bien qu'il se concentre sur les programmes aux niveaux des localités ou des districts, il contient également des informations et des outils pour les personnes travaillant au niveau des états ou au niveau national. Ces sections sont des adaptations du texte *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, publiés par l'UNICEF, l'OMS et UNFPA.¹⁹

Le Chapitre 2 commence par un survol des connaissances sur la mortalité maternelle et sur les types d'activités diminuant le nombre de décès maternels. Nous y discutons ensuite des limites des mesures d'impact traditionnelles lorsqu'elles sont utilisées pour évaluer les programmes de prévention de la mortalité maternelle, et nous expliquons la logique menant aux indicateurs de processus.

Le Chapitre 3 sur «L'évaluation des besoins» décrit les divers types de questions auxquelles il faut répondre pour concevoir un programme; des méthodes pour recueillir l'information nécessaire sont aussi présentées.

Le Chapitre 4 traite de l'utilisation des résultats de l'évaluation des besoins dans le choix des interventions. L'accent est mis sur l'importance de bien comprendre les chaînes causales menant de l'intervention proposée au résultat désiré.

Dans le Chapitre 5, nous montrons comment les indicateurs de processus peuvent être obtenus directement à partir de ces chaînes causales. Cette méthode permet d'obtenir

ces indicateurs quelle que soit l'intervention envisagée, et nous traitons de quelques considérations pratiques portant sur la surveillance et l'évaluation.

Le Chapitre 6 traite de la diffusion de l'information recueillie. Les annexes contiennent des exemples d'instruments de collecte de données et de matériel mis au point par le Réseau PMM et l'Université Columbia, et qui peuvent être adaptés aux besoins de chacun. Le matériel fourni dans l'Annexe A se rapporte aux programmes de prévention de la mortalité maternelle à tous les niveaux. L'Annexe B contient des instructions et des formulaires conçus spécialement pour servir de guides aux programmes au niveau régional ou national.

2. Une stratégie pour la conception et l'évaluation de programmes

La stratégie proposée dans ce manuel repose sur deux concepts de base. Premièrement, pour que le nombre de décès maternels diminue, les femmes présentant des complications obstétricales doivent avoir accès à des traitements médicaux d'urgence.

Deuxièmement, la meilleure façon d'évaluer les progrès dans la réduction des décès maternels est d'utiliser les indicateurs de processus et de rendement. Ces deux concepts sont décrits en détail plus loin dans le texte.

2.1 Quelles sont les activités qui réduiront le nombre des décès maternels?

Dans les sociétés où le taux de mortalité maternelle est élevé, on rencontre habituellement un grand nombre de problèmes : pauvreté, analphabétisme, statut social inférieur de la femme, manque d'hygiène, alimentation insuffisante, problèmes de transport et services médicaux inadéquats. Si l'on réglait tous ces problèmes, une baisse considérable de la mortalité maternelle surviendrait. Mais, dans nombre de cas, cela ne pourra se faire dans un avenir rapproché. Cependant, il est possible de réduire le nombre des décès maternels avant que tous ces problèmes ne soient réglés. Les planificateurs de programme ont donc besoin de savoir quelles sont les trois ou quatre activités réalisables qui diminueront de façon significative le nombre de décès maternels de leur population dans un avenir rapproché.

Si l'on ne peut choisir qu'un petit nombre d'activités, il faut s'assurer de leur efficacité. Autrement dit, il faut examiner de près les chaînes causales qui relient les décès maternels et les activités du programme²⁰. Plusieurs conditions doivent être remplies pour qu'un décès maternel survienne. Il faut qu'une femme soit enceinte, puis que survienne un problème médical. Enfin, il faut que la complication survenue ait été traitée de façon inadéquate (trop tard ou pas du tout, par exemple) ou qu'il ait été impossible de la traiter. Un certain nombre d'études démontrent qu'au moins 9 complications obstétricales importantes sur 10 auraient pu être traitées avec succès grâce à des techniques médicales disponibles depuis des décennies²¹.

Pour qu'elle réduise la mortalité maternelle, l'intervention proposée doit avoir pour résultat de :

- réduire la probabilité de grossesse chez la femme;
- réduire la probabilité qu'une femme enceinte souffre de complications graves pendant la grossesse ou l'accouchement; ou
- réduire la probabilité de décès chez la femme souffrant de complications.

Pour des raisons énumérées plus loin, ce manuel traite surtout des interventions conçues pour réduire le nombre de décès parmi les femmes souffrant de complications.

La réduction de la fertilité est, sans aucun doute, une façon efficace de diminuer le nombre de décès maternels.²² On peut facilement illustrer ce fait en utilisant le taux de risque de décès maternel sur une vie entière; ce risque dépend à la fois de la probabilité de survie lors d'une grossesse et du nombre moyen de grossesses qu'une femme peut avoir. Il peut être diminué soit en réduisant le nombre de grossesses, soit en améliorant le taux de survie des femmes enceintes. Les programmes de planification familiale contribuent à prévenir les décès maternels surtout en réduisant le nombre de grossesses. Il existe déjà une documentation étendue sur l'évaluation des programmes de planification familiale²³; c'est pourquoi ce sujet n'est pas traité dans ce manuel.

La réduction de l'incidence des complications chez la femme enceinte est depuis longtemps au cœur des programmes de santé maternelle. Cependant, au cours des dix dernières années, on a réévalué la capacité de certaines activités à prévenir les complications.^{24,25,26,27} Ces analyses ont démontré que l'on ne pouvait ni prédire, ni prévenir, la plupart des complications obstétricales.

Pour bien des gens, cet énoncé paraîtra incroyable. Après tout, il est bien connu que, pour certains groupes de femmes, le risque de décès est beaucoup plus élevé. Ainsi, de nombreuses études ont démontré que l'âge joue un rôle dans la probabilité de décès maternel.²⁸ Le taux de mortalité le plus bas se retrouve habituellement chez les femmes accouchant dans la vingtaine. Les données provenant d'une étude classique faite à Matlab, au Bangladesh, illustrent bien cette situation.²⁹ Ces données ont été recueillies avant que le programme de planification familiale — qui a bien réussi — n'y réduise la fertilité.

Comme le montre la figure 1, le risque plus élevé de mortalité maternelle associé au fait d'être âgée de moins de vingt ans ou de plus de trente ans se reflète dans le rapport de mortalité maternelle (colonne 2) et dans le risque relatif de décès maternel (colonne 3).

Cependant, si l'on considère uniquement le nombre absolu de décès, on obtient une toute autre image de la situation. Le groupe d'âge (tranche de 10 ans) accumulant le nombre le plus élevé de décès maternels - soit celui des femmes de 20 à 29 ans - est en fait celui qui a le plus faible taux de risque relatif. Ce paradoxe apparent s'explique par le nombre de naissances, beaucoup plus élevé dans ce groupe d'âge que dans tout autre. Ainsi, même si leur risque était relativement faible, les femmes dans la vingtaine enregistrent un nombre total de décès plus élevé que celui de n'importe quel autre groupe.

Figure 1. Mortalité et fertilité maternelles selon l'âge au Matlab, Bangladesh, 1968-70

Âge	Ratio de mortalité maternelle* (RMM)	Risque relatif de décès maternel	Nombre de naissances viables**	Nombre de décès maternels
10-14	17.7	3.9	509	9
15-19	7.4	1.6	3,907	29
20-29	4.5	1.0	11,286	51
30-39	5.8	1.3	4,667	27
40-49	6.7	1.5	447	3

* Décès maternels par 1000 naissances viables.

** Calculé d'après le nombre de décès maternels et le RMM donnés par les auteurs.

Le risque relatif est utilisé de façon très appropriée comme guide pour la pratique clinique. Les médecins et les infirmières peuvent l'utiliser pour adapter leurs conseils et leurs traitements à chaque patient. Cependant, les planificateurs en santé publique s'intéressent moins aux individus qu'à la prévention du plus grand nombre possible de décès dans la population. Pour planifier les programmes de santé publique, le nombre de décès est donc un indicateur plus approprié que le risque relatif. En effet, on sait que les tests de dépistage effectués auprès des femmes enceintes, afin de déterminer quelles sont celles qui encourent le plus de risques, ne permettent pas de les identifier lorsqu'elles font partie du groupe des 20-29 ans, alors que c'est précisément dans ce groupe qu'il y a le plus de décès.

On pourrait penser que, s'il est impossible de prédire les complications obstétricales, on peut peut-être les prévenir en traitant rapidement les maladies survenant pendant la grossesse. Mais, cela non plus ne semble pas très efficace :

Dans le cadre d'un projet de recherche du Conseil de recherches médicales de Grande-Bretagne, on a dispensé aux femmes enceintes d'une région rurale de la Gambie des soins prénataux exemplaires. Durant la grossesse, on a procédé deux fois à des tests de dépistage des risques ainsi qu'à des analyses d'urine pour détecter la toxémie. Chaque femme a été visitée une fois par mois, et toutes les maladies détectées ont été soignées. Mais il n'y avait pas d'établissement médical dans les environs pour traiter les complications obstétricales graves. Malgré les soins prénataux personnalisés fournis par le Conseil des recherches médicales, la mortalité maternelle a atteint des niveaux astronomiques, soit l'équivalent de plus de 2 000 décès maternels par 100 000 naissances vivantes. En examinant les données à la fin du projet, les chercheurs en

ont conclu que les facteurs de risques n'étaient pas utiles pour identifier les femmes présentant le plus grand risque de décès.³⁰

Ce genre d'étude démontre que l'on ne peut ni prédire ni prévenir les complications obstétricales. Il existe une exception importante à cet énoncé : on peut prévenir les complications liées à l'avortement provoqué effectué dans des conditions insalubres. En donnant accès à des services d'avortement sûrs on pourrait prévenir une très grande partie des décès maternels, qui représentent presque un cinquième des décès maternels dans les pays en développement (excluant la Chine).³¹ La planification familiale peut contribuer à prévenir les grossesses non désirées. Cependant, à l'échelle internationale, l'expérience montre qu'elle n'élimine pas le besoin de services d'avortement sûrs. En effet, même si les femmes utilisent des méthodes de contraception très efficaces, un fort pourcentage d'entre elles ont des grossesses non désirées.³² On est, par ailleurs, de plus en plus conscient qu'un grand nombre de grossesses (particulièrement chez les jeunes femmes) sont le résultat de relations sexuelles non voulues.³³

Même si l'on ne peut ni prédire, ni prévenir les complications obstétricales, on peut les traiter. Puisque toutes les femmes risquent de présenter des complications obstétricales, elles doivent toutes avoir accès à des soins obstétricaux d'urgence (SOU). Le traitement adéquat de ces complications permet de prévenir la vaste majorité des décès maternels. L'accès rapide aux soins obstétricaux d'urgence devrait donc être à la base de tout effort de réduction des décès chez les femmes enceintes.

Pour toutes ces raisons, ce manuel se concentre sur les interventions conçues pour réduire les décès maternels en améliorant l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Le chapitre suivant décrit les services qui constituent spécifiquement des soins obstétricaux d'urgence.

Cette approche repose sur un certain nombre de prémisses : 1) une partie des femmes enceintes développeront des complications obstétricales; 2) on ne peut ni prédire, ni prévenir la majorité de ces complications; 3) les femmes qui présentent des complications devraient donc recevoir rapidement les soins obstétricaux d'urgence qui leur sauveront la vie et préviendront la morbidité à long terme.

Ces prémisses ont des répercussions importantes sur la planification des programmes. Elles impliquent qu'il faut fournir des services aux femmes présentant des complications, plutôt qu'à toutes les femmes enceintes. Elles influencent également le mode d'évaluation, puisqu'on pourra recueillir des données dans les établissements de santé sans qu'il soit nécessaire d'effectuer des études de population.

Finalement, parlons des coûts. Généralement, la prestation des soins obstétricaux d'urgence n'entraîne pas la construction d'installations coûteuses. Dans un grand nombre de pays en développement, les établissements qui devraient fournir ces soins existent déjà; mais, parfois, l'équipement n'a pas été réparé, il n'y a pas de médicaments, ou les médecins n'ont pas la formation adéquate. Il suffit quelquefois de

changements mineurs, et d'une gestion et une supervision meilleures pour que les soins obstétricaux d'urgence fonctionnent. Les centres de soins et les petits hôpitaux peuvent également fournir des services pouvant sauver des vies. Dans nombre de pays, on peut améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence en rénovant les installations existantes et en donnant une formation au personnel en place. Par nature, les programmes d'amélioration des soins obstétricaux d'urgence ne fonctionnent pas de façon verticale, mais sont mis en œuvre à partir du service de santé existant. Les activités destinées à améliorer les soins obstétricaux d'urgence bénéficient ainsi à d'autres secteurs. Par exemple, l'approvisionnement en sang à l'hôpital servira autant aux accidentés de la route ou du travail, qu'aux femmes qui font une hémorragie post-partum.

2.2 Le Modèle des trois retards

Si les soins obstétricaux d'urgence sont nécessaires pour réduire la mortalité maternelle, ils peuvent être insuffisants. En effet, même si ces services fonctionnent bien, les femmes qui présentent des complications obstétricales doivent affronter de nombreux obstacles pour les utiliser. Certains sont d'ordre économique (le manque d'argent pour payer le transport ou les services); d'autres d'ordre culturel (le peu de valeur accordée à la vie des femmes); d'autres, enfin, sont géographiques (les longues distances et les mauvaises routes). Tout ce qui cause un retard dans le traitement peut entraîner la mort de ces femmes.

Un grand nombre de facteurs peuvent causer des retards. On peut cependant les regrouper en utilisant un modèle simple appelé Modèle des trois retards (figure 2). Ce modèle identifie les trois types de retards pouvant contribuer à la probabilité de décès maternel :

- (1) le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux services obstétricaux d'urgence (SOU);
- (2) le temps nécessaire pour se rendre à un centre de SOU; et
- (3) le temps écoulé entre l'arrivée au centre de SOU et la dispensation des soins.³⁴

Ce modèle sert de base à l'élaboration des indicateurs décrits plus loin dans ce manuel.

2.2.1 Retard 1 : Décider d'avoir recours aux SOU

La décision d'avoir recours aux SOU constitue la première étape à franchir, et un grand nombre de facteurs peuvent l'influencer.

Savoir quand et où demander de l'aide

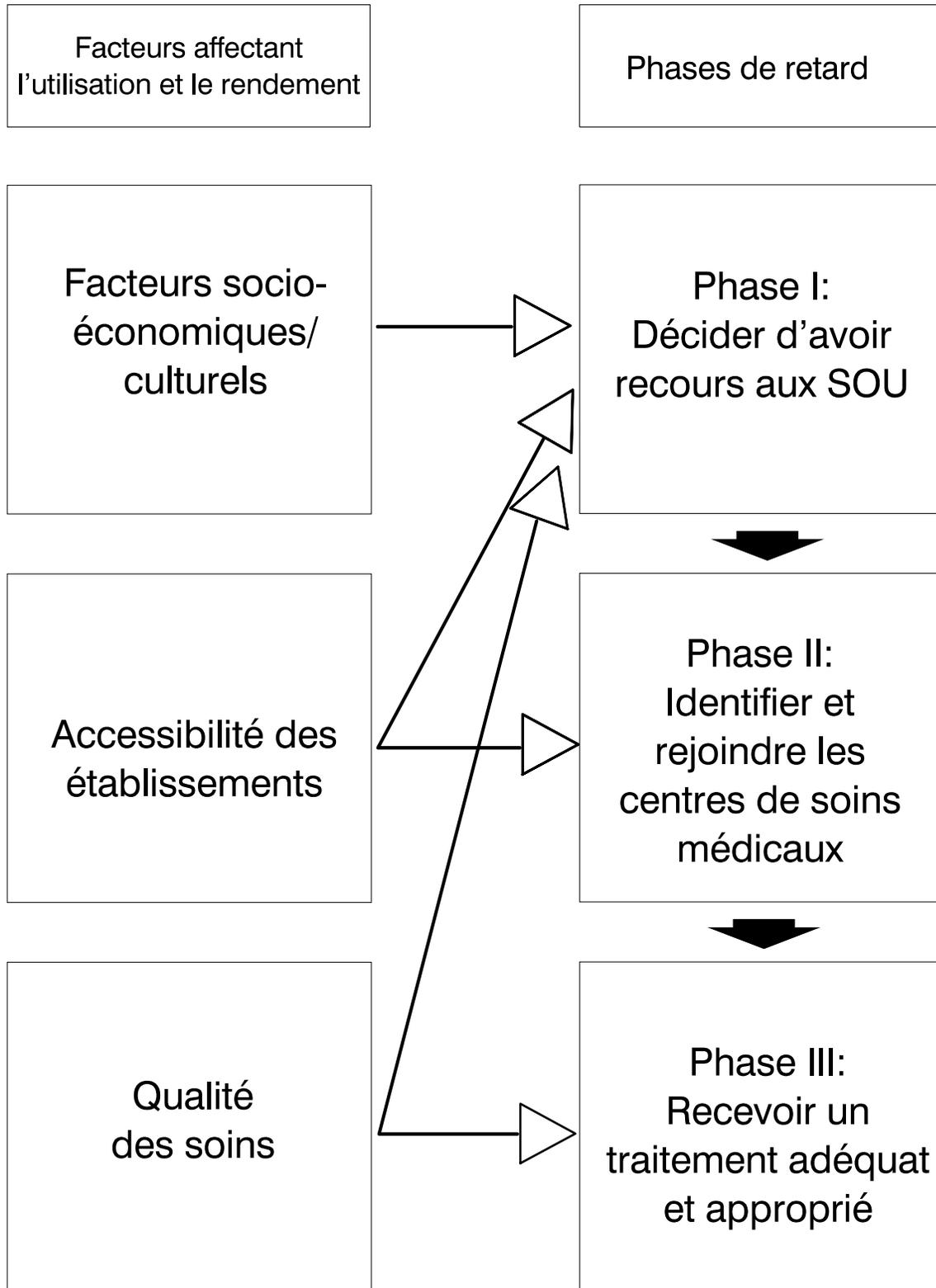
Avant tout, la femme, sa famille, ou ceux qui l'assistent doivent être en mesure de reconnaître une complication éventuellement mortelle. Ils doivent également savoir où

demander de l'aide. Le personnel médical a souvent l'impression que le manque d'information de la communauté est un obstacle majeur au traitement. Cela peut être vrai ou faux, selon la situation. Parfois, les gens savent quand demander de l'aide, mais choisissent de ne pas se rendre à l'hôpital parce qu'ils savent qu'il n'y a pas de médecin qualifié en obstétrique. Dans le chapitre suivant, nous présentons des méthodes simples et efficaces pour évaluer l'importance de divers facteurs en cause.

Le rôle important des facteurs culturels dans la décision d'avoir recours aux SOU

Dans les régions qui, par exemple, valorisent le stoïcisme, où la femme qui souffre en silence est respectée, les membres de la famille peuvent avoir de la difficulté à identifier un travail prolongé. Le statut et l'autonomie des femmes peuvent aussi influencer la décision de demander des soins. Ainsi, dans certaines communautés, personne ne transportera une femme à l'hôpital sans la permission de son mari. On a d'ailleurs rapporté des cas, au nord du Nigéria, où la femme est morte parce qu'elle a développé des complications pendant l'absence de son mari.

Figure 2: Le Modèle des trois retards



La distance à laquelle se trouve l'établissement de santé, la disponibilité et l'efficacité du transport, son coût, ainsi que celui des soins de santé constituent des facteurs qui influent sur la décision de recourir aux SOU. La réputation de l'établissement peut aussi jouer un rôle majeur. Les gens peuvent tarder à demander une aide médicale, ou ne pas y recourir du tout, s'ils pensent que les services offerts sont de qualité médiocre.

2.2.2 Retard 2 : L'accessibilité du centre de SOU

Une fois qu'elle a décidé de recourir aux SOU, la femme doit se rendre à l'établissement qui dispense les soins dont elle a besoin. L'accessibilité du centre de SOU va influencer sur le retard qui peut survenir à cette étape. Cette accessibilité est définie par plusieurs facteurs : le coût et la disponibilité du transport, le coût et la réputation des soins que dispensent le centre, la distance à parcourir. Cette distance est fonction des services offerts aux divers paliers du système de santé. Par exemple, elle augmente si le personnel des centres les plus proches ne peut même pas offrir les SOU de base.

2.2.3 Retard 3 : Prestation des soins

La possibilité de fournir des soins obstétricaux d'urgence dépend de plusieurs facteurs de base : le nombre de membres du personnel, leur formation, la disponibilité des médicaments, du matériel, et l'état général des installations. Cependant la gestion est un élément crucial. Tout en ayant le personnel et le matériel nécessaire, un établissement peut dispenser des soins très médiocres. Lorsqu'on évalue la performance des établissements, il faut absolument tenir compte de ce fait et ne pas se fier à une liste de vérification du matériel et des équipements pour déterminer si des soins ont réellement été dispensés, et le délai dans lequel ils l'ont été.

2.3 Utiliser les indicateurs de processus et de rendement

Pour bien des gens, la meilleure façon de mesurer le succès des programmes de santé est d'en mesurer l'impact sur le résultat désiré. Dans le domaine de la mortalité maternelle, les indicateurs «d'impact» comprennent les taux et les ratios de mortalité maternelle, et le risque de décès maternel sur toute une vie.

Bien que cette approche semble simple, elle ne l'est pas dans les faits. Pour diverses raisons techniques, il est extrêmement difficile d'utiliser les mesures d'impact pour surveiller les progrès dans la réduction des décès maternels³⁵, et c'est presque impossible au niveau des projets individuels ou de district (voir Figure 3).

Figure 3. Pourquoi ne pas utiliser les indicateurs «d'impact»?

Dans les pays en développement, la mortalité maternelle est la cause de décès la plus importante chez les femmes en âge de procréer.³⁸ Toutefois, ces décès (comme tous les décès des jeunes adultes) sont des événements rares, surtout si on les compare aux décès chez les nouveau-nés. Ceci a des implications importantes au niveau des programmes d'évaluation. Parce que le nombre annuel de décès maternels dans une population étudiée est plutôt réduit, il sera difficile de dire si les variations observées sont dues aux interventions du programme ou au hasard. Pour utiliser le nombre de décès comme indicateur de succès, il faut faire une étude de population très étendue, ce qui augmente à la fois la difficulté et les coûts impliqués. Bien sûr, la façon la plus simple d'étudier une vaste population est d'utiliser les données de l'état civil recueillies de façon courante. Mais, malheureusement, dans la plupart des pays où la mortalité maternelle est élevée, les systèmes de données de l'état civil ne sont ni complets, ni fiables.³⁹

Pour surmonter ces difficultés, de nouvelles méthodes d'études ont été élaborées et testées.⁴⁰ Celle qui réussit le mieux est la méthode «des sœurs».⁴¹ Alors que la méthode d'étude conventionnelle consiste à demander aux résidents adultes d'un ménage s'il y a eu un décès maternel dans le ménage depuis les 2 ou 3 dernières années,⁴² avec la méthode «des sœurs», on s'informe auprès de chaque adulte du ménage s'il a des sœurs, et si l'une de ses sœurs est décédée de causes liées à la maternité. Les adultes du ménage (le mari et la femme) ayant souvent chacun un certain nombre de sœurs, cela augmente le nombre de femmes sur lesquelles on obtient des informations en visitant une seule maison. La méthode «des sœurs» est donc très efficace.

Toutefois, son utilité est très limitée quand il s'agit d'évaluer les programmes. Sa limite la plus importante est de fournir une estimation de la mortalité maternelle datant d'environ 10 ans.⁴³ Par exemple, si vous utilisiez cette méthode pour recueillir des données de base pour une évaluation de programme en 1997, vous obtiendriez une estimation de la mortalité maternelle vers 1987. Vous devriez donc attendre 10 ans de plus pour voir si le programme a eu quelque effet.

Toutes les études de mortalité maternelle (incluant les études «des sœurs») sont limitées aussi quand il s'agit de distinguer les changements réels et apparents en matière de mortalité maternelle. Si la première étude «des sœurs» menée en Gambie en 1989 était répétée en 1999, et qu'elle montrait alors une diminution de 25 % de la mortalité maternelle, la nature des statistiques fait que vous ne pourriez pas déterminer (avec une certitude de 95 %) si le changement est réel ou s'il est dû au hasard.⁴⁴

Enfin, il reste toujours le danger de ne pas compter tous les décès maternels. Par exemple, la comparaison des résultats de l'étude «des sœurs» avec les données de surveillance de population au Matlab (Bangladesh), montre qu'environ un cinquième des décès maternels n'avaient pas été comptés.⁴⁵ Il s'agissait surtout de décès de femmes non mariées ou dus à des complications d'avortement.^{46,47}

Une approche alternative : Les indicateurs de processus et les indicateurs de rendement conçus pour mesurer les changements dans les étapes menant au résultat désiré

En général, le terme «processus» fait référence aux activités des programmes et le terme «résultats», au rendement de ces activités. En réalité, ces «résultats» ne représentent que les résultats intermédiaires des programmes, que l'on observe entre le début des activités du programme et le moment où l'on obtient le résultat désiré. L'objectif visé est donc de déduire les probabilités de succès du programme en mesurant les changements dans les indicateurs de processus et de rendement.

Supposons que nous mettons en œuvre un programme sur la mortalité maternelle dans une région rurale ayant peu d'établissements de santé. Les indicateurs de processus pourraient montrer que :

- (a) les services hospitaliers ont été améliorés (on a acheté médicaments, fournitures et équipement; formé du personnel; mis sur pied une banque de sang, etc.);

alors les indicateurs de rendement devraient montrer :

- (b) qu'il y a eu augmentation du nombre de femmes présentant des complications et qui ont été traitées à l'hôpital;
- (c) que le temps écoulé entre l'arrivée à l'hôpital et le traitement a diminué; et
- (d) qu'il y a eu augmentation de la proportion de femmes présentant des complications au moment de leur arrivée à l'hôpital et qui ont survécu.^a

Si l'on examine ces changements dans les indicateurs de processus et de rendement, on est en droit de conclure qu'un nombre croissant de femmes présentant des complications obstétricales reçoivent un traitement médical adéquat et que, par conséquent, moins de décès maternels surviennent dans la population. Dans un cadre urbain, présentant un grand choix de traitements, les analyses seraient plus compliquées, puisqu'il faudrait prendre en considération de multiples établissements de santé.

La stratégie d'évaluation proposée dans ce manuel consiste à évaluer le progrès dans les efforts de réduction des décès maternels en utilisant les indicateurs de processus et de rendement.

Nous sommes conscients que les décideurs et les organismes subventionnaires s'attendent à des évaluations de programmes qui utilisent les ratios de mortalité

^a L'inverse - c'est-à-dire 1-% de survie, ou la proportion de femmes admises avec complications qui décèdent - est le «taux de mortalité chez les cas» (TMC). C'est un indicateur très utile, dont l'utilisation est décrite plus loin dans ce manuel.

maternelle. Cependant, pour la plupart des programmes, il n'est ni possible ni utile de recueillir les données nécessaires pour les calculer. C'est pourquoi l'utilisation des indicateurs de processus et de rendement pour surveiller la mortalité maternelle est de plus en plus acceptée.^{36,37}

L'utilisation d'indicateurs de processus et de rendement (plutôt que celle des indicateurs d'impact) pour la surveillance des programmes n'est pas aussi exceptionnelle qu'on pourrait le croire de prime abord. Dans le domaine de la planification familiale, les indicateurs de processus et de rendement (le nombre de contraceptifs distribués, le nombre d'utilisateurs, etc.) ont longtemps été considérés comme d'excellents indicateurs de la performance d'un programme. Il en va de même pour les interventions liées à la survie des enfants, qui se servent de mesures comme l'utilisation de solutions de réhydratation orale et le niveau de protection vaccinale. Et, même s'il est plus facile de mesurer la fertilité et la mortalité infantile que la mortalité maternelle, l'utilisation d'indicateurs de processus à des fins d'évaluation est courante dans ce genre de programmes.

Les indicateurs de processus et de rendement ne sont donc pas des substituts médiocres aux indicateurs d'impact. Ils fournissent une information qui peut être utilisée dans la planification de programmes. Ils indiquent les problèmes qu'il faut aborder quant à la disponibilité, l'utilisation et la qualité des services, alors que les indicateurs d'impact ne fournissent pas ce type d'information. Par exemple, même si un indicateur montre qu'un certain pays a un ratio élevé de mortalité maternelle, il ne donne pas les solutions à ce problème.

Les indicateurs de processus et de rendement ont également des avantages quand il s'agit d'évaluer le succès d'un programme.

Les indicateurs d'impact peuvent fournir de l'information : dire s'il y a eu ou non un changement concernant l'événement étudié (ex. : la mortalité maternelle), mais ils n'en donnent aucune sur la façon dont l'effet désiré a été obtenu. Or, la plupart des programmes comportent plusieurs éléments. Sans information sur les processus et les résultats (changements dans le nombre de césariennes, délai entre l'arrivée à l'hôpital et le traitement définitif, etc.), il est impossible de savoir lequel des éléments d'un programme réussi est crucial et mérite d'être reproduit. De plus, sans information sur les processus et les résultats, il est dangereux de conclure que le programme est responsable de tout impact observé.⁴⁸ (Voir figure 4).

Figure 4. Les conséquences du manque d'information sur les processus

En 1991, un article paru dans *The Lancet* rapportait le succès spectaculaire d'un programme de mortalité maternelle au Matlab (Bangladesh).⁴⁹ Les décès directement liés à la grossesse avaient été réduits des deux tiers dans la région d'intervention du programme, alors qu'ils étaient demeurés inchangés dans la région de contrôle. Le programme comprenait plusieurs éléments : l'envoi de sages-femmes qualifiées dans les centres de soins ruraux; la mise sur pied d'une maternité dont le personnel se composait de femmes-médecins disponibles 24 heures par jour, et un système d'orientation et de transport des femmes présentant des complications. On attribuait le succès du programme surtout à la présence des sages-femmes. L'article contenait peu d'information sur les indicateurs de processus et de rendement. Comme les chercheurs avaient pu démontrer l'impact du programme sur la mortalité, les résultats avaient eu énormément de poids auprès des décideurs. Les agences internationales les plus importantes ont mobilisé des ressources pour aider à la formation et à l'envoi de sages-femmes dans les villages ruraux.⁵⁰

Quelques années plus tard, une nouvelle équipe de chercheurs a cherché plus en profondeur l'explication de la diminution des décès. Elle a recueilli et examiné des données additionnelles au Matlab, en se concentrant, cette fois, sur les indicateurs de processus et de rendement. Ils ont trouvé que les sages-femmes fournissaient un traitement de première qualité à un grand nombre de femmes présentant des complications, dans la région où avait lieu l'intervention. Mais ils ont également trouvé que : 1) le personnel de la maternité fournissait des soins salvateurs à un grand nombre de femmes qui lui étaient envoyées par les sages-femmes; 2) si un grand nombre de femmes venant à la maternité étaient envoyées par les sages-femmes, un nombre plus grand encore étaient venues d'elles-mêmes à la maternité; 3) bon nombre de femmes qui étaient venues à la maternité avaient ensuite été dirigées et transportées vers l'hôpital de district, où la chirurgie et les transfusions de sang étaient disponibles.⁵¹

Les nouvelles données sur les processus et les résultats ont donc finalement révélé que le succès du programme dépendait de l'existence d'établissements de santé qui fonctionnaient, et où les femmes présentant des complications pouvaient recevoir des soins qui leur sauveraient la vie. Le programme a également bénéficié d'une chaîne d'orientation efficace allant des sages-femmes vers la maternité, et de la maternité à l'hôpital. Toutefois, seul un petit nombre de femmes présentant des complications et ayant été vues dans les établissements de santé avaient été référées par les sages-femmes. Sans cette information sur les processus et les résultats, on aurait pu tirer des conclusions fausses ou incomplètes.

3. Évaluation des besoins - Que faut-il savoir?

Vérifier les hypothèses de base

Il est important de ne pas faire d'hypothèses sur la façon d'aborder le problème sans vérifier les hypothèses de base au préalable. Pendant la phase de planification, des hypothèses de base non vérifiées peuvent conduire à des programmes très mal orientés. Par exemple, lorsqu'on discute de l'apparente sous-utilisation de certains établissements de santé, on suppose souvent que le problème se situe dans la communauté, que les gens sont mal informés, ou que les superstitions et coutumes les empêchent d'utiliser les ressources. Mais, une étude même sommaire (comme les groupes de discussions dans la communauté) peut montrer que ces suppositions sont erronées. Souvent, les gens savent où et quand consulter, mais ils ne le font pas parce qu'ils savent que l'établissement n'a pas de médicaments, que le personnel est le plus souvent absent, et que les patients ne sont pas traités avec respect.⁵² Il est donc sage de vérifier les hypothèses de base avant d'adopter un plan de programme particulier, et cela s'applique même aux planificateurs de programme qui sont nés et qui ont grandi dans la région.

L'évaluation des besoins : son utilité

Avant d'entreprendre de nouvelles activités ou de modifier celles qui existent vous devez déterminer quels sont les services de soins obstétricaux d'urgence disponibles, comment ils fonctionnent et quels sont les facteurs qui peuvent en limiter l'utilisation. Cela peut être fait en procédant à une évaluation des besoins. Cette évaluation vous aidera à déterminer ce qu'il faut faire pour améliorer la situation, et quelles seront les ressources nécessaires pour y parvenir.

En plus de servir de guide pour la conception du programme, l'information qui provient de l'évaluation des besoins procure des données de base qui peuvent servir de mesure de contrôle des progrès accomplis. L'évaluation des besoins doit également indiquer si les systèmes utilisés pour la tenue des registres doivent être modifiés, ou complétés afin de permettre la collecte de l'information destinée à la surveillance et à l'évaluation.

Les questions clés et le degré d'information nécessaire à l'évaluation des besoins selon le niveau du système de santé (local ou régional) dans lequel le projet s'inscrit

La figure 5 montre les questions clés auxquelles répondre en procédant à l'évaluation des besoins. Elle décrit aussi, selon le niveau auquel vous travaillez, l'information nécessaire à cette évaluation. Votre projet peut couvrir une région plutôt réduite, se concentrer sur un seul établissement, sur un hôpital de district, ou encore sur quelques centres de soins. Vous travaillez peut-être au niveau provincial et êtes responsable de l'amélioration des services obstétricaux dans un certain nombre de districts. Ou vous êtes responsable de la surveillance des activités de prévention de la mortalité

maternelle au niveau national. Mais, quel que soit le niveau auquel vous travaillez, le processus de planification et d'évaluation sera le même du point de vue conceptuel. Vous voulez des réponses aux mêmes questions de base : Des services obstétricaux d'urgence sont-ils disponibles? Les femmes présentant des complications pouvant être mortelles utilisent-elles ces services? Ces services sont-ils de bonne qualité?

Selon le niveau auquel vous travaillez, le degré de précision qu'il vous faudra choisir pour répondre à ces questions sera différent. En général, les personnes travaillant au niveau régional se soucieront de «micro» questions, comme le fonctionnement et l'utilisation des établissements dans certaines communautés. Les personnes travaillant à des échelons plus élevés se poseront des «macro» questions, comme la répartition géographique des établissements. Pour répondre à ces «macro» questions, elles devront réunir l'information recueillie au niveau local et la comparer à une norme. L'information recueillie au niveau local constitue donc la base de la surveillance aux niveaux national et régional.

Ce manuel se concentre sur le processus de collecte et d'utilisation de l'information pour la planification et l'évaluation des programmes au niveau local, mais il sera également utile aux personnes travaillant aux niveaux national et régional, car celles-ci doivent utiliser l'information recueillie au niveau local. Des conseils destinés aux personnes travaillant aux niveaux national et régional sont inclus dans l'Annexe B. Ils comprennent des formulaires ainsi qu'une discussion sur la façon d'évaluer les établissements et de colliger les données.

Comme le montre la figure 5, les personnes travaillant au niveau local voudront recueillir des informations de plusieurs types et procéder à une analyse détaillée de chaque question. À des niveaux plus élevés d'analyse, il sera plus pratique d'utiliser une variété moindre d'informations. Pensons à la surveillance du nombre de procédures salvatrices : au niveau local, un gestionnaire de programme peut choisir d'évaluer plusieurs procédures salvatrices différentes (ex. : l'utilisation d'antibiotiques et d'ocytotoxiques), alors qu'un chercheur au niveau national peut ne compter que les césariennes.

La figure 5 reflète la façon dont les réponses à certaines questions perdent leur sens quand on les regroupe : ainsi, la question «Comment les services devraient-ils être améliorés?» s'applique à un établissement en particulier et la question «Comment l'utilisation des services devrait-elle être améliorée?» s'applique à une communauté en particulier. Les personnes travaillant aux niveaux national ou régional auront besoin d'examiner les données locales sur de tels sujets, mais sans les regrouper.

Figure 5. Information pour la planification et l'évaluation des programmes de mortalité maternelle à différents niveaux

Ce que vous devez savoir	Information nécessaire		
	Niveau régional/district	Niveau état/province	Niveau national/international
Des services pouvant sauver des vies sont-ils disponibles?	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> SOU dispensés à l'établissement ▶ <input type="checkbox"/> Nombre et répartition d'établissements de SOU qui fonctionnent 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> Nombre et répartition des établissements de SOU qui fonctionnent par 500 000 habitants 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> Nombre et répartition des établissements de SOU qui fonctionnent par 500 000 habitants
Combien de femmes utilisent les services qui peuvent leur sauver la vie?	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> Nombre de femmes avec complications admises à des établissements de SOU ▶ <input type="checkbox"/> Besoin satisfait : proportion de cas compliqués attendus dans la population admise aux établissements de SOU 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> Besoin satisfait : proportion de cas compliqués attendus parmi les personnes admises aux établissements de SOU 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> Besoin satisfait : proportion de cas compliqués attendus parmi les personnes admises aux établissements de SOU
Combien de procédures salvatrices pouvant sauver des vies sont effectuées?	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> Nombre de césariennes (ou autres procédures) effectuées ▶ <input type="checkbox"/> Nombre de césariennes comme proportion de toutes les naissances dans la population 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> Nombre de césariennes comme proportion de toutes les naissances dans la population 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> Nombre de césariennes comme proportion de toutes les naissances dans la population
Quelle est la qualité des soins dispensés?	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> Taux de mortalité chez les cas (TMC) pour les femmes avec complications admises à l'établissement ▶ <input type="checkbox"/> Temps écoulé entre l'arrivée et le traitement 	<p><i>Comme les données locales fourniront une information utile à ce niveau, il est conseillé de les conserver dans leur état initial.</i></p>	<p><i>Comme les données locales fourniront une information utile à ce niveau, il est conseillé de les conserver dans leur état initial.</i></p>
Comment les services devraient-ils être améliorés?	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> Traitement des cas compliqués ▶ <input type="checkbox"/> Disponibilité des médicaments, des fournitures, du sang, de l'équipement ▶ <input type="checkbox"/> Compétences du personnel, disponibilité, attitudes 		
Comment peut-on améliorer l'utilisation des services par la communauté?	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> Coût des services; disponibilité et coût du transport ▶ <input type="checkbox"/> Confiance des gens dans les services de santé ▶ <input type="checkbox"/> Capacité des gens à reconnaître les complications qui doivent être traitées 		
Quels sont les coûts pour améliorer/étendre les services de SOU	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> Coût des améliorations aux établissements de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> Coût total des améliorations aux établissements de santé ▶ <input type="checkbox"/> Coût moyen des améliorations aux établissements de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <input type="checkbox"/> Coût total des améliorations aux établissements de santé ▶ <input type="checkbox"/> Coût moyen des améliorations aux établissements de santé

Dans les paragraphes suivants, nous discutons des questions clés se rapportant à l'évaluation des besoins. Les instruments de collecte de données (fournis dans l'Annexe A) sont également décrits.

3.1 Des services pouvant sauver des vies sont-ils disponibles?

Comme nous le décrivions précédemment, les soins obstétricaux d'urgence sont au cœur même de la prévention des décès maternels. Une partie de votre travail d'évaluation des besoins consistera donc à recueillir des données provenant des établissements de santé, afin de vérifier si l'on accomplit vraiment les procédures de réanimation obstétricale (sans égard au fait qu'elles sont «censées» être accomplies).

L'évaluation des besoins se concentre en premier lieu sur l'évaluation des services de SOU dans les hôpitaux de district et les centres de soins. Vous voudrez peut-être aussi évaluer les services à un niveau moins élevé; ceci peut être fait en utilisant les mêmes procédures. L'évaluation des besoins au niveau communautaire est une étape subséquente que nous discuterons dans la section 3.6.

L'évaluation des services dans un établissement

Pour ce faire, il est utile de choisir pour l'étude quelques tâches importantes de SOU. La figure 6 donne la liste des tâches que l'on peut utiliser pour identifier le niveau réel de soins donnés par un établissement. Ces tâches ne représentent pas la liste complète des services qui devraient être disponibles dans un établissement. Elles constituent plutôt des «tâches types» que l'on peut utiliser pour la classification et la surveillance. Une liste courte et bien définie de tâches types peut être particulièrement utile quand un programme vise une vaste région et plusieurs établissements, car elle facilite la comparabilité des résultats.

La différence entre SOU de base et SOU complets

Si l'étude d'un établissement montre qu'on y accomplit les 6 premières tâches de la liste, il peut être considéré comme un établissement de «SOU de base». Il peut dispenser presque tous les services de SOU, mais pas tous. Un établissement qui peut accomplir les 8 tâches de la liste, en totalité, est considéré comme un établissement de «SOU complets». Les tâches qui différencient les SOU de base et les SOU complets sont les transfusions de sang et la chirurgie (ex. : césariennes). On s'attend, en général, à ce qu'un établissement du niveau d'un centre de soins fournisse des SOU de base et qu'un hôpital de district fournisse des SOU complets.

Figure 6. Tâches types de soins obstétricaux d'urgence (SOU)

Niveau de l'établissement	Tâches types
Centre de soins	SOU de base =

	Antibiotiques (injectables) Ocytoxiques (injectables) Anticonvulsifs (injectables) Extraction manuelle du placenta Évacuation des produits de la conception Accouchement par voie vaginale assisté
Hôpital de district	SOU complets = Tous les SOU de base, plus : Césariennes Transfusions sanguines

La liste la plus courte de tâches types ne signifie pas que les autres tâches ne sont pas importantes

Par exemple, au niveau des établissements de SOU de base, l'administration de solutions intraveineuses peut être extrêmement utile pour stabiliser l'état d'une femme avant de la diriger vers un hôpital. Dans un établissement de SOU complets, la capacité de faire des interventions chirurgicales demande un certain nombre de compétences importantes, comme l'administration de l'anesthésie. Les personnes étudiant un nombre restreint d'établissements voudront peut-être augmenter le nombre de tâches examinées dans l'évaluation des besoins.

Le Formulaire d'évaluation du fonctionnement de l'établissement

Il est fourni dans l'Annexe A. C'est un outil destiné aux hôpitaux de district et aux centres de soins. On y demande si chacune des 8 procédures salvatrices énumérées dans la figure 6 a été accomplie au moins une fois au cours des 3 derniers mois. Selon les réponses à ces questions, l'établissement peut être classé comme dispensant des SOU complets, des SOU de base, ou ne dispensant pas de SOU. On peut donc ainsi cibler les hôpitaux de district qui ne fournissent pas vraiment des SOU complets et les centres de soins qui ne fournissent pas les SOU de base, pour procéder à des améliorations.

Les résultats de l'évaluation des établissements

Ils peuvent être utilisés pour déterminer s'il y a un nombre suffisant d'établissements de SOU qui fonctionnent, compte tenu de la population. Il devrait y avoir au moins 1 établissement dispensant des SOU complets et 4 établissements dispensant des SOU de base par 500 000 habitants.⁵³ Il est également important d'examiner la répartition

des établissements afin d'en assurer l'accessibilité au plus grand nombre. Ceci peut être fait en indiquant l'emplacement des établissements sur une carte.

3.2 Combien de femmes utilisent les services pouvant leur sauver la vie?

Comment comptabiliser leur nombre

Après avoir établi si les services pouvant sauver des vies sont disponibles, vous voudrez savoir si les femmes se rendent dans les établissements pour y être traitées. Il faut alors se concentrer sur l'utilisation faite par les femmes présentant des complications obstétricales, plutôt que sur l'utilisation des services d'obstétrique en général. Le nombre d'«accouchements institutionnels» est parfois utilisé comme indicateur d'activités de maternité sûres. Mais pour réduire les décès maternels, ce sont les femmes présentant des complications — et non celles qui ont un accouchement normal — qui ont un besoin urgent d'utiliser les établissements de santé. Or, dans un grand nombre de pays en développement, il n'est pas réaliste, dans un avenir prévisible, d'avoir pour objectif que toutes les naissances aient lieu dans des établissements de santé. La priorité doit donc être accordée aux femmes présentant des complications.

L'importance du registre hospitalier

Il faut donc avoir une mesure du nombre de femmes présentant des complications obstétricales qui sont traitées dans un établissement de SOU. De façon idéale, ce nombre devrait être obtenu directement, à partir des registres des établissements.^b Mais, malheureusement, dans un grand nombre de pays, les systèmes de tenue de registres ne sont pas conçus pour recueillir ce genre d'information. Souvent, les registres des maternités ne comportent pas de colonnes pour inscrire les complications obstétricales. Si tel est le cas, il faut améliorer les systèmes de tenue de registres le plus rapidement possible — avant d'améliorer les services — pour obtenir les données de base nécessaires à la surveillance des changements dans le temps de l'utilisation des services par les femmes souffrant de complications. Si l'évaluation des besoins révèle que le registre d'un établissement n'a pas de colonne pour inscrire les complications obstétricales, la première priorité devrait être de modifier ces registres et de former le personnel à les utiliser. Même si les registres existants sont bien conçus, il peut être nécessaire de donner une formation au personnel sur la façon d'inscrire l'information, afin de pouvoir compter facilement les femmes qui se présentent à l'établissement avec des problèmes mettant leur vie en danger. Vous trouverez dans l'Annexe A.2 un exemple d'en-tête de registre modifié, utilisé avec succès en Afrique de l'Ouest. Dans les établissements où les dossiers des patients sont bien tenus, une

^b Notez que nous comptons les femmes présentant des complications au moment de l'admission. Même si certaines femmes venant à l'hôpital pour un accouchement normal peuvent développer des complications pendant qu'elles sont à l'hôpital, notre premier objectif est de nous assurer que les femmes qui développent des complications à l'extérieur de l'hôpital y soient conduites pour traitement. Toutefois, si les systèmes de registres sont conçus de telle sorte qu'il est plus facile de compter toutes les femmes avec complications, cela est également acceptable. Bien sûr, dans les deux cas, il faut utiliser les mêmes critères pour définir les complications.

solution alternative serait d'utiliser ceux-ci pour compter le nombre de femmes présentant des complications. Mais, à long terme, un registre bien conçu sera sans doute un moyen plus efficace de faire la collecte de ces données pour la surveillance sur une base continue.

S'assurer que les données sont comparables

Pour s'assurer que les données soient comparables dans le temps et entre les établissements ou les régions géographiques, il faut définir de façon uniforme ce qui sera compté comme complication obstétricale. Pour des fins de surveillance des programmes de réduction des décès maternels, il semble logique de restreindre la définition de «complications obstétricales» aux seuls problèmes mettant sérieusement la vie en danger. Il peut être également utile de restreindre ceux-ci aux complications obstétricales «directes» (celles qui sont liées directement à la grossesse ou à l'accouchement), parce que leur incidence risque moins de varier selon l'endroit que les complications obstétricales «indirectes» (les maladies infectieuses telles que la malaria, l'hépatite, la tuberculose).

L'enregistrement des complications obstétricales par types

Vous trouverez dans l'Annexe A.3 un exemple de formulaire de Relevé des données d'un établissement, destiné à l'enregistrement des complications obstétricales sur une base mensuelle. Pour diminuer toute confusion possible, ce formulaire énumère, par types, chacune des complications devant être comptée, à savoir : hémorragie, travail prolongé/dystocique, rupture de l'utérus, septicémie post-partum, pré-éclampsie/éclampsie, avortement provoqué/infecté, et grossesse ectopique. La formation et la supervision de la personne qui fait la collecte des données sont également importantes. Il est conseillé de préciser comment sont définies ces diverses complications.

Ce formulaire peut être utilisé pour suivre le nombre de femmes présentant des complications, dans tout établissement de santé. Toutefois, comme il est conçu pour les hôpitaux, toutes les sections du formulaire ne sont pas pertinentes pour les établissements de niveau moins élevé. Il peut être également utilisé pour recueillir de l'information sur d'autres indicateurs clés décrits dans les sections 3.3 et 3.4.

Le besoin satisfait : définition de cet indicateur

Si vous évaluez le nombre de femmes qui utilisent les services pouvant sauver des vies à l'échelle d'une grande région ou d'un pays, le «besoin satisfait» par les SOU est un indicateur utile. Le besoin satisfait est la proportion de femmes présentant des complications obstétricales qui sont traitées dans un centre de SOU. Mais comme on ne connaît pas le nombre de femmes présentant des complications dans une population donnée, il faut utiliser une estimation. Une estimation prudente est que 15 % des femmes enceintes développeront des complications nécessitant des soins

médicaux d'urgence.⁵⁴ (Cette proportion peut être beaucoup plus élevée dans certaines régions où, par exemple, l'incidence d'avortements clandestins est élevée).

Le calcul des besoins satisfaits

1) Le dénominateur

Les formulaires fournis dans l'Annexe B contiennent des instructions détaillées pour le calcul des besoins satisfaits. La première étape consiste à évaluer le nombre de femmes que l'on s'attend à voir développer des complications (en supposant que cela représentera 15 % de toutes les femmes enceintes). Malheureusement, nous ne connaissons pas le nombre réel de femmes qui tombent enceintes chaque année, parce qu'il est trop difficile de compter les avortements spontanés et provoqués. Nous utilisons donc le nombre de naissances pour compter indirectement les grossesses. Pour obtenir le nombre annuel de naissances, on multiplie le nombre d'habitants par le taux brut de natalité. En multipliant ensuite ce nombre par 0,15, nous obtenons une estimation du nombre prévu de femmes qui souffriront de complications dans une population donnée pendant un an. Cela constitue le dénominateur.

2) Le numérateur

Le numérateur est le nombre de femmes souffrant de complications admises dans des établissements de santé. En divisant le numérateur par le dénominateur et en multipliant le résultat par 100, on obtient une estimation du besoin satisfait; c'est-à-dire, la proportion de femmes souffrant de complications obstétricales dans une population et qui reçoivent des SOU.

3) Comment interpréter les résultats

Si le besoin satisfait est inférieur à 100 %, cela indique que certaines femmes ayant besoin de SOU ne les reçoivent pas. S'il est de 100 %, on peut conclure sans aucun doute que la plupart des femmes ayant besoin de SOU les reçoivent. Mais puisque l'incidence réelle de complications dans la population peut être plus élevée que 15 %, il se peut que, même si le besoin satisfait est de 100 %, certaines femmes ayant besoin de services pouvant leur sauver la vie ne les obtiennent pas. D'ailleurs, on peut même trouver un besoin satisfait plus grand que 100 %, mais il ne faut pas en conclure qu'il y a nécessairement un problème de données, c'est-à-dire une surestimation du diagnostic de complications.

3.3 Combien de procédures salvatrices accomplit-on?

Le type de procédures qui peuvent servir d'indicateurs

Cette question peut être posée de façons différentes au niveau de chaque établissement. Quel est le nombre de transfusions sanguines aux patientes

d'obstétrique, de dilatations et de curetages pour avortements incomplets, de patientes d'obstétrique recevant des médicaments anticonvulsifs ou des antibiotiques ou subissant des césariennes ? Ces mêmes indicateurs peuvent ensuite être utilisés pour la surveillance et l'évaluation des projets. Mais lorsqu'on choisit un ou plusieurs indicateurs, il faut tenir compte de la qualité des registres. Les registres portant sur les actes chirurgicaux sont généralement mieux tenus que ceux qui portent sur l'administration. De plus, certaines procédures ne demandant pas d'équipement particulier (ex. : l'extraction manuelle du placenta) ont sans doute moins de chance d'être inscrites.

Lorsqu'on ne peut choisir qu'un ou deux indicateurs : la césarienne est un des indicateurs-clé

Dans certaines situations, surtout dans les grandes régions, il sera impossible de surveiller un aussi grand nombre d'indicateurs; il est alors logique d'en choisir un ou deux. L'une des interventions clés pour traiter les complications obstétricales est la césarienne. Sans elle, un grand nombre de femmes dont le travail est prolongé/dystocique (et certaines femmes souffrant d'éclampsie) décéderont. C'est également la procédure pour laquelle on possède souvent le plus d'information, parce que les registres des salles d'opération sont habituellement les mieux tenus de l'hôpital. Ces deux caractéristiques en font l'intervention de choix pour surveiller la performance des interventions de réanimation obstétricale.

On s'attend à ce qu'un minimum de 5 % de toutes les naissances d'une population entraînent des complications nécessitant une césarienne. Parce que cette intervention peut être sur-utilisée, on a fixé à 15 % de toutes les naissances le taux maximum de ce type d'intervention.⁵⁵

Le formulaire de Relevé des données d'un établissement, fourni dans l'Annexe A.3, montre comment recueillir l'information sur le nombre de césariennes effectuées sur une base mensuelle.

3.4 Quelle est la qualité des services pouvant sauver des vies?

Évaluer la qualité des soins obstétricaux : le taux de mortalité chez les cas (TMC) et le taux de mortalité maternelle hospitalière : définitions et mérites respectifs

Une des façons d'évaluer la qualité des soins obstétricaux est de calculer la proportion de femmes qui décèdent parmi celles qu'on a admis à l'hôpital avec des complications. Cette proportion s'appelle le «taux de mortalité chez les cas» (TMC).

Pendant des années, on a calculé une proportion du même type, que l'on appelait le «taux de mortalité maternelle hospitalière», c'est-à-dire le nombre de décès maternels en proportion de toutes les naissances (ou naissances vivantes) dans un hôpital. Nous

déconseillons l'utilisation de ce dernier taux, parce qu'il varie en même temps que le nombre de naissances sans complications dans un hôpital. De plus, sa signification n'est pas claire : ce n'est certainement pas un indicateur du niveau de mortalité maternelle dans la population, parce que, dans de nombreux pays, la plupart des décès surviennent à l'extérieur de l'hôpital. C'est d'ailleurs pour cette raison que le TMC ne mesure pas le niveau de mortalité maternelle dans la population. Il reflète, cependant, la qualité des SOU dans un établissement en mesurant la probabilité de survie une fois qu'une femme souffrant de complications y a été admise. (Le TMC est également influencé par l'état de la patiente à son arrivée). L'objectif est d'obtenir un TMC de moins de 1 % de décès parmi les femmes avec complications qui sont admises à l'établissement.⁵⁶ Une étude récente faite aux Indes et portant sur des hôpitaux de référence de 10 districts, a montré un TMC variant de 1 % à 7 %, ce qui indique que, dans de nombreux districts, la qualité des services était généralement acceptable.⁵⁷

Quelles sont les conditions qui permettent le meilleur usage du TMC : le type d'établissement, le niveau (local ou régional)

Il n'est pas recommandé de calculer le TMC pour les établissements de santé qui dirigent la plupart des femmes souffrant de complications graves vers des établissements de plus haut niveau. En effet, puisque les femmes dont le pronostic est mauvais sont susceptibles d'être dirigées ailleurs, il en résultera un TMC bas, qui n'est pas lié à la qualité des soins dispensés. On ne devrait donc calculer le TMC que pour les établissements qui sont habituellement le dernier point de la chaîne d'orientation, comme l'hôpital de district.

Il est important de se rappeler que le TMC est plus significatif au niveau d'un établissement.

Si l'on regroupe les TMC de plusieurs établissements d'une région ou d'un pays, on perdra une information importante. Un TMC moyen de 2 % pour un certain pays peut sembler positif, mais il peut masquer le fait que certains hôpitaux des provinces ont des TMC de plus de 25 %, alors que les hôpitaux de la capitale ont de bons résultats.

Une façon plus utile d'analyser le TMC aux niveaux national ou régional est d'inscrire les TMC de chaque établissement comme des points différents sur un graphique (un graphique «de dispersion»).

Une autre méthode consiste à estimer la proportion d'établissements avec des TMC de différents niveaux, par exemple : X % des établissements ont un TMC de moins de 1 %, Y % ont un TMC variant de 1 % à 5 %, et Z % ont un TMC de plus de 5 %.

Surveiller le TMC sur une base mensuelle ou trimestrielle?

Le nombre de femmes souffrant de complications qui sont admises dans un établissement est le dénominateur du TMC. La capacité de calculer cet indicateur dépend donc de la mise sur pied de systèmes permettant de compter le nombre de

femmes avec complications qui ont été admises (tel que décrit à la Section 3.2). Les registres des décès, qui indiquent également la cause du décès, sont habituellement disponibles. Le formulaire de Relevé des données d'un établissement (Annexe A.3) est conçu pour recueillir les données sur le nombre de décès obstétricaux, classés par complications, se produisant dans un établissement. Il comporte aussi des lignes pour inscrire le TMC et des instructions pour le calculer. Si le nombre de femmes présentant des complications est suffisamment élevé, les tendances du TMC peuvent être surveillées sur une base mensuelle. Les données mensuelles permettent aux directeurs de programmes de répondre rapidement aux changements de cet indicateur. Si le nombre mensuel de femmes présentant des complications est peu élevé, le TMC subira des fluctuations mensuelles importantes; il faudra alors utiliser des mesures trimestrielles ou même annuelles.

Un autre indicateur de la qualité des soins : le délai entre l'admission et le traitement

Nous en discussions précédemment, il est essentiel de traiter rapidement les complications si l'on veut prévenir les décès maternels. Malheureusement, des délais se produisent trop souvent même après l'arrivée de la patiente dans l'établissement. Une autre façon d'évaluer la qualité des soins dispensés est de mesurer l'intervalle de temps écoulé entre l'admission et le traitement. Lorsqu'on utilise cet indicateur, il est essentiel d'établir, avant de commencer l'étude, des critères bien définis établissant quelles femmes seront incluses dans l'étude et ce qui constitue un «traitement». Pour éviter de «comparer des pommes et des oranges», il est important de ne pas inclure dans l'étude des femmes dont les besoins sont trop différents, comme les femmes ayant une hémorragie post-partum et les femmes ayant un accouchement normal. Par exemple, si on limite l'étude aux femmes ayant besoin d'une césarienne d'urgence, on définit clairement à la fois la population et le «traitement».

3.5 Comment devrait-on améliorer les services?

S'interroger sur les raisons pour lesquelles un SOU adéquat n'est pas dispensé : les questions à se poser, la visite des établissements concernés, que chercher, que demander, auprès de qui se renseigner

Si un hôpital n'accomplit pas les tâches critiques de SOU, ou si le taux de TMC y atteint un niveau inacceptable, l'étape suivante est de se demander à quoi est due cette situation. Les réponses à cette question devraient fournir une information pertinente permettant d'améliorer la situation.

Il peut y avoir de nombreuses raisons au fait qu'un établissement de santé ne dispense pas de SOU adéquats. Il peut manquer de médicaments ou de fournitures. Certains équipements, servant par exemple à la banque de sang ou à l'anesthésie, peuvent être hors d'usage. Le personnel n'a peut-être pas la formation nécessaire pour accomplir les tâches obstétricales générales ou les tâches de réanimation obstétricale. Si le

personnel est qualifié, il n'est peut être pas disponible 24 heures par jour, mais seulement quelques heures. De mauvaises procédures pour gérer les cas compliqués peuvent également représenter un problème.

Un bon moyen de commencer l'enquête est de visiter l'établissement et de procéder à un inventaire du personnel clé, de l'équipement et des fournitures. Vous trouverez aux Annexes A.4 et A.5, des exemples de listes de vérification portant sur le personnel minimum et les équipements requis au niveau des hôpitaux et des centres de soins. De telles listes peuvent également être utiles lors des visites régulières de surveillance et de supervision, une fois le programme démarré.

Une liste de vérification pour l'inventaire est une bonne façon d'identifier les lacunes au niveau des ressources humaines et du matériel, mais elle ne vous indiquera pas les raisons de ces lacunes. Pour les connaître, vous devrez interroger les membres du personnel de l'établissement de santé. Ceux-ci pourront vous aider à identifier les raisons qui sont à la source des problèmes et même à identifier des solutions. Les entrevues peuvent aussi comporter des questions permettant de savoir s'il existe des protocoles pour le traitement des complications obstétricales et s'ils sont appliqués. Il est important d'interroger divers membres du personnel — sages-femmes, infirmières, médecins et techniciens — pour assurer l'impartialité et obtenir un tableau complet de la situation. Par exemple, si l'on n'interroge que le médecin chef, on obtiendra peut-être une fausse idée de la situation. La sage-femme responsable de la maternité est souvent mieux au courant du fonctionnement quotidien de l'établissement pour ce qui est des patientes en obstétrique. Vous trouverez dans l'Annexe A.6, un exemple de guide d'entrevue avec le personnel hospitalier.

Identifier les secteurs à améliorer par des études de cas auprès de femmes admises avec des complications

Une autre méthode pour identifier les secteurs à améliorer consiste à effectuer des études de cas sur les femmes admises avec des complications obstétricales (celles qui ont survécu et celles qui sont décédées).

Vous aurez donc besoin d'information à la fois qualitative et quantitative, recueillie parmi le personnel de l'établissement de santé, les patientes et/ou leurs parents, et dans les registres de l'établissement.

Mais quelles que soient les méthodes ou les sources utilisées, le but de cette enquête est d'identifier les facteurs (appelés parfois «événements déclencheurs») contribuant aux délais dans le traitement. Les données quantitatives importantes comprennent l'heure d'arrivée et l'heure à laquelle le traitement de réanimation obstétricale (ex. : chirurgie, administration de médicaments et transfusion de sang) a été dispensé, le coût du traitement et des fournitures. L'information qualitative comprend la façon dont les décisions de traitement ont été prises, le processus impliqué dans la décision de demander des soins, et l'expérience vécue par la patiente et/ou sa famille à

l'établissement. Vous trouverez dans les Annexes A.7 et A.8, des guides sur la façon de recueillir ces deux types d'information.

3.6 Comment peut-on augmenter l'utilisation des services?

Identifier les obstacles qui nuisent à l'utilisation : méthodes pour recueillir des données dans la communauté

L'évaluation des besoins au niveau de la communauté joue un rôle important dans la conception de tout programme visant à réduire la mortalité maternelle. Même quand les établissements fonctionnent bien, il existe d'importants obstacles qui empêchent les femmes souffrant de complications de les utiliser. La recherche nécessaire à l'identification de ces obstacles est relativement simple et peu coûteuse. Habituellement, le travail en groupes de discussions ou des entrevues en profondeur sont suffisants. Il n'est pas nécessaire de procéder à un sondage dans la communauté.

On blâme souvent l'ignorance et les croyances des communautés pour le peu d'utilisation des SOU. Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, le manque de confiance justifié de la communauté envers des services de qualité médiocre constitue souvent un facteur plus important. Si tel est le cas, améliorer les services et informer la communauté de ces améliorations sont des stratégies efficaces dans la lutte contre la mortalité maternelle. Certains membres de la communauté n'utilisent peut-être pas les services parce qu'ils sentent un manque de respect de la part du personnel. L'établissement de santé devrait se pencher aussi sur ce problème. Des barrières financières et géographiques empêchent peut-être les femmes de rejoindre les établissements de santé. Le transport n'est peut-être disponible que certains jours. Ou encore il peut être nécessaire d'enseigner aux communautés et aux accoucheuses traditionnelles comment reconnaître les signes de complications pouvant être mortelles, et de leur expliquer l'importance de recourir aux soins médicaux d'urgence. Tous ces renseignements ne peuvent être obtenus qu'auprès de la communauté. Comprendre les raisons du peu d'utilisation des services vous aidera à concevoir des programmes permettant aux femmes souffrant de complications d'obtenir les soins dont elles ont besoin.

Les données communautaires devraient être recueillies tant auprès des hommes que des femmes, car ceux-ci jouent un rôle déterminant quand il s'agit de décider si une femme demandera un traitement. Certains groupes, comme les accoucheuses traditionnelles, les chefs de villages et les propriétaires de véhicules de transport, peuvent également aider à identifier les obstacles et les solutions possibles. Vous trouverez, dans l'Annexe A.9, un exemple de Guide pour les groupes de discussion dans la communauté.

3.7 Quels seront les coûts impliqués pour améliorer/développer les services?

Les coûts additionnels : coût marginal d'amélioration des SOU et coût des activités communautaires

Quand les gouvernements et les agences internationales examineront la possibilité de mettre en œuvre ou de reproduire des programmes de réduction des décès maternels, ils voudront connaître les coûts impliqués. Les informations sur les coûts sont essentielles pour dissiper l'idée que les coûts liés à l'amélioration des SOU sont prohibitifs. En effet, les activités visant à réduire les décès maternels utilisent presque toujours les systèmes de santé existants, qu'ils soient gouvernementaux ou privés. Habituellement, cela signifie que pratiquement tous les fonds requis sont déjà disponibles : l'hôpital est déjà construit, les médecins sont déjà formés, etc. Donc, dans bon nombre de cas, les fonctionnaires du Ministère de la Santé, par exemple, demanderont des informations sur le coût des ressources additionnelles requises pour améliorer ou développer les SOU, appelé «coût marginal». Malheureusement, cette information est rarement recueillie dans le cadre de l'évaluation.

Vous trouverez à l'Annexe A.10 un exemple de formulaire destiné à recueillir les données sur le coût marginal d'amélioration des SOU dans les hôpitaux. Ces améliorations peuvent faire l'objet d'efforts de collaboration, en mobilisant les ressources des gouvernements, des agences privées et des communautés. Le formulaire de l'Annexe A.10 a été conçu pour mesurer la contribution de chacun.

Il est également utile de recueillir des informations sur le coût des activités communautaires, car celui-ci est souvent plus élevé qu'on pourrait le croire. Par exemple, les coûts d'une campagne communautaire d'information, d'éducation et de communication (IEC) comprennent des coûts de production du matériel d'IEC à distribuer, de location des locaux pour les événements d'IEC, de fourniture de rafraîchissements ou de repas, et de déplacements. De plus, les activités communautaires nécessitent souvent des dons en temps ou autres ressources par des leaders d'opinion qui ne sont pas des employés du système de santé, tels les chefs traditionnels. Il faut également consacrer des ressources et des efforts constants pour s'assurer que les effets des activités communautaires seront durables.

3.8 Sources et instruments de collecte des données

La figure 7 résume les sources de données et les outils ou les instruments utiles pour la collecte de chaque type de renseignements nécessaires à l'évaluation des besoins.

Figure 7. Information, sources des données et outils nécessaires à l'évaluation des besoins

Ce que vous voulez savoir	Source(s) des données	Outil ou instrument
Des services pour sauver des vies sont-ils disponibles?	▶ <input type="checkbox"/> Visite des établissements	▶ <input type="checkbox"/> Formulaire d'Évaluation du fonctionnement de l'établissement (Annexe A.1)
Combien de femmes utilisent les services pouvant leur sauver la vie?	▶ <input type="checkbox"/> Registres de l'établissement	▶ <input type="checkbox"/> En-tête de registre suggéré (Annexe A.2) ▶ <input type="checkbox"/> Formulaire de Relevé des données de l'établissement (Annexe A.3)
Combien a-t-on accompli d'actes salvateurs?	▶ <input type="checkbox"/> Registres de la salle d'opération ▶ <input type="checkbox"/> Registres de la banque de sang ▶ <input type="checkbox"/> Notes sur le traitement des patients	▶ <input type="checkbox"/> Formulaire de Relevé des données de l'établissement (Annexe A.3)
Quelle est la qualité des services dispensés?	▶ <input type="checkbox"/> Registre(s) de l'établissement et registre des décès (pour calculer le TMC)	▶ <input type="checkbox"/> Formulaire de Relevé des données de l'établissement (Annexe A.3)
Comment les services peuvent-ils être améliorés?	▶ <input type="checkbox"/> Visites de contrôle ▶ <input type="checkbox"/> Personnel de l'établissement de santé ▶ <input type="checkbox"/> Analyse des cas	▶ <input type="checkbox"/> Liste de vérification des visites de contrôle (Annexes A.4 et A.5) ▶ <input type="checkbox"/> Guide d'entrevue du personnel d'un établissement de santé (Annexe A.6) ▶ <input type="checkbox"/> Questionnaire pour l'établissement de santé et guide d'entrevue de la patiente et de sa famille pour l'analyse de cas de femmes souffrant de complications obstétriques (Annexes A.7 et A.8)
Comment peut-on améliorer l'utilisation des services par les membres de la communauté?	▶ <input type="checkbox"/> Membres de la communauté	▶ <input type="checkbox"/> Guide pour les groupes de discussion (Annexe A.9)
Quels seront les coûts impliqués pour améliorer/étendre les services de SOU existants?	▶ <input type="checkbox"/> Registres du projet	▶ <input type="checkbox"/> Formulaire de Relevé des coûts des améliorations apportées à l'hôpital (Annexe A.10)

4. Conception de programmes

Le choix des activités du programme doit reposer sur l'évaluation des besoins

L'information recueillie pour l'évaluation des besoins permettra de définir les interventions nécessaires pour chaque établissement. Par exemple, si l'on découvre que les césariennes ne sont pas faites à l'hôpital de district parce que personne n'a la formation nécessaire, cette formation pourrait constituer une priorité. Si les femmes souffrant de complications arrivent à l'hôpital dans un état précaire parce qu'il n'y a ni solutés ni antibiotiques au centre de soins, le programme doit combler ce manque de ressources. Si les femmes ne peuvent se rendre à l'établissement de santé à cause du manque de transport ou de ressources financières, des interventions communautaires sont nécessaires pour remédier à la situation.

L'importance de l'ordre de la mise en œuvre des activités choisies : commencer par améliorer les services de santé, pourquoi il vaut mieux introduire les activités nouvelles de façon progressive, quand planifier les activités de surveillance et d'évaluation

Une prémisse simple mais souvent négligée est que le choix du programme devrait reposer sur les résultats de l'évaluation des besoins. On présente à la figure 8 une étude de cas illustrant l'utilisation des résultats de cette évaluation dans la planification d'un programme.

En plus du choix des activités, l'ordre de leur mise en œuvre est également important. Il est essentiel d'attendre que les services de SOU soient disponibles et fonctionnels avant de commencer la mobilisation communautaire. Si les établissements ne peuvent fournir de services de SOU, on ne devrait évidemment pas encourager les gens à les utiliser.

Notre discussion portera donc d'abord sur l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des SOU, puis sur l'amélioration du transport entre les établissements de soins, et enfin sur la mobilisation et l'éducation communautaires. Cela ne diminue pas l'importance des activités communautaires, mais on comprendra que, pour réduire les décès maternels, celles-ci dépendent d'un système de santé qui fonctionne.

L'ordre de mise en œuvre des activités est important aussi pour une autre raison : si l'on introduit plusieurs activités en même temps, il peut s'avérer difficile d'en distinguer les effets. Par exemple, si au cours du même mois,

Figure 8. Étude de cas : Évaluation des besoins et conception de programmes à Zaria, au Nigéria

À l'hôpital

Résultats de l'évaluation des besoins : À partir des entrevues avec les médecins, le personnel infirmier, et de l'examen des registres de l'hôpital d'enseignement, deux raisons principales au retard dans le traitement ressortent. Premièrement, il fallait acheter les médicaments et les fournitures chirurgicales dans des pharmacies extérieures à l'hôpital pour commencer le traitement. Deuxièmement, la salle d'opération ne fonctionnait pas, principalement parce que l'appareil pour l'anesthésie était défectueux. Le temps moyen écoulé entre l'admission et le traitement des femmes ayant besoin d'une intervention chirurgicale d'urgence était presque de 4 heures.

Conception du programme : En se basant sur ces constatations, l'équipe a décidé de rénover la salle d'opération, la salle de travail et la salle de réveil, et de doter ces installations des fournitures nécessaires. Des fournitures obstétricales d'urgence ont été pré-emballées et vendues aux patientes au prix de gros. Quand la famille ne pouvait pas payer à son arrivée, on commençait le traitement immédiatement, et les parents retournaient à la maison pour recueillir l'argent. L'équipe a également apporté des améliorations à la banque de sang de l'hôpital.

Au centre de soins

Résultats de l'évaluation des besoins : Le manque de médicaments et de matériel (pour les injections intraveineuses, ergométrine, antibiotiques et antipaludéens) a été identifié comme un obstacle majeur à la prestation des SOU de base dans les centres de soins ruraux. De plus, les patientes dirigées vers l'hôpital d'enseignement devaient organiser elles-mêmes leur transport, ce qui contribuait souvent à des retards importants.

Conception du programme : L'équipe a doté le centre de soins des fournitures nécessaires et mis sur pied un fond de renouvellement pour s'assurer que les médicaments pouvant sauver des vies étaient disponibles. Une ambulance usagée, qui ne nécessitait qu'une batterie neuve, a été fournie par le Ministère de la Santé pour le transport des patientes dirigées vers l'hôpital. Finalement, pour améliorer la qualité des services, l'équipe a organisé pour le personnel du centre de soins une formation portant sur les premiers soins en obstétrique et les indications de transfert d'une patiente à un hôpital.

Dans la communauté

Résultats de l'évaluation des besoins : Le travail des groupes de discussion dans la communauté a fait ressortir plusieurs facteurs contribuant aux retards dans la demande d'un traitement. Parmi ceux-ci, l'impossibilité pour les femmes de quitter la maison sans le consentement de leur mari; souvent, quand le mari n'était pas là, personne d'autre ne voulait donner cette permission. D'autres facteurs contribuant à ce retard étaient le coût élevé du transport, des médicaments et des fournitures médicales, et la coutume selon laquelle la femme doit accoucher seule.

Conception du programme : En se basant sur ces résultats, l'équipe a élaboré les plans d'une campagne publique d'éducation portant sur l'identification des complications et sur la nécessité de consulter rapidement. Elle a également travaillé avec les chefs de la communauté pour mettre sur pied un transport régional disponible 24 heures par jour, et un fond de renouvellement pour les soins obstétricaux d'urgence.

on améliore les services de l'hôpital et on lance des activités de mobilisation communautaire, on ne pourra pas savoir à laquelle de ces deux activités les changements observés dans l'utilisation des services sont imputables. Il peut être utile de laisser s'écouler un peu de temps avant la mise en œuvre de nouvelles activités. Quand on procède ainsi, par étapes, on peut examiner l'effet d'une première activité, et ensuite l'effet de celle-ci combinée à une deuxième activité. Par exemple, on pourrait constater qu'après l'amélioration des services de l'hôpital, l'utilisation moyenne mensuelle par les femmes souffrant de complications a augmenté de X %, et qu'une augmentation additionnelle de Y % a été observée après le lancement des activités communautaires. Une telle information sur la contribution relative de chaque activité peut aider à fixer les priorités de futurs programmes. Vous trouverez dans la Section 4.2 une méthode pour planifier la mise en œuvre des activités.

Enfin, la planification des activités de surveillance et d'évaluation, et la conception du programme devraient être faites simultanément, pour que la collecte des données — des bonnes données — puisse commencer dès le début des activités et même avant (si possible).

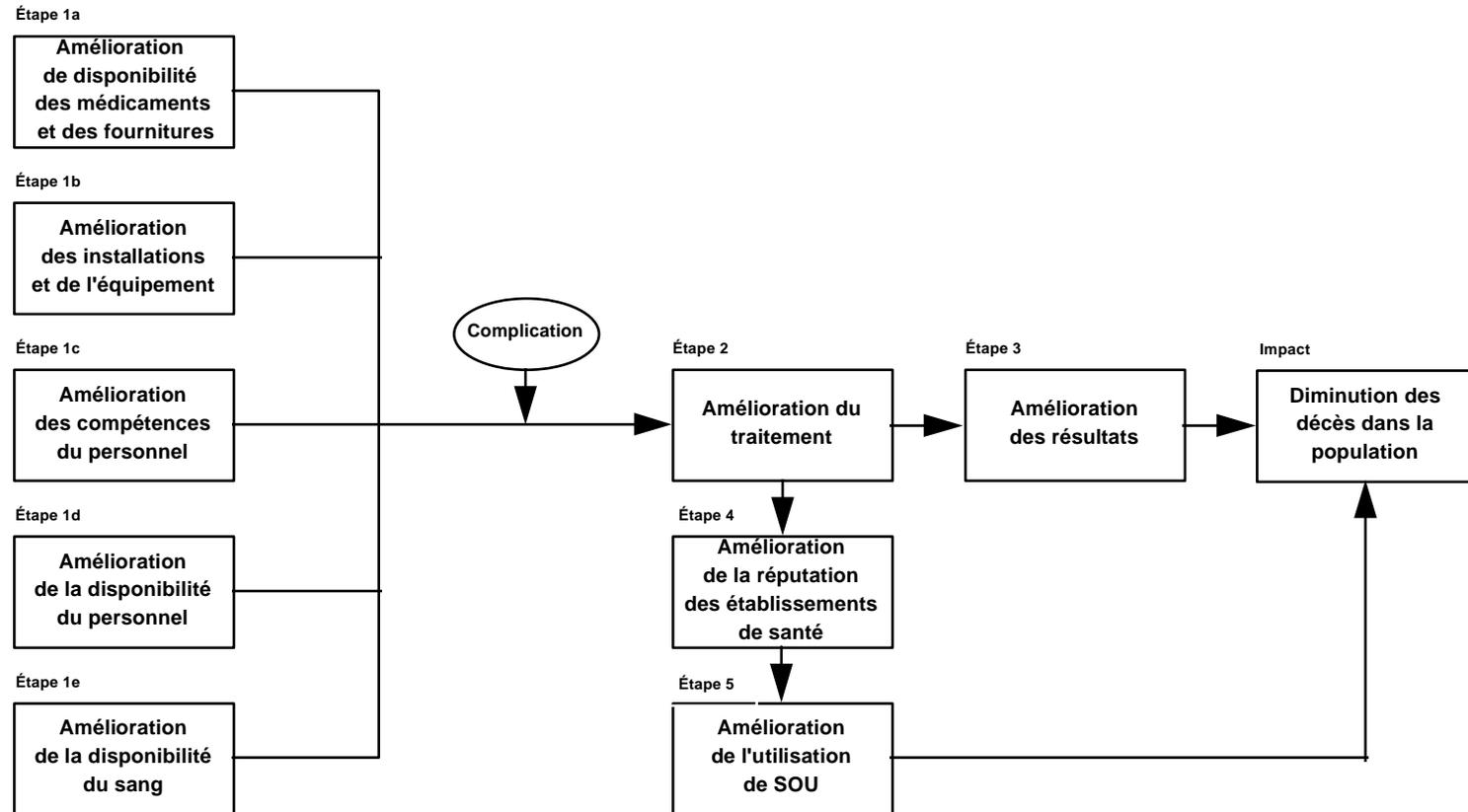
4.1 La conception des interventions

Concevoir les diverses composantes d'un programme et la façon dont elles fonctionneront ensemble est une étape clé de la planification. Il est souvent utile de dessiner un diagramme montrant les étapes composant les «chaînes causales» qui conduisent de l'intervention à la réduction des décès maternels. Définir les étapes composant la chaîne causale est une bonne façon de voir si l'on a oublié des étapes absolument essentielles. Dans les sections suivantes, nous présentons plusieurs interventions clés visant à réduire la mortalité maternelle, ainsi que des exemples tirés du Réseau PMM. Les chaînes causales menant de ces interventions au résultat désiré, c'est-à-dire la réduction des décès maternels, sont présentées sous forme de graphiques.

4.1.1 Interventions visant à améliorer les services de SOU

La figure 9 montre les chaînes causales reliant cinq activités clés destinées à améliorer la disponibilité et la qualité des soins obstétricaux d'urgence. Suit une brève discussion portant sur chacune de ces interventions.

Figure 9
Amélioration de la disponibilité et de la qualité des soins



Étape 1a Amélioration de la disponibilité des médicaments et des fournitures

L'amélioration du système d'approvisionnement et le recours aux fonds de renouvellement

Dans de nombreux pays en développement, le manque de médicaments et de fournitures dans un établissement de santé accroît les délais dans la prestation de traitements. Lorsqu'une telle pénurie se produit, on envoie habituellement les parents de la patiente acheter les articles nécessaires dans une pharmacie privée, pour que le traitement puisse commencer.

On peut parfois remédier à ce problème en améliorant le système d'approvisionnement du district à partir de l'entrepôt central du gouvernement mais, dans d'autres cas, il faut contourner le problème.

Les équipes PMM en Afrique ont essayé de nombreux plans de fonds de renouvellement. À l'Hôpital de district de Bo, en Sierra Leone, il y a maintenant une pharmacie indépendante du système d'achat national, qui est ouverte 24 heures par jour. On y vend des médicaments prescrits couramment, achetés à un fournisseur commercial en Europe, et remplacés grâce au produit des ventes.⁵⁸

Les équipes de Zaria et de Sokoto, au Nigéria, ont mis sur pied des systèmes de «trousses» de médicaments obstétricaux d'urgence. Ces trousses contiennent les médicaments et le matériel nécessaires pour traiter les complications graves. Elles sont à la disposition du département d'obstétrique en tout temps. Des mécanismes de fonds de renouvellement pour maintenir l'approvisionnement ont été établis.^{59,60}

La formule peut varier selon la situation locale, mais son but doit toujours être de diminuer les retards dans le traitement, en gardant en réserve les médicaments et fournitures nécessaires.

L'idée de demander à des gens pauvres de payer les fournitures qu'ils utilisent dérangera peut-être certains lecteurs. Le fait que cela soit acceptable ou non dépend de la situation locale.^{61,62,63} Mais pour l'instant, l'alternative à cette solution est habituellement d'envoyer en ville, à la recherche de ces fournitures, les parents affolés. Souvent, ceux-ci ne connaissent pas la ville; les prix peuvent y être trop élevés; et, si c'est la nuit, les pharmacies sont souvent fermées.⁶⁴

Étape 1b Amélioration des installations et de l'équipement

Combattre les idées fausses sur les coûts, améliorer les ressources sous-utilisées

Quand on souligne aux dirigeants le besoin de SOU, ils répondent parfois que ceux-ci coûteront très chers. Ils prennent pour acquis qu'il faudra construire de nouvelles installations et engager de nouvelles équipes de travailleurs de la santé. Pourtant, dans bon nombre de pays, des ressources considérables mais sous-utilisées sont déjà allouées au système de santé. On peut les améliorer, à un coût minime, pour qu'elles puissent dispenser des SOU. Cela ne signifie pas que toutes les ressources nécessaires sont déjà disponibles; mais on peut souvent améliorer les services de façon importante en utilisant les ressources existantes.

L'équipe PMM de Sierra Leone à Freetown, a trouvé une salle d'opération qui n'était pas utilisée parce qu'il y manquait un support pour une lampe. La lampe elle-même, inutilisée, était dans un entrepôt. Pour un coût minime, l'équipe a installé une barre et y a accroché la lampe. On a acheté un appareil de laparotomie et d'autres pièces d'équipement, et la salle d'opération a été remise en service. L'équipe a également utilisé de l'équipement bon marché lorsque c'était possible. Ainsi, au lieu d'acheter un équipement de stérilisation coûteux, on s'est procuré un poêle à pétrole et plusieurs grosses marmites dans lesquelles on a fait bouillir les instruments.⁶⁵

L'équipe PMM d'Accra a rénové un entrepôt abandonné et l'a transformé en un centre de soins de village qui fonctionne; une sage-femme qualifiée fait partie du personnel. En mobilisant les ressources de la communauté, du Ministère de la Santé et des organismes privés de bienfaisance, l'équipe n'a eu à déboursier que 10 % des 12 000 \$ US nécessaires à cette intervention.⁶⁶

Étape 1c Amélioration des compétences du personnel

Formation des médecins généralistes, des sages-femmes, formation de groupe

L'amélioration des compétences du personnel — médecins, sages-femmes et personnel infirmier — joue un rôle important pour rendre les SOU accessibles à ceux qui en ont besoin. Dans de nombreux pays, les médecins généralistes de certains hôpitaux de district ne font pas les césariennes. Ils dirigent plutôt les femmes ayant besoin de chirurgie vers l'hôpital d'enseignement le plus proche (souvent situé dans la capitale du pays). De même, dans un grand nombre de pays, les sages-femmes ne sont pas formées ou autorisées à procéder à des interventions salvatrices, comme l'extraction manuelle du placenta. Il n'y a aucune justification technique à de tels règlements, et ceux-ci causent un grand nombre de décès.⁶⁷

À Sokoto, l'équipe PMM a organisé des visites périodiques des établissements par des obstétriciens spécialistes. Pendant leur séjour, ceux-ci ont formé les médecins généralistes locaux aux tâches

obstétricales d'urgence, tout en traitant les femmes présentant des complications.⁶⁸

L'équipe PMM de Kumasi, au Ghana, a organisé la formation de sages-femmes au Juaben Health Center. Ils ont noté que, par la suite, une forte proportion des extractions manuelles du placenta, des accouchements par ventouse et des réparations d'épisiotomie étaient faites par des sages-femmes.⁶⁹

L'équipe PMM du Nigéria à Enugu, a constaté que les établissements privés étaient d'importants dispensateurs de SOU dans leur région, mais qu'une grande partie des soins y étaient dispensés par des auxiliaires assez peu qualifiées. Travaillant de concert avec les propriétaires, l'équipe a organisé des cours de formation de SOU pour ces auxiliaires, incluant des stages cliniques dans les hôpitaux des environs.⁷⁰

Bien sûr, lorsque c'est possible, on devrait appliquer ici les leçons apprises dans les autres domaines de formation. Par exemple, il est préférable de donner une formation de groupe aux membres de l'équipe chirurgicale (médecins, personnel infirmier, anesthésistes). De plus, la formation par étapes, qui permet aux gens d'utiliser quelques-unes de leurs nouvelles compétences avant d'en apprendre d'autres, est préférable à une longue session de formation.^{71,72}

Étape 1d Amélioration de la disponibilité du personnel dans les établissements

Instaurer un système de roulement des équipes, un service de garde sur place

Comme dans le cas des médicaments et des fournitures, le manque de personnel disponible 24 heures par jour est endémique dans les pays en développement. Dans de nombreux pays, les hôpitaux de district et les centres de soins ne fonctionnent qu'une partie de la journée (souvent le matin); le reste de la journée et toute la nuit, ils sont inactifs. Cela peut être vrai même là où on trouve un certain nombre de médecins parmi le personnel.

En fait, la situation est la suivante : dans bien des établissements, les salaires gouvernementaux n'ont pas suivi l'inflation (ou la dévaluation de la devise), et les membres du personnel complètent leurs revenus par la pratique privée. Il n'est peut-être pas possible de changer cette situation, mais dans un grand nombre d'établissements, on pourrait instaurer un système de roulement des équipes afin d'assurer une présence constante du personnel nécessaire.

Une autre cause au manque de disponibilité du personnel, même dans les hôpitaux d'enseignement, est la formule qui consiste à avoir des médecins «de garde», mais à l'extérieur de l'hôpital. Dans une telle situation, si une césarienne est nécessaire au

milieu de la nuit, il faut trouver une voiture (souvent l'ambulance) pour aller chercher le médecin. De tels délais peuvent être mortels pour une femme.

L'équipe PMM du Nigéria à Calabar a installé dans la maternité une «salle pour les médecins de garde» où ceux-ci, en principe, doivent rester quand ils sont de garde. Une dépense minimale (pour la peinture, le lit, la climatisation, etc.) combinée à une gestion et à une supervision améliorées, permet ainsi une utilisation optimale du personnel déjà en place.⁷³

Étape 1e Amélioration de la disponibilité du sang dans l'établissement

La banque de sang, au centre des interventions d'urgence, n'est pas une installation complexe et sophistiquée

L'amélioration de l'accès aux transfusions sanguines peut accroître l'éventail des soins d'urgence dispensés dans une installation. Cependant, à l'heure actuelle, plusieurs hôpitaux de district ne disposent d'aucun approvisionnement en sang. Dans les hôpitaux d'enseignement, la nécessité d'obtenir du sang de la banque de sang centrale de l'hôpital fait parfois perdre un temps précieux. Pourtant, il n'est pas nécessaire que la banque de sang soit une installation très complexe ou très sophistiquée. Des conseils techniques peuvent être obtenus auprès de l'OMS ou d'autres organismes. Dès que la banque de sang fonctionne, il peut s'avérer opportun d'intégrer les dons de sang à l'effort de mobilisation de la communauté.

L'équipe PMM de Bo a découvert une banque de sang dans l'entrepôt du Ministère de la Santé. Celle-ci était en état de marche et de grande capacité. L'équipe a fait en sorte que cette banque soit transportée à l'Hôpital de district de Bo. Après l'avoir utilisée pendant un certain temps, les membres de l'équipe ont constaté que plusieurs unités de sang se perdaient à cause d'irrégularités dans la fourniture d'électricité. Ils ont alors acheté un réfrigérateur kérosène/électricité plus petit et plus simple, et ils y ont entreposé de plus petites quantités de sang qu'ils remplaçaient immédiatement après usage.⁷⁴ De son côté, l'équipe de Freetown a mis sur pied un système de conservation du sang fonctionnel en utilisant la chaîne de froid de l'UNICEF⁷⁵.

Chaîne causale menant à l'amélioration des services dispensés par les SOU
(voir la figure 9)

Étape 1	La première étape de la chaîne causale prévue est l'intervention elle-même. Elle consiste à améliorer la disponibilité et la qualité des services et peut prendre la forme d'un certain nombre d'activités, choisies dans un ensemble donné (étapes 1a à 1e).
Étape 2	Les interventions des étapes 1a à 1e devraient normalement conduire à la deuxième étape de la chaîne causale : l'amélioration du traitement des complications.
Étape 3	L'amélioration du traitement devrait conduire à celle des résultats, c'est-à-dire à une réduction des décès chez les femmes ayant des complications obstétriques traitées.
Étapes 4 et 5	L'amélioration des traitements devrait aussi réduire les décès maternels d'une autre façon. L'amélioration des services devrait améliorer la réputation du système de santé dans la communauté (étape 4), ce qui pourrait conduire à une augmentation de l'utilisation des services obstétriques d'urgence (étape 5).
Impact	Si les changements projetés dans les étapes 1 à 5 se réalisent, il devrait y avoir réduction de la mortalité maternelle dans la population.

4.1.2 Interventions destinées à améliorer le transport entre les établissements de santé

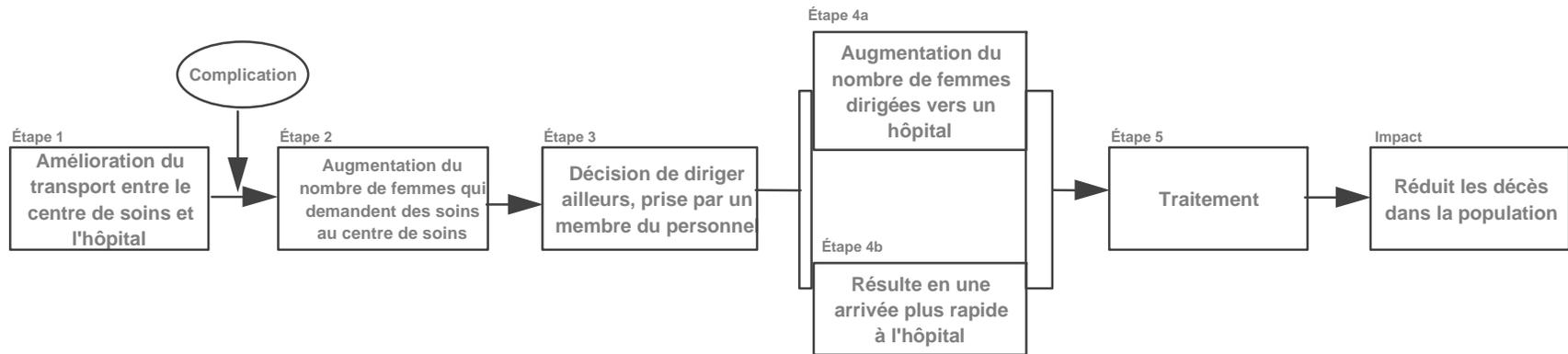
Instaurer un système de roulement des équipes, un service de garde sur place

On peut séparer en deux types distincts les interventions destinées à améliorer le transport des femmes souffrant de complications : celles qui visent le transport des femmes d'un établissement à l'autre (par exemple, d'un centre de soins à un hôpital) et celles qui visent le transport des femmes depuis leur communauté jusqu'au système de santé. Les interventions du premier type nécessitent généralement l'utilisation d'une forme quelconque de transport ambulancier géré par le système de santé. Celles du deuxième type font le plus souvent partie des activités de mobilisation de la communauté. Ces deux types d'interventions font donc l'objet de descriptions séparées.

La figure 10 montre la chaîne causale d'une intervention devant améliorer le transport entre des installations de santé. Selon la situation, il peut être possible ou impossible d'avoir une ambulance à chaque centre de soins. Les ambulances semblent offrir une solution simple, mais elles sont souvent en panne ou ne sont pas là lorsqu'on en a besoin. Là encore, la gestion et la supervision sont essentielles. Quand il est impossible d'avoir une ambulance pour chaque installation, on peut en faire venir une, comme le démontre l'exemple suivant.

L'équipe de Bo a fourni un véhicule à quatre roues motrices à l'Hôpital de district et des motocyclettes aux centres de soins gouvernementaux environnants. En cas d'urgence, les employés du centre de soins utilisaient des motos pour aller chercher le véhicule à l'hôpital. Ce système était sujet aux pannes et aux accidents de la route, et demandait beaucoup de temps. Par la suite, on a installé des radios à ondes courtes dans les centres de soins, à l'hôpital et dans le véhicule, ce qui s'avéra être un système plus satisfaisant⁷⁶.

Figure 10
Amélioration du transport entre le centre de soins et l'hôpital



Chaîne causale conduisant à l'amélioration du transport entre les installations
(voir la figure 10)

Étape 1	La première étape est l'intervention elle-même : remise en état ou achat d'une ambulance ou d'un autre véhicule approprié, qui permettra le transport des femmes souffrant de complications d'une installation offrant moins de services à une autre d'un niveau supérieur (par exemple d'un centre de soins vers un hôpital).
Étape 2	Le fait de savoir que le transport vers l'hôpital a été amélioré devrait entraîner une augmentation du nombre de femmes souffrant de complications qui voudront être traitées dans les centres de soins.
Étape 3	L'amélioration du transport entre les installations de santé devrait aussi influencer sur la décision du personnel de diriger pour traitement les femmes dont les complications ne peuvent être traitées au centre de soins. Les facteurs influençant l'orientation des patientes vers d'autres établissements pourraient être évalués lors d'entrevues avec le personnel de l'établissement d'où émane le transfert.
Étape 4a	Les changements dans la décision d'orienter les patientes devraient avoir deux résultats importants lors de la quatrième étape. Tout d'abord, l'accessibilité à un transport amélioré devrait accroître le nombre de femmes dirigées sur un autre établissement qui s'y rendent effectivement.
Étape 4b	Ensuite, l'amélioration du transport devrait réduire le temps de transport des femmes entre le centre de soins et l'hôpital.
Étape 5	Cette étape concerne l'administration du traitement à l'hôpital, pour les femmes ayant des complications. La réduction des retards dus aux problèmes de transport devrait conduire à une amélioration de l'état des femmes dirigées vers d'autres établissements.
Impact	Si tous ces changements surviennent tel que prévu, il devrait y avoir une réduction du nombre de décès maternels dans la population.

4.1.3 Interventions destinées à mobiliser les communautés

Étape 1a L'éducation des communautés : apprendre à reconnaître les signes et les symptômes des complications obstétricales

Les membres de la communauté doivent pouvoir identifier les complications et recourir aux soins rapidement. Leur éducation, y compris celle des

accoucheuses traditionnelles, est l'une des interventions communautaires les plus importantes. Habituellement, les complications obstétriques ne sont pas difficiles à reconnaître (voir figure 11). Les signes et symptômes devraient certainement être discutés lors des consultations prénatales et lors de la formation des soignants traditionnels. Cette information ne devrait pas être réservée aux femmes enceintes et aux accoucheuses traditionnelles, mais être diffusée dans toute la communauté. Il se peut que l'accoucheuse traditionnelle ne soit pas présente quand une femme commence à saigner, et ce sera peut-être son mari ou sa belle-mère qui décideront s'il faut recourir aux soins et à qui s'adresser.

Figure 11. L'éducation communautaire sur l'identification des complications

Demandez des soins obstétriques d'urgence dans l'une des éventualités suivantes :

- tout saignement vaginal avant le travail
- saignement abondant pendant ou après le travail
- maux de tête importants et/ou crises
- mains ou pieds enflés
- fièvre
- sécrétions vaginales qui sentent mauvais
- travail qui dure du matin au soir, ou vice-versa
- toute partie du bébé qui est visible, sauf la tête

Après avoir amélioré les services fournis aux établissements de santé, l'équipe de Sokoto a lancé une campagne d'éducation communautaire pour inciter les gens à utiliser les services plus souvent. Les messages portaient sur l'identification des complications et sur la nécessité d'un traitement rapide. Ils ont été diffusés lors de réunions hebdomadaires avec les chefs de la communauté, et par le biais de projections vidéo, d'affiches et de prospectus.⁷⁷

L'équipe PMM de Kumasi a diffusé des messages semblables portant sur l'amélioration des services dans les établissements. Ils ont utilisé les voies de communications existantes — travailleurs du milieu du Ministère de la santé et travailleurs de la santé des villages, personnel infirmier de santé publique et sages-femmes, comités de santé des villages — et ont rejoint toutes sortes de publics, y compris les groupes de femmes et les groupes religieux.⁷⁸

Quant à l'équipe PMM de Calabar, elle a opté pour une approche différente : la formation d'un groupe d'éducateurs communautaires afin qu'ils répandent des messages-clefs dans la communauté.

Étape 1b L'amélioration du transport communautaire

Même si chaque centre de soins possédait son ambulance, encore faudrait-il que les femmes puissent s'y rendre. La mobilisation communautaire est la réponse clé à ce problème.

L'équipe PMM de Freetown a formé des «groupes d'action» composés d'hommes du village qui étaient prêts à transporter les femmes en hamac jusqu'à la route la plus proche, dans l'éventualité de complications.⁸⁰

Les membres de l'équipe de Sokoto ont travaillé avec les syndicats locaux de transport. Ils ont organisé des ateliers pour sensibiliser et conscientiser les conducteurs, et pour mettre sur pied un fond d'urgence pour l'essence destinée au transport des femmes souffrant de complications.⁸¹

L'équipe de Zaria a motivé les conducteurs de la région à accepter de transporter les femmes souffrant de complications moyennant un forfait raisonnable.⁸²

Étape 1c L'établissement de fonds de prêts d'urgence

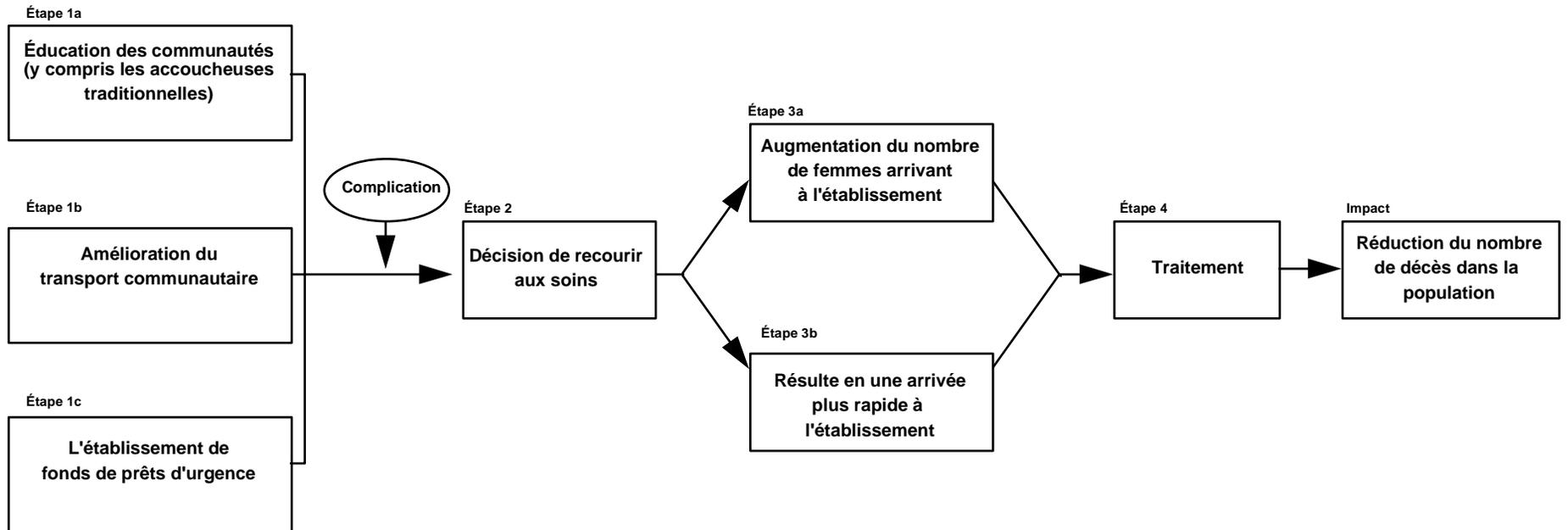
L'ensemble des coûts du transport, des frais d'hôpital et des fournitures peut représenter une somme plus élevée que celle que les familles peuvent payer dans un court laps de temps. Les fonds de prêts d'urgence, gérés par les chefs de la communauté, sont une façon de contourner ce problème. Dans certaines sociétés — y compris dans divers groupes d'Afrique de l'Ouest — il y existe des clubs d'épargne traditionnels, et l'on peut faire appel aux experts locaux. L'établissement de fonds de prêts d'urgence est l'occasion de marquer auprès des chefs de la communauté l'importance de soins médicaux rapides pour les femmes souffrant de complications. Cette intervention peut aussi servir de tribune pour l'éducation communautaire (par exemple, lors de la cérémonie d'inauguration des fonds de prêts d'urgence).

Les membres de l'équipe PMM de l'état du Benin du Nigéria, ont travaillé avec les chefs de clans traditionnels de leur région pour mettre sur pied des fonds de prêts d'urgence destinés aux femmes souffrant de complications. Pour constituer ces fonds, ils ont fourni un petit capital de départ, puis les membres de la communauté ont ajouté plusieurs centaines de dollars. Les fonds sont entièrement gérés par la communauté, qui a fixé un délai de remboursement de 6 mois. Ensuite, un intérêt minime est calculé. Plusieurs centaines de petits prêts ont été accordés durant la première année d'activité, et presque tous ont été totalement remboursés.⁸³

L'équipe de Zaria, au Nigéria, et l'équipe de Bo, en Sierra Leone, ont aussi travaillé de concert avec les communautés pour mettre sur pied des fonds de prêts. Là aussi, ils ont été entièrement gérés par la communauté.^{84,85}

La figure 12 décrit la chaîne causale pour ces trois interventions de niveau communautaire.

Figure 12
L'éducation et la mobilisation des communautés



Chaîne causale pour la mobilisation des communautés
(voir la figure 12)

Étape 1	La première étape est d'organiser et de réaliser des activités communautaires.
Étape 2	On s'attend à ce que chacune des activités communautaires influence la décision de demander des soins, soit en aidant les gens à reconnaître plus vite la nécessité de demander des soins médicaux, soit en améliorant l'accès aux fonds nécessaires et au transport.
Étape 3a	On s'attend à ce que ces interventions produisent deux résultats importants. Premièrement, ils devraient augmenter le nombre de femmes qui demandent des soins.
Étape 3b	Deuxièmement, toutes ces interventions devraient diminuer le temps de transport des femmes vers les établissements hospitaliers.
Étape 4	L'étape 4 est constituée par le traitement dispensé à l'établissement. Le nombre de femmes qui en reçoivent devrait augmenter. La réduction du retard doit conduire à l'amélioration de l'état des femmes souffrant de complications qui arrivent à l'établissement.
Impact	Si les étapes 1 à 4 sont réalisées, les décès devraient être réduits, pour une population donnée.

4.2 Le plan de mise en œuvre

Le plan de mise en œuvre doit être préparé en même temps que le plan de surveillance et d'évaluation (section 5.2). Il fixe l'échéancier des activités du programme, et prend souvent la forme d'un calendrier. Il sert de plan de travail général et il peut préciser les dates des activités de surveillance et d'évaluation. Il sert également de rappel pour que les procédures de collecte de données soient mises en place avant le début des activités du programme. Enfin, il aide les gestionnaires à planifier l'examen régulier des données recueillies et à rédiger des rapports intermédiaires d'évaluation. L'annexe A.11 fournit un exemple de plan de mise en œuvre.

5. La surveillance et l'évaluation

L'importance d'évaluer les activités sur le terrain : utilisation des diagrammes de chaînes causales afin de définir des indicateurs de processus et de rendement pour chaque activité

On n'insistera jamais assez sur l'importance de la surveillance et de l'évaluation des programmes de santé. Il ne suffit pas de concevoir et de mettre en œuvre des activités qui semblent valables, encore faut-il s'assurer qu'elles fonctionnent sur le terrain. Les indicateurs de processus et de rendement sont particulièrement utiles à cette fin, parce qu'ils fournissent une information utile non seulement pour l'évaluation finale, mais aussi pour la gestion en cours et pour l'amélioration des composantes du programme.

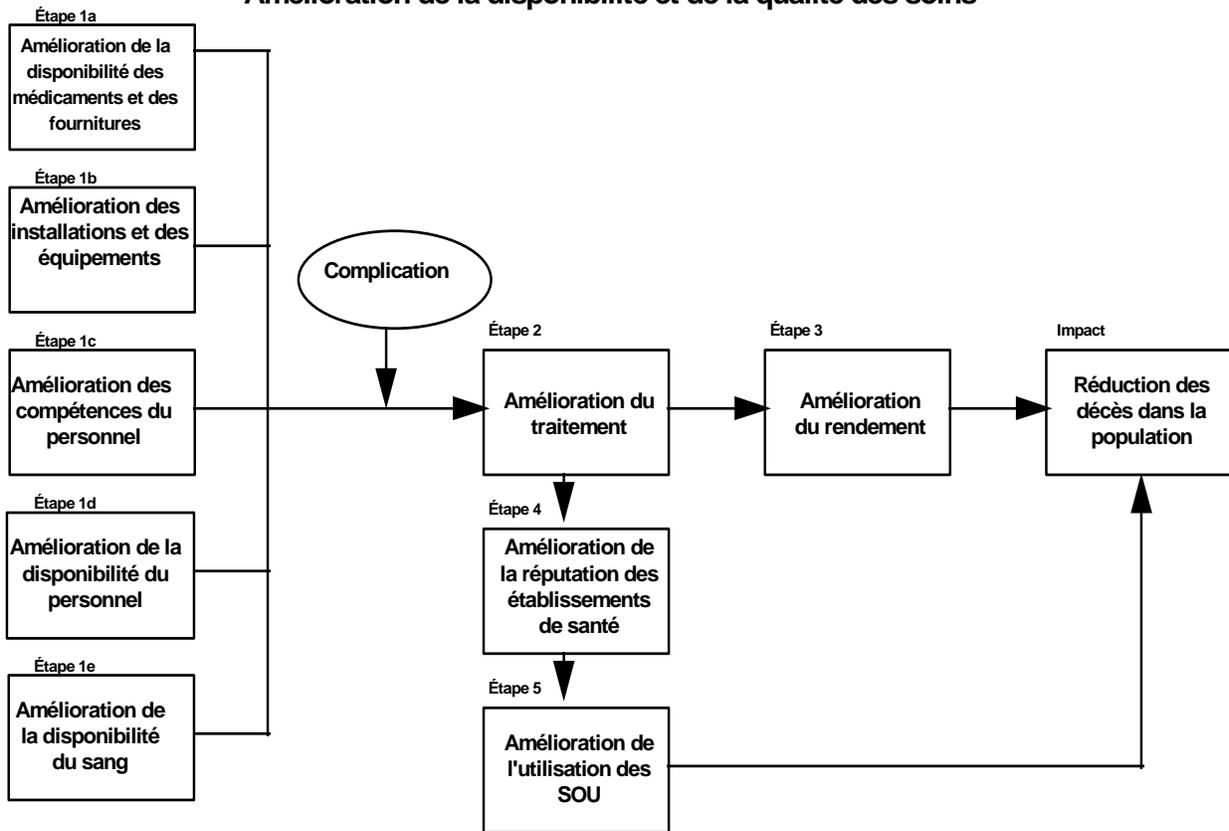
Dans ce chapitre, nous revenons sur les diagrammes de chaînes causales présentés au Chapitre 4 et nous les utilisons pour en tirer un ensemble d'indicateurs de processus et de rendement pour chaque intervention. Ces diagrammes servent à concevoir des indicateurs pour différents points situés le long d'un chemin hypothétique qui mène de l'intervention à la réduction des décès maternels. En surveillant les changements qui affectent ces indicateurs, on peut faire des inférences quant à l'effet du programme. Lorsqu'on connaît bien cette approche, on peut l'utiliser pour concevoir des indicateurs pour n'importe quel programme.

Dans le domaine de la santé internationale, on reconnaît de plus en plus que l'on ne peut mesurer l'impact de tous les aspects du projet. Il importe plutôt que les indicateurs utilisés aient un lien reconnu avec le but du programme; d'où l'idée d'utiliser les indicateurs de processus et de rendement.

De plus, à la différence des indicateurs d'impact, les indicateurs de processus et de rendement requièrent plusieurs types d'information. Recueillir l'information pour ces indicateurs le long d'une chaîne causale permet d'être mieux équipé pour procéder à des déductions quant à l'effet des activités du programme sur le résultat recherché. Plusieurs interventions ont des chaînes causales communes, donc des indicateurs communs, ce qui simplifie énormément la collecte des données.

Vous remarquerez que les indicateurs de surveillance et d'évaluation dérivés mentionnés ci-dessous correspondent aux questions utilisées pour l'évaluation des besoins, au Chapitre 3. Cela ne devrait pas nous surprendre. L'information nécessaire à la conception d'un programme bien pensé est la même que celle qui sert à évaluer son fonctionnement, soit l'information sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux d'urgence. La situation idéale serait que l'information recueillie pour l'évaluation des besoins serve aussi d'information de référence pour mesurer les progrès.

Figure 13
Amélioration de la disponibilité et de la qualité des soins



<u>ÉTAPE</u>	<u>INDICATEURS DE PROCESSUS/RENDEMENT</u>	<u>SOURCES DES DONNÉES</u>
1a	Disponibilité des médicaments et fournitures Utilisation des médicaments et fournitures	Données des listes de vérification Données de l'établissement de santé
1b	Disponibilité des établissements/équipements de SOU améliorés Utilisation des établissements/équipements de SOU améliorés	Rapports du personnel du projet Entrevues avec le personnel Données de l'établissement de santé
1c	Nombre de membres du personnel formés Capacités améliorées chez les membres du personnel	Rapports du personnel du projet Tests avant et après le projet Examen des cas
1d	Proportion d'heures par semaine avec personnel entraîné Proportion d'heures par semaine avec personnel entraîné sur les lieux	Horaire du personnel Rapports du personnel du projet Horaire du personnel Rapports du personnel du projet
1e	Disponibilité du sang Utilisation du sang	Données des listes de vérification Registre de la banque de sang
2	Temps écoulé entre l'arrivée et le traitement définitif Nombre d'interventions césariennes (ou autres actes médicaux)	Examen des cas; études des temps et des mouvements Registre de la salle d'opération
3	Taux de mortalité chez les cas (TMC)	Données de l'établissement de santé
4	Réputation du système de santé dans la communauté	Mini-sondages avant et après le projet
5	Nombre de femmes avec complications admises à l'établissement	Données de l'établissement de santé

5.1 Comment obtenir les indicateurs

5.1.1 Indicateurs de l'amélioration des services

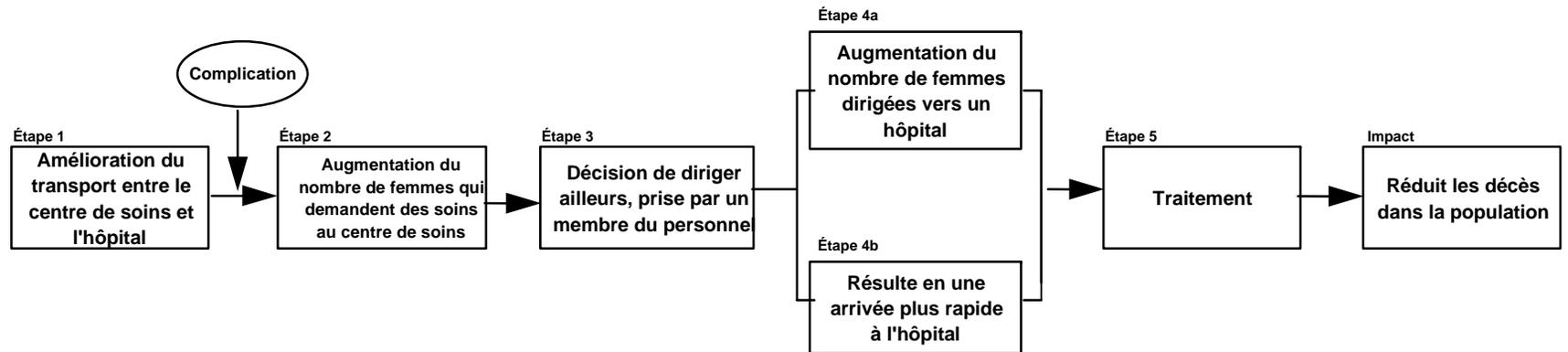
La figure 13 montre à nouveau les chaînes causales des 5 interventions destinées à agir sur la disponibilité et la qualité des soins obstétricaux d'urgence par l'amélioration de la disponibilité des médicaments et du matériel, des capacités du personnel, des installations et de l'équipement, de la disponibilité du personnel et de la disponibilité du sang. Elle montre également les indicateurs de processus et de rendement dérivés à chaque étape, et les sources des données pour ces indicateurs. Voici comment les indicateurs sont dérivés à chacune des étapes :

- Étape 1** La première étape de la chaîne causale proposée est l'intervention elle-même (voir figure 13). Les indicateurs d'évaluation pour cette étape sont des mesures directes du processus ou du rendement (par exemple, la disponibilité des médicaments et fournitures, leur utilisation, etc.)
- Étape 2** On s'attend à ce que toutes les interventions de la figure 13 conduisent à la deuxième étape de la séquence : l'amélioration du traitement des complications. On peut concevoir un certain nombre d'indicateurs pour mesurer cette étape, y compris la réduction du temps écoulé entre l'arrivée et le traitement définitif, et une augmentation du nombre de césariennes (ou d'autres procédures salvatrices).
- Étape 3** On s'attend à ce que l'amélioration du traitement résulte en une amélioration de l'état des femmes traitées. L'indicateur pour cette étape serait la réduction du taux de mortalité chez les cas (TMC), c'est-à-dire la proportion de femmes admises avec des complications obstétriques qui décèdent.
- Étape 4** On s'attend à ce que l'amélioration du traitement réduise les décès maternels en améliorant la réputation du système de santé dans la communauté (Étape 4), ce qui devrait ensuite conduire à une augmentation de l'utilisation des services obstétricaux d'urgence (Étape 5). L'indicateur pour l'Étape 4 serait la réputation du système de santé dans la communauté, telle que mesurée par un sondage, par exemple.

Étape 5 L'indicateur pour l'Étape 5 serait le nombre de femmes souffrant de complications obstétriques qui sont admises à l'établissement.

Impact Parce que nous utilisons des indicateurs de processus et de rendement, cette étape n'est pas mesurée. L'impact peut être déduit à partir des changements des indicateurs de processus.

Figure 14
Amélioration du transport entre le centre de soins et l'hôpital



<u>ÉTAPE</u>	<u>INDICATEURS DE PROCESSUS/RENDEMENT</u>	<u>SOURCES DES DONNÉES</u>
1	Disponibilité du transport Utilisation du transport	Listes de vérification; rapports du personnel du projet Journal de bord du véhicule; entrevues avec les membres de la communauté et les chefs
2	Nombre de femmes avec des complications qui arrivent au centre de soins	Données du centre de soins
3	Décision de diriger ailleurs	Entrevues avec le personnel du centre de soins; données du centre de soins
4a	Nombre de références complétées	Données du centre de soins et de l'hôpital
4b	État de la patiente à l'arrivée Temps écoulé entre la référence et l'arrivée à l'hôpital	Examen des cas; données du centre de soins et de l'hôpital; Données de l'hôpital
5	Taux de mortalité chez les cas (TMC)	Données de l'hôpital

5.1.2 Indicateurs de l'amélioration des transports

La figure 14 montre la chaîne causale pour une intervention visant à améliorer le transport entre les établissements de santé.

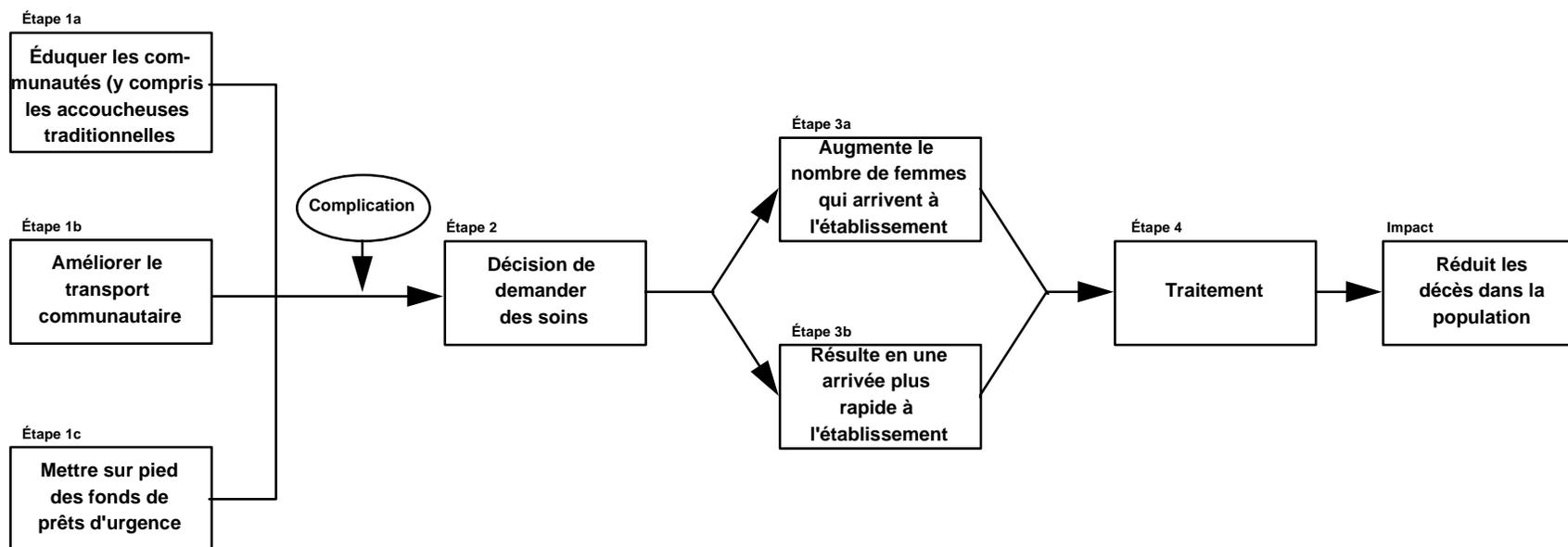
- Étape 1** Premièrement, il y a l'étape de l'intervention elle-même, avec ses indicateurs immédiats de processus et de rendement (par exemple, la disponibilité, le fonctionnement et/ou l'utilisation d'une ambulance).
- Étape 2** On s'attend à ce que l'amélioration de la disponibilité du transport entre les établissements augmente le nombre de femmes avec complications qui demandent des soins au centre de soins. À cette étape, l'indicateur est le nombre de femmes avec complications qui sont admises à cet établissement.
- Étape 3** On s'attend aussi à ce que l'amélioration du transport entre les établissements de santé influence la décision du personnel de diriger une femme vers un autre établissement pour qu'elle reçoive un traitement plus complet. À cette étape, l'indicateur est le nombre de femmes avec complications référées par le centre de soins. Des entrevues avec le personnel de l'établissement dirigeant les patientes peuvent montrer comment cette intervention a changé leur comportement.
- Étape 4a** On s'attend à ce que les changements dans la décision de diriger les patientes vers un autre établissement produisent deux résultats importants.
Premièrement, la disponibilité d'un transport amélioré devrait résulter en une augmentation du nombre de patientes dirigées vers un autre établissement. À cette étape, l'indicateur est le nombre d'orientations complétées — c'est-à-dire, le nombre de femmes avec complications qui ont été admises à l'hôpital après y avoir été dirigées par le centre de soins.
- Étape 4b** Deuxièmement on s'attend à ce que l'amélioration du transport réduise le temps nécessaire à une femme pour atteindre le centre de soin. Ici, il y a au moins deux indicateurs à prendre en compte :
- l'état de la femme lorsqu'elle arrive à l'hôpital,
 - le temps écoulé entre la décision de la diriger vers l'hôpital et le moment où elle y parvient.
- Pour nombre de raisons, nous recommandons d'utiliser l'indicateur de l'état médical dès l'arrivée. Tout d'abord, les données pour mesurer cet état (pression artérielle, température, etc.) peuvent être recueillies à l'hôpital, alors que les données pour mesurer le temps écoulé entre la décision de diriger vers l'hôpital et

l'admission doivent être recueillies à la fois au centre de soins et à l'hôpital, ce qui est plus compliqué. Ensuite, il est plus facile de définir de façon objective «l'état à l'arrivée» que «la décision de diriger vers l'hôpital».

Étape 5 On s'attend à ce que l'état des femmes avec complications s'améliore parce qu'elles arrivent plus tôt. Pour mesurer cela, on peut utiliser comme indicateur le taux de mortalité chez les cas parmi les femmes dirigées vers un autre établissement. Il faut toutefois interpréter cet indicateur avec prudence, parce qu'il reflète aussi les améliorations des services offerts par l'établissement.

Impact Comme précédemment, cette étape n'est pas mesurée. L'impact peut être déduit à partir des changements des indicateurs de processus et de rendement.

Figure 15
L'éducation et la mobilisation des communautés



<u>ÉTAPE</u>	<u>INDICATEURS DE PROCESSUS/RENDEMENT</u>	<u>SOURCES DES DONNÉES</u>
1a	Nombre de cours donnés; nombre de personnes éduquées Connaissance des signes de complications	Rapports du personnel du projet; listes de présence aux cours Mini-enquêtes avant et après l'intervention/mini-sondages
1b	Disponibilité du transport communautaire Utilisation du transport communautaire	Entrevues avec les chefs de villages; rapport du personnel du projet Entrevues avec les patientes; registres de transport
1c	Disponibilité des prêts d'urgence Utilisation des prêts d'urgence	Entrevues avec les chefs de villages; rapport du personnel du projet Entrevues avec les chefs de villages; registres de prêts
2	Décision de demander des soins	Groupes de discussion dans la communauté; mini-enquêtes
3a	Nombre de femmes avec complications arrivant à l'établissement	Données de l'établissement
3b	État à l'arrivée	Données de l'établissement
4	Taux de mortalité chez les cas (TMC)	Données de l'hôpital

5.1.3 Indicateurs de mobilisation des communautés

La figure 15 montre la chaîne causale pour trois interventions clés au niveau communautaire : l'éducation des communautés (y compris les accoucheuses traditionnelles), l'amélioration du transport communautaire et la mise sur pied de fonds de prêts d'urgence.

Étape 1 Les indicateurs immédiats de processus et de rendement pourraient être :

- le nombre de séances d'information à la communauté qui ont été tenues
- la connaissance des signes de complications parmi les participants aux séances
- le nombre de propriétaires de véhicules mobilisés
- le nombre de femmes transportées
- le nombre de fonds de prêts mis sur pied
- le nombre de prêts accordés ou remboursés, etc.

Étape 2 Chacune des interventions communautaires peut influencer la décision de demander des soins. L'étude qualitative est le meilleur moyen d'étudier l'information sur ce qui fait obstacle à la demande de soins hospitaliers. Elle est caractérisée par le recours aux entrevues, aux groupes de discussion avec la communauté, ses chefs, et ses accoucheuses traditionnelles. Elle peut aussi intégrer des mini-sondages^c afin de mesurer les opinions sur les facteurs qui affectent cette décision, et pour évaluer l'évolution de la situation.

Étape 3a À l'Étape 3, les interventions communautaires peuvent produire des résultats importants. Premièrement, elles devraient augmenter le nombre de femmes qui demandent des soins. À cette étape, l'indicateur est le nombre de femmes avec complications qui sont admises à l'établissement.

Étape 3b Deuxièmement, on s'attend à ce que toutes ces interventions réduisent le temps nécessaire pour se rendre à l'établissement. À cette étape, l'indicateur est l'état de la femme lors de son arrivée à l'établissement.

Il existe un autre indicateur pour cette étape : le temps écoulé entre le début de la complication et l'arrivée à l'établissement. Il n'est pas

^c Un mini-sondage contient un petit nombre de questions et de réponses qui peuvent tenir sur une page, et s'adresse à 10 ou 12 personnes. Il est donc facile de mettre cette information sous forme de tableau.

recommandé en général, mais il peut être utile dans certaines situations. Par exemple, puisque la définition du «temps de début de la complication» varie selon chaque complication (par exemple, pour une hémorragie, ce serait le moment où le saignement a commencé; pour le travail prolongé/dystocique, ce serait le début du travail), il serait préférable d'utiliser cet indicateur pour un seul type de complication. Il est difficile de rassembler des données fiables sur cet intervalle, car il faut pouvoir demander à la patiente ou à sa famille quand la complication a commencé, et il peut être difficile pour eux de donner un moment précis. Pour certaines complications, on peut utiliser des unités de mesure approximatives (comme les jours). Il est également conseillé de recueillir de l'information sur la distance parcourue, pour avoir une comparaison valide des intervalles de temps.

Étape 4 On s'attend à ce que la réduction du retard mène à l'amélioration de l'état des femmes souffrant de complications qui se rendent à l'établissement. Cet effet peut être mesuré en utilisant le taux de mortalité chez les cas (TMC). Nous insistons de nouveau sur le fait que le TMC doit être interprété avec prudence, puisqu'il reflétera aussi les changements dans les services à l'établissement de santé.

Impact L'impact des interventions communautaires sur les décès maternels peut être déduit des indicateurs de processus et de rendement. Si le nombre de femmes avec complications qui arrivent à l'établissement augmente, et que le taux de mortalité chez les cas diminue, on peut être raisonnablement certain que les décès maternels dans la population diminuent.

5.2 La planification des activités de surveillance et d'évaluation

Le plan de surveillance et d'évaluation : comment l'élaborer, ce qu'il contient, ce qu'il permet

Le plan de surveillance et d'évaluation précise les indicateurs utilisés pour chaque activité : d'où viendront les données, à quel rythme elles seront recueillies (ou résumées si elles sont collectées sur une base régulière) et qui assurera la collecte de ces données.

L'élaboration d'un tel plan, effectué avant le début de nouvelles activités, vise plusieurs objectifs : permettre aux planificateurs de réfléchir au déroulement prévu, définir les données qui devront être recueillies, définir quand ces données devront être recueillies et déterminer à l'avance les ressources qui seront nécessaires pour mener les activités de surveillance et d'évaluation.

Une des façons de prévoir quels seront les types d'informations nécessaires consiste à préparer les grandes lignes du rapport final et à concevoir des modèles de tableaux ou des graphiques illustrant les effets du programme. Ceux-ci peuvent être utilisés pour vérifier que l'on recueille bien toute l'information nécessaire. L'annexe A.12 fournit un exemple de plan de surveillance et d'évaluation.

Le plan de surveillance et d'évaluation devrait être élaboré en même temps que le plan de mise en œuvre. Comme nous l'avons déjà dit, il sert à s'assurer, dès le début des activités du programme, que les données nécessaires seront recueillies. De plus, les agences subventionnaires exigent de plus en plus souvent que les demandes de subvention indiquent comment l'on procédera à la surveillance et à l'évaluation.

Faites en sorte que la surveillance et l'évaluation restent simples. Limitez autant que possible le nombre d'indicateurs sur lesquels vous recherchez des informations et le nombre de méthodes de recherche que vous utilisez pour le faire.

Un plan de surveillance et d'évaluation simple a plus de chance d'être réalisé et nécessitera moins de ressources qu'un plan qui exige trop de temps des fournisseurs de services et des gestionnaires de programme. Le principal but du programme est d'améliorer la santé, il ne faut donc pas que les activités de surveillance et d'évaluation détournent inutilement les ressources dont les services ont besoin.

5.3 L'utilisation des résultats pour la gestion du programme

Comment traiter les données pour les rendre véritablement utilisables : la façon de les présenter, de les recueillir, d'y intéresser ceux qui les collectent

Pour être utiles les données doivent être rapidement disponibles et faciles à utiliser.

Il peut être pertinent de :

- préparer une feuille de présentation standard destinée aux personnes qui les collectent,
- de produire des tableaux ou des graphiques simples montrant les changements survenus avec le temps dans les indicateurs clés (les fournisseurs de services ou d'autres membres du personnel peuvent s'en charger),
- d'organiser des réunions périodiques pour examiner les tendances indiquées par les graphiques et discuter des raisons possibles des changements constatés,
- d'organiser des examens périodiques des données recueillies (ils doivent être prévus dans le plan de mise en œuvre).

Ces examens devraient servir de « points décisionnels » pour évaluer le progrès des activités et permettre de prendre des décisions sur les changements nécessaires. On

peut ainsi modifier, améliorer voire interrompre dès le départ les composantes du programme qui se révèlent inadéquates.

L'examen des données, de leur utilisation devrait faire partie des tâches de supervision des responsables du programme. Une des façons d'encourager son utilisation adéquate est de rendre l'information disponible à ceux qui participent au programme.

Rendre l'information disponible à ceux qui la collectent — Que ce soit au niveau national ou au niveau du district, si les membres du personnel n'ont à rapporter que les données « brutes », il est peu probable qu'ils les utilisent dans leurs activités. Par contre, s'ils sont responsables non seulement de la collecte, mais aussi du calcul de certains indicateurs de performance clés, il leur sera plus aisé de les utiliser pour orienter leurs activités. De plus, le personnel recueillera sans doute ces données de façon plus assidue s'il peut les utiliser pour gérer le programme.

L'utilisation des résultats pour la gestion du programme implique donc une certaine décentralisation des prises de décision. En effet, les données du centre de soins ou de district ne seront pas très utiles au gestionnaire s'il n'a pas le pouvoir de prendre des décisions basées sur ces résultats.

Le journal de programme ou journal de projet : un outil permettant de mieux interpréter les changements constatés

La tenue d'un **journal de programme** peut être extrêmement utile pour interpréter les données que vous aurez recueillies. Ce journal peut être un simple cahier où le gestionnaire du programme note, par dates, tous les événements ou changements pouvant avoir un effet sur le programme. La mise à jour devrait être faite sur une base hebdomadaire et inclure tous les événements, qu'ils fassent ou non partie du programme. Par exemple, les dates d'affectation d'un nouveau gestionnaire, de réception de médicaments et de fournitures, ou d'interruption de l'alimentation électrique de la salle d'opération, devraient toutes être inscrites. Il serait important d'inscrire également une grève des transports, une chute brusque de l'économie, la fermeture d'un établissement de santé des environs ou l'ouverture d'une nouvelle route, car chacun de ces facteurs peut avoir un effet sur l'utilisation des services. Si le nombre de femmes avec complications qui viennent à l'hôpital augmente brusquement, ce genre d'information peut être extrêmement utile pour trouver les facteurs qui en sont responsables.

Lorsque le journal ne suffit pas : le recours à l'enquête qualitative

Mais, même avec un journal de projet, il se peut qu'on ne puisse identifier les raisons d'un changement (ou de l'absence de changement) dans un indicateur. Il peut alors être utile de faire une rapide enquête qualitative sur le sujet. Par exemple, supposons qu'après avoir fait une évaluation en profondeur des besoins, on ait amélioré la capacité chirurgicale et l'entreposage du sang à l'hôpital, mais que la diminution attendue de mortalité chez les cas ne se produise pas. Une enquête plus approfondie du fonctionnement de l'hôpital, par le biais d'entrevues avec le personnel clé, l'examen des cas, et/ou d'observation directe peut révéler des contraintes qui n'avaient pas été constatées au départ ou de nouveaux problèmes qui n'avaient pas été anticipés. De même, si l'utilisation des services de l'hôpital n'augmente pas tel que prévu, le travail en groupes de discussion dans la communauté peut aider à identifier les barrières auxquelles il faut s'attaquer.

Quelques principes généraux s'appliquant à la mesure des indicateurs : mesure en termes absolus, en termes relatifs, ou par catégories

Les contraintes d'espace nous empêchent de discuter de l'usage de chacun d'entre eux. Cependant pour la plupart des indicateurs de programme décrits ci-dessous, les changements peuvent être inscrits soit en termes absolus (en utilisant des chiffres), soit en termes relatifs (en utilisant des pourcentages). Prenons, dans la figure 13, l'exemple du premier indicateur de la liste, soit la disponibilité des médicaments et des fournitures. Il peut aussi bien être mesuré en termes absolus qu'en termes relatifs. Voici une façon d'inscrire un changement en terme absolu : «Avant le projet, il n'y avait pas de réfrigérateur pour entreposer le sang, mais l'équipe en a acheté un.» Dans cet exemple, le nombre avant projet était de 0, et il est passé à 1. Si on utilise les pourcentages, on inscrira le changement de la façon suivante : «Pendant l'analyse de la situation, seulement 30 % des médicaments et fournitures de la liste de contrôle se trouvaient effectivement à la maternité de l'hôpital. Pendant la dernière année du projet, les visites de supervision mensuelles ont révélé que 85 % à 97 % des articles de la liste étaient disponibles.» Le personnel du programme peut dresser lui-même les listes de vérification, mais s'il existe des listes standard, il serait préférable de les utiliser. L'utilisation de telles listes standard permet de comparer plus facilement les résultats de différentes études. Les agences gouvernementales possèdent souvent des listes standard de médicaments et de fournitures, qui peuvent être utilisées pour dresser des listes de vérification; de telles listes sont également disponibles auprès des agences internationales.^{86,87}

Pour certains indicateurs il est préférable d'utiliser des catégories

Cela s'applique tout particulièrement aux indicateurs les plus nouveaux, comme l'intervalle admission-traitement ou l'état de la patiente souffrant de complications à son arrivée à l'établissement. Par exemple, on peut indiquer les pourcentages d'intervalles admission-traitement dans les catégories suivantes : moins d'une heure, de 1 à 6 heures, plus de 6 heures. Les catégories devraient refléter des différences significatives. Par exemple, pour une femme qui attend de recevoir des soins pouvant lui sauver la vie, la différence entre 1 heure et 4 heures est beaucoup plus importante qu'entre 21 et 24 heures. Pour certains indicateurs, il faudra fixer les catégories avec beaucoup de soin. Par exemple, pour regrouper les femmes souffrant de complications selon leur état à l'arrivée, il faudra définir les catégories en termes de valeurs de pression artérielles et de température, etc. Souvent, trois catégories suffiront : mauvais, acceptable, bon.

Figure 16. Résumé : Caractéristiques principales de la stratégie de conception et d'évaluation de programmes

Utilisation des données existantes pour la première évaluation et en tant que données de base. La stratégie met l'accent sur l'utilisation des données provenant de l'établissement, dont un grand nombre est déjà disponible, pour orienter la conception du programme et servir de données de base pour mesurer le progrès.

Intégration des activités de conception et d'évaluation du programme. On la recommande pour tous les programmes de santé publique, mais elle est particulièrement importante pour les programmes de mortalité maternelle et les autres programmes de santé de la reproduction, qui dépendent en grande partie des indicateurs de processus et de rendement.

Utilisation des indicateurs de processus et de rendement. Des inférences à propos de l'impact et des contributions des composantes d'un programme sont faites à partir de la surveillance minutieuse des indicateurs de processus et de rendement, et de l'attention portée aux facteurs externes qui peuvent avoir un effet sur le projet.

Utilisation des données de rendement portant sur l'utilisation des services. Parce que l'utilisation rapide des soins médicaux d'urgence est la clé de la réduction de la mortalité maternelle, la stratégie de conception et d'évaluation des programmes de mortalité maternelle dépend en grande partie de la collecte des données portant sur l'utilisation des services.

Collecte des données liées aux coûts. Les données liées aux coûts des interventions sont utiles pour informer les décideurs sur la reproductibilité et la pérennité des programmes.

Utilisation des données quantitatives et qualitatives. Les données quantitatives sont utilisées pour évaluer la disponibilité, l'utilisation et la qualité des services. Elles répondent à la question «Combien?» Les données qualitatives donnent une idée des raisons sous-jacentes des tendances observées dans la disponibilité, l'utilisation et la qualité des services. Elles répondent à la question «Pourquoi?» Les données qualitatives sont utiles à différentes étapes du programme, surtout lors de sa conception.

L'examen périodique des données à des fins de gestion du programme. L'un des avantages de l'utilisation des indicateurs de processus et de rendement est qu'ils fournissent une information utile aux gestionnaires de programmes tout au long de leur déroulement. Les indicateurs répondent rapidement aux changements et ils doivent être examinés sur une base continue.

6. Diffusion de l'information

Les meilleurs plans de surveillance et d'évaluation, et les recherches d'évaluation les mieux menées auront peu d'impact si l'information n'est pas transmise aux bonnes personnes. Les personnes suivantes devraient avoir accès à l'information liée à la surveillance et à l'évaluation :

- les fournisseurs de services
- les gestionnaires de programmes
- les décideurs locaux
- les décideurs au niveau national et
- les agences subventionnaires

Les stratégies utilisées pour rendre l'information disponible et utile à ces groupes peuvent varier. Le rapport destiné aux décideurs sera différent selon l'information nécessaire aux gestionnaires de programmes responsables des activités quotidiennes. Il y a plusieurs façons de diffuser les résultats des recherches. Voyez qui compose chaque public cible et ce que chacun doit savoir au sujet du programme. Le meilleur moyen de rejoindre certains publics (comme le personnel du Ministère) est d'organiser un atelier au niveau national. La couverture médiatique de ce genre d'événements est un excellent moyen d'assurer une plus large diffusion du message. D'autres publics sont touchés plus facilement par le biais de bulletins ou par les journaux internationaux. Voici des lignes directrices pour la diffusion de l'information :

Impliquer les personnes qui pourraient utiliser l'information le plus rapidement possible. Les planificateurs de programme et les fournisseurs de services utiliseront les résultats de la surveillance et de l'évaluation s'ils sentent qu'ils ont été impliqués dans le processus de décision. Habituellement, ceux-ci ne perçoivent pas la collecte de données comme une implication suffisante. Pour qu'ils se sentent impliqués dans le processus, il serait bon de discuter tôt avec eux de différentes questions, comme, par exemple, les indicateurs et les méthodes qui seront utilisées. On devrait également tenir informés les fonctionnaires des agences publiques et privées, car ils peuvent fournir de bonnes idées et aider à éliminer les obstacles auxquels le programme pourrait faire face.

Diffuser l'information le plus tôt possible. Cette diffusion peut prendre la forme de mises à jour périodiques sur le programme, qui devraient commencer le plus tôt possible. Les planificateurs de programmes et les fournisseurs de services seront plus susceptibles d'utiliser les résultats des activités de surveillance et d'évaluation si on les tient bien informés.

Communiquer l'information importante à la fois verbalement et par des rapports écrits. Toutes les fois que vous le pouvez, profitez de petits ateliers, de réunions ou d'autres occasions pour présenter l'information importante. Vous trouverez

dans l'Annexe A.13 des lignes directrices pour la création de présentations visuelles, de tableaux, et de graphiques clairs.

Vos rapports doivent être simples et concis. Plus les rapports sont concis et faciles à lire, plus ils sont susceptibles d'être lus. Les rapports de surveillance périodiques peuvent tenir en deux ou trois tableaux ou graphiques simples, et en quelques pages de textes comportant la description et l'analyse des données, ainsi que des recommandations. Voici quelques suggestions (figure 17) portant sur les différentes sections d'un rapport plus complet que vous devrez fournir à la fin de chaque étape, ainsi que le nombre de pages de chacune de ces sections.

**Figure 17. Plan des rapports intermédiaires
ou du rapport final**

- | | |
|---|--------------|
| 1. Résumé administratif | (2 pages) |
| 2. Contexte/Introduction | (2 pages) |
| 3. Méthodes utilisées | (3 pages) |
| 4. Résultats | (8-10 pages) |
| 5. Conclusions et recommandations | (4 pages) |
| 6. Annexes : Cartes, tableaux, outils utilisés
nécessaire) | (si |

Références

1. World Health Organization/UNICEF. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality. WHO/FRH/MSM/96.11, UNICEF/PLN/96.1, Avril 1996.
2. World Population, 1992. United Nations, Department of Economic and Social Development, Population Division, New York, 1992.
3. AbouZahr C, and Royston E. Maternal Mortality: A Global Factbook, World Health Organization, Genève, 1991.
4. The Maternal Morbidity Network, Fortney, J.A., and Smith, J.B., eds. The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries. North Carolina: Family Health International, Décembre 1996.
5. World Health Organization/UNICEF, op. cit.
6. Tahzib, F. "Vesicovaginal Fistula in Nigerian Children." The Lancet, Décembre 7, 1985:1291-1293.
7. Murphy, M. "Social Consequences of Vesico-Vaginal Fistula in Northern Nigeria." Journal of Biosocial Science 13:139-150, 1980.
8. World Bank, World Development Report 1993: Investing in Health, Oxford, New York, 1993.
9. World Bank, op. cit.
10. AbouZahr, C., and Royston, E. Maternal Mortality: A Global Factbook. Geneva: Division of Family Health, World Health Organization, 1991.
11. The PMM Network. "Barriers to Treatment of Obstetric Emergencies in Rural Communities of West Africa." Studies in Family Planning, 23(5):279-91, Sept/Oct 1992.
12. The PMM Network. "Situation Analyses of Emergency Obstetric Care Facilities: Examples from Eleven Sites in West Africa." Social Science and Medicine, 40(5):657-667, 1995.
13. Maine, D., Akalin, M.Z., Chakraborty, J., de Francisco, A., and Strong, M. "Why Did Maternal Mortality Decline in Matlab?" Studies in Family Planning 27(4):179-187, Juillet/Août 1996.
14. Kwast, B.E. "Building a Community-Based Maternity Program." International Journal of Gynecology and Obstetrics 48 Suppl.1: S67-S82, 1995.
15. Mbaruku, G., and Bergstrom, S. "Reducing Maternal Mortality in Kigoma, Tanzania." Health Policy and Planning 10(1):71-78, 1995.

16. Fortney, J. "Operations Research in Safe Motherhood with Special Reference to Emergency Obstetric Care." Report of a Technical Meeting of the Inter-Agency Group for Safe Motherhood, May 31-June 2, 1995. Measham, D.M., and Kallianes, V.D., eds. New York: Family Care International, 1995.
17. Russell, A. "Making Pregnancy and Childbearing Safer for Women in West Africa." Carnegie Quarterly 38(1):1-17, 1993.
18. The PMM Network. PMM Results Conference: Abstracts, Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University, New York, Novembre 1996.
19. Maine, D., Wardlaw, T.M., Ward, V.M., McCarthy, J., Birnbaum, A., Akalin, M.Z., and Brown, J.E. Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. New York: UNICEF/WHO/UNFPA, Octobre 1997.
20. McCarthy, J., and Maine, D. "A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality." Studies in Family Planning 23(1):23-33, Jan/Fev 1992.
21. World Health Organization. Prevention of Maternal Mortality. Report of a WHO Interregional Meeting, Geneva, 11-15 November 1985. FHE/86.1, 1986.
22. Fortney, J.A. "The Importance of Family Planning in Reducing Maternal Mortality," Studies in Family Planning, 18(2):109-113, Mar/Avr 1987.
23. Bertrand, J.T., Magnani, R.J., and Knowles, J.C. Handbook of Indicators for Family Planning Evaluation, The Evaluation Project, Carolina Population Center, Chapel Hill, 1994.
24. Rosenfield, A., and Maine, D. "Maternal Mortality — A Neglected Tragedy: Where is the M in MCH?" The Lancet, Juillet 13, 1985, 2(8446):83-85.
25. Maine, D. Safe Motherhood Programs: Options and Issues. Columbia University, Center for Population and Family Health, New York, 1991.
26. Rooney, C. Antenatal Care and Maternal Health: How Effective is it? Geneva, World Health Organization; 1992.
27. Winikoff B., Carignan C., Bernardik E., and Semeraro P. "Medical Services to Save Mothers' Lives: Feasible Approaches to Reducing Maternal Mortality". The Population Council, Programs Division. Working Paper No. 4, Mars 1991.
28. Nortman, D. Parental Age as a Factor in Pregnancy Outcomes, Reports on Population/Family Planning No.16, The Population Council, NY 1974.
29. Chen, L.C., et al. "Maternal Mortality in Rural Bangladesh" Studies in Family Planning, 5(11):337, Nov 1974.

30. Greenwood, A.M., et al. "A Prospective Survey of the Outcome of Pregnancy in Rural Area of the Gambia." Bulletin of the World Health Organization, 1987, 65(5):635-43.
31. Maine, D., op cit., 1991.
32. Tietze, C. "The 'Problem' of Repeat Abortions." Family Planning Perspectives, 6(3):148-150, 1974.
33. Heise, L.L., Pitanguy, J., and Germain, A. Violence Against Women: The Hidden Health Burden. World Bank Discussion Papers No. 255. Washington, D.C.: The World Bank, 1994.
34. Maine, D., 1991.
35. World Health Organization/UNICEF, op cit.
36. Bertrand, J.T., et al., op cit.
37. Maine, D., et al., op cit., 1997.
38. World Bank, op cit.
39. United Nations. Demographic Yearbook, 41st Edition. New York: United Nations, 1991.
40. Boerma, J.T., and Mati, J. "Identifying Maternal Mortality through Networking: Results from Coastal Kenya." Studies in Family Planning 20(5):245-53, Sept/Oct 1989.
41. Graham, W., Brass, W., and Snow, R. "Estimating Maternal Mortality: The Sisterhood Method." Studies in Family Planning, 20(3):125-135, Mai/Juin 1989.
42. Kwast, B., and Liff, J. "Factors Associated with Maternal Mortality in Addis Ababa, Ethiopia." International Journal of Epidemiology, 17(1):115-121, 1988.
43. Graham, W., et al., op cit.
44. Maine, D., et al., op cit., 1997.
45. Shahidullah, M. "The Sisterhood Method of Estimating Maternal Mortality: The Matlab Experience." Studies in Family Planning, 26(2):101-106, Mar/Avr 1995.
46. Benedetti, T.J., et al. "Maternal deaths in Washington State." Obstetrics and Gynecology, 66:99, 1985.
47. World Health Organization. Studying maternal mortality in developing countries: rates and causes. Document WHO/FHE/87.7, Genève, 1987.
48. Maine, D., et al., op cit, 1996.

49. Fauveau, F., Stewart, K., Khan, S.A., and Chakraborty, J. "Effect on Mortality of Community-Based Maternity-Care Programme in Rural Bangladesh." The Lancet, 338(8776):1183-1186, Novembre 9, 1991.
50. World Bank. Indonesia's Health Work Force: Issues and Options. Report No. 12835. Washington, D.C., 1994.
51. Maine, D., et al., op cit., 1996.
52. The PMM Network, op cit., 1992.
53. Maine, D., et al., op cit., 1997.
54. Maine, D., et al., op cit., 1997.
55. Maine, D., et al., op cit., 1997.
56. Maine, D., et al., op cit., 1997.
57. Nirupam, S., and Yuster, E. A. "Emergency Obstetric Care: Measuring Availability and Monitoring Progress." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 50 Suppl. 2:S79-S88, 1995.
58. Thuray, H. , Samai, O., Fofana, P., and Sengeh, P. "Establishing a Cost Recovery System for Drugs, Bo, Sierra Leone." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
59. Ifenne, D., Essien, E., Golji, N., Sabitu, K., Alti-Mu'azu, M., Musa, A., et al. "Improving the Quality of Obstetric Care at the Teaching Hospital, Zaria, Nigeria." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
60. Oyesola, R., Shehu, D., Ikeh, A.T., and Maru, I. "Improving Emergency Obstetric Care at a State Referral Hospital, Kebbi State, Nigeria." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
61. Chisadza, E., Maponga, C.C., and Nazerali, H. "User Fees and Drug Pricing Policies: A Study at Harare Central Hospital, Zimbabwe." Health Policy and Planning 10(3):319-326, 1995.
62. Weaver, M., Ndamobissi, R., Kornfield, R., Blewane, C., Sathe, A., Chapko, M., et al. "Willingness to Pay for Child Survival: Results of a National Survey in Central African Republic." Social Science and Medicine 43(6):985-998, 1996.
63. Haddad, S., and Fournier, P. "Quality, Cost and Utilization of Health Services in Developing Countries: A Longitudinal Study in Zaire." Social Science and Medicine 40(6):743-753, 1995.
64. The PMM Network, op cit., 1992.

65. Leigh, B., Kandeh, H.B.S., Kanu, M.S., Kuteh, M., Palmer, I.S., Daoh, K.S., and Moseray, F. "Improving Emergency Obstetric Care at a District Hospital, Makeni, Sierra Leone." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
66. Senah, K.A., Richardson, D., Kwofie, G., Wilson, J.B., Collison, A.H., and Tinkorang, E.K. "From Abandoned Warehouse to Life-saving Facility, Pakro, Ghana." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
67. World Health Organization. Midwifery Education: Action for Safe Motherhood. Report of a Collaborative Pre-Congress Workshop, Kobe, Japan, 5-6 October, 1990. WHO/MCH/91.3, Genève, 1991.
68. Oyesola, R., et al., op cit.
69. Djan, J.O., Kyei-Faried, S., Twum, S., Danquah, J.B.O., Ofori, M., and Browne, E.N.L. "Upgrading Obstetric Care at the Health Center Level, Juaben, Ghana." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
70. Chukudebelu, W., Ikeme, A., Okaro, J., Egbuciem, P., Onah, B., Okeke, V., et al. "Involving the Private Sector in Improving Obstetric Care, Anambra State, Nigeria." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
71. Golden, A.S., Wawer, M.J., and Mercer, M.A. "Training CBD Workers for Family Planning and Health Interventions." In Wawer, M., Huffman, S., Cebula, D., and Osborn, R., eds. Health and Family Planning in Community-Based Distribution Programs. Colorado: Westview Press, Inc., 1985, p. 399.
72. Wawer, M.J., McNamara, R., McGinn, T., and Lauro, D. "Family Planning Operations Research in Africa: Reviewing a Decade of Experience." Studies in Family Planning 22(5):279-293, Sept/Oct 1991.
73. A. Kamara, personal communication, Juillet 1997.
74. Sengeh, P., Samai, O., Sidique, S.K., Kebbie, A., Fofana, P., and Stephens, S. "Improving Blood Availability in a District Hospital, Bo, Sierra Leone." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
75. Leigh, B., et al., op cit.
76. Samai, O., and Sengeh, P. "Facilitating Emergency Obstetric Care through Transportation and Communication, Bo, Sierra Leone." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
77. Bello Gummi, F., Hassan, M., Shehu, D., and Audu L. "Community Education to Encourage Use of Emergency Obstetric Services, Kebbi State, Nigeria." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.

78. Opoku, S.A., Kyei-Faired, S., Twum, S., Djan, J.O., Browne, E.N.L., and Bonney, J. "Community Education to Improve Utilization of Emergency Obstetric Services in Ghana." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
79. Olaniran, N., Offiong, S., Ottong, J., Asuquo, E., and Duke, F. "Mobilizing the Community to Utilize Obstetric Services, Cross River State, Nigeria." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
80. Kandeh, H.B.S., Leigh, B., Kanu, M.S., Kuteh, M., Bangura, J., and Seisay, A. L. "Community Motivators Promote Use of Emergency Obstetric Services in Rural Sierra Leone." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
81. Shehu, D., Ikeh, A.T., and Kuna, M.J. "Mobilizing Transport for Obstetric Emergencies in Northwestern Nigeria." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
82. Essien, E., Ifenne, D., Sabitu, K., Musa, A., Alti-Mu'azu, M., Adidu, V., et al. "Community Loan Funds and Transport Services for Obstetric Emergencies in Northern Nigeria." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
83. Chiwuzie, J., Okojie, O., Okolocha, C., Omorogbe, S., Oronsaye, A., Akpala, W., et al. "Emergency Loan Funds to Improve Access to Obstetric Care in Ekpoma, Nigeria." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
84. Essien, E., et al., op cit.
85. Fofana, P., Samai, O., Kebbie, A., and Sengeh, P. "Promoting the Use of Obstetric Services through Community Loan Funds, Bo, Sierra Leone." International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 Suppl. 2, 1997.
86. Sloan, N.C. et al. Guidelines and Instruments for a Situation Analysis of Obstetric Services. New York: The Population Council, 1995.
87. World Health Organization. Mother-Baby Package: A Road Map for Implementation in Countries. Division of Family Health, Geneva, 1994.
-

Annexe A

Les instruments et le matériel

	Page
A.1	Formulaire d'évaluation du fonctionnement d'un établissement.....79
A.2	Suggestions de catégories pour les registres.....80
A.3	Formulaire abrégé des données d'un établissement81
A.4	Liste de contrôle pour la visite d'un hôpital.....88
A.5	Liste de contrôle pour la visite d'un centre de soins.....90
A.6	Guide d'entrevue du personnel d'un établissement de santé91
A.7	Questionnaire pour les études de cas des femmes se présentant à un établissement de santé avec des complications obstétricales93
A.8	Guide d'entrevue de la patiente ou de sa famille pour les études de cas des femmes présentant des complications99
A.9	Guide pour les groupes de discussion dans la communauté103
A.10	Formulaire sommaire sur les coûts d'aménagement d'un hôpital.....105
A.11	Exemple d'un plan de mise en œuvre121
A.12	Exemple d'un plan de surveillance et d'évaluation.....122
A.13	Lignes directrices pour la présentation des résultats124

A.1 Formulaire d'évaluation du fonctionnement d'un établissement

1. Nom de l'établissement: _____

2. Emplacement de l'établissement: _____

3. Personne contact: _____

4. Type d'établissement:	(a) Hôpital _____	(b) Maternité _____	(c) Centre de soins _____
(Cochez un seul choix.)	(d) Clinique _____	(e) Autre (précisez) _____	
5. Type d'agence opérant l'établissement :	(a) Gouvernementale _____	(b) Privée _____	
(Cochez un seul choix.)			

Cochez Oui ou Non pour chacun des articles suivants (a-h)		
6. Ces tâches ont-elles été accomplies au moins une fois au cours des 3 derniers mois?	Oui	Non
(a) Administration parentérale d'antibiotiques		
(b) Administration parentérale d'ocytociques		
(c) Administration parentérale de sédatifs/anticonvulsifs		
(d) Accouchement naturel		
(e) Délivrance des produits de l'accouchement		
(f) Accouchement par voie vaginale assisté		
(g) Transfusion sanguine		
(h) Césarienne		

Case : Détermination du statut de SOU
(Utilisez la case 6 à gauche. Cochez un seul choix.)

• Si vous avez répondu Oui à **TOUTES** les questions de 6a à 6h, cochez

___ **SOU COMPLETS**

• Si vous avez répondu Oui à **TOUTES** les questions de 6a à 6f **ET** Non aux questions 6g **OU** 6h, cochez

___ **SOU DE BASE**

• Si vous avez répondu Non à toutes les questions 6a à 6f, cochez

___ **PAS de SOU**

7. Quelles sources a-t-on utilisées pour remplir ce formulaire?

(ex.: registre de la maternité, registre des accouchements, registre général des admissions, dossiers des patientes, entrevues avec le personnel, etc.)

8. Date de l'évaluation :

9. Évaluation faite par (nom et poste) :

A.2 Suggestions de catégories pour les registres

Données nécessaires à la surveillance et à l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle

Pour bien évaluer les programmes de prévention de la mortalité maternelle, il est essentiel de recueillir des renseignements sur les complications obstétricales. Or, les registres officiels ne contiennent pas toujours les colonnes nécessaires pour recueillir cette information. Quelques modifications mineures suffiront souvent à résoudre ce problème.

Voici un exemple du genre de modifications apportées par les équipes du Réseau PMM. Ici, l'équipe PMM de Kumasi, au Ghana, a simplement ajouté les colonnes «Complications pendant la grossesse» et «Soins dispensés» au registre du Ministère de la Santé.

Tableau nominal des patientes de la maternité*



No du service	No de série	Nom de la patiente	Adresse habituelle	Âge	Occupation	Salle	Parité	Durée de la grossesse	Date d'admission	Date de sortie	Durée du séjour	Type d'accouchement	Dénouement				État de santé au moment du sortie	Complications pendant la grossesse	Soins dispensés
													Naissance Simple		Naissance Multiple				
													M	F	M	F			

*Équipe PMM de Kumasi

A.3 **Formulaire abrégé des données d'un établissement**
(accompagné de notes sur la collecte de données)

Formulaire abrégé d'information sur un hôpital

Année: _____

Équipe : _____

Hôpital: _____

	Jan.	Fév.	Mar.	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total de l'année
ADMISSIONS EN OBSTÉTRIQUE <i>Ligne 1</i>													
ACCOUCHEMENTS <i>Ligne 2</i>													
CÉSARIENNES <i>Ligne 3</i>													
MORTALITÉ MATERNELLE													
Hémorragie (pré- et post-partum) <i>Ligne 4</i>													
Travail prolongé ou dystocique <i>Ligne 5</i>													
Perforation utérine <i>Ligne 6</i>													
Infection post-partum <i>Ligne 7</i>													
Pré-éclampsie/éclampsie <i>Ligne 8</i>													
Avortement provoqué/septique <i>Ligne 9</i>													
Grossesse ectopique <i>Ligne 10</i>													
Total des décès maternels dus à des causes obstétricales majeures <i>Additionnez les lignes 4 à 10 = Ligne 11</i>													
Autres décès maternels dus à des causes obstétricales <i>Ligne 12</i>													
COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES													
Hémorragie (pré- ou post-partum) <i>Ligne 13</i>													
Travail dystocique/prolongé <i>Ligne 14</i>													
Perforation utérine <i>Ligne 15</i>													
Infection post-partum <i>Ligne 16</i>													
Pré-éclampsie/éclampsie <i>Ligne 17</i>													
Avortement provoqué/septique <i>Ligne 18</i>													
Grossesse ectopique <i>Ligne 19</i>													
Total des complications obstétricales dues à des causes majeures <i>Additionnez les lignes 13 à 19 = Ligne 20</i>													
Autres complications obstétricales directes <i>Ligne 21</i>													
TAUX DE MORTALITÉ CHEZ LES CAS													
Hémorragie (pré- et post-partum) <i>Ligne 4 ÷ Ligne 13</i>													
Travail prolongé/dystocique <i>Ligne 5 ÷ Ligne 14</i>													
Perforation utérine <i>Ligne 6 ÷ Ligne 15</i>													
Infection post-partum <i>Ligne 7 ÷ Ligne 16</i>													
Pré-éclampsie/Éclampsie <i>Ligne 8 ÷ Ligne 17</i>													
Avortement provoqué/septique <i>Ligne 9 ÷ Ligne 18</i>													
Grossesse ectopique <i>Ligne 10 ÷ Ligne 19</i>													
Taux de mortalité chez les cas due à des causes obstétricales majeures <i>Ligne 11 ÷ Ligne 20</i>													
Autres causes directes <i>Ligne 12 ÷ Ligne 21</i>													

NOTES SUR LA FAÇON DE REMPLIR LE FORMULAIRE ABRÉGÉ D'INFORMATION SUR UN HÔPITAL

Remplir un formulaire pour chaque année. Si les données portant sur les années précédant l'intervention sont disponibles, utiliser les formulaires vierges fournis.

De façon générale, le formulaire n'a pas besoin d'explications élaborées. Les 21 premières lignes sont numérotées, et là où il faut faire des calculs (pour les taux de mortalité maternelle), les lignes où l'on doit prendre les données ainsi que la procédure à suivre sont bien indiquées sur le formulaire. Par exemple, pour obtenir «le taux de mortalité maternelle due à des causes obstétricales majeures», il faut diviser «le nombre total de cas de mortalité maternelle due à des causes obstétricales majeures» de la ligne 11 par «le nombre total des complications dues à des causes majeures» de la ligne 20. Ces calculs doivent être effectués tous les mois et à la fin de chaque année.

Les décès maternels — Veuillez noter qu'il ne faut pas inclure les «autres cas de mortalité maternelle» dans le «Total».

Les complications obstétricales — Il ne faut pas inclure les «autres complications obstétricales directes» dans le «Total».

Le «taux global de mortalité chez les cas due à des causes obstétricales majeures» ne doit pas comprendre les «autres cas de mortalité maternelle» ou encore les «autres complications obstétricales»; ceci risquerait d'introduire un biais. (Voir le Principe N° 2 des «Remarques générales», plus bas).

Taux annuel de mortalité chez les cas (TMC) -- Ne pas inclure les «autres cas de mortalité» et les «autres complications» dans le taux global de mortalité maternelle. A la fin de l'année, vous pouvez calculer le taux annuel de mortalité maternelle due à «d'autres causes directes».

Autant que possible, utiliser les données mensuelles — Si les données ont déjà été regroupées trimestriellement ou annuellement et que les données mensuelles n'existent plus, il ne vaut probablement pas la peine d'essayer de reconstituer les données mensuelles. Veuillez fournir les données que vous possédez en expliquant bien de quelle façon elles ont été obtenues.

Données manquantes — Ne pas inscrire «Zéro» pour les périodes où il manque des données. Inscrire, par exemple : «DONNÉES MANQUANTES» ou «PAS DE DONNÉES».

Variations dans la qualité des données — Si vous soupçonnez que les données soient plus ou moins complètes pour telle ou telle période (par exemple, s'il s'est passé trois mois entre le départ de la surveillante générale de la maternité et l'arrivée de sa remplaçante), veuillez l'indiquer sur le formulaire et décrire la situation sur une feuille séparée. Si quelque chose a affecté les données, par exemple un changement dans la façon de tenir les registres, veuillez indiquer sur le formulaire à quel moment cela s'est produit et décrire la situation sur une feuille séparée.

Remarques générales sur la collecte de données pour les interventions hospitalières

Veillez noter que les deux indicateurs suivants, soit l'utilisation et le taux de mortalité maternelle, sont décrits dans le document PMM «Minimum Essential Indicators for Evaluating PMM Network Programs», distribué pour la première fois en 1993. On y trouve également la marche à suivre pour la collecte de ces données. Ces indicateurs ont aussi été l'objet d'un atelier de discussion PMM à Kumasi en février 1993. Nous ne suggérons ici rien de nouveau. Nous désirons simplement vous rappeler l'existence de ces deux indicateurs importants que le Réseau utilise depuis plusieurs années.

Comme votre expérience à l'intérieur du Réseau vous l'a démontré, il y a deux questions clés auxquelles il nous faut répondre pour bien évaluer les améliorations apportées aux services d'un hôpital : 1) Comment les améliorations ont-elles affecté l'utilisation? et 2) Comment ont-elles affecté les taux de mortalité maternelle?

L'utilisation est une mesure importante pour tous les niveaux d'établissements; par contre, le taux de mortalité chez les cas (TMC) ne doit être utilisé que pour les établissements de référence.

Utilisation : le nombre de femmes admises à l'hôpital qui présentent des complications obstétricales

Taux de mortalité chez les cas (TMC) : la proportion des femmes admises à l'hôpital avec des complications obstétricales et qui en meurent.

Il faut donc comptabiliser le nombre de femmes avec des complications et le nombre de cas de mortalité parmi ces femmes. Pour recueillir ces données nous vous suggérons fortement d'utiliser les registres d'admission de l'hôpital ou du service de maternité. Les feuilles détachées, telles que les formulaires PMM qui conviennent dans d'autres circonstances, s'égareront facilement et ne représentent donc pas la meilleure source de renseignements sur le nombre total des complications ou des cas de mortalité.

Quelques principes généraux :

1) Une recherche vaut ce que valent les données recueillies

Il est essentiel de comptabiliser le nombre de femmes présentant des complications et le nombre de cas de mortalité de la façon la plus précise et la plus complète possible. Une personne devrait faire la collecte des données. Elle devrait bien connaître la façon dont les registres sont tenus ainsi que les diagnostics utilisés. Idéalement, cette personne devrait faire partie du personnel même de la maternité et devrait être impliquée directement dans le processus. Si vous n'avez pas confiance en votre collecte de données, vous ne pourrez pas vous fier à vos résultats.

Il faut bien re-vérifier toutes les données recueillies. Demandez à quelqu'un d'autre de choisir quelques mois au hasard dans le registre et de vérifier si les chiffres concordent. S'il y a des inexactitudes, il faut les corriger et réviser les données pour les autres mois également.

2) Il faut utiliser une définition de cas stricte et uniforme

Pour les fins de recherche opérationnelle à l'intérieur du Réseau, un cas est considéré compliqué si la femme présente l'un des diagnostics suivants :

- hémorragie (pré-, post-partum)
- travail prolongé ou dystocique
- infection puerpérale
- complications dues à un avortement provoqué
- grossesse ectopique
- perforation utérine

Si une patiente présente plus d'un de ces états, il faut choisir celui qui menace sa vie de la façon la plus immédiate.

Catégories «Autres» — Les autres complications obstétricales directes qui peuvent menacer la vie d'une patiente mais qui ne font pas partie d'une de ces catégories doivent être classées dans la catégorie «Autres», par exemple un avortement spontané, une menace d'avortement ou un avortement inévitable. Les complications qui surviennent durant la grossesse et qui ne sont pas d'origine obstétricale, comme la malaria ou la tuberculose, ou qui ne menacent pas sérieusement la vie de la patiente, comme l'anémie sans hémorragie, ne doivent pas être comptabilisées.

Les femmes inscrites dans la catégorie «Autres» qui présentent des complications ou qui décèdent NE DOIVENT PAS être incluses dans le calcul global du taux de mortalité maternelle. Ceci aurait pour effet de biaiser les résultats. Par exemple, si la catégorie «Autres» renfermait un grand nombre d'états de santé qui ne

menacent pas sérieusement la vie des patientes, il en résulterait un taux de mortalité chez les cas (TMC) artificiellement bas.

De même, si une proportion importante de cas de mortalité ou de femmes avec des complications tombent dans la catégorie «Autres», l'interprétation de vos données peut en être affectée. Il vaut peut-être la peine de vérifier en quoi consistent ces décès et ces complications en examinant les registres sur une période de quelques mois.

Complications dues à un avortement — Dans de nombreux établissements, les complications dues à un avortement provoqué sont enregistrées sous un diagnostic différent, par exemple celui d'un avortement «spontané», «incomplet» ou «septique». La personne la mieux désignée pour décider ce qui doit être comptabilisé appartiendra au service de maternité et connaîtra bien la façon d'enregistrer les diagnostics. Si on sait par exemple qu'un «avortement incomplet» est le diagnostic normalement utilisé pour les complications dues à un avortement provoqué, il faut tenir compte de ces cas. Bien entendu, les cas véritables d'avortement spontané sans autres complications ne doivent pas être comptabilisés.

3) Les données se rapportant à des périodes différentes devraient être comparables

Si la procédure pour enregistrer les diagnostics a changé à un moment donné, il peut s'avérer impossible de comparer les données obtenues avant et après ce changement. Il peut arriver, par exemple, que les registres récents soient plus complets, de sorte que le nombre de complications et de décès de la période antérieure ait été sous-estimé. Il est important d'évaluer cette sous-estimation, si cela est possible, afin de connaître quelle proportion de l'utilisation apparente est due à une meilleure tenue des registres et quelle proportion est réelle.

Comment évaluer la marge d'erreur — Pour régler ce problème, il faut utiliser une autre source de renseignements sur le nombre d'admissions obstétricales pendant la période antérieure au changement. Cette source doit être aussi complète que possible, mais elle doit couvrir une période de deux ou trois mois seulement. (À cette fin, on peut consulter le livre que les infirmières de service utilisent dans de nombreux hôpitaux pour consigner les observations sur leurs patients chaque jour à la fin de leur quart.) Si, à partir de cette autre source, vous pouvez comptabiliser le nombre d'admissions à la maternité pour une période de deux ou trois mois, vous pouvez alors le comparer au nombre tiré du registre des admissions pour la même période. On peut alors supposer que le pourcentage des admissions obstétricales totales qui ont été sous-estimées équivaut au pourcentage des admissions sous-estimées pendant cette période de trois mois. De plus, on pourrait aussi supposer que le pourcentage sous-estimé pendant ces quelques mois s'applique à toute la période précédant l'intervention.

Une fois ceci complété, on peut dire par exemple que pendant la période antérieure au changement, le nombre de femmes présentant des complications a probablement été sous-estimé de X % et que par conséquent le taux de mortalité

maternelle a probablement été surestimé de Y %. Ce genre d'information vous aidera à tirer des conclusions sur l'effet des interventions à l'hôpital.

4) Il est toujours plus facile de regrouper des données que de les séparer

Si vous êtes dans le doute, regroupez les données en petites plutôt qu'en grandes catégories. Par exemple, même si vous avez l'intention de présenter vos données de façon trimestrielle ou annuelle, il vaut mieux les recueillir à la fin de chaque mois. Et lorsque vous recueillez les données sur les causes des complications, il faut vous servir de causes bien spécifiques (par exemple, séparer les nombres concernant les hémorragies pré- et post-partum) plutôt que de causes plus générales (par exemple, un seul nombre pour toutes les classes d'hémorragies). Vous pourrez toujours regrouper les données plus tard lors de l'analyse. Par contre, il vous sera impossible de déterminer l'utilisation mensuelle d'un établissement, si vous ne recueillez les données qu'annuellement.

A.4 Liste de contrôle pour la visite d'un hôpital

	Quantité (et unités)	Commentaires (ex. : raisons de l'absence de données)
Personnel qualifié		
Médecins/obstétriciens		
Infirmière/sages-femmes		
Anesthésiste		
Préposé(e) à la salle d'opération		
Médicaments de base		
Ocytociques		
Anticonvulsifs		
Pénicilline procaïnée		
Pénicilline cristalline		
Gentamycine		
Métronidazole		
Ampicilline		
Anesthésiques locaux		
Anesthésiques généraux		
Oxygène		
Salle de travail		
Aspirateur		
Trousses pour intraveineuses		
Liquides pour intraveineuses		
Forceps		
Spéculum vaginal		
Pinces à artères		
Aiguilles		
Fil à suture		
Seringues		
Stérilisateur		
Ciseaux		
Curette		
Sphygmomanomètre		
Équipement de laboratoire		

	Quantité (et unités)	Commentaires (ex. : raisons de l'absence de données)
Microscope		
Éprouvettes		
Lames		
Banque de sang		
Sacs de sang		
Antisérums		
Entreposage		
Salle d'opération		
Trousse pour césarienne		
Trousse pour laparotomies		
Trousse pour intubations néonatales		
Trousses d'évaluation		

Recommandations:

Action à prendre	Personne responsable	Quand, au plus tard?	Commentaires

Formulaire rempli par : _____

Date:

A.5 Liste de contrôle pour la visite d'un centre de soins

	Quantité (et unités)	Commentaires (ex. : raisons du manque de données)
Personnel qualifié		
Auxiliaires qualifié(e)s		
Infirmières/sages-femmes		
Médicaments de base		
Ocytociques		
Anticonvulsifs		
Pénicilline		
Gentamycine		
Métronidazole		
Ampicilline		
Salle de travail		
Trousses pour intraveineuses		
Liquides pour intraveineuses		
Forceps		
Spéculum vaginal		
Pinces à artères		
Aiguilles		
Fil à suture		
Seringues		
Stérilisateur		
Ciseaux		
Curette		
Sphygmomanomètre		
Équipement de laboratoire		
Éprouvettes		
Lames		

Recommandations:

Action à prendre	Personne responsable	Quand, au plus tard?	Commentaires

Formulaire rempli par : _____

Date:

A.6 Guide d'entrevue du personnel d'un établissement de santé

But

Déterminer quels sont les obstacles à un traitement efficace des complications obstétricales dans un établissement de santé.

Objectifs

Déterminer les problèmes rencontrés dans un établissement de santé et qui empêchent de dispenser des soins de qualité.

Obtenir des renseignements sur ce que les soignants perçoivent comme obstacles à dispenser des soins.

Analyse du problème

Quelles complications obstétricales rencontrez-vous dans votre établissement de santé?

Plus spécifiquement : Ces complications sont-elles courantes? Dans quel état les femmes vous arrivent-elles?

Pour quelles raisons certaines d'entre elles arrivent-elles dans un état précaire?

Quelles distances doivent-elles parcourir? Combien de temps leur faut-il pour se rendre à votre établissement?

Que se passe-t-il quand une femme doit être dirigée vers un autre établissement?

Plus spécifiquement: (selon le niveau de traitement) Qui s'occupe du transport? Les intervenants de santé sont-ils appelés à conduire ou à accompagner la patiente?

Obstacles dans les établissements

Quelles formes d'action peut-on prendre dans cet établissement pour soigner les femmes arrivant avec des complications obstétricales?

Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans la prestation des soins?

Pour quelles raisons une femme doit-elle attendre avant de se faire soigner?

Plus spécifiquement: (selon le niveau de traitement)
Le personnel est-il de garde 24 heures par jour? Que se passe-t-il lorsqu'une femme se présente avec des complications? Les médicaments pour soigner les complications obstétricales urgentes sont-ils disponibles?

Le personnel de service y a-t-il accès 24 heures par jour? L'anesthésiste ou le personnel pouvant administrer l'anesthésie sont-ils disponibles 24 heures par jour?

Suggestions pour abolir les obstacles aux soins

[L'animateur résume les problèmes identifiés par le personnel du service.]

Vous avez mentionné que : (par exemple, les médicaments et fournitures, les réserves de sang, etc.) sont une source de problèmes lorsqu'une femme requiert des soins obstétricaux d'urgence. Comment pourrait-on résoudre ce problème de façon peu coûteuse?

Plus spécifiquement: Que peut-on faire au niveau communautaire? Que peut-on faire dans les établissements? Qu'est-ce que le gouvernement pourrait faire?

Quelles sont les personnes de l'établissement de santé qui pourraient s'impliquer de façon active pour résoudre ces problèmes?

A.7 Questionnaire pour les études de cas des femmes se présentant à un établissement de santé avec des complications obstétricales

Ce questionnaire est un guide sur le genre de renseignements qu'on doit rechercher lorsqu'on procède à des études de cas de femmes avec des complications obstétricales. Il est facile à coder, pour que les données puissent être entrées dans un ordinateur (ex. : chaque renseignement est numéroté et les réponses ont été codées).

Cela peut s'avérer très utile quand on étudie un grand nombre de cas et que les résultats sont classés. Dans la plupart des situations cependant, les cas seront étudiés individuellement. Si les résultats ne sont pas entrés dans un ordinateur, on peut remplacer le format de réponses à choix multiples par des questions ouvertes, ce qui permettra d'obtenir des réponses plus variées.

1. Numéro d'identification (attribué par l'équipe de recherche) :

A. Renseignements sur les complications

2. Raison principale de l'admission à l'établissement :

1. Travail dystocique
 2. Hémorragie post-partum
 3. Hémorragie pré-partum
 4. Hypertension artérielle/Éclampsie
 5. Infection (liée à un avortement)
 6. Infection puerpérale
 7. État de choc (lié à un avortement)
 8. Saignements (au début de la grossesse)
 9. Autre raison (précisez) :
99. Raison inconnue

3. Principale complication rencontrée chez la patiente (si elle diffère de la raison de l'admission):

0. Ne s'applique pas/même qu'au numéro 2
1. Travail dystocique
2. Hémorragie post-partum
3. Hémorragie pré-partum
4. Hypertension artérielle/Éclampsie
5. Infection (liée à un avortement)
6. Infection puerpérale
7. État de choc (lié à un avortement)
8. Saignements (au début de la grossesse)
9. Perforation utérine
10. Grossesse ectopique
11. Autre raison (précisez) :

4. Cette complication est-elle due à un avortement dans de mauvaises conditions?
1. Oui
 2. Non

	Date	Heure approximative	am/pm
Début du travail	5.	6.	7.
Début de la complication principale	8.	9.	10.

B. État à l'admission

11. Décès constaté à l'arrivée :
1. Oui (Passez au N° 38)
 2. Non
12. Tension artérielle : _____
13. Température : _____
14. Pouls: _____
15. Respiration: _____

C. Renseignements sur la gestion du cas

Événement	Heure	Date	Type de traitement
Admission à l'hôpital	16.	17.	
Traitement 1	18.	19.	20.
Traitement 2	21.	22.	23.
Traitement 3	24.	25.	26.
Traitement 4	27.	28.	29.
Traitement 5	30.	31.	32.
Dirigée vers un spécialiste	33.	34.	35. Où ?

36. Mentionnez tout traitement prescrit mais non donné. Donnez-en la raison.

D. Renseignements sur la référence

37. Établissement ayant référé : _____
(Nom de l'établissement de santé)
38. Genre d'établissement de santé d'où vient la patiente (encercler un choix) :
1. Hôpital gouvernemental
 2. Hôpital privé
 3. Centre de soins
 4. Poste de santé
 5. Poste de maternité
 6. Ne s'applique pas – auto-référence (directement de la maison)
 7. Autre (précisez) : _____
 9. Inconnu
39. Référée par :
1. Auto-référence
 2. Médecin
 3. Personnel para-médical
 4. Infirmière/sage-femme
 5. Sage-femme non diplômée, auxiliaire MCH, etc.
 6. Accoucheuse
 7. Autre (précisez) : _____
 9. Inconnu
40. Moyen de transport utilisé pour se rendre à l'établissement de santé (NOTE : Veuillez encercler tous les types de transports utilisés entre la maison et l'établissement) :
1. Véhicule privé
 2. Véhicule gouvernemental
 3. Ambulance
 4. Véhicule du syndicat des travailleurs des transports
 5. La patiente a marché
 6. On a porté la patiente
 7. Autre (précisez) : _____
 9. Inconnu
41. Coût du transport (NOTE: Le coût total du transport, de la maison à l'établissement de santé) : _____

E. Renseignements sur l'accouchement

42. Endroit où l'accouchement a eu lieu :
0. Ne s'applique pas (Il n'y a pas eu d'accouchement)
 1. Dans cet établissement de santé
 2. Dans un autre établissement de santé (précisez) :
 3. En route _____
 4. À la maison
 5. Autre (précisez) : _____
 9. Inconnu _____
43. Type d'accouchement :
0. Ne s'applique pas (Il n'y a pas eu d'accouchement)
 1. Normal
 2. Au forceps
 3. À la ventouse
 4. Césarienne
 9. Inconnu
44. Personne présente à l'accouchement :
0. Ne s'applique pas (Il n'y a pas eu d'accouchement)
 1. Médecin
 2. Infirmière/sage-femme
 3. Accoucheuse diplômée
 4. Accoucheuse non diplômée
 5. Accoucheuse (formation indéterminée)
 6. Membre de la famille
 7. Autre personne (précisez) : _____
 9. Inconnu
45. Dénouement (pour la mère) :
1. A été référée vers un autre établissement : _____
 2. Congé de l'hôpital
 3. A quitté malgré avis contraire
 4. S'est enfuie
 5. Est décédée (à l'hôpital)
 9. Inconnu
46. Dénouement (pour le foetus) :
0. Ne s'applique pas
 1. A survécu
 2. Est décédé
 9. Inconnu

F. Renseignements sur les coûts et le recouvrement des coûts

ÉLÉMENT	À LA CHARGE DU PATIENT	SOMME REÇUE DU PATIENT
Transfusion sanguine	47.	48.
Médicaments et fournitures médicales	49.	50.
Frais de service	51.	52.
Honoraires du médecin	53.	54.
Autres (précisez)	55.	56.
Autres (précisez)	57.	58.
TOTAL	59.	60.

G. Commentaires

61. Mentionnez les facteurs qui ont occasionné des retards dans le traitement (par exemple, le manque de transport, anesthésiste absent, etc.) Ne pas blâmer la patiente.

Facteurs ayant contribué aux retards
62.
63.
64.
65.
66.

H. Renseignements sur l'établissement de santé

67. Nom de l'établissement : _____

68. Type d'établissement de santé (encrer le numéro):

1. Hôpital gouvernemental
2. Hôpital privé
3. Centre de soins
4. Poste de santé
5. Poste de maternité
6. Autre (précisez)

69. Sources de renseignements utilisées pour remplir ce formulaire (Encerclez tous les numéros qui s'appliquent):

1. Registre des admissions
2. Registre de la maternité
3. Registre des décès
4. Dossiers de la comptabilité
5. Registre de transport
6. Registre des références
7. Registre de congé
8. Dossier des patientes
9. Autres dossiers de l'établissement (précisez) :
10. Entrevues avec les personnes dispensant les services
11. Entrevues avec les patientes
12. Entrevues avec la famille ou les amis de la patiente
13. Autres entrevues (précisez) :

99. Source inconnue

70. Date à laquelle ce formulaire a été rempli : Année ____ Mois ____ Jour

71. Autres commentaires ou observations :

72. Nom de la personne qui a rempli ce formulaire :

A.8 Guide d'entrevue de la patiente ou de sa famille pour les études de cas des femmes présentant des complications

Ce guide fournit des exemples de questions qui pourraient être posées pour recueillir des renseignements sur les femmes présentant des complications obstétricales et qui sont conduites à un établissement de santé pour être traitées. On peut l'utiliser de concert avec le Questionnaire sur un établissement de santé de façon à obtenir plus de renseignements de la part de la patiente et de sa famille pendant son séjour à l'hôpital.

But

Le but des études de cas est d'évaluer la perception des patientes sur les innovations apportées par le projet PMM et d'obtenir des renseignements sur les secteurs qui peuvent encore être améliorés.

Objectifs

Évaluer les perceptions des patientes quant aux innovations du PMM.

Déterminer quels sont les obstacles aux soins obstétricaux d'urgence qui n'ont pas encore été abordés par le projet PMM.

N° d'identification (attribué par les chercheurs)

Renseignements sur l'établissement de santé :

Il faut obtenir les renseignements suivants de l'établissement de santé où la femme a reçu le traitement prescrit pour sa complication obstétricale.

F1. Nom de l'établissement : _____

F2. Complication principale de la patiente :

1. Travail prolongé/dystocique
2. Hémorragie post-partum
3. Hémorragie pré-partum
4. Éclampsie/Hypertension artérielle
5. Infection (liée à un avortement)
6. Infection puerpérale
7. État de choc (lié à un avortement)
8. Saignements (au début de la grossesse)
9. Perforation utérine
10. Grossesse ectopique
11. Autre (précisez) : _____

F3. Cette complication est-elle due à un avortement dans de mauvaises conditions? _____

1. Oui
2. Non

F4. Nom de la personne qui a fait l'entrevue :

F5. Date de l'entrevue :

NOTE : Les questions suivantes sont formulées comme si la patiente elle-même était interviewée. Autant que possible, c'est elle qui devrait être interviewée. Si elle est décédée ou n'est pas disponible, il faut questionner les membres de sa famille qui l'ont accompagnée à l'hôpital.

Personne qui a répondu aux questions :

0. La patiente seulement
1. Le mari de la patiente
2. Un autre membre de la famille de la patiente
3. La patiente et son mari
4. La patiente et un membre de sa famille
5. Autre (précisez) :

Transport vers l'hôpital

Q1. Pour quelle(s) raison(s) vous a-t-on amenée à l'hôpital?

Q2. A quel moment vous êtes-vous rendu compte que vous aviez peut-être un problème?

Q3. Combien de temps après a-t-on décidé de vous amener à l'hôpital?

Q4. Vous êtes-vous présentée à un autre établissement de santé ou chez un guérisseur avant de venir à l'hôpital?

Plus spécifiquement : Que s'y est-il passé?

Q5. Qui a pris la décision de vous conduire à l'hôpital?

Plus spécifiquement : Avec qui avez-vous discuté de la décision?
Quelqu'un a-t-il dû donner son consentement ou sa permission?

Q6. Avant de venir, que pensiez-vous de la possibilité d'aller à l'hôpital?

Plus spécifiquement : Aviez-vous des raisons de préférer rester à la maison?

Q7. Maintenant, êtes-vous contente d'être venue à l'hôpital?

Plus spécifiquement : Pour quelles raisons?

Q8. Comment vous êtes-vous rendue à l'hôpital?

Plus spécifiquement : Avez-vous eu du mal à trouver un moyen de transport? Quel moyen de transport avez-vous utilisé? Comment avez-vous réglé le problème?

Q9. Qui vous a accompagnée à l'hôpital?

Q10. Combien de temps avez-vous mis pour vous rendre à l'hôpital?

Q11. Combien cela vous a-t-il coûté pour venir à l'hôpital?

Q12. Aviez-vous l'argent pour payer le transport ou avez-vous dû l'emprunter?

À l'hôpital

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur les soins que vous avez reçus à l'hôpital. Dites-moi ce que vous avez aimé et ce que vous n'avez pas aimé ici. Vos commentaires ne seront pas divulgués au personnel (infirmières ou médecins qui travaillent ici). Ce que vous dites n'affectera en rien les soins que vous recevrez. Nous vous demandons ces renseignements dans le seul but d'améliorer nos services futurs.

Q13. Comment décrivez-vous l'attention reçue à votre arrivée à l'hôpital?

Plus spécifiquement : Comment cela s'est-il passé? Comment le personnel vous a-t-il reçue?

Q14. Combien de temps avez-vous attendu avant que quelqu'un ne vous examine?

Plus spécifiquement : Comment vous sentiez-vous pendant que vous attendiez?

Q15. Avez-vous eu du mal à obtenir les soins qu'il vous fallait?

Plus spécifiquement : Quels problèmes avez-vous eus? Équipement? Médicaments? Personnel? Frais?

Q16. Comment avez-vous ressenti la façon dont la personne qui vous a reçue vous a parlé?

Plus spécifiquement : A-t-elle été courtoise avec vous? Vous a-t-elle aidée?

Q17. Comment avez-vous ressenti la façon dont les infirmières et les sages-femmes vous ont parlé?

Plus spécifiquement : Ont-elles été polies avec vous? Vous ont-elles aidée?

Q18. Comment avez-vous ressenti la façon dont le médecin ou les médecins vous ont parlé?

Plus spécifiquement : Ont-ils été polis? Vous ont-ils aidée?

Q19. Quelqu'un vous a-t-il dit combien vos soins ou votre séjour allaient vous coûter?

Plus spécifiquement : Croyez-vous que les frais sont justes? Avez-vous les moyens de les payer ou devrez-vous emprunter l'argent?

Q20. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez nous dire au sujet de votre séjour à l'hôpital? N'oubliez pas, ce qui m'intéresse, c'est ce que vous avez aimé et ce que vous n'avez pas aimé ici.

Q21. De façon générale, diriez-vous que les soins que vous avez reçus à l'hôpital ont été bons ou mauvais?

Plus spécifiquement : Qu'est-ce qui vous le fait dire?

A.9 Guide pour les groupes de discussion dans la communauté

Cet exemple de guide pour les groupes de discussion peut servir de modèle pour interroger les membres de la communauté. Il contient des questions pour évaluer les facteurs pouvant causer des délais dans la prestation des soins obstétricaux d'urgence. Il devrait être adapté aux besoins locaux.

Les questions du guide sont conçues pour servir d'amorces à la discussion. On doit encourager les animateurs à faire suivre chaque question d'une série de questions plus spécifiques. Dans la plupart des cas, ils auront eux-mêmes à développer ces questions à mesure que la discussion se déroule. Nous avons inclus quelques exemples de questions plus spécifiques pour servir de guide aux animateurs.

But

Déterminer quels sont les obstacles au traitement rapide et efficace des complications obstétricales et créer des stratégies appropriées pour résoudre ces problèmes.

Objectifs

Obtenir des renseignements des membres de la communauté sur leurs connaissances des complications obstétricales.

Étudier les divers facteurs affectant le processus décisionnel se rapportant aux complications obstétricales.

Obtenir des suggestions issues de la communauté quant aux stratégies possibles pour améliorer l'utilisation des services obstétricaux d'urgence.

Quelques sujets de discussion

Reconnaître les complications obstétricales

Quels problèmes peuvent survenir lorsqu'une femme va accoucher?

Plus spécifiquement : Ces problèmes sont-ils dangereux pour la femme?

Comment sait-on qu'un problème est devenu sérieux? [Répéter pour chacune des complications mentionnées.]

Obtenir des soins pour les complications obstétricales

Que peut-on faire si une femme présente un de ces problèmes?

Plus spécifiquement : Quelle serait la meilleure chose à faire si une femme présentait un de ces problèmes? Qui peut l'aider (dans la communauté)? Où la conduirait-on en premier lieu?

Quels problèmes peut-on rencontrer si on doit la conduire à l'endroit où elle pourrait recevoir des soins?

Plus spécifiquement : Quels moyens de transport peut-elle utiliser? Où trouvera-t-elle l'argent nécessaire?

Qu'avez-vous entendu dire au sujet de cet endroit (où la femme serait conduite pour recevoir des soins)?

Plus spécifiquement : Que pensent les gens du personnel de cet endroit? L'endroit est-il équipé pour s'occuper des urgences?

Quelles difficultés pourrait-elle rencontrer à l'endroit où elle veut recevoir des soins? Combien doit-elle payer pour obtenir ces soins?

Plus spécifiquement : Comment les membres de sa famille trouveront-ils l'argent nécessaire? Qu'arrivera-t-il s'ils ne trouvent pas d'argent?

Prise de décision concernant les soins obstétricaux

Qui prend la décision de rechercher de l'aide pour une femme présentant des problèmes d'accouchement?

Plus spécifiquement : Quelles autres personnes peuvent prendre cette décision? (ex. : si le mari n'est pas à la maison)
Qui va-t-on consulter avant de prendre cette décision?
Quelles considérations entrent en ligne de compte au moment de prendre cette décision? (ex. : l'aspect financier, la distance, etc.)

Suggestions pour abolir les obstacles qui retardent les soins

[L'animateur résume quelques-uns des problèmes mentionnés par la communauté.]

Vous avez mentionné que (par exemple, le transport, l'argent, le manque de fournitures, etc.) représente un problème lorsqu'une femme a besoin de soins obstétricaux d'urgence. Comment pourrait-on s'y prendre pour résoudre ce problème?

Plus spécifiquement : Qu'est-ce qu'on pourrait faire ici dans la communauté? Qu'est-ce que le gouvernement pourrait faire?
Qui dans la communauté pourrait travailler activement à résoudre ces problèmes?

A.10 Formulaire sommaire sur les coûts d'aménagement d'un hôpital

Formulaire sur les coûts d'aménagement d'un hôpital

Réseau PMM, 1996

Équipe : _____

Hôpital: _____

Date : _____

Directives : Ce formulaire sert à recueillir les données sur les coûts des aménagements à faire dans un hôpital en vue d'améliorer les soins obstétricaux d'urgence. Veuillez noter qu'il s'agit des aménagements qui concernent l'hôpital seulement. Le formulaire recueille des renseignements sur les coûts associés aux aménagements dans un certain nombre de domaines :

- Salle d'opération
- Disponibilité du sang
- Service de maternité
- Disponibilité des médicaments et fournitures
- Infrastructure de l'hôpital
- Autres améliorations portant sur les ressources humaines
- Autres améliorations

Le formulaire comporte aussi deux sections :

- Coûts totaux
- Commentaires généraux

Veuillez lire toutes les sections du formulaire avant de le remplir. Si votre équipe n'a entrepris aucun aménagement dans un domaine particulier, inscrivez «AUCUN». Si votre équipe a procédé à des activités qui n'appartiennent pas à un domaine spécifique, veuillez les inscrire dans la section «AUTRE». Si une activité appartient à plus d'un domaine, vous pouvez l'inscrire plus d'une fois. **Cependant, il ne faut pas comptabiliser les dépenses en double lorsque vous complétez la section sur le «COÛT TOTAL».**

Le formulaire porte sur deux types de renseignements dans chacune des catégories mentionnées plus haut : 1) Une description des activités entreprises pour procéder aux aménagements. 2) Un résumé des coûts associés à chacune des activités décrites.

Dans le tableau des coûts, vous devez inscrire le montant contribué par chaque source (par le PMM, le gouvernement, la communauté et les autres sources). Inscrivez «Zéro» si nécessaire. Les montants additionnés des quatre catégories «Contribution selon la source» devraient égaler le montant de la colonne «Coût total». S'il n'existe pas de données pour un aménagement en particulier, inscrivez «NON DISPONIBLE».

Veuillez joindre une copie des feuilles de travail que vous utilisez pour calculer les coûts. Veuillez aussi joindre toutes les feuilles supplémentaires que vous jugerez nécessaires.

Note : Tous les coûts doivent être exprimés en dollars américains, calculés selon le taux de change en vigueur au moment des dépenses.

Description des améliorations apportées à la SALLE D'OPÉRATION

1. Rénovation des installations: Quelles améliorations spécifiques a-t-on faites pour rénover la structure physique de la salle d'opération?

2. Équipement et instruments: a) Quels équipements ou instruments spécifiques a-t-on fait réparer pour la salle d'opération?

b) Quels équipements ou instruments spécifiques a-t-on achetés pour la salle d'opération?

3. Fournitures : Quelles fournitures a-t-on achetées pour la salle d'opération?

4. Autres aménagements : A-t-on procédé à d'autres aménagements pour remettre en état la salle d'opération? Veuillez les décrire.

5. Personnel : A-t-on engagé, muté ou réaffecté certains membres du personnel à la salle d'opération afin d'améliorer le service de chirurgie obstétricale d'urgence? Veuillez fournir la liste de ces personnes et décrire leurs fonctions.

6. Formation : A-t-on formé des membres du personnel pour améliorer le service de chirurgie obstétricale d'urgence à l'hôpital? Veuillez faire la liste de ces personnes et décrire la formation qu'ils ont reçue.

Coûts des améliorations apportées à la **SALLE D'OPÉRATION**

1-4. Coûts matériels

	Coût total (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
		PMM	Gouv.	Comm.	Autre
1. Rénovation des installations					
2. Réparations et achats d'équipement et d'instruments					
3. Fournitures					
4. Autres					
Total					

5. Coûts du personnel

Note: Le nombre d'employés inscrits dans ce tableau doit être le même que le celui de la question N° 5 à la page précédente.

	Nombre	Salaire annuel par personne (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
			PMM	Gouv.	Comm.	Autre
Médecin						
Sage-femme/infirmière						
Anesthésiste						
Autre						
Total						

6. Coûts de la formation

Note: Le nombre des employés inscrits dans ce tableau doit être le même que celui de la question N° 6 à la page précédente.

	Nombre de personnes formées	Coût par personne (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
			PMM	Gouv.	Comm.	Autre
Médecin						
Sage-femme/infirmière						
Anesthésiste						
Autre						
Total						

Description des changements apportés pour améliorer la DISPONIBILITÉ DU SANG

1. Rénovation des installations : Quels aménagements spécifiques a-t-on faits pour rénover la structure physique de la banque de sang?

2. Équipement et instruments : a) Quels équipements ou instruments spécifiques a-t-on fait réparer pour améliorer la disponibilité du sang?

b) Quels équipements ou instruments spécifiques a-t-on achetés pour améliorer la disponibilité du sang?

3. Fournitures : Quelles fournitures spécifiques a-t-on achetées pour améliorer la disponibilité du sang?

4. Autre : A-t-on procédé à d'autres aménagements pour améliorer la disponibilité du sang pour les soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital? Veuillez les décrire.

5. Personnel : A-t-on engagé, muté ou réaffecté certains membres du personnel pour améliorer la disponibilité du sang pour les SOU à l'hôpital? Veuillez fournir la liste de ces personnes et décrire leur fonction.

6. Formation : A-t-on formé des membres du personnel pour améliorer la disponibilité du sang pour les SOU à l'hôpital? Veuillez donner une liste de ces personnes et décrire la formation qu'elles ont reçue.

Coûts des changements apportés pour améliorer la DISPONIBILITÉ DU SANG

1-4. Coûts matériels

	Coût total (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
		PMM	Gouv.	Comm.	Autre
1. Rénovation des installations					
2. Réparations et achats d'équipement et d'instruments					
3. Fournitures					
4. Autres					
Total					

5. Coûts du personnel

Note: Le nombre des employés inscrits dans ce tableau doit être le même que celui inscrit à la question N° 5 à la page précédente.

	Nombre	Salaire annuel par personne (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
			PMM	Gouv.	Comm.	Autre
Technicien de laboratoire						
Assistant de laboratoire						
Autre						
Total						

6. Coûts de la formation

Note: Le nombre des employés inscrits dans ce tableau doit être le même que celui de la question N° 5 à la page précédente.

	Nombre de personnes formées	Coût par personne (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
			PMM	Gouv.	Comm.	Autre
Technicien de laboratoire						
Assistant de laboratoire						
Autre						
Total						

Description des améliorations apportées à la MATERNITÉ

1. Rénovation des installations : Quels aménagements spécifiques a-t-on faits pour rénover la structure physique de la maternité?

2. Équipement et instruments : a) Quels équipements ou instruments spécifiques a-t-on fait réparer pour la maternité?

b) Quels équipements ou instruments spécifiques a-t-on achetés pour la maternité?

3. Fournitures : Quelles fournitures spécifiques ont-elles achetées pour la maternité?

4. Autre : A-t-on procédé à d'autres aménagements pour améliorer l'état de la maternité? Veuillez les décrire.

5. Personnel : A-t-on engagé, muté ou réaffecté certains membres du personnel pour améliorer les services de la maternité? Veuillez fournir la liste de ces personnes et décrire leur fonction.

6. Formation : A-t-on formé des membres du personnel dans le but précis d'améliorer les services de la maternité? Veuillez donner une liste de ces personnes et décrire la formation qu'elles ont reçue.

Coûts des améliorations apportées à la MATERNITÉ

1-4. Coûts matériels

	Coût total (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
		PMM	Gouv.	Comm.	Autre
1. Rénovation des installations					
2. Réparations et achats d'équipement et d'instruments					
3. Fournitures					
4. Autres					
Total					

5. Coûts du personnel

Note: Le nombre des employés inscrits dans ce tableau doit être le même que celui inscrit à la question N° 5 à la page précédente.

	Nombre	Salaire annuel par personne (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
			PMM	Gouv.	Comm.	Autre
Médecin						
Sage-femme/infirmière						
Sage-femme auxiliaire/ infirmière auxiliaire						
Autre						
Total						

6. Coûts de la formation

Note: Le nombre des employés inscrits dans ce tableau doit être le même que celui de la question N° 6 à la page précédente.

	Nombre de personnes formées	Coût par personne (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
			PMM	Gouv.	Comm.	Autre
Médecin						
Sage-femme/infirmière						
Sage-femme auxiliaire/infirmière auxiliaire						
Autre						
Total						

Description des aménagements faits pour améliorer la
DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS ET FOURNITURES

1. Rénovation des installations : Quels aménagements spécifiques a-t-on faits pour améliorer la disponibilité des médicaments et des fournitures?

2. Équipement/meubles : a) Quels équipements et meubles spécifiques ont été réparés pour améliorer la disponibilité des médicaments et des fournitures?

b) Quels équipements et meubles spécifiques ont été achetés pour améliorer la disponibilité des médicaments et des fournitures?

3. Achat d'un stock initial : Si on a procédé à l'achat d'un stock initial de médicaments et de fournitures, d'où provient ce stock?

4. Autre : Veuillez décrire toute autre action entreprise pour améliorer la disponibilité des médicaments et fournitures pour les SOU à l'hôpital. Veuillez aussi spécifier si le nouveau système d'approvisionnement touchait tout l'hôpital ou seulement la maternité.

5. Personnel : A-t-on engagé, muté ou réaffecté certains membres du personnel pour améliorer la disponibilité des médicaments et fournitures pour les SOU? Veuillez fournir la liste de ces personnes et décrire leur fonction.

6. Formation : A-t-on formé des membres du personnel pour améliorer la disponibilité des médicaments et fournitures pour les SOU de l'hôpital? Veuillez fournir la liste de ces personnes et décrire la formation qu'elles ont reçue.

**Coûts des aménagements faits pour améliorer la
DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS ET FOURNITURES**

1-4. Coûts matériels

	Coût total (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
		PMM	Gouv.	Comm.	Autre
1. Rénovation des installations					
2. Réparations et achats d'équipement et de meubles					
3. Achat d'un stock initial*					
4. Autres					
Total					

5. Coûts du personnel

Note: Le nombre des employés inscrits dans ce tableau doit être le même que celui inscrit à la question N° 5 à la page précédente.

	Nombre	Salaire annuel par personne (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
			PMM	Gouv.	Comm.	Autre
Pharmacien						
Autre						
Autre						
Total						

6. Coûts de la formation

Note: Le nombre des employés inscrits dans ce tableau doit être le même que celui de la question N° 6 à la page précédente.

	Nombre de personnes formées	Coût par personne (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
			PMM	Gouv.	Comm.	Autre
Pharmacien						
Autre						
Autre						
Total						

* Ce chiffre doit comprendre tous les coûts d'achat du stock initial de médicaments et de fournitures, y compris tous les droits de douanes et les frais de transport payés.

Description des améliorations apportées à L'INFRASTRUCTURE DE L'HÔPITAL

1. Système électrique :

A-t-on fait des aménagements au système électrique dans le but d'améliorer les soins obstétricaux d'urgence? Veuillez les décrire.

2. Alimentation en eau :

A-t-on fait des aménagements au système d'alimentation en eau dans le but d'améliorer les soins obstétricaux d'urgence? Veuillez les décrire.

3. Autres :

A-t-on fait d'autres aménagements à l'infrastructure de l'hôpital dans le but d'améliorer les soins obstétricaux d'urgence? Veuillez les décrire.

Coûts des améliorations apportées à **L'INFRASTRUCTURE DE L'HÔPITAL**

1-3. Coûts matériels

	Coût total (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
		PMM	Gouv.	Comm.	Autre
1. Améliorations apportées au système électrique					
2. Améliorations apportées au système d'alimentation en eau					
3. Autres					
Total					

Description des améliorations apportées aux **AUTRES RESSOURCES HUMAINES***

**non mentionnées précédemment dans les autres sections de ce formulaire*

1. A-t-on engagé, muté ou réaffecté d'autres membres du personnel *non mentionnés précédemment dans les autres sections de ce formulaire*, pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital? Veuillez inscrire le poste qu'ils occupent (tenue des registres, administration, etc.) et leur nombre.

2. A-t-on utilisé d'autres types de formation *non mentionnés précédemment dans les autres sections de ce formulaire*, pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital? Veuillez préciser le poste occupé, les types de programme de formation, ainsi que le nombre et la durée des sessions.

3. A-t-on procédé à d'autres changements de personnel pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital? (Par exemple, a-t-on remplacé des omnipraticiens par des obstétriciens ou des infirmières par des sages-femmes?) Veuillez décrire les changements apportés.

4. A-t-on accordé des primes d'encouragement (argent ou autre) aux membres du personnel de l'hôpital en plus de leur salaire régulier? Si oui, veuillez préciser le poste occupé, le type d'encouragement, les sommes offertes (en \$US), la fréquence et la durée de ces primes.

Coûts des améliorations apportées aux AUTRES RESSOURCES HUMAINES*

**non mentionnées précédemment dans les autres sections de ce formulaire*

1. Autres coûts liés au personnel

Note: Le nombre des employés inscrits dans ce formulaire doit être le même que celui inscrit à la question N° 1 à la page précédente.

(Veuillez inscrire chaque poste occupé séparément)	Nombre	Salaire annuel par personne (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
			PMM	Gouv.	Comm.	Autre
Total						

2. Autres coûts liés à la formation

Note: Le nombre des employés inscrits dans ce tableau doit être le même que celui inscrit à la question N° 2 à la page précédente.

(Veuillez inscrire chaque poste occupé séparément)	Nombre de personnes formées	Coût par personne (\$US)	Contributions selon la source (\$US)			
			PMM	Gouv.	Comm.	Autre
Total						

**Description des AUTRES AMÉNAGEMENTS*
réalisés pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital**

**non mentionnés précédemment dans les autres sections de ce formulaire*

1. A-t-on entrepris d'autres activités non mentionnées précédemment dans ce formulaire pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital. Veuillez en donner une description dans cet espace et inscrire les coûts de ces activités dans le tableau qui suit.

**Coûts des AUTRES AMÉNAGEMENTS*
réalisés pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital**

**non mentionnés précédemment dans les autres sections de ce formulaire*

(Veuillez inscrire chaque aménagement séparément)	Coût total (\$US)	Contributions selon la source			
		PMM	Gouv.	Comm.	Autre
Total					

TOTAL DES COÛTS des aménagements faits pour améliorer les SOU à l'hôpital

Dans les sections précédentes de ce formulaire, vous avez fourni des données sur les coûts des aménagements réalisés pour améliorer les SOU à l'hôpital. Il serait intéressant que vous fournissiez aussi des données sur le total des coûts des aménagements faits pour améliorer les SOU à l'hôpital.

Dans les encadrés qui suivent, veuillez indiquer le total des coûts pour le matériel, le personnel et la formation pour améliorer les SOU à l'hôpital. Ces chiffres doivent comprendre tous les coûts d'aménagement dans tous les domaines traités dans ce formulaire : la salle d'opération, la disponibilité du sang, le service de maternité, la disponibilité des médicaments et des fournitures, l'infrastructure de l'hôpital, les autres aménagements en ressources humaines et les autres activités pour améliorer les SOU à l'hôpital. Il se peut que vous ayez inscrit certaines activités dans plus d'une catégorie. Il ne suffit pas d'additionner les chiffres des sections précédentes; il faut voir à ce que ces chiffres ne soient pas comptabilisés deux fois. Par exemple, si vous avez inscrit les gants chirurgicaux et les fils à sutures dans les catégories «Salle d'opération» et «Disponibilité des médicaments et fournitures», assurez-vous de ne comptabiliser ces articles qu'une seule fois dans les totaux suivants.

De même, si vous avez inscrit la formation du personnel infirmier et des sages-femmes dans les catégories «Service de maternité» et «Salle d'opération», assurez-vous de ne comptabiliser qu'une seule fois ces coûts de formation.

1. **Total des coûts matériels** pour améliorer les SOU à l'hôpital = _____ \$US

2. **Total des coûts liés au personnel *** pour améliorer les SOU à l'hôpital = _____ \$US

*Ce chiffre ne doit comprendre que le personnel qui a été engagé, réaffecté ou muté. Il ne faut pas compter le personnel déjà en place.

3. **Total des coûts de formation** pour améliorer les SOU à l'hôpital _____ \$US

TOTAL DES COÛTS pour l'amélioration des soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital _____ \$US
(Total des encadrés 1, 2 et 3)

Commentaires généraux sur les coûts d'amélioration des SOU à l'hôpital

Vos commentaires: La recherche sur les coûts d'améliorations aux SOU est un domaine très nouveau. Nous aimerions recevoir vos commentaires sur la façon de recueillir les données et de remplir ce formulaire. Quelles sont les sections qui vous ont causé le plus de problèmes? Quelles sont les sections qui vous ont semblé les plus simples à remplir?

Étant donné votre expérience à remplir ce formulaire, jusqu'à quel point avez-vous confiance en la justesse de ces données? Selon vous, dans quels domaines l'évaluation des coûts est-elle la plus juste? Veuillez expliquer.

Selon vous, dans quels domaines les évaluations des coûts sont-elles le moins fiables? Veuillez expliquer.

Veuillez utiliser l'espace suivant pour nous communiquer vos idées ou vos commentaires concernant la recherche sur les coûts des interventions dans le domaine de la santé, ou sur les recherches du PMM sur les coûts en particulier.

A.11 Exemple de plan de mise en œuvre

Intervention	Responsabl e	Durée			
		An 0	An 1	An 2	An 3
Niveau du district/du centre de soins Disponibilité des médicaments et fournitures Fonctionnement des établissements opérationnels Amélioration des services transfusionnels Amélioration de la tenue des registres et supervision Mise sur pied d'une liaison ambulance et radio Formation des médecins, sages-femmes et autres employés de l'hôpital			-----		
Niveau communautaire Éducation communautaire sur les signes de complications et la référence des patientes Mobilisation du support communautaire pour créer un fond de prêts d'urgence et un système de transport d'urgence Formation des accoucheuses traditionnelles sur les signes de complications et l'orientation des patientes				----->	
Surveillance et évaluation Amélioration de la tenue des registres Collecte des données Analyse de données; préparation des rapports		-----	----->	-- -- -- -- --	-->

A.12 Exemple de plan de surveillance et d'évaluation

Intervention	Indicateurs pour l'évaluation	Activités de surveillance et d'évaluation	Sources des données	Fréquence
Amélioration des compétences du personnel de l'hôpital à gérer les complications obstétricales d'urgence	Nombre d'employés ayant reçu une formation	Révision des dossiers	Liste des participants aux stages de formation	Tous les ans
	Amélioration des connaissances du personnel	Examens avant et après la formation	Résultats des examens	2 mois après la formation
	Amélioration des attitudes du personnel	Observation et révision des cas	Entrevues avec le personnel	2 mois après la formation
	Nombre de patientes soignées et orientées vers un spécialiste, par complications	Révision des dossiers de l'hôpital	Registre de l'hôpital	Tous les mois
	Meilleure gestion des cas obstétricaux urgents	Observation Révision des cas	Service de maternité Dossier des patientes	Tous les mois
	Meilleure perception des soins par les patientes	Révision des cas	Entrevues en profondeur	Juste après la formation et 6 mois plus tard
	Taux de mortalité chez les cas	Révision des dossiers de l'hôpital	Registre de l'hôpital	Tous les mois
Amélioration des services transfusionnels	Disponibilité du sang	Révision de l'inventaire de la banque de sang	Inventaire de la banque de sang	Tous les mois
	Disponibilité du matériel de transfusion	Révision de l'inventaire des fournitures	Inventaire des fournitures	Tous les mois
	Proportion des cas nécessitant une transfusion et qui l'ont effectivement reçue	Révision des dossiers de l'hôpital	Registre de la maternité	Tous les trois mois

Intervention	Indicateurs pour l'évaluation	Activités de surveillance et d'évaluation	Sources des données	Fréquence
Amélioration des communications et du transport entre les établissements	Disponibilité et état des véhicules	Observation Vérifications régulières	Carnets de route des véhicules	Tous les mois
	Disponibilité et fonctionnement de la radio	Observation	Véhicules utilisés	Tous les mois
	Nombre de patientes transportées	Révision des carnets de route des ambulances	Carnet de route de l'ambulance	Tous les trois mois
	Temps écoulé entre la décision de référer la patiente et son arrivée à l'établissement	Révision des cas	Carnet de route de l'ambulance	Tous les trois mois
Améliorer la sensibilisation et les connaissances de la communauté quant aux signes précoces de complications et à la référence	Nombre d'éducateurs de la santé ayant reçu une formation	Révision des dossiers	Registre du projet	Tous les ans
	Nombre de personnes ayant assisté aux séances communautaires d'éducation à la santé	Révision des dossiers	Registre du projet Listes des présences	Tous les six mois
	Connaissance accrue des signes de complications et de la façon de référer les patientes	Mini-sondage	Communauté	6 mois après l'activité
	Diminution du temps écoulé entre l'apparition de la complication et l'arrivée à un établissement de SOU	Révision des dossiers	Registres des établissements	Tous les trois mois

**Lignes directrices
pour la préparation de
présentations orales
dans le cadre
d'une conférence**

Février 1996

Lignes directrices pour la préparation de présentations orales dans le cadre d'une conférence

Combien de fois avez-vous assisté à une conférence espérant entendre une présentation intéressante, pour finalement être confronté à des tableaux et des graphiques que vous étiez incapable de lire ou à des transparents dont le texte était si petit que vous deviez vous forcer la vue pour les voir?

À vous maintenant : vous devez faire une présentation devant des collègues et des étrangers, et vous êtes nerveux. Votre travail mérite d'être bien présenté, et votre public a droit à une présentation claire et précise.

L'utilisation de supports visuels appropriés pendant une présentation orale permet d'atteindre plusieurs objectifs. Ils permettent d'illustrer les idées que vous voulez communiquer et ils aident l'auditoire à mieux vous suivre. Ils servent de compléments à ce que vous dites et vous aident à garder le fil de votre exposé. Ils contribuent également à susciter l'intérêt chez votre auditoire.

Des supports visuels mal préparés ne font qu'embrouiller ceux qui vous écoutent. Pendant qu'ils font des efforts pour déchiffrer vos diapositives, ils n'entendent plus ce que vous dites et ratent les points importants de votre présentation.

Note : Une communication orale dans le cadre d'une conférence comporte deux aspects auxquels il faut porter une grande attention : le contenu et la présentation. Si vous n'avez rien d'intéressant à dire, les meilleurs supports visuels ne vous aideront en rien. Et si vous présentez vos documents de façon confuse et peu intéressante, votre auditoire ne saisira pas l'importance des résultats du projet dont vous discutez.

Comment pouvez-vous vous assurer que vos supports visuels rehaussent et clarifient votre présentation?

Ces lignes directrices vous donneront des suggestions pour préparer des diapositives et des transparents qui seront des supports visuels efficaces.

Éléments nécessaires à des diapositives et des transparents efficaces

Couleur

Diapositives

la meilleure solution est d'utiliser des lettres ou figures **claires** sur un fond de couleur **foncée**

- Utilisez le blanc ou le jaune, sur le bleu ou le noir.
- Évitez le rouge foncé, le bleu ou le vert sur un fond bleu ou noir. Ces couleurs n'offrent pas assez de contraste et rendent le texte ou les graphiques difficiles à lire.

Transparents

La meilleure solution est d'utiliser des lettres ou figures **foncées** sur un fond **pâle (clair)**.

- Une façon simple de produire des supports visuels très attrayants est de faire imprimer vos transparents sur une imprimante laser ou à jet d'encre. Vous pouvez photocopier des textes imprimés au laser ou à jet d'encre directement sur un transparent. Une bonne imprimante matricielle peut aussi être utilisée.
- Si vous avez accès à une imprimante ou à un photocopieur couleur, vous remarquerez que la plupart des couleurs foncées, par exemple le rouge, le bleu et le vert foncés, ressortent très bien sur un transparent.
- Pour les présentations importantes, évitez les transparents écrits à la main.

Le terme «*police*» renvoie à l'aspect (caractère) des lettres. Tous les logiciels offrent un choix de caractères. Notez que selon les logiciels et les imprimantes, on peut utiliser différentes polices. Leurs noms varient; choisissez selon leur aspect général.

➤ Choisissez des polices simples et nettes plutôt que celles comportant des fioritures ou un dessin compliqué.

➤ Les meilleurs choix à la fois pour les diapositives et les transparents sont :

Les caractères Univers ont cet aspect.

Les caractères CG Omega ont cet aspect.

Les caractères Antique Olive ont cet aspect.

Les caractères Arial ont cet aspect.

➤ Les formes suivantes sont aussi acceptables :

Les caractères CG Times ont cet aspect

Les caractères Albertus ont cet aspect.

Les caractères Times Roman ont cet aspect.

➤ Par contre, celles-ci sont nettement à déconseiller :

Les caractères Tahoma ont cet aspect.

Les caractères Lucida ont cet aspect.

Les caractères Haettenschweiler ont cet aspect.

LES CARACTÈRES COPPERPLATE ONT CET ASPECT.

La dimension des caractères se mesure en points. Plus le nombre de points est élevé, plus les caractères sont gros.

➤ La plupart des documents ordinaires, comme celui-ci, sont imprimés en 12 points, ce qui est beaucoup trop petit pour des transparents. *Il ne faut jamais faire un transparent à partir d'une page imprimée en caractères ordinaires.*

➤ La taille minimale absolue pour un transparent est de 24 points, mais il est préférable d'utiliser des caractères de 30 points ou plus.

Caractères Univers de 12 points.

Caractères Univers de 18 points.

Caractères Univers de 24 points.

Car. Univers de 30 points.

Car. Univers de 36 pts.

➤ Pour faire ressortir un mot même s'il est imprimé en caractères de même taille que les autres mots, on utilise les **caractères gras**, le soulignement, le double soulignement ou *l'italique*.

Car. Univers 30 pts gras.

Le soulignement fait ressortir un mot.

➤ Des caractères ayant un même nombre de points, mais qui sont de polices différentes, peuvent être de taille différente.

Caractère Univers de 24 points.

Caractère Clarendon de 24 points.

La composition est l'organisation des mots, des graphiques, des tableaux ou des images qui apparaissent sur la diapositive ou le transparent.

Si vous êtes tenté de dire à votre auditoire : «Je ne sais pas si vous voyez bien...», vos caractères sont trop petits ou votre diapositive est trop chargée. *Il ne faut pas utiliser cette diapositive!* Pourquoi la montrer si l'auditoire ne peut la lire?

Le texte

- Résumez votre exposé en quelques mots sur la diapositive ou le transparent. La diapositive servira de guide à l'auditoire et vous servira de plan. Vous donnerez verbalement les explications et les détails nécessaires.
- Utilisez un maximum de quatre idées (une par ligne) sur chaque diapositive ou transparent.
- La diapositive n'est pas un texte écrit : il n'est pas nécessaire d'utiliser des phrases complètes. De plus, il ne faut pas lire à l'auditoire le texte de la diapositive. Si vos diapositives sont détaillées à ce point, les gens de l'assistance peuvent les lire eux-mêmes; ils n'ont pas besoin de vous.
- Vous pouvez utiliser des tirets ou des puces (ex. : •, ➤), des alinéas ou des espaces entre les lignes pour rendre vos diapositives plus faciles à suivre. (Ce document-ci utilise ces mêmes techniques.)

Les graphiques

- En général, il vaut mieux utiliser un seul graphique par résultat. Pour illustrer plusieurs résultats, utilisez une série de graphiques sur des diapositives différentes.
- Si vous désirez comparer des données sur le graphique, limitez l'information à deux ou trois lignes ou barres, pas plus.

-
- Utilisez le graphique pour illustrer un point visuel précis. Pour une présentation orale, un graphique n'a pas besoin d'être aussi détaillé que pour un article ou un rapport. Mais il faut lui donner un titre et une légende qui soient bien clairs (étiquettes pour barres ou lignes). Il n'est pas

nécessaire de préciser chaque échelon sur les axes ou chaque point sur les lignes marquées, ce qui ferait trop chargé. Par exemple, plutôt que d'indiquer chacune des périodes de temps sur l'axe des X («janv.-mars 1993, avril-juin 1993, juillet-septembre 1993, etc...») comme vous le feriez dans un rapport, inscrivez seulement : «Période 1993-95». De même, au lieu d'indiquer chaque observation se rapportant à une ligne, vous pouvez n'inscrire que le premier et le dernier point.

Les tableaux

- Il est difficile de présenter des tableaux clairs sur un transparent ou une diapositive parce que même les tableaux simples contiennent beaucoup d'information. Par exemple, même pour un simple tableau 2x2, les gens dans l'assistance doivent absorber tous les éléments suivants : l'objet du tableau, la signification des rangées et des colonnes et les quatre données inscrites au tableau. Ils doivent également saisir la relation qui existe entre ces chiffres. Cette assimilation leur demande un certain temps et ils ne peuvent pas vous écouter.
- Si vous avez l'intention de ne présenter que certaines sections du graphique, faites-les ressortir en les ombrageant ou en les encerclant à la main pour attirer l'attention des gens à ces endroits.
- Si possible, communiquez votre idée à l'aide d'un graphique ou d'une simple comparaison de figures, plutôt qu'avec un tableau.
- Si vous devez absolument utiliser des tableaux, utilisez des titres bien clairs et des légendes bien nettes, comme pour les graphiques.

Les photos et diapositives

- Parce qu'elles sont difficiles à reproduire sur des transparents, les photos ne peuvent être utilisées que pour les présentations avec diapositives.

- Quelques photos peuvent rendre votre présentation plus vivante. Elles donnent une image bien nette de l'emplacement du projet. Elles peuvent donner une idée de l'aspect géographique (le site et les routes environnantes), de l'état des établissements de santé ou des activités liées au projet (enquête, travail avec des cas sociaux, formation).
- Évitez toutefois de transformer votre présentation en récit de voyage. N'utilisez que les photos illustrant des idées liées directement à votre

exposé.

Autres suggestions

- ***Un des avantages des transparents sur les diapositives est que vous pouvez y effectuer des changements de dernière minute.*** Comme vous pouvez les produire avec de l'équipement de bureau ordinaire, vous pouvez les préparer ou les réviser très rapidement dans les jours qui précèdent votre présentation. Par contre, les diapositives doivent être produites dans un studio de photographie et vous ne pouvez y apporter des changements de dernière minute.

Nous vous suggérons fortement d'utiliser des transparents pour la Conférence de clôture du PMM pour l'année 1996. Nous aurons l'équipement nécessaire sur les lieux de sorte que vous pourrez effectuer des changements à la toute dernière minute, si vous le désirez.

- ***Pendant la rédaction de votre exposé, ramenez tous vos résultats, conclusions et recommandations à trois idées concises dont les gens dans l'assistance devront se souvenir.*** Ces trois idées constituent votre conclusion finale et doivent être présentées de façon concise sur un transparent. Par exemple, même si vous avez expliqué que votre projet a contribué à réduire le taux de mortalité chez les cas (TMC) de l'hôpital de 25% entre 1991 et 1995 grâce à des aménagements dans l'infrastructure, la formation, la banque du sang et l'approvisionnement en médicaments, votre auditoire ne se souviendra plus de toute cette information. L'essentiel de votre conclusion, le message que vous voulez communiquer, pourrait être celui-ci : «Il est possible de réduire le TMC d'un hôpital.» Vous voulez qu'en quittant la salle les gens retiennent ceci : «Le projet a démontré qu'on peut réduire le TMC d'un hôpital. Je dois me renseigner pour savoir comment ils y sont arrivés.»

-
- **Exercez-vous à l'avance pour bien utiliser vos diapositives et vos transparents pendant votre présentation.** Prévoyez exactement à quel moment vous allez passer à la diapositive suivante et indiquez-le dans vos notes. Si quelqu'un doit vous aider à projeter vos transparents, exercez-vous ensemble pour vous assurer d'une bonne coordination.
 - **Assurez-vous que vous respectez le temps qui vous est alloué pour votre présentation.** Il serait dommage de vous faire interrompre avant d'avoir exposé vos conclusions finales; la puissance de votre message y perdrait beaucoup. Vous avez dix minutes pour chaque présentation lors de la Conférence de clôture du PMM pour l'année 1996. Limitez votre présentation à dix minutes et exercez-vous pour être certain que vous respectez le temps qui vous est alloué.
 - **Familiarisez-vous avec les appareils que vous devrez utiliser.** Si quelqu'un doit vous aider, assurez-vous que cette personne connaisse bien les appareils.
 - **Si possible, exercez-vous dans la salle même où vous ferez votre présentation.** Prévoyez où placer le projecteur de diapositives ou le rétroprojecteur pour assurer une projection optimale.
 - **Vérifiez la séquence de vos transparents ou de vos diapositives bien avant votre présentation.** Les transparents sont faciles à vérifier. Quant à vos diapositives, vous devrez les regarder une à une pour vous assurer qu'elles se suivent dans le bon ordre ou qu'elles ne sont pas à l'envers dans le carrousel (ce qui arrive trop souvent lors de conférences).
 - **Numérotez les diapositives et les transparents pour pouvoir les remettre en ordre rapidement s'ils tombent par terre (et cela peut arriver)!**
 - **N'utilisez que la partie supérieure de vos transparents (la moitié ou les deux tiers supérieurs de la page).** En effet, les personnes assises derrière la première rangée ne verront pas le bas de la page même s'il apparaît dans la fenêtre du projecteur.

-
- ***Souvenez-vous que c'est habituellement un studio professionnel qui prépare les diapositives.*** Assurez-vous de fournir les renseignements correspondant au format demandé. On vous demandera peut-être les originaux (en orientation «portrait» ou «paysage») et une copie sur disquette.

 - ***Si vous utilisez des diapositives, il serait plus sûr de faire des copies de dépannage sur transparents.***

La plupart des gens sont nerveux lorsqu'ils doivent se présenter devant un auditoire pour donner un exposé. Il est souvent difficile de penser rapidement pour régler un problème lorsqu'on est devant un public. Votre meilleure chance de succès est de prévenir les situations embarrassantes en vous assurant qu'aucun problème ne surgira : assurez-vous que vos supports visuels soient bien conçus et qu'ils soient prêts à être utilisés, et vérifiez-les pour que votre présentation se passe sans anicroches.

Exemples de bons et de mauvais transparents et diapositives

Les trois retards

- Retard à décider de demander des soins
- Retard à se rendre à l'établissement
- Retard à recevoir un traitement à l'établissement

Commentaires

Ceci est un exemple de bonne diapositive ou de bon transparent. Pourquoi?

Interventions du Projet PMM Équipe PMM de l'état Mon état, mon pays

- Interventions à l'hôpital
 - Rénovation de la salle d'opération
 - Nouvel équipement
 - Approvisionnement 24 hres en sang et en médicaments
 - Interventions au centre de soins
 - Nouvel équipement
 - Formation en réanimation obstétricale pour les sages-femmes
 - Radios ondes courtes
 - Interventions communautaires
 - Programme de prêts
 - Programme de transport
 - Personnes ressources
 - Campagne d'éducation
-

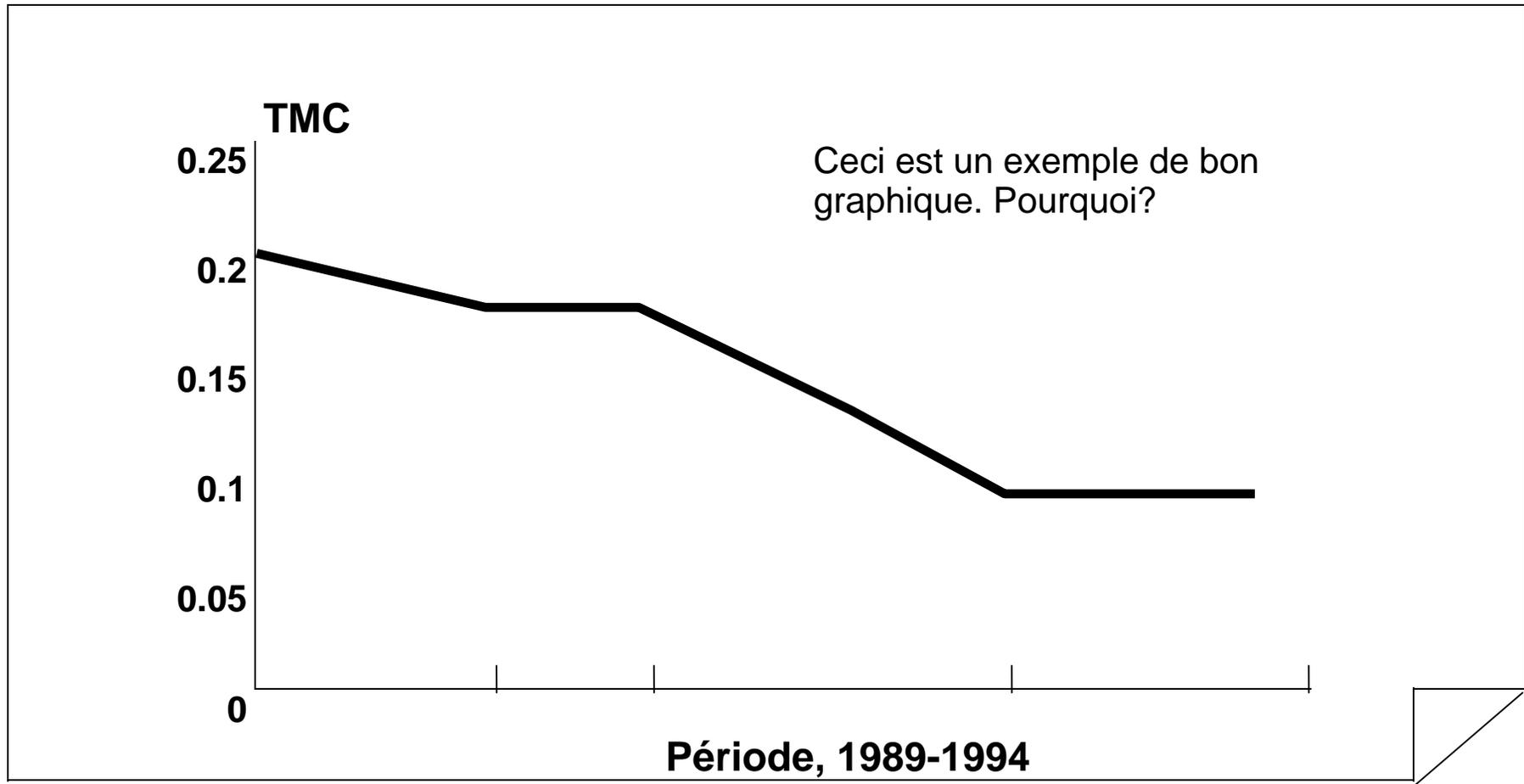
Commentaires

Ceci est un exemple de mauvaise diapositive ou de mauvais transparent. Pourquoi?

Suggestions

Présenter l'information sur trois diapositives différentes.
Utiliser de plus gros caractères.
Raccourcir le titre.
Bien vérifier l'orthographe.

Taux de mortalité chez les cas Nom de l'hôpital, 1989-1994



Annexe B

Surveillance à l'échelle nationale et sous-nationale

	Page
B.1 Indicateurs de processus.....	140
B.2 Collecte des données	149
B.3 Interprétation des résultats	161
B.4 Table de nombres aléatoires	164
B.5 Formulaires pour la collecte des données.....	165

Le contenu de cette annexe est extrait de la publication suivante de l'UNICEF/UNFPA et de l'Organisation mondiale de la santé :

Deborah Maine, Tessa M. Wardlaw, Victoria M. Ward, James McCarthy, Amanda Birnbaum, Murat Z. Akalin et Jennifer E. Brown. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*. (2^{ème} édition) UNICEF/UNFPA/WHO, New York, Octobre 1997.

B.1 Indicateurs de processus à utiliser aux niveaux national et régional

Les indicateurs définis dans la première partie de ce manuel ont été conçus expressément pour la surveillance et l'évaluation à l'échelle locale ou du projet. Il est toutefois possible d'utiliser la même approche pour obtenir des indicateurs pour la surveillance de régions plus grandes. Comme les indicateurs de processus pour la surveillance locale, ceux-ci se basent sur l'étude des séquences causales menant au décès maternel, fournissent une information utile et peuvent être calculés.

Cette annexe présente une série d'indicateurs de processus permettant la surveillance du progrès dans la prévention de la mortalité maternelle, tant au niveau du pays qu'à celui des régions administratives (ex. : au niveau provincial). L'ordre dans lequel ces indicateurs apparaissent correspond à un ordre approximatif de priorité. Pour que les femmes puissent recevoir un traitement rapide et adéquat de leurs complications, les établissements destinés à fournir les soins obstétricaux d'urgence (SOU) doivent :

- exister;
- être répartis de façon utile sur le territoire;
- être utilisés par les femmes; et
- être utilisés par les femmes qui en ont le plus besoin.

Toutes ces considérations peuvent être réunies sous un titre commun : la couverture. Une couverture adéquate *ne signifie pas* que toutes les naissances doivent avoir lieu dans les établissements de santé. Elle signifie plutôt que toutes les femmes enceintes doivent avoir accès à des établissements de SOU fonctionnels, si elles en ont besoin.

Une fois la *couverture* constituée, il faut s'occuper des problèmes de *performance*, car un grand nombre de femmes décèdent à l'hôpital. Certaines d'entre elles décèdent parce qu'elles ont été admises après que leur état soit devenu critique. Mais beaucoup d'autres décèdent parce qu'elles n'ont pas été soignées à temps ou parce que le traitement reçu était inadéquat.

Le tableau B.1 donne une série d'indicateurs de processus portant sur l'étendue de la couverture et sur la performance des centres de soins. À côté de chaque indicateur, on retrouve le «niveau minimum acceptable». (L'indicateur utilisant les données sur les accouchements par césarienne possède à la fois un niveau maximum et un niveau minimum). Ces niveaux acceptables sont nécessairement approximatifs. Ils sont basés sur les meilleures données, estimations et hypothèses actuellement disponibles.

Figure B.1. Indicateurs et niveaux minimums acceptables	
Indicateur	Niveau minimum acceptable
Nombre de centres de SOU : Établissements de SOU de base Établissements de SOU complets	Pour chaque 500 000 habitants, il devrait y avoir : Au moins 4 établissements de SOU de base. Au moins 1 établissement de SOU complet.
Répartition géographique des établissements de SOU	Dans les régions du pays, le niveau minimum de services de SOU est atteint.
Proportion de toutes les naissances ayant lieu dans des établissements de SOU de base ou complets.	Au moins 15 % de <u>toutes</u> les naissances dans la population ont lieu dans des établissements de SOU de base ou complets.
Besoin comblé pour les SOU : Pourcentage des femmes que l'on estime avoir des complications, et qui sont traitées dans un établissement de SOU	100 % des femmes que l'on estime avoir des complications obstétricales sont traitées aux établissements de SOU
Les césariennes en pourcentage de toutes les naissances	Les césariennes représentent pas moins de 5 % et pas plus de 15 % de toutes les naissances dans la population.
Taux de mortalité chez les cas	Le taux de mortalité pour les femmes avec des complications obstétricales aux établissements de SOU est de moins de 1 % .

Soins obstétricaux d'urgence (SOU) - Couverture

Indicateur N° 1 : Quantité des services de SOU

La première de cette série de mesures de processus est l'existence de services de SOU suffisants. Deux niveaux d'établissements sont définis : les établissements de SOU de base et les établissements de SOU complets. Les deux types d'établissements peuvent dispenser les mesures salvatrices obstétricales, mais seuls les établissements de SOU complets pratiquent la chirurgie.

Un centre de soins dispensant les SOU de base peut prévenir un grand nombre de décès maternels. Pour certaines complications (ex. : certains cas d'hémorragie post-partum), ces services peuvent suffire, mais pour d'autres (ex. : le travail dystocique), un traitement plus complexe est nécessaire. Pourtant, même dans ce cas, les premiers

soins peuvent sauver des vies, car ils permettent de stabiliser l'état de la femme avant de la diriger vers un autre établissement.

Pour évaluer le niveau de soins vraiment dispensés par un établissement, il faut tout d'abord identifier quelques tâches de SOU importantes permettant de distinguer les établissements de SOU de base des établissements de SOU complets. La liste suivante énumère les services qui devraient être fournis; elle ne constitue pas la liste exhaustive de tous les services devant être dispensés. Il s'agit plutôt d'une liste succincte de «fonctions indicatrices» bien définies, conçue aux fins de surveillance^a.

Figure B.2. Fonctions indicatrices servant à identifier les établissements de SOU de base et les établissements de SOU complets	
<u>Services de SOU de base</u>	<u>Services de SOU complets</u>
(1) administration parentérale* d'antibiotiques	(1–6) Tous les SOU de base
(2) administration parentérale de médicaments ocytotiques	(7) chirurgie (césariennes)
(3) administration parentérale d'anticonvulsivants pour la pré-éclampsie et l'éclampsie	(8) transfusions sanguines
(4) extraction manuelle du placenta	
(5) évacuation des produits de la conception (ex. : aspiration manuelle à vide)	
(6) accouchement par voie vaginale assisté	
Un établissement de SOU de base doit accomplir <i>toutes</i> les tâches de 1 à 6. Un établissement de SOU complet doit accomplir <i>toutes</i> les tâches de 1 à 8.	
*L'administration parentérale de médicaments signifie par injection ou par perfusion intraveineuse.	

^a En 1993, un Groupe technique de travail de l'OMS a approuvé une liste similaire; toutefois, cette liste établit une différence entre centres de soins et hôpitaux plutôt qu'entre établissements de SOU de base et complets. Comme nous l'avons noté précédemment, aux fins de surveillance, nous insistons sur le statut réel des niveaux de fonctionnement des établissements, et non sur leur statut potentiel ou théorique.

Il y existe bien sûr un grand nombre d'établissements de santé qui accomplissent certaines des fonctions de SOU de base apparaissant ici, mais pas toutes. Ces établissements sont sûrement très utiles et ils peuvent très bien prévenir certains décès maternels. Ils devraient donc être inclus, par exemple, dans une étude approfondie de leur district. Mais dans le cas de la surveillance à l'échelle nationale, il n'est ni faisable ni utile d'utiliser des distinctions trop fines ou trop de catégories. Aux fins présentes, nous n'incluons donc ici que les établissements qui prodiguent actuellement toutes les fonctions indicatrices incluses dans la liste des services de SOU de base et de SOU complets.

Niveaux minimums acceptables :

Pour chaque 500 000 habitants, il devrait y avoir :

1 établissement dispensant les SOU complets; et

4 établissements dispensant les SOU de base.

Indicateur N° 2 : Distribution géographique des établissements de SOU

S'il y a suffisamment d'établissements de SOU, l'étape suivante consiste à s'assurer qu'ils soient situés aux endroits appropriés, c'est-à-dire près des femmes qui en ont besoin. La répartition des services est trop importante pour être ignorée. Il n'est pas rare de retrouver une quantité excessive de services autour des villes principales, alors qu'une grande partie de la population n'en a pratiquement aucun.

Par conséquent, le niveau minimum acceptable dans la *distribution* des services de SOU doit être le même que celui de la *quantité* des services de SOU, mais appliqué à des régions géographiques plus petites.

Indicateur N° 3 : Proportion du nombre total de naissances dans les établissements de SOU de base et complets

Vient ensuite la question : «Les femmes utilisent-elles les établissements de SOU?». Il ne s'agit pas de recommander que toutes les femmes accouchent à l'hôpital. Dans plusieurs pays en développement, le système de santé serait débordé par ces nouvelles patientes. D'ailleurs, si une femme a un accouchement normal, il sera probablement préférable pour elle de rester à la maison. Mais il faut se demander ce qui arrive lorsqu'une femme développe des complications.

La proportion de toutes les naissances survenant dans un établissement de SOU sert d'indicateur brut de son utilisation. Un certain nombre d'auteurs ont évalué à au moins

15 % le pourcentage de femmes enceintes développant éventuellement des complications graves^{1,2}. De plus, un groupe technique de travail de l'OMS a convenu d'utiliser ce pourcentage comme celui du minimum de femmes enceintes nécessitant des soins médicaux pour éviter la mort ou l'invalidité³. Ainsi, lorsque le nombre de femmes recevant des soins dans un établissement de SOU n'est pas au moins égal à 15 % de *toutes* les femmes qui accouchent dans une population, on peut être sûr que certaines complications obstétricales ne sont pas traitées.

Niveau minimum acceptable :

Au moins 15 % de toutes les naissances de la population ont lieu dans un établissement de SOU (qu'il s'agisse d'établissements de SOU de base ou d'établissements de SOU complets).

Indicateur N° 4 : Les besoins comblés : la proportion de toutes les femmes ayant des complications qui sont traitées dans des établissements de SOU

Bien entendu, le fait que 15 % des naissances aient lieu dans des établissements de SOU ne signifie pas que toutes les femmes ayant des complications reçoivent des soins. Il se peut, par exemple, que la majorité des naissances ayant lieu dans un établissement de SOU soient des accouchements normaux. Dans ce cas, les femmes souffrant de complications seraient à l'extérieur des établissements de SOU et ne recevraient pas de traitement. Cet indicateur est donc une mesure plus précise de l'utilisation des établissements de SOU puisqu'il tient compte du genre d'activités qui s'y déroulent. (Un autre indicateur utile, les besoins non comblés, se calcule comme suit : $100 - [\text{besoins comblés}]$).

Niveau minimum acceptable :

La proportion de toutes les femmes ayant des complications obstétricales qui sont traitées dans les établissements de SOU de base ou complets est de 100 %.

Aux fins de surveillance, un «cas compliqué» est défini comme étant celui d'une femme présentant n'importe lequel des diagnostics du tableau B.3.

Figure B.3. Définition d'un cas compliqué

- Hémorragie : pré- ou post-partum
- Travail prolongé/dystocique
- Infection post-partum
- Complications d'avortement
- Pré-éclampsie/éclampsie
- Grossesse ectopique
- Perforation utérine

À certains endroits, surtout dans les pays en développement, la proportion des femmes avec complications qui sont traitées dans les établissements de SOU peut être supérieure à 15 % des naissances, c'est-à-dire des «besoins comblés» dépassant 100 %.

L'une des raisons de ce phénomène est que plus de 15 % des femmes enceintes dans une population peuvent développer des complications. Des études faites dans différents pays ont démontré que tel était le cas⁴. Cette probabilité est encore plus forte là où l'incidence d'avortements non sécuritaires est élevé, car ceux-ci augmentent de façon substantielle la proportion des femmes qui développeront des complications.

Indicateur N° 5 : Proportion des césariennes par rapport à l'ensemble de toutes les naissances

Un indicateur montrant si, en fait, les établissements de SOU fournissent ou non des soins obstétricaux salvateurs est la proportion des césariennes par rapport au nombre total de naissances. L'usage de cet indicateur est quelque peu controversé car cette procédure est parfois sur-utilisée. Bien qu'elle puisse être commode et lucrative pour les médecins, elle est dangereuse et coûteuse pour les patientes. C'est surtout (mais pas exclusivement) dans les pays industrialisés que l'on a documenté une sur-utilisation de cette intervention⁵.

Une estimation raisonnable, voire conservatrice, de la proportion de femmes enceintes qui auront besoin d'une césarienne est de 5 %⁶. Puisque nous avons supposé qu'à peu près 15 % des femmes enceintes développeront des complications graves, nous pouvons déduire que le tiers ($5/15 = ,33$) des femmes ayant des complications auront besoin de traitements dans un établissement de SOU complet^b.

En fixant les niveaux acceptables de césariennes, il semble approprié de définir à la fois un minimum et un maximum. Cinq pour cent de toutes les naissances dans la population est une limite inférieure relativement conservatrice. Quant à la limite supérieure, un taux de 15 % semble raisonnable. Ce taux est légèrement plus élevé que dans la plupart des pays développés, mais il est tout de même inférieur à celui des pays identifiés comme ayant des problèmes de sur-utilisation de cette intervention. Ces niveaux minimum et ce maximum ont été adoptés par le Groupe technique de travail

^b En 1993, le Groupe technique de travail de l'OMS a adopté ces estimations.

formé par l'OMS⁷.

Niveaux minimum et maximum acceptables :

Les césariennes ne devraient pas représenter moins de 5 % et plus de 15 % de toutes les naissances dans une population donnée.

Performance des établissements de SOU

Les indicateurs précédents se sont concentrés sur la couverture de la population par les services de SOU. Si un pays satisfait à tous ces critères, on peut affirmer (1) qu'il s'y trouve un nombre raisonnable d'établissements de SOU; (2) que ceux-ci sont assez bien répartis à l'intérieur du pays; (3) qu'ils desservent une proportion acceptable des femmes; (4) qu'ils desservent les femmes qui en ont le plus besoin (c'est-à-dire, celles qui souffrent de complications obstétricales); et (5) qu'ils dispensent de fait des mesures salvatrices obstétricales, comme les césariennes.

Le sujet suivant est celui de la qualité des services fournis, qui fait l'objet d'une littérature de plus en plus considérable et complexe. Dans ce contexte, nous utiliserons un indicateur de performance relativement grossier. Il serait évidemment utile pour le programme national de compléter cette information à l'aide de renseignements d'un autre genre, comme ceux que l'on peut obtenir lors d'analyses approfondies (par exemple, les études de cas de décès) et lors d'études qualitatives.

Indicateur N° 6 : Taux de mortalité chez les cas

Le taux de mortalité chez les cas (TMC) est le nombre de décès causés par l'état particulier considéré, divisé par le nombre de personnes dans cet état. Dans ce contexte, l'expression est utilisée dans le sens de «nombre de décès maternels chez les femmes ayant des complications obstétricales dans l'établissement de santé considéré». L'idéal serait de calculer des TMC distincts pour chacune des causes majeures de décès maternel, mais le nombre de décès maternels dans un établissement donné est habituellement trop bas pour fournir un TMC stable pour chacune des complications. On ne calculera donc habituellement qu'un seul TMC par établissement.

Cet indicateur de performance n'a pas été utilisé très souvent, même s'il est relativement facile à calculer. Vers la fin des années 80, le taux de mortalité chez les cas pour les femmes souffrant de complications dans les hôpitaux de l'Afrique de l'Ouest allait d'un minimum de 1,2 % à Kumasi (Ghana) à un maximum de 8,0 % à Ota (Nigéria)⁸. Par contre, dès 1970, une étude de 654 hôpitaux américains a obtenu un

TMC de 0,05 % pour les accouchements avec complications. En 1978, ce taux était encore plus bas, soit à 0,03 %⁹. Étant donné ces résultats, il semble que 1 % soit le niveau maximum acceptable, se situant entre les taux des États-Unis et ceux de l'Afrique.

Niveau maximum acceptable :

Dans les établissements de SOU, le taux de mortalité chez les cas parmi les femmes ayant des complications obstétricales ne devrait pas dépasser 1 %.

Le taux de mortalité chez les cas peut être calculé pour tout établissement satisfaisant aux trois conditions suivantes : les femmes ayant des complications obstétricales y sont traitées; des décès maternels peuvent y survenir; il y existe des registres adéquats pour ces deux types d'événements. Les TMC pour les établissements de SOU de base pourraient être difficiles à interpréter, car les femmes en danger de mort peuvent être orientées vers un établissement de SOU complets. Donc, pour les fins de surveillance, les TMC ne devraient être calculés que pour les établissements de SOU complets.

À mesure que nous accumulerons de l'expérience dans la collecte et l'interprétation de l'information sur les TMC dans divers contextes des pays en développement, nous verrons si l'on doit fixer certaines limites quand on compare les TMC provenant d'établissements de santé ou de contextes différents. Par exemple, on ne peut comparer les TMC d'hôpitaux de district et d'hôpitaux d'enseignement, car les femmes ayant les complications les plus graves peuvent être orientées vers les hôpitaux d'enseignement à la dernière minute et y décéder, ce qui diminue le TMC des hôpitaux de district et fait augmenter celui des hôpitaux d'enseignement.

Une façon simple d'identifier ce genre de situation est d'analyser séparément les données provenant de divers types d'établissements (ou de différentes régions) avant de les regrouper. En plus de calculer les moyennes, il peut être révélateur d'utiliser les données des TMC pour tracer des diagrammes à colonnes ou des «diagrammes de dispersion».

Cependant, il est vrai que le TMC peut être élevé même quand l'établissement de santé fonctionne bien; lorsque, par exemple, un grand nombre de femmes arrivent au SOU dans un état précaire. Une façon de démêler les facteurs agissant sur le TMC est de réunir de l'information sur d'autres indicateurs de la qualité des soins. Ainsi, le temps écoulé entre l'admission et le traitement peut être analysé (soit pour toutes les complications, soit pour un sous-ensemble, comme celui du travail prolongé et du travail dystocique). Bien que cette statistique n'ait été que peu utilisée jusqu'à maintenant, les données provenant de l'Afrique de l'Ouest montrent qu'en général les établissements ayant des périodes d'attente plus longues ont aussi des TMC

relativement élevés¹⁰.

Un exercice plus complexe mais très révélateur consiste à recueillir de l'information sur l'état de la patiente à l'admission (ex. : pouls, pression artérielle et température). Cela permet aussi de démêler les effets dus à l'état de la patiente à son admission de ceux dus à la qualité des soins dispensés à l'établissement de santé.

Évidemment, les TMC ne tiennent pas compte des décès ayant lieu à l'extérieur du système de santé; mais cela ne change en rien la validité de cet indicateur, car il n'est utilisé que pour donner une idée de la performance de l'établissement de SOU. Si les indicateurs de couverture montrent que les services de SOU sont bien répartis et bien utilisés, et que les TMC sont bas, on peut affirmer sans risque de se tromper que le système de soins maternels du pays fonctionne assez bien.

B.2 La collecte de données pour les indicateurs de processus et les indicateurs de rendement

Pour construire les indicateurs de processus et de rendement proposés dans ce manuel, il faut utiliser trois types de données : les données sur la population, sur les taux de natalité et sur les établissements de santé. Le tableau B.4 met en correspondance les indicateurs de processus et les types de données qui leur sont associés.

Tableau B.4. Types de données utilisées pour construire les indicateurs de processus

Type de données	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Indicateur 5	Indicateur 6
	Nombre d'établissements de SOU	Répartition géogr. des établissements de SOU	Pourcentage naissances dans les établissements de SOU	Besoin comblé pour les SOU	Césariennes	Taux de mortalité chez les cas
Nombre d'habitants	X	X	X	X	X	
Taux de natalité			X	X	X	
Données des établissements de santé						
«Fonctions indicatrices des SOU»	X	X				
Nombre de naissances			X			
Nombre de cas compliqués				X		X
Nombre de césariennes					X	
Nombre de décès maternels						X

Note : SOU = soins obstétricaux d'urgence

L'information sur les populations et sur leur taux de natalité est disponible dans la plupart des pays. Mais dans certaines situations, il peut être plus difficile de recueillir de l'information sur les établissements de santé. Heureusement, cette tâche est simplifiée par le fait qu'on ne doit pas tenir compte, dans le calcul de ces indicateurs, que des établissements dispensant les services de soins obstétricaux d'urgence. Le nom utilisé pour ce genre d'établissement variera d'un endroit à l'autre. Dans certains pays, un «établissement de santé» pourrait dispenser des services qui seraient qualifiés de SOU de base. Dans d'autres pays, les «maternités» seraient plus susceptibles de dispenser

les SOU de base.

L'information pourra évidemment varier à l'intérieur même du pays. Par exemple, les centres de soins peuvent avoir un personnel plus adéquat et être mieux équipés dans certaines régions. Il faut mettre l'accent sur les services de SOU qu'un établissement fournit *réellement* et non sur ceux qu'il devrait pouvoir fournir. On a récemment élaboré plusieurs listes de vérification, qui peuvent être utiles dans l'évaluation du type et du niveau de soins pouvant être dispensés dans les différents établissements de santé^{12,13}. Cependant, bien que ces listes de vérification contiennent de l'information sur la capacité théorique d'un établissement à fournir certains services, elles ne peuvent pas recueillir d'information sur la prestation effective de ces services par l'établissement.

Préparation à la collecte des données

La majeure partie des données servant à calculer ces indicateurs sera recueillie dans les établissements. Dans un pays relativement petit, il devrait être assez facile de visiter chaque hôpital, mais dans un grand pays, cela peut être impossible. Il pourrait même être difficile de visiter tous les centres de soins dans certains pays plus petits. Dans la plupart des pays, il faudra donc choisir un sous-ensemble des établissements de SOU avant d'en faire la revue.

Nous espérons que, dans quelques années, le type d'information nécessaire au calcul de ces indicateurs de processus sera régulièrement transmis aux ministères de la santé. Les données de tous les établissements de santé seraient alors déjà compilées et disponibles.

Les étapes décrites dans cette annexe vous aideront à identifier, sans que cela nécessite un travail trop important, un ensemble d'établissements donnant une image assez précise de la situation. Pour s'assurer que les établissements choisis pour l'étude fournissent une vision suffisamment claire de la situation, il faut éviter deux écueils importants : le biais systématique et les effets des variations aléatoires.

Il y a un biais systématique lorsque des facteurs conscients ou inconscients influencent le choix des établissements à étudier. Par exemple, les personnes qui choisissent les établissements pourraient vouloir présenter la situation sous le meilleur éclairage possible. Ils pourraient ne choisir que des établissements facilement accessibles, comme ceux qui donnent sur un chemin pavé ou qui sont situés près d'une grande ville. Dans ces deux cas, les données recueillies pourraient donner une impression exagérément favorable de la situation. Les effets du hasard sont évidemment imprévisibles, mais ils tendent à diminuer à mesure que le nombre d'établissements étudiés augmente.

Le processus de sélection se fait en deux étapes : premièrement, le choix des régions du pays qui seront étudiées et deuxièmement, le choix des établissements à l'intérieur de ces régions. Le choix des *régions* sera fait au niveau national, alors que le choix des *établissements* sera fait au niveau régional. Voici des recommandations s'appliquant à chacune de ces étapes.

Le choix des régions à étudier

Choisissez un niveau administratif plus bas que le niveau national. L'expression utilisée pour désigner ce niveau administratif variera selon le pays (ex. : état ou province) et sera désignée ici sous le nom de «région». Les recommandations suivantes devraient être utilisées pour décider si l'on inclura toutes les régions d'un pays dans l'étude :

Si un pays possède **100 hôpitaux ou moins**, qu'ils soient privés ou publics, il faut étudier toutes les régions.

Si un pays possède **plus de 100 hôpitaux**, qu'ils soient privés ou publics, un sous-ensemble de régions peut être choisi pour l'étude. Il faut choisir le plus grand nombre possible de régions, mais ce nombre devrait constituer **au moins 30 % du nombre total** de régions du pays^c.

Si on choisit un sous-ensemble de régions, on doit avoir pour objectif d'en étudier le plus grand nombre possible sans compromettre la qualité des données recueillies.

Par exemple, s'il y a 21 régions dans le pays W, on pourrait en choisir 10 pour l'étude. Si les ressources sont limitées, on pourra en étudier un plus petit nombre, mais la proportion des régions étudiées ne devra pas être inférieure à 30 % du total, soit 7 dans cet exemple.

^c Dans quelques pays où les unités administratives de « province » ou « d'état » sont exceptionnellement grandes, il peut être nécessaire de choisir des sous-régions pour l'étude. De nouveau, à titre de guide approximatif, s'il y a plus de 100 hôpitaux (publics ou privés) dans une région, on peut choisir des sous-régions, et le nombre de sous-régions étudiées devrait représenter au moins 30 % de l'ensemble. Sur les formulaires, chaque sous-région devrait être considérée comme une « région ». On devrait demander l'aide d'un statisticien pour obtenir les estimations nationales dans les pays où des sous-régions ont été choisies.

Choix aléatoire des régions

Afin d'éviter les biais, le choix des régions à l'intérieur de chaque type doit être *aléatoire*. Ce mot ne signifie pas "n'importe comment". Voici la description du processus de choix aléatoire :

Étape 1. Dresser une liste de toutes les régions du pays. Pour minimiser la possibilité de biais, cette liste devrait être par ordre alphabétique.

Étape 2. Attribuer à chaque région un nombre entier en progression croissante à partir de un. Le nombre un doit être attribué à la première région sur la liste.

Étape 3. Calculer «l'intervalle d'échantillonnage». Cet intervalle vous permettra de choisir chaque n -ième région, une fois que la première région aura été choisie aléatoirement. Utiliser la formule suivante :

$\text{intervalle d'échantillonnage} = \frac{\text{le nombre total de régions dans le pays}}{\text{le nombre de régions choisies}}$

Dans notre exemple, il y a 21 régions dans le pays W, et on doit en choisir 10 pour l'étude, ce qui donne un intervalle d'échantillonnage de 2 ($21/10=2,1$).

Remarque : Les intervalles d'échantillonnage devraient être arrondis au nombre entier le plus proche.

Étape 4. Identifier la première région devant faire partie de l'échantillon, en générant un nombre aléatoire plus petit ou égal à l'intervalle d'échantillonnage (tout en étant plus grand que zéro). Vous pouvez le faire en utilisant une table de nombres aléatoires de la façon suivante (pour la table, voir la section B.4) : (a) sans regarder la table, amenez la pointe d'un crayon sur celle-ci, (b) le chiffre le plus près de la pointe du crayon est le nombre aléatoire choisi, (c) si le chiffre est plus petit ou égal à l'intervalle d'échantillonnage et qu'il est plus grand que 0, vous pouvez l'utiliser directement, sinon, (d) lire de gauche à droite en partant du chiffre pointé jusqu'à ce que vous atteigniez un chiffre satisfaisant ces conditions. Le résultat de cette opération vous donnera le numéro de la première région choisie.

Pour le pays W, l'intervalle d'échantillonnage est de 2. En utilisant la table de nombres aléatoires, la pointe de notre crayon indique le chiffre 7 se trouvant sur la ligne 21 à la colonne 33. Ce chiffre est supérieur à 2, nous devons donc poursuivre notre recherche en examinant successivement les chiffres qui se trouvent à sa droite, soit 0, 4, 6 puis 2, sur lequel nous nous arrêtons, car il est inférieur ou égal à notre intervalle d'échantillonnage tout en étant non nul. La région numéro 2 de la liste sera donc la première région choisie.

Étape 5. Les autres régions de l'échantillon sont alors choisies en additionnant successivement l'intervalle d'échantillonnage au numéro de la région qui vient tout juste

d'être choisie et ce, autant de fois qu'il sera nécessaire pour atteindre le nombre total de régions désiré.

Comme la première région choisie porte le numéro 2 dans la liste des régions, la deuxième devrait porter le numéro 4 (=2+2), la troisième le numéro 6 (=4+2) et ainsi de suite jusqu'à ce que 10 régions aient été choisies (soit le nombre de régions que nous nous étions fixé comme but).

Définition de la période de 12 mois, uniforme à l'échelle nationale, qui servira à l'étude

La période de 12 mois devrait être récente afin que les données soient encore disponibles. Pour que ces données puissent être comparées, il est important qu'elles proviennent toutes *de la même période de 12 mois*. Le choix de la période à utiliser devrait être fait à l'échelle nationale, et l'on devrait inscrire le résultat de cette décision en tête du Formulaire 2 *avant* de le reproduire et d'en utiliser les copies. On s'assure ainsi que la collecte de données dans tous les établissements sera concentrée sur une période commune. La période de 12 mois peut être une année civile (du 1er janvier au 31 décembre) ou tout autre période de 12 mois.

Une fois toutes les régions de l'étude choisies, il faut reproduire les Formulaires 1 à 4 et toutes les Feuilles de renseignements, et en envoyer un ensemble complet au coordonnateur de la recherche de chaque région.

Formulaire 1 : Liste de tous les établissements pouvant dispenser des soins obstétricaux d'urgence (SOU) dans la région étudiée

Lorsqu'on rassemble les données sur les établissements de santé, la première étape consiste à dresser une liste de tous les établissements de la région étudiée qui *pourraient* prodiguer les SOU, qu'ils soient de base ou complets, tels que définis par les fonctions indicatrices (Tableau B.2). Un établissement qui pourrait prodiguer les SOU répond à l'une des conditions suivantes :

- (1) il apparaît sur la liste du Ministère de la santé des hôpitaux et établissements de santé qui *devraient* prodiguer au moins les SOU de base;
- (2) il apparaît sur une liste d'hôpitaux ou d'établissements de santé privés qui pourraient prodiguer au moins les SOU de base; ou
- (3) il est connu du Médecin en chef de la région comme pouvant probablement prodiguer au moins les SOU de base.

Cette liste devrait être aussi complète que possible afin qu'aucun prestataire de SOU probable ne soit oublié. Les Feuilles de renseignements 1a et 1b peuvent être utilisées à cette fin. Comme chaque Feuille de renseignements comporte assez d'espace pour 17 établissements, il faudra sans doute en faire des copies; les listes d'établissements de chaque type pourront compter plusieurs pages. Le Formulaire 1 résume le nombre

d'établissements de santé dont la liste apparaît sur les Feuilles de renseignements 1a et 1b.

Le choix des établissements de SOU à étudier

Dans les régions relativement petites il peut être possible de visiter tous les hôpitaux, mais cela peut être impossible pour des régions plus grandes. Même dans les régions plus petites, il pourra être difficile de visiter tous les établissements des niveaux inférieurs qui pourraient prodiguer les SOU de base. Dans la plupart des régions, il faudra donc choisir pour l'étude un sous-ensemble des établissements de SOU. Afin de ne pas biaiser les résultats de l'étude, cette étape de la sélection devrait également être faite de façon aléatoire. Le nombre d'établissements choisis devrait être aussi élevé que possible tout en permettant une collecte de données soignée à chaque établissement. Les critères suivants peuvent aider à choisir entre l'étude de tous les établissements ou de seulement un sous-ensemble de ceux-ci :

Établissements pouvant dispenser des SOU complets :

S'il y en a 25 ou moins, il faut les étudier tous.

S'il y en a plus de 25, on peut choisir un sous-ensemble pour l'étude. Il faut en choisir le plus possible, mais leur nombre doit représenter au moins 30 % du total des régions et être plus grand ou égal à 20.

Établissements pouvant dispenser des SOU de base :

S'il y en a 100 ou moins, il faut les étudier tous.

S'il y en a plus de 100, on peut choisir un sous-ensemble pour l'étude. Il faut en choisir le plus possible, mais leur nombre doit représenter au moins 30 % du total des régions.

Dans la région X il n'y a pas beaucoup d'établissements de SOU complets, soit 48. Bien que ce nombre soit plus grand que 25, on décide qu'il est possible de les visiter tous.

D'autre part, il y a 390 établissements de SOU de base possibles, et il serait trop difficile et coûteux de les visiter tous. Il faut donc choisir un sous-ensemble de ceux-ci. On décide d'en choisir 40 %. 156 ($0,4 \times 390$) établissements de SOU de base feront donc partie de l'étude.

Choix aléatoire des établissements de santé

Si tous les établissements pouvant dispenser des SOU complets et de base sont visités, l'étape suivante n'est pas nécessaire. Mais si l'on choisit des sous-ensembles de chaque type d'établissements, le processus de choix aléatoire devra être suivi pour

chacun d'entre eux. Ce processus est décrit ci-dessous.

Pour procéder au choix aléatoire, on utilisera toutes les copies des Feuilles de renseignements 1a et/ou 1b provenant de la région géographique concernée.

Étape 1. Attribuer à chaque établissement un nombre entier en progression croissante à partir de un. (Remarque : afin de minimiser les biais, il vaut mieux placer les établissements par ordre alphabétique avant de leur attribuer un numéro).

Étape 2. Calculer l'intervalle d'échantillonnage. Cet intervalle vous permettra de choisir chaque n-ième établissement quand le premier aura été choisi. Pour ce faire, vous devrez utiliser la formule suivante :

intervalle d'échantillonnage =	le nombre d'établissements dans la région <i>divisé par</i> le nombre d'établissements à choisir
---------------------------------------	--

Dans la région X, il y a un total de 390 établissements de SOU de base possibles, parmi lesquels 156 doivent être choisis pour l'étude. Cela donne un intervalle d'échantillonnage approximativement égal à 3 (car $390/156 = 2,5$).

Remarque : Les intervalles d'échantillonnage doivent être arrondis au nombre entier le plus près.

Étape 3. Identifier le premier établissement devant faire partie de l'échantillon, en générant un nombre aléatoire plus petit ou égal à l'intervalle d'échantillonnage (tout en étant plus grand que zéro). Cela peut être fait de la façon suivante, en utilisant une table de nombres aléatoire (pour la table, voir la section B.4) : (a) sans regarder la table, amenez la pointe d'un crayon sur celle-ci, (b) le chiffre le plus près de la pointe du crayon est le nombre aléatoire choisi, (c) si le chiffre est plus petit ou égal à l'intervalle d'échantillonnage et qu'il est non nul, vous pouvez l'utiliser directement, sinon, (d) lire de gauche à droite en partant du chiffre pointé jusqu'à ce que vous atteigniez un chiffre satisfaisant les conditions mentionnées. Le résultat de cette opération vous donnera le numéro du premier établissement choisi.

Pour les établissements de SOU de base possibles de la région X, l'intervalle d'échantillonnage est de 3. En utilisant la table de nombres aléatoires, la pointe de notre crayon indique le chiffre 4 se trouvant sur la ligne 15 à la colonne 22. Ce chiffre est supérieur à notre intervalle d'échantillonnage; nous devons donc poursuivre notre recherche en examinant successivement les chiffres qui se trouvent à sa droite, soit 0, 7, 5 puis 1, auquel nous nous arrêtons, car il est inférieur ou égal à notre intervalle d'échantillonnage tout en étant non nul. L'établissement numéro 1 de la liste sera donc le premier établissement de santé choisi.

Étape 4. Vous choisissez ensuite les autres établissements de santé de l'échantillon à

étudier en additionnant successivement l'intervalle d'échantillonnage au numéro de l'établissement qui vient tout juste d'être choisi et ce, autant de fois qu'il est nécessaire pour atteindre le nombre total d'établissements désiré. Si vous arrivez à la fin d'une liste pendant ce processus de sélection, continuez à partir du début de la liste, mais ne comptez pas les établissements déjà choisis.

Comme le premier établissement est celui qui porte le numéro 1 sur la liste, le suivant serait le numéro 4 (= 1+3) et le suivant le numéro 7 (= 4+3), et ainsi de suite. L'établissement numéro 388 sera le 130^e choisi, et l'établissement numéro 2 sera le 131^e (puisque le numéro 1 a déjà été choisi, il ne peut être choisi une seconde fois). Chaque établissement est ainsi choisi de trois en trois jusqu'à ce qu'il y en ait 156 au total.

Une fois que la liste complète des établissements à étudier aura été dressée, les visites des sites pourront commencer et l'on pourra recueillir les données sur chacun d'eux.

Formulaire 2 : Visites des établissements pour évaluer les SOU réellement dispensés

Pour enregistrer le type et la quantité des services dispensés, il faut utiliser une copie du Formulaire 2 et des Feuilles de renseignements 2a et 2b pour chaque établissement. Les informations réunies sur ce formulaire permettront au personnel de recherche de déterminer si un établissement donné dispense réellement des services de SOU et, le cas échéant, si ceux-ci appartiennent à la catégorie de base ou complets. Ces mêmes formulaires servent également à recueillir l'information nécessaire à l'évaluation de la couverture et de la performance des SOU. Sauf pour les données sur la taille de la population et le taux de natalité, toute l'information nécessaire au calcul des indicateurs de processus est contenue dans le Formulaire 2 et les Feuilles de renseignement 2a et 2b.

Remarque : On s'est demandé si l'on pouvait permettre comme taux acceptable de césariennes un taux légèrement inférieur à 5 %, s'il n'incluait que les opérations pour des indications liées à la mère. Mais malheureusement, dans les pays en développement, il est souvent impossible d'obtenir de l'information sur les indications à partir des fichiers.

Remarques sur la collecte des données utilisant le Formulaire 2 (les Feuilles de renseignement 2a et 2b)

Collecte de données portant sur les cas compliqués

Pour enregistrer les complications, on utilise la Feuille de renseignements 2a et le Formulaire 2. La taille de l'établissement et la qualité de ses registres peuvent rendre trop ardue la collecte des données pour toute une année. La Feuille de renseignements propose donc deux autres plans :

- *Le Plan 1* devrait être suivi chaque fois que c'est possible. Il faut alors remplir la grille de la Feuille de renseignements 2a pour enregistrer le nombre de chaque type de complications survenues à l'établissement pendant les 12 mois faisant l'objet de l'étude.

- *Le Plan 2* peut être suivi si le nombre de patientes passant par l'établissement est tellement élevé que la collecte de l'information pour les 12 mois prendrait trop de temps (par exemple, s'il y a plus de 100 admissions en obstétrique par mois). Ce plan utilise un échantillon de 4 mois distribué tout au long de l'année, et multiplie ensuite les résultats par trois pour obtenir une estimation du nombre total de complications pendant l'année entière.

- *Le Plan 3* ne devrait être suivi *que si* les registres de l'établissement ne contiennent pas l'information nécessaire pour suivre adéquatement les deux premiers Plans. Le Plan 3 utilise de l'information généralement disponible, soit le nombre total d'accouchements à l'établissement et le nombre d'accouchements «normaux». Le nombre d'accouchements «normaux» de la période d'étude est soustrait du nombre total d'accouchements, ce qui donne le nombre d'accouchements «anormaux». Ce nombre est ensuite multiplié par un facteur de correction (1,25); le nombre qui en résulte est une estimation du nombre de femmes ayant des complications obstétricales.

Il faut utiliser un facteur de correction car le nombre d'accouchements anormaux sera probablement inférieur au nombre de femmes admises à l'établissement avec des complications obstétricales majeures. Le nombre d'accouchements anormaux ne tiendra pas compte des femmes admises pour au moins trois des complications obstétricales majeures : hémorragies pré- et post-partum, infection post-partum, et complications suivant un avortement provoqué. D'autre part, les accouchements anormaux incluront un certain nombre de complications ne faisant pas partie de celles qui sont utilisées ici dans la définition de "cas compliqués" (par exemple, les maladies non obstétricales survenant pendant la grossesse ou le post-partum). Selon la façon dont les registres d'un hôpital sont tenus, les accouchements anormaux peuvent inclure des événements tels que les naissances multiples, ou même les accouchements avec épisiotomie. Le Plan 3 est donc un substitut de dernier recours aux Plans 1 et 2.

└ La collecte des données portant sur les décès maternels

Pour enregistrer les décès maternels, on utilise la Feuille de renseignements 2b et le Formulaire 2. Pour s'assurer que tous les décès maternels survenus dans l'établissement pendant la période de 12 mois soient bien enregistrés, toutes les sources d'information pertinentes devraient être examinées, y compris les registres de décès des maternités (mais ne se limitant pas à ce type de décès), ceux de la morgue, et ceux des salles d'urgences.

Alors que seuls les décès maternels ayant été directement causés par les complications obstétricales indiquées auparavant seront utilisés dans le calcul des taux de mortalité, les autres décès découverts au cours de ces enquêtes peuvent également renseigner les directeurs d'établissements.

Formulaire 3 : Sommaire des résultats portant sur les établissements de SOU complets et de base

Une fois les copies du Formulaire 2 remplies avec les informations concernant les établissements de SOU, celles-ci devraient être recueillies et divisées en trois groupes, selon les résultats de la case B apparaissant au début de la première page («Statut réel de l'établissement de SOU») :

- établissements dispensant réellement les SOU complets;
- établissements dispensant réellement les SOU de base; et
- établissements ne dispensant pas les SOU.

L'autre étape consiste à résumer ces résultats pour la région, en utilisant le Formulaire 3. Celui-ci comprend deux parties : La Partie A, un résumé simple des données recueillies auprès des établissements, ne devrait être utilisée que si *tous* les établissements possibles de SOU complets et de base de la région ont été visités (c'est-à-dire si aucune sélection d'un sous-ensemble des établissements n'a été faite). Les Feuilles de renseignements 3a et 3b vous aideront à rédiger ce résumé.

La Partie B du Formulaire 3 devrait être utilisée si tous les établissements n'ont pas été visités. Puisque seulement un sous-ensemble des établissements a été visité, il faut passer par une étape intermédiaire qui consiste à convertir les données recueillies pour obtenir des estimations valables pour l'ensemble des établissements de la région. En plus des Feuilles 3a et 3b, la Feuille de renseignements 3c devrait être utilisée pour cette étape intermédiaire.

Ainsi, pour chaque région comprise dans l'étude, il faut remplir *soit* la Partie A *soit* la Partie B du Formulaire 3.

Formulaire 4 : Calcul des indicateurs pour la région

Après avoir résumé le résultat des visites, vous pouvez utiliser le Formulaire 4 pour calculer les indicateurs pour la région concernée. Ce formulaire indique les étapes à suivre pour utiliser les informations résumées dans le Formulaire 3. Ce formulaire comprend également une liste de vérification conçue pour s'assurer que chaque indicateur rencontre bien les critères d'acceptabilité.

Même si les données provenant des établissements doivent être regroupées pour calculer les indicateurs à l'échelle nationale, les indicateurs à l'échelle régionale fournissent une information importante. Tout d'abord parce qu'ils donnent une information utile pour définir les priorités des programmes à l'échelle régionale — à cette fin, un ensemble complet de Formulaires 1 à 4 devrait d'ailleurs être tenu à jour — et ensuite parce qu'ils permettent de comparer les régions d'étude à l'échelle nationale. En utilisant l'information obtenue pour chaque région étudiée, les chercheurs travaillant au niveau national peuvent étudier les différences entre les régions du pays quant à l'utilisation et à la performance des établissements de SOU, et à l'étendue de la

couverture. Cela peut ensuite influencer de façon importante l'élaboration des politiques et la définition des priorités.

Formulaire 5 : Calcul des indicateurs à l'échelle nationale

Afin de calculer les indicateurs de processus pour le pays entier, les chercheurs du niveau national devront rassembler des copies de tous les Formulaires 1-4 (ainsi que les Feuilles de renseignements) provenant de chaque région de l'étude. Toutes les informations nécessaires à cette dernière étape — le calcul des indicateurs à l'échelle du pays — sont résumées sur les Formulaires 5 et les Feuilles de renseignement 5a-c.

Les Feuilles de renseignements 5a à 5c sont conçues pour recueillir les données requises pour le calcul des indicateurs à l'échelle nationale. La Feuille de renseignements 5a résume l'information concernant les établissements de SOU de toutes les régions étudiées. La Feuille de renseignements 5b fait de même pour les accouchements, les complications et les césariennes. La Feuille de renseignements 5c résume, afin de calculer les TMC, l'information sur les complications obstétricales et les décès dans les établissements de SOU complets. Finalement, les indicateurs à l'échelle du pays sont calculés sur le Formulaire 5. Tout comme pour le calcul des indicateurs au niveau régional (Formulaire 4), une liste sommaire est fournie pour vérifier si chaque indicateur rencontre les critères d'acceptabilité.

Toutes les étapes décrites ci-dessus sont résumées dans le tableau B.5, qui sert de guide de l'utilisateur pour les formulaires de collecte des données.

Figure B.5. Guide de l'utilisateur pour les formulaires de collecte de données

Formu- laire N°	Niveau d'action	Mesures à prendre	Formulaire à utiliser
Aucun	National	Choisir le domaine d'action, si nécessaire.	Texte - Section B.2
	National	Déterminer une période de 12 mois identique dans tout le pays et l'inscrire sur le Formulaire 2.	
	National	Reproduire les Formulaires 1 à 4 (avec les Feuilles de renseignements) et les distribuer dans les régions choisies.	
1	Région*	Énumérer tous les établissements de santé qui peuvent dispenser des SOU dans la région.	Feuilles de renseignements 1a–b
	Région	Si nécessaire, choisir les établissements à visiter.	Texte - Section B.2
2	Local	Visites des établissements	Feuilles de renseignements 2a–b Texte B.2
3	Région	Si des établissements ont été visités, compter : • Les établissements pouvant offrir des SOU de base • Les établissements pouvant offrir des SOU complets	Formulaires 1 et 2 Feuille de renseignements 3c
	Région	Séparer les établissements en trois groupes : • Établissements qui offrent des SOU complets • Établissements qui offrent des SOU de base • Établissements qui n'offrent pas de SOU	Formulaire 2
	Région	Colliger les résultats sur les établissements de SOU complets et de base.	Feuilles de renseignements 3a à 3c Texte - Section B.2
4	Région	Calculer les indicateurs pour la région	Formulaire 3 et Feuille de renseignements 3b Texte - Section B.2
	Région	Interpréter les résultats.	Texte - Section B.3
5	National	Recueillir les Formulaires 1 à 4 complétés (avec les Feuilles de renseignements) pour toutes les régions concernées.	
	National	Calculer les indicateurs pour tout le pays.	Formulaires 3 et 4, Feuille de renseignements 3b Texte - section B.2
	National	Interpréter les résultats.	Texte - Section B.3

* «Région» se rapporte au palier administratif du pays utilisé pour la surveillance — par exemple, l'état ou la province.

B.3 Interprétation des résultats

Une fois les indicateurs calculés, l'étape suivante consiste à interpréter les résultats. Quelques questions générales d'interprétation communes à la plupart des indicateurs de processus sont décrites ci-dessous. D'autre part, vous trouverez dans *Emergency Obstetric Care : Measuring Availability and Monitoring Progress* des résultats portant sur les indicateurs de processus pour plusieurs régions de l'Inde¹³. Bien que les indicateurs de processus aient été quelque peu repensés depuis cette étude, cet article donne un bon exemple de la façon dont il faut présenter et interpréter les résultats.

Niveaux minimum et optimum

Une distinction importante à faire pour la plupart des indicateurs est celle qui a trait aux niveaux minimum et optimum. Les niveaux minimums proposés ici ne peuvent être que des approximations. Ainsi, lorsque le niveau *minimum* acceptable est atteint pour un indicateur donné, cela ne signifie pas que le niveau *optimum* l'ait été. Par exemple, l'une des hypothèses clés dans la définition d'un niveau minimum acceptable est qu'environ 15 % des femmes enceintes auront des complications obstétricales graves. Si cette évaluation est trop basse, comme certaines études tendent à le démontrer, les niveaux minimums acceptables proposés ici pourraient également être trop bas^{14,15}. Cependant, comme il serait extrêmement difficile et coûteux de recueillir des données aux niveaux national et régional sur l'incidence des complications obstétricales, il est raisonnable de supposer, en se basant sur les faits présentés à la section B.1, qu'un pays se situant au niveau minimum acceptable pour chaque indicateur possède de fait un solide programme de réduction de la mortalité maternelle.

Quand on compare les résultats avec les niveaux minimums acceptables, on peut suivre la règle suivante : il est probable que l'ensemble des besoins en SOU sont assez bien satisfaits lorsque les niveaux réels rencontrent ou dépassent le niveau minimum acceptable. Cependant, même si le niveau minimum acceptable d'un indicateur est rencontré au niveau national, il peut y avoir des problèmes dans certaines régions. D'autre part, lorsque le niveau tombe sous le minimum acceptable, on peut en conclure que les besoins en SOU ne sont pas comblés dans la plupart des régions du pays. Le principe général qui s'applique ici est que des résultats favorables, même rassurants, ne justifient pas l'inaction, et que des résultats défavorables indiquent clairement qu'il faut agir pour améliorer la situation.

Généralisation des résultats

Dans les pays où des sous-ensembles de régions ou d'établissements sont choisis pour l'étude, on doit se demander s'il est possible de généraliser les résultats. Dans la section B.2, traitant de la sélection des établissements pour les études, le processus de sélection comprenait deux étapes distinctes : d'abord le choix des régions, puis celui des établissements à l'intérieur de chaque région choisie.

Cependant, si l'information s'avère inutilisable pour une généralisation, elle peut tout de même servir à la gestion ou à l'évaluation des services de santé de la région. Imaginons un cas où les établissements de SOU possibles choisis pour l'étude n'auraient pas été choisis aléatoirement et où ils auraient été susceptibles d'être situés plus près d'une grande route qu'un établissement choisi aléatoirement. Même si l'on ne peut faire une généralisation à partir de ces données, on peut les utiliser pour démontrer que certains hôpitaux ne dispensent pas d'interventions pouvant sauver des vies (comme les césariennes) même s'ils devraient le faire, selon les standards gouvernementaux. Cette information peut être utilisée telle quelle pour orienter les efforts visant à réduire la mortalité maternelle.

De plus, même si l'on sait que les données peuvent être biaisées, elles peuvent tout de même être utiles si l'on connaît la direction du biais. Dans l'exemple précédent, on peut dire avec un certain degré de certitude que les hôpitaux éloignés des routes importantes risquent moins d'utiliser la césarienne que les hôpitaux situés le long d'une de ces routes. On peut donc dire, sous toute réserve, que l'évaluation obtenue à partir d'un échantillon biaisé donne une image trop favorable de la situation réelle, et que celle-ci est probablement pire que ne l'indiquent les données.

Données incomplètes ou de mauvaise qualité

Dans plusieurs pays, le système de registres rend difficile la collecte de données sur les complications obstétricales. Vous rencontrerez donc sans doute des registres incomplets ou de mauvaise qualité pendant la collecte de données sur ces indicateurs (la première fois tout au moins). Que faut-il faire si vous avez ce genre de problème?

Tout d'abord, il importe de se rappeler que des registres de mauvaise qualité vont biaiser les résultats dans une direction : il y aura un sous-dénombrement des événements ayant lieu dans les établissements. Il faudra donc discuter des effets de ce sous-dénombrement lors de l'interprétation des données. Dans plusieurs cas, le niveau de SOU prodigué est si bas que, même en tenant compte d'un dénombrement très inférieur (ex. : de deux fois inférieur) à la réalité, la signification des résultats ne varie pas beaucoup. Par exemple, si les registres indiquent que seulement 6 % des besoins en SOU sont satisfaits dans une région donnée, et si l'on suppose que le pourcentage est en fait deux fois plus grand, on n'obtient quand même que 12 %. Ce changement ne modifie pas les implications évidentes pour les programmes.

D'autre part, il y a deux façons de surestimer, plutôt que de sous-estimer, la quantité de SOU prodiguée. La première consisterait à sous-estimer le dénominateur, c'est-à-dire

sous-estimer le nombre de naissances vivantes. La deuxième pourrait survenir si les données sur les femmes ayant des complications n'étaient pas disponibles pour la plupart des établissements. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, ces données seront probablement celles qui seront les plus difficiles à obtenir. Et dans ce cas, une méthode alternative devra être utilisée, qui mènera probablement à une surévaluation du nombre de femmes ayant des complications. Dans ce genre de situation, si l'on découvre que le minimum de besoin comblé pour les SOU n'est pas rempli, on peut raisonnablement supposer que la vraie situation est probablement pire. Si, d'autre part, on constate que les besoins remplis dépassent 100 %, la conclusion n'est pas claire.

Si le nombre de femmes ayant des complications est *surévalué*, les TMC pour ces établissements seront probablement *sous-évalués*. L'interprétation des TMC de ces établissements suit une logique similaire : si le TMC est jugé inacceptable, on peut raisonnablement supposer que la situation réelle est pire encore.

En l'absence d'information sur les femmes ayant des complications, l'information sur les césariennes (l'indicateur 5 : césariennes comme pourcentage des naissances) peut être utilisée comme indication approximative de la quantité de SOU prodiguée, car les registres de chirurgie sont habituellement assez bien tenus.

B.4 Table de nombres aléatoires

B.5 Formulaires pour la collecte des données

FORMULAIRE 1
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS POUVANT OFFRIR DES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE (SOU)

1. Nom de la région :

2. Nombre d'habitants dans la région :

3. Sources d'information :
(énumérer les ressources additionnelles sur une feuille séparée)

4. Formulaire rempli par :

Nom :

Titre :

5. Formulaire rempli le :

Date : / /

Vous devrez remplir les Feuilles de renseignements 1a et 1b AVANT d'indiquer les totaux ci-dessous.

1. Nombre total d'établissements pouvant offrir des SOU de base =
(Additionnez les totaux de toutes les Feuilles de renseignements 1a.)

2. Nombre total d'établissements pouvant offrir des SOU complets
(Additionnez les totaux de toutes les Feuilles de renseignements 1b.)

Les SOU **de base** comprennent : l'administration parentérale de médicaments (antibiotiques, ocytotiques, sédatifs); l'extraction manuelle du placenta; l'évacuation des produits de la conception; et l'accouchement par voie vaginale assisté (extraction par ventouse, forceps).

Les SOU **complets** comprennent : toutes les tâches des SOU de base, plus : la chirurgie (césariennes, curetages, hystérectomie) et les transfusions sanguines.

FORMULAIRE 2

ÉTUDE D'UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE

➤ Période de 12 mois étudiée : _____ à _____ ◀

Case A : Statut possible de SOU

À faire au niveau régional avant de compléter ce formulaire
Encerclez UN choix (Utiliser Feuille de rens. 1a-b)

<p>SOU complets</p> <p>SOU de base</p>
--

Case B : Statut réel de SOU

À faire au niveau de l'établissement après avoir complété ce formulaire.
Encerclez UN choix (utilisez la case Q11)

<p>SOU complets</p> <p>SOU de base</p> <p>Pas de SOU</p>

1. Nom de l'établissement : _____

2. Emplacement de l'établissement : _____

3. Personne-ressource : _____

• Si aucune donnée n'est disponible à l'établissement, cochez ici : _____ (Passez à la dernière page et signez.)

4. Type d'établissement :	(a) Hôpital _____	(b) Maternité _____	(c) Centre de soins _____
(Cochez une case.)	(d) Clinique _____	(e) Autre (spécifiez) _____	
5. Type d'agence exploitant l'établissement :	(a) Gouvernementale _____		(b) Privée _____
(Cochez une case.)			

6. Nombre total d'accouchements sur une période de 12 mois	
7. Nombre d'accouchements normaux sur une période de 12 mois	
8. Nombre de césariennes sur une période de 12 mois	

Veillez remplir les Feuilles de renseignements 2a et 2b et inscrire le total de chacune pour les cas suivants :

9. Cas d'obstétrique compliqués* sur une période de 12 mois (* Utiliser le résultat inscrit à la ligne 9b de la Feuille de renseignements 2a)		Cochez un choix (voir Feuille de renseignements 2a) _Plan 1 _Plan 2 _Plan 3
10. Décès causés directement par des complications obstétricales spécifiques sur une période de 12 mois** (** utiliser le résultat inscrit à la ligne 8 , TOTAL de la Feuille de renseignements 2b)		

FORMULAIRE 2 (suite)

<i>Cochez Oui ou Non pour <u>chacun</u> des éléments suivants (a-h)</i>		
11. Ces tâches ont-elles été accomplies au moins une fois au cours des 3 derniers mois?	Oui	Non
(a) Administration parentérale d'antibiotiques		
(b) Administration parentérale d'ocytociques		
(c) Administration parentérale de sédatifs/anticonvulsivants		
(d) Extraction manuelle du placenta		
(e) Évacuation utérine		
(f) Accouchement par voie vaginale assisté		
(g) Transfusion sanguine		
(h) Intervention césarienne		

**Case : Détermination
du statut de SOU**
(Utilisez Q11. Cochez un seul choix.)

• Si vous avez répondu Oui à **TOUTES** les questions de 11a à 11h, cochez

___ **SOU COMPLETS**

• Si vous avez répondu Oui à **TOUTES** les questions de 11a à 11f **ET** Non aux questions 11g **OU** 11h, cochez

___ **SOU DE BASE**

• Si vous avez répondu Non à une des questions 11a à 11f, cochez

___ **PAS de SOU**

12. Quelles sources de données avez-vous utilisées pour remplir ce formulaire?
(par exemple : registre de la maternité, registre des accouchements, registre général des admissions)

Qualité de l'information :

13. Selon votre opinion éclairée (après avoir parlé avec le personnel, consulté le registre général des admissions, etc.), quelle est la proportion des complications traitées dans cet établissement qui est inscrite sur ce formulaire? (Cochez un choix.)

Aucune _____ Certaines _____ La plupart _____ Toutes _____

14. Date de l'étude :

15. Étude faite par : Nom :

Titre :

Établissement : _____
 Période : du _____ au _____

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS 2a

CAS OBSTÉTRICAUX COMPLIQUÉS SUR UNE PÉRIODE DE 12 MOIS

Cochez le plan utilisé (n'en utiliser qu'un seul) :

___ **PLAN 1 : À SUIVRE QUAND C'EST POSSIBLE**

➤ Inscrivez dans la grille ci-dessous le nombre de chaque type de cas compliqué traité chaque mois, sur une période de 12 mois.

___ **PLAN 2 : À SUIVRE QUAND IL EST IMPOSSIBLE D'INSCRIRE TOUTES LES COMPLICATIONS** (parce que ce serait trop fastidieux)

➤ Inscrivez dans la grille ci-dessous le nombre de chaque type de cas compliqué traité pendant les quatre mois soulignés : 1, 4, 7 et 10.

___ **PLAN 3 : À SUIVRE SEULEMENT SI LES DONNÉES SUR LES COMPLICATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES À L'ÉTABLISSEMENT**

➤ Inscrivez le nombre d'accouchement _____ et le nombre d'accouchement «normaux» _____ pour la période de 12 mois et passez à la question 9, ci-dessous.

Complications S'il y en a plus d'une, utilisez celle qui met le plus la vie en danger.	Mois (écrivez le mois au-dessous de chaque chiffre)											
	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>	5	6	<u>7</u>	8	9	<u>10</u>	11	12
1. Hémorragie (pré- et post-partum)												
2. Travail prolongé/dystocique												
3. Infection post-partum												
4. Complications d'avortement												
5. Pré-éclampsie/Éclampsie												
6. Grossesse ectopique												
7. Perforation utérine												
8. Totaux mensuels												

9. TOTAL DES CAS OBSTÉTRICAUX COMPLIQUÉS (Ne complétez qu'une seule des cases suivantes.)

PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
9b. Somme des totaux mensuels (Q8, colonnes 1-12) =	9a. Somme des totaux mensuels (Q8, colonnes 1,4,7,10) = 9b. [Q9a] × 3 =	9a. (Tous les accouchement) - (accouchements normaux) = 9b. [Q9a] × 1.25* = *Facteur de correction

Établissement : _____
 Période : du _____ au _____

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS 2b DÉCÈS MATERNELS SUR UNE PÉRIODE DE 12 MOIS

Utilisez cette Feuille de renseignements pour enregistrer les décès maternels, par causes, dans cet établissement, sur une période de 12 mois.
 Quand vous transcrirez ces renseignements sur le Formulaire 2, assurez-vous d'utiliser le total des décès causés directement par des causes obstétricales, à la ligne 8.

Cause de décès maternel <i>S'il y en a plus d'une, utilisez celle qui est la plus susceptible d'avoir entraîné le décès.</i>	Mois (écrivez le mois au-dessous de chaque chiffre)												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
1. Hémorragie (pré- et post-partum)													
2. Travail prolongé/dystocique													
3. Infection post-partum													
4. Complications d'avortement													
5. Pré-éclampsie/Éclampsie													
6. Grossesse ectopique													
7. Perforation utérine													
8. Nombre total de décès causés directement par des complications obstétricales spécifiques (ne comprenant pas les autres décès) (Somme des questions 1 à 7)													*
9. Autres décès (toutes les autres causes)													
10. Total des décès maternels													

* **Utilisez ce total pour répondre à la Question 9 du Formulaire 2.** On calcule le taux de mortalité chez les cas (TMC) en divisant le nombre de décès par le nombre de cas compliqués. Pour que le numérateur et le dénominateur puissent rester comparables, on n'utilise dans ce calcul que les décès dus aux causes utilisées pour définir un cas compliqué.

FORMULAIRE 3

SOMMAIRE DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SOU DANS UNE RÉGION

Ce formulaire rassemble toutes les données des établissements qui ont été inscrites sur **toutes** les copies du Formulaire 2 dans une région donnée.

Une copie de ce formulaire devrait être complétée pour **chaque** région.

1. Nom de la région : _____
2. Nombre d'habitants : _____
3. Taux de natalité : _____
4. Estimation du nombre annuel de naissances (Q2 × Q3) _____

Remplir soit la Partie A soit la Partie B ci-dessous. Ne pas remplir l'autre partie.

Si TOUS les établissements de la région ont été visités, remplir la PARTIE A SEULEMENT.

Si un SOUS-ENSEMBLE d'établissements a été choisi, remplir la PARTIE B SEULEMENT.

PARTIE A Utilisez les Feuilles de renseignements 3a et 3b pour remplir ce tableau.

	Colonne 1 Établissements de SOU de base	Colonne 2 Établissements de SOU complets	Colonne 3 Total (Col. 1 + Col. 2)
5. Nombre d'établissements dispensant des SOU	(F. Rens. 3a, Q2)	(F. Rens. 3b, Q2)	
6. Nombre d'accouchements sur une période de 12 mois	(F. Rens. 3a, Q1a)	(F. Rens. 3b, Q1a)	
7. Nombre de cas compliqués traités sur une période de 12 mois	(F. Rens. 3a, Q1b)	(F. Rens. 3b, Q1b)	
8. Nombre de césariennes sur une période de 12 mois	(F. Rens. 3a, Q1c)	(F. Rens. 3b, Q1c)	

PARTIE B Remplir les Feuilles de renseignements 3a à 3c. Utilisez ensuite la Feuille 3c pour remplir ce tableau.

	Colonne 1 Établissements de SOU de base	Colonne 2 Établissements de SOU complets	Colonne 3 Total (Col. 1 + Col. 2)
5. Nombre d'établissements dispensant des SOU	(F. Rens. 3c, Q4)	(F. Rens. 3c, Q11)	
6. Nombre d'accouchements sur une période de 12 mois	(F. Rens. 3c, Q5)	(F. Rens. 3c, Q12)	
7. Nombre de cas compliqués traités sur une période de 12 mois	(F. Rens. 3c, Q6)	(F. Rens. 3c, Q13)	
8. Nombre de césariennes sur une période de 12 mois	(F. Rens. 3c, Q7)	(F. Rens. 3c, Q14)	

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS 3a

SOMMAIRE DES ÉTUDES PORTANT SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOU DE BASE

Région :

Cette Feuille de renseignements résume toutes les données sur les établissements de **SOU DE BASE** recueillies sur toutes les copies du Formulaire 2.

Utiliser la case B au haut du Formulaire 2 (« Statut réel de SOU ») pour identifier les établissements de SOU de base.

Joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire.

Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4
Établissement	Nombre d'accouchements <small>(Formulaire 2, Q6)</small>	Nombre de cas compliqués <small>(Formulaire 2, Q9)</small>	Nombre de césariennes <small>(Formulaire 2, Q8)</small>
1. Totaux des colonnes*	1a.	1b.	1c.

2. Nombre total* d'établissements de **SOU DE BASE** énumérés dans la colonne 1 =

*Si plus d'une feuille a été utilisée, additionnez les « totaux » des feuilles pour obtenir le grand total.

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS 3b

SOMMAIRE DES ÉTUDES PORTANT SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOU COMPLETS

Région :

Cette Feuille de renseignements résume toutes les données sur les établissements de SOU **COMPLETS** recueillies sur toutes les copies du Formulaire 2.

Utiliser la case B au haut du Formulaire 2 (« Statut réel de SOU ») pour identifier les établissements de SOU complets.

Joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire.

Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5	Colonne 6
Établissement	Nombre d'accouchements (Form 2, Q6)	Nombre de cas compliqués (Form 2, Q9)	Nombre de césariennes (Form 2, Q8)	Nombre de décès directement liés à des complications obstétriques (Form 2, Q10)	Taux de mortalité chez les cas dans l'établissement (CFR) <u>Décès directement liés à des complications obstétriques</u> x 100 (Colonne 5) ÷ (Colonne 3) x 100
1. Totaux des colonnes*	1a.	1b.	1c.	1d.	

2. Nombre total* d'établissements de SOU **COMPLETS** énumérés dans la colonne 1 =

*Si plus d'une feuille a été utilisée, additionnez les « totaux » des feuilles pour obtenir le grand total.

Région : _____

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS 3c ESTIMATIONS DES SOU POUR UNE RÉGION ENTIÈRE

Cette Feuille de renseignements transforme les données d'un sous-ensemble d'établissements choisis pour les visites en estimations pour une région entière. Si **tous** les établissements pouvant dispenser des SOU complets et de base ont été visités, il n'est pas nécessaire de remplir cette Feuille de renseignements.

ÉTABLISSEMENTS DE SOU DE BASE :

Utilisez les données des Formulaires 1 et 2 pour remplir les cases ci-dessous..

1. Nombre d'établissements pouvant dispenser des SOU de base visités (Utilisez toutes les copies du Formulaire 2, boîte A, haut page 1)	
2. Nombre d'établissements pouvant dispenser des SOU de base dans la région (Formulaire 1, Q1)	
3. Proportion des établissements sur lesquels on a recueilli des données (Q1 ÷ Q2)	

*Utilisez la Feuille de renseignements 3a pour calculer les estimations suivantes pour les établissements de SOU **de base** dans la région.*

	Total d'après établissements visités	÷	Proportion des établissements de SOU de base visités (Q.3 ci-haut)	=	Estimation pour la région
4. Nombre estimatif d'établissements de SOU de base	(F. Rens. 3a, Q2)	÷		=	
5. Nombre estimatif d'accouchements sur une période de 12 mois.	(F. rens. 3a, Q1a)	÷		=	
6. Nombre estimatif de cas compliqués traités sur une période de 12 mois.	(F. rens. 3a, Q1b)	÷		=	
7. Nombre estimatif de césariennes sur une période de 12 mois.	(F.Rens. 3a, Q1c)	÷		=	

ÉTABLISSEMENTS DE SOU COMPLETS :

Utilisez les données des Formulaires 1 et 2 pour remplir les cases ci-dessous.

1. Nombre d'établissements pouvant dispenser des SOU complets visités (Utilisez toutes les copies du Formulaire 2, boîte A, haut page 1)	
2. Nombre d'établissements pouvant dispenser des SOU complets dans la région (Formulaire 1, Q2)	
3. Proportion des établissements sur lesquels on a recueilli des données (Q1 ÷ Q2)	

*Utilisez la Feuille de renseignements 3b pour calculer les estimations suivantes pour les établissements de SOU **complets** dans la région.*

	Total d'après établissements visités	÷	Proportion d'établissements de SOU complets visités (Q.3 ci-dessus)	=	Estimation pour la région
4. Nombre estimatif d'établissements de SOU complets	(F. Rens. 3b, Q2)	÷		=	
5. Nombre estimatif d'accouchements sur une période de 12 mois.	(F.Rens. 3b, Q1a)	÷		=	
6. Nombre estimatif des cas compliqués traités sur une période de 12 mois.	(F.Rens. 3b, Q1b)	÷		=	
7. Nombre estimatif de césariennes sur une période de 12 mois.	(F.Rens. 3b, Q1c)	÷		=	

Région : _____

FORMULAIRE 4 CALCUL DES INDICATEURS POUR LA RÉGION

Utilisez le Formulaire 3 pour calculer les indicateurs suivants..

INDICATEUR N° 1 : NOMBRE DE SERVICES DE SOU

Nombre total d'établissements de
SOU de base dans la région
(Formulaire 3, Q5, col. 1)

Nombre d'habitants dans
la région
(Formulaire 3, Q2)

$$\left(\boxed{} \div \boxed{} \right) \times 500\,000 = \boxed{}$$

Indicateur N° 1a
Nombre d'établissements de SOU de base
par 500 000 habitants

**LE NIVEAU ACCEPTABLE
EST-IL ATTEINT?**

Niveau minimum acceptable =
4 par 500 000 habitants

Atteint **Non atteint**

Nombre total d'établissements de
SOU complets dans la région
(Formulaire 3, Q5, col. 2)

Nombre d'habitants dans
la région
(Form. 3, Q2)

$$\left(\boxed{} \div \boxed{} \right) \times 500\,000 = \boxed{}$$

Indicateur N° 1b
Nombre d'établissements de SOU complets
par 500 000 habitants

Niveau minimum acceptable =
1 par 500 000 habitants

Atteint **Non atteint**

INDICATEUR N° 2 : RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS DE SOU

Note : On utilise habituellement cet indicateur au niveau national. Dans de grandes régions (de plus d'un million d'habitants, par exemple), il est logique de calculer la répartition des établissements de SOU dans des sous-régions. Cela peut être fait en répétant les étapes précédentes (pour l'indicateur N° 1) et en calculant ensuite le pourcentage des sous-régions qui répondent au niveau minimum acceptable. Le niveau minimum acceptable pour cet indicateur est de 100 %.

INDICATEUR N° 3 : PROPORTION DE TOUTES LES NAISSANCES DANS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOU COMPLETS ET DE BASE

Nombre total d'accouchements dans tous
les établissements SOU de la région
(Formulaire 3, Q6, col.3)

Nombre annuel de naissances dans la région
(Formulaire 3, Q4)

$$\boxed{} \div \boxed{} = \boxed{} \times 100 = \%$$

Indicateur N° 3
Proportion de toutes les naissances dans
des établissements de SOU de base et
complets

Niveau minimum acceptable = 15 %

Atteint **Non atteint**

FORMULAIRE 4 (suite)

INDICATEUR N° 4 : BESOIN COMBLÉ POUR LES SOU

Indicateur N° 4

Total des cas compliqués dans tous les établissements de SOU (Formulaire 3, Q7, col. 3)	÷	Total annuel des naissances dans la région (Formulaire 3, Q4)	×	0,15*)	=	Proportion estimative des femmes présentant des complications qui sont traitées à un établissements de SOU _____ × 100 = _____ %
--	---	--	---	-------	---	---	---

* On multiplie par 0,15 le nombre de naissances pour obtenir une estimation du nombre total de complications dans la population.

LE NIVEAU ACCEPTABLE EST-IL ATTEINT?

Niveau minimum acceptable = 100 %

Atteint	Non atteint
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICATEUR N° 5 : PROPORTION DE CÉSARIENNES SUR TOUTES LES NAISSANCES

Nombre total de césariennes dans tous les établissements de SOU (Formulaire 3, Q8, col. 3)	÷	Nombre total de naissances dans la région (Formulaire 3, Q4)	=	Proportion de césariennes sur toutes les naissances _____ × 100 = _____ %
---	---	---	---	--

Niveau minimum acceptable = 5 %
Niveau maximum acceptable = 15 %

Atteint	Non atteint
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICATEUR N° 6 : TAUX DE MORTALITÉ CHEZ LES CAS

Nombre total de décès liés directement à des complications obstétricales spécifiques dans tous les établissements de SOU complets étudiés (F.Rens. 3b, Q1d)	÷	Nombre total de cas compliqués dans tous les établissements de SOU complets étudiés (F.Rens. 3b, Q1b)	=	Taux de mortalité chez les cas _____ × 100 = _____ %
--	---	--	---	---

Niveau minimum acceptable = 1 %

Atteint	Non atteint
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagramme à colonnes du TMC pour la région :

Créez un diagramme à colonnes pour la région, montrant le TMC pour chaque établissement de SOU complet étudié. L'abscisse devrait indiquer le nom des établissements et l'ordonnée, le TMC (%). Utilisez la Feuille de renseignements 3b pour obtenir le TMC de chaque établissement.

FORMULAIRE 5 CALCUL DES INDICATEURS À L'ÉCHELLE DU PAYS

Remplir les Feuilles de renseignements 5a à 5c avant de calculer les indicateurs suivants.

INDICATEUR N° 1 : NOMBRE DE SERVICES DE SOU

Nombre total d'établissements de
SOU de base
(F.Rens. 5a, Q1a)

÷

Population totale
(F.Rens. 5a, Q1c)

× 500 000

=

Indicateur N° 1a
Nombre d'établissements de SOU de
base
par 500 000 habitants

**LE NIVEAU ACCEPTABLE
EST-IL ATTEINT?**

Niveau minimum acceptable =
4 par 500 000 habitants

Atteint

Non atteint

Nombre total d'établissements de
SOU complets
(F.Rens. 5a, Q1b)

÷

Population totale
(F.Rens. 5a, Q1c)

× 500 000

=

Indicateur N° 1b
Nombre d'établissements de SOU
complets par 500 000 habitants

Niveau minimum acceptable =
1 par 500 000 habitants

Atteint

Non atteint

INDICATEUR N° 2 : RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS DE SOU

Nombre de régions répondant au niveau
minimum à la fois pour les établissements
de SOU complets et de base
(F.Rens. 5a, Q1d)

÷

Nombre de régions
(F.Rens. 5a, Q2)

=

Indicateur N° 2
Proportion de régions ayant un nombre
minimum acceptable d'établissements de
SOU complets et de base

Niveau minimum acceptable =
100 % des régions ont le nombre
minimum acceptable d'établissements
de SOU complets et de base

Atteint

Non atteint

INDICATEUR N° 3 : PROPORTION DE TOUTES LES NAISSANCES AYANT LIEU DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOU COMPLETS ET DE BASE

Nombre total d'accouchements dans tous
les établissements de SOU
(F.Rens. 5b, Q1a)

÷

Nombre total de naissances dans
toutes les régions
(F.Rens. 5b, Q1d)

=

Indicateur N° 3
Proportion de toutes les naissances ayant
lieu dans des établissements de SOU
complets et de base

Niveau minimum acceptable = 15 %

Atteint

Non atteint

FORMULAIRE 5 (suite)

INDICATEUR N° 4 : BESOIN COMBLÉ POUR LES SOU

Nombre total de cas compliqués dans tous les établissements de SOU
(F.Rens. 5b, Q1b)

÷ (

Nombre total de naissances dans toutes les régions
(F.Rens. 5 b, Q1d)

×

0,15*

) =

_____ × 100 = _____ %

Indicateur N° 4
Proportion estimative des femmes
présentant des complications qui sont
traitées à un établissement de SOU

* On multiplie par 0,15 le nombre de naissances pour obtenir une estimation du nombre total de complications dans la population.

LE NIVEAU ACCEPTABLE EST-IL ATTEINT?

Niveau minimum acceptable = 100 %

Atteint

Non atteint

INDICATEUR N° 5 : PROPORTION DE CÉSARIENNES SUR TOUTES LES NAISSANCES

Nombre total de césariennes dans tous les établissements de SOU
(F. Rens. 5b, Q1c))

÷

Nombre total de naissances dans la région
(F. Rens. 5b, Q1d))

=

_____ × 100 = _____ %

Indicateur N° 5
Proportion de césariennes
sur toutes les naissances

Niveau minimum acceptable = 5 %

Niveau maximum acceptable = 15 %

Atteint

Non atteint

INDICATEUR N° 6 : TAUX DE MORTALITÉ CHEZ LES CAS

Nombre total de décès liés directement à des complications obstétricales spécifiques dans tous les établissements de SOU complets étudiés
(F.Rens. 5c, Q1b)

÷

Nombre total de cas compliqués dans tous les établissements de SOU complets étudiés
(F.Rens. 5c, Q1a)

=

_____ × 100 = _____ %

Indicateur N° 6
Taux de mortalité chez les cas (TMC)

Niveau minimum acceptable = 1 %

Atteint

Non atteint

Graphique de dispersion du TMC pour le pays : *Créez un diagramme de dispersion pour le pays, montrant les TMC de chaque établissement de SOU complet étudié, regroupés par régions. L'abscisse devrait avoir pour titre « Région » et l'ordonnée, « TMC (%) ». Pour chaque région, inscrire le TMC pour tous les établissements et le total des TMC pour la région.*

Références

1. Hibbard, L.T. "Complications of Pregnancy and Delivery." In Current Obstetric and Gynecological Diagnosis and Treatment, Lange, ed. Los Altos, Calif.: R.C. Benson; 1978; pp. 664-86.
2. Hartfield, V.J. "Maternal Mortality in Nigeria Compared with Earlier International Experience." International Journal of Gynecology and Obstetrics; 18:70–75, 1980.
3. World Health Organization. Indicators to Monitor Maternal Health Goals: Report of a Technical Working Group, Geneva, 8–12 November 1993. Genève, 1994.
4. The Maternal Morbidity Network, Fortney, J.A., and Smith, J.B., eds. The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries. North Carolina: Family Health International, Décembre 1996.
5. Notzon, F.C. "International Differences in the Use of Obstetric Interventions." Journal of the American Medical Association; 263(24):3286–91, Juin 27, 1990.
6. Nordberg, E.M. "Incidence and Estimated Need of Caesarean Section, Inguinal Hernia Repair, and Operation for Strangulated Hernia in Rural Africa." British Medical Journal; 289:92–93, Juillet 14, 1984.
7. World Health Organization, op cit., 1994
8. The PMM Network. "Situation Analyses of Emergency Obstetric Care Facilities: Examples from Eleven Sites in West Africa." Social Science and Medicine; 40(5):657–67, 1995
9. Petitti, D.A., et al. "In-Hospital Maternal Mortality in the United States: Time Trends and Relation to Method of Delivery." Obstetrics and Gynecology; 59(1):6–12, Jan 1982.
10. The PMM Network, op cit., 1995.
11. World Health Organization, op cit., 1994.
12. Sloan, N.C., et al. Guidelines and Instruments for a Situation Analysis of Obstetric Services. New York: The Population Council, 1995.
13. Nirupam, S., and Yuster, E.A. "Emergency Obstetric Care: Measuring Availability and Monitoring Progress." International Journal of Gynecology and Obstetrics; 50 Suppl. 2:S79-S88, 1995.
14. Koblinsky, M.A. "Beyond Maternal Mortality — Magnitude, Interrelationship, and Consequences of Women's Health, Pregnancy-Related Complications and Nutritional Status on Pregnancy Outcomes." International Journal of Gynecology and Obstetrics; 48 Suppl.:S21-S32, 1995.
15. Bhatia, J.C., and Cleland, J. "Self-Reported Symptoms of Gynecological Morbidity and their Treatment in South India." Studies in Family Planning; 6(4) :203-16, 1995.