Soins obstétriques et néonatals essentiels (SONE)

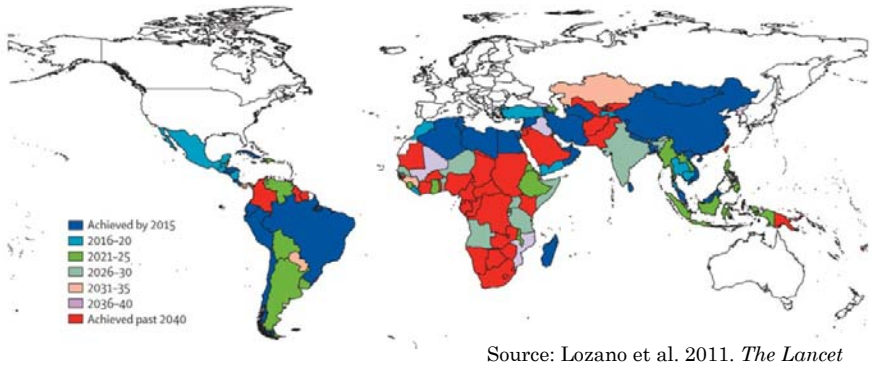
Ce guide de mise en œuvre pour les soins obstétriques et néonatals essentiels (SONE) propose des étapes clés, identifie les ressources disponibles, et partage les leçons apprises pour aider les programmes des pays, les bailleurs et les gouvernements à développer des interventions en SONE de haute qualité et pertinentes. Ce guide présente l'expérience, les preuves et les leçons tirées de programmes de SONE dans les pays en développement, avec un accent particulier sur l'Afrique.

CONTEXTE

A l'échelle mondiale, la mortalité maternelle et néonatale continuent d'être des problemes importants de la santé dans la plupart des pays en développement. Bien que le nombre de décès maternels ait décliné dans le monde, la proportion en Afrique sub-saharienne a augmenté de 23% en 1980 à 52% en 2008 (Hogan et al. 2010). Les taux de mortalité maternelle (TMM) sont considérablement plus élevés en Afrique sub-saharienne que dans les autres régions: tous les pays de cette région ont des TMM supérieurs à 280 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008 (Hogan et al. 2010).

Bien que l'attention mondiale reste axée sur la réduction du nombre de femmes qui meurent chaque année de causes liées à la maternité, "aucun pays d'Afrique subsaharienne n'est près d'atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire (OMD) 4 sur la survie de l'enfant et OMD 5 sur la santé maternelle (Lozano et al. 2011)" (Voir Figure 1.) A l'heure actuelle, le risque de décès maternel sur la vie entière en Afrique est de 1 sur 20 (Rosenfield, Minn, Freedman 2007). En outre, beaucoup plus de femmes rencontrent des problèmes de santé tels que la fistule obstétricale, en raison de l'accès limité aux soins de santé avec un prestataire qualifié.

Figure 1. La plupart des pays africains ne peuvent atteindre les OMD 4 et 5



Source: Lozano et al. 2011. *The Lancet*

L'une des stratégies globales, fondées sur la preuve, pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, est d'accroitre la disponibilité et la qualité des SONE. Le terme SONE englobe les soins fondés sur la preuve que toutes les femmes enceintes devraient recevoir, peu importe où elles accouchent (Tableau 1). Les SONE incluent également les soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU). Pour chaque 500 000 habitant, il est recommandé quatre centres sanitaires de SONU de base (SONU-B) et un centre sanitaire de SONU complets (SONU-C). (voir Tableau 2).

Tableau 1. Définition des soins obstétricaux et néonatals essentiels (SONE)

NIVEAU DE SOINS	COMPOSANTES DES SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS ESSENTIELS*
Tous Les Niveaux Du Systeme De Sante (soins à domicile ; centres de santé ruraux, hôpitaux de district et centres de référence)	1. Soins respectueux pour la mère et sa famille 2. Pratiques de prévention des infections 3. Utilisation du partogramme pour la prise de décision clinique 4. Ambulatoire pendant le travail; apport de nourriture et de liquides selon le désir de la mère 5. Présence d'une compagne pendant le travail et l'accouchement 6. Choix de la position pendant le travail et l'accouchement 7. Utilisation restreinte de l'épisiotomie 8. Gestion active de la troisième période du travail 9. Soins immédiats au nouveau-né (clampage/coupe tardive du cordon; soins propres du cordon; séchage et réchauffement ; allaitement immédiat et exclusif)
* Soins fondés sur la preuve que toutes les femmes devraient recevoir pour un travail et un accouchement normaux, et pour prévenir les complications telles que : septicémie ; dystocie ; hémorragie du post-partum ; et asphyxie, hypothermie et septicémie du nouveau-né.	

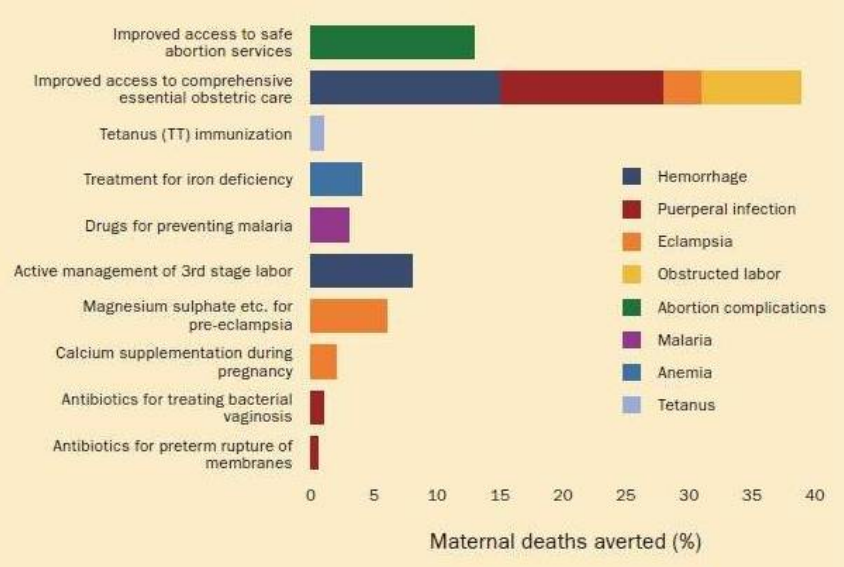
Tableau 2. Définition des "Fonctions signalétiques" des soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU) de base et complet

Niveau De Soins	Fonctions Signaletiques Des Sonu
Centres de santé	**Soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base (SONU-B)** Antibiotics 1. Administration d'antibiotiques 2. Administration d'anticonvulsivants 3. Administration d'utérotoniques 4. Délivrance artificielle du placenta 5. Accouchement par voie basse assistée 6. Extraction des produits residuels 7. Réanimation néonatale
Centres de référence (Hôpitaux)	**Soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets (SONU-C)** SONU-B plus 1. Césariennes 2. Transfusion sanguine
Note: les SONU-B se définissaient par six fonctions fondamentales mais ont été mis à jour par l'adjonction d'une nouvelle fonction, à savoir la réanimation néonatale	

Les systèmes de santé dans les pays en développement sont en cours d'etre renforcés afin de fournir à la fois les SONU-B et les SONU-C dans un nombre suffisant de centres sanitaires pour améliorer l'accès aux soins avec des prestataires qualifiés. Comme le montre la Figure 2, 74% des décès maternels pourraient être évités si toutes les femmes avaient accès aux services pour gérer les complications de la grossesse et de l'accouchement, en particulier les SONE. Les résultats de l'évaluation des besoins en services de soins obstétricaux d'urgence, au moyen d'indicateurs des Nations Unies ont montré que (Freedman et al. 2007):

- **Les besoins satisfaits en soins obstétricaux d'urgence sont faibles.** Les évaluations des besoins nationaux dans neuf pays d'Afrique subsaharienne ont montré que les besoins satisfaits sont de 28% en moyenne, ce qui suggère que beaucoup de femmes qui souffrent de complications obstétricales dans ces pays, ne reçoivent pas de traitement.

Figure 2. L'accès universel aux SONU pourrait réduire les décès maternels de74%



Source: Projet Objectifs du Millénaire de l'ONU. *Qui détient le pouvoir ? Transformer les systèmes de soins pour les femmes et les enfants.*

- **Les taux d'accouchement par césarienne dans les pays africains et asiatiques étudiés sont de moins de 3%, donc sous le seuil de 5 à 15% recommandé par l'ONU.** En outre, dans 33 des 51 pays du Compte à rebours 2012 qui présentent des données depuis l'an 2000, la proportion de césariennes est inférieure à 5% en milieu rural et à moins de 1% dans quatre pays, dont—le Burkina Faso, le Tchad, l'Ethiopie et le Niger (Compte à rebours 2015 2010). Un taux de couverture de césarienne de moins de 5% est une indication du manque d'accès aux SONU, de problèmes de ressources humaines, ainsi que d'autres défis des systèmes de santé.

L'accès aux SONE en Afrique présente un défi particulier, comme en témoignent les modestes améliorations de la mortalité maternelle et néonatale au cours des 20 dernières années. L'accès universel aux SONE en Afrique doit surmonter de nombreux défis : manque d'engagement national et de soutien financier ; mauvais fonctionnement des systèmes de santé ; lacunes des systèmes de référence, en particulier lors des urgences obstétricales et néonatales ; logistiques déficientes des médicaments, des produits de planification familiale et d'équipement; et pénuries de développement et de gestion des ressources humaines au niveau national (OMS 2004).

ETAPE 1. PLAIDOYER A L'APPUI DES PREUVES POUR LES SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS ESSENTIELS

- **Utiliser les ressources et les données disponibles**. Les engagements à la réalisation des OMD au niveau mondial et national ont attiré l'attention sur la mortalité maternelle et néonatale en faveur de diverses ressources pour y faire face. Le consensus est que

- la planification familiale, les soins qualifiés lors de l'accouchement, et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour toutes les femmes avec des complications qui menacent la vie, sont des interventions clés pour la réduction de la mortalité maternelle (Freedman et al.2007). Les données disponibles ont été analysées par Women Deliver, l'Alliance du ruban blanc et par l'initiative Compte à rebours 2015 de manière à être facilement assimilées par les parties prenantes et les décideurs.

- **Appliquer la recherche et les preuves actuelles**. Il y a beaucoup d'information sur les causes de mortalité maternelle, périnatale et néonatale et sur les interventions les plus efficaces pour leur prévention. Le *Lancet* a publié plusieurs séries pour rassembler les preuves et mettre l'accent sur les causes et les solutions. Par exemple, la série Survie maternelle en 2006 préconise de :

  - Mettre l'accent sur la période intrapartum responsable de la plupart des décès maternels.
  - Offrir à toutes les femmes l'accouchement dans les centres de santé avec des prestataires ayant des compétences de base dans la pratique de sage-femme, qui peuvent référer pour les SONU-C s'il y a lieu.
  - Améliorer l'accès aux femmes à la planification familiale et prévenir ou traiter les complications liées à l'avortement.
  - Accroître la couverture pour les femmes dans les zones pauvres et difficiles d'accès.

- **Améliorer les taux d'assistance qualifiée à l'accouchement et pour les césariennes.** L'accroissement des taux d'assistance qualifiée à l'accouchement et pour les césariennes peuvent réduire les TMM. Une analyse d'enquêtes nationales de l'OMS de 188 pays a estimé cependant que les taux de couverture pour l'assistance qualifiée à l'accouchement doivent être d'au moins 40% et d'environ 10% pour les césariennes si on veut diminuer substantiellement la mortalité maternelle et les mortinaissances (McClure, Goldenberg, Bann 2007). Fait intéressant, dans les pays de moyen à haut niveaux de mortalité maternelle, il n'y a quasiment aucune corrélation entre le TMM et l'assistance qualifiée lors de l'accouchement, ce qui laisse suggérer que la qualité des soins reste un problème (Etape 4) (Paxton et al. 2005).

- **Etablir et soutenir des nombres et une qualité suffisants de services de SONU-B et SONU-C.** Atteindre ce but exige essentiellement un système de santé qui fonctionne, ce qui reste un défi pour beaucoup de pays en développement. La plupart des pays disposent d'un nombre adéquat de centres de santé complets pour des soins obstétricaux d'urgence, mais très peu de centres de santé de base pour servir 500 000 habitants (Freedman et al. 2007). Des efforts de plaidoyer s'imposent pour encourager les décideurs et les parties prenantes à développer des stratégies par étapes et renforcer la capacité à suivre et évaluer leur progrès. Une stratégie à court terme est de concentrer les efforts sur les causes principales de la mortalité maternelle et néonatale—en particulier l'hémorragie du post-partum et l'éclampsie—jusqu'à ce que les systèmes de soins soient suffisamment renforcés pour offrir équitablement des SONE.

- **Obtenir des engagements à long terme et des ressources suffisantes pour mettre en œuvre des plans.** Une analyse du soutien du développement international en 2006 a conclu que les niveaux globaux du financement annuel pour la santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant ne sont pas suffisants pour atteindre les ci-

Etape 1

Soins Obstétricaux d'urgence, AMDD, 2010

Focalisons nous sur le 5, Women Deliver

Accountability for Maternal, Newborn and Child Survival: An Update on Progress in Priority Countries, OMS, 2012

Projet Objectifs du Millennaire de l'ONU, 2005. Qui détient le pouvoir ? Transformer les systèmes de soins pour les femmes et les enfants.

Rapport sur la santé dans le monde : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant, OMS, 2005

Série sur la survie maternelle de The Lancet, 2006 Résumé analytique

Série sur la survie néonatale de The Lancet, 2005

Série mortinatalité de The Lancet, Résumé analytique, 2011

MCHIP, 2012. SONE Bibliographie annotée

MCHIP, 2011. Rapport de la réunion Africaine : Interventions for Impact in EONC

MCHIP, 2011. Meilleures pratiques pendant le travail et l'accouchement pour réduire l'infection chez le nouveau-né

MCHIP, 2011. Amélioration des soins au cours du travail pour la réduction des décès lies au travail et à l'accouchement

MCHIP Hémorragie du Postpartum (HPP) e-Toolkit, K4Health.org

MCHIP Pré-éclampsie/Eclampsie (PE/E) e-Toolkit, K4Health.org

Etape 1 : Resources spécifiques aux pays

OMS 2012. Le compte à rebours 2015.

OMS/AFRO Rendre la grossesse plus sûre Profil des pays

MEASURE Enquête démographique et de santé, Liste des pays

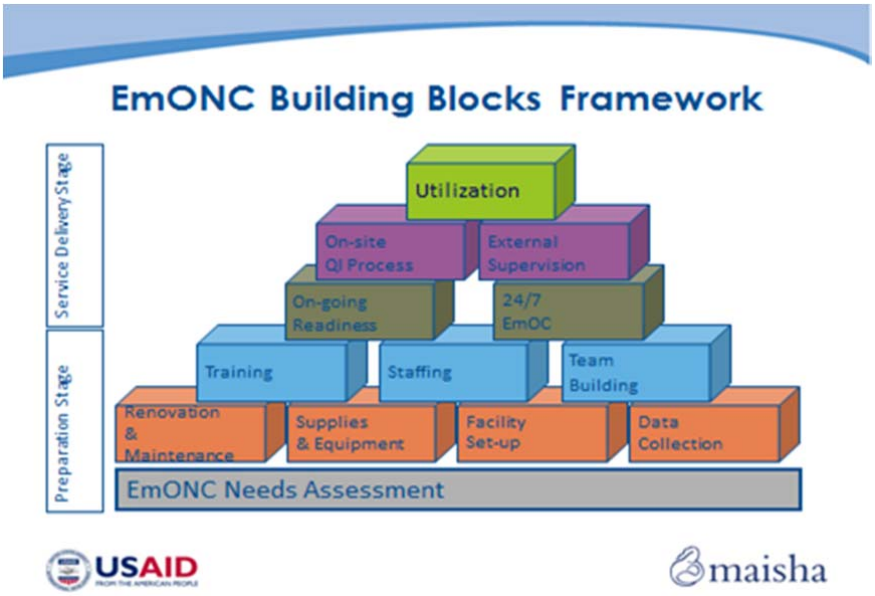
bles des OMD (à l'exclusion des exigences pour les renforcements plus larges du système) (Powell-Jackson et al. 2006). L'Afrique en tant que région, a reçu une augmentation significative d'aide, tandis que les pays avec de plus grands besoins, selon les indicateurs de santé, n'ont pas reçu des niveaux de financement plus élevés par enfant. Dans ce cadre de financement limité, le plaidoyer est essentiel pour assurer que le financement est obtenu et que les programmes de santé maternelle sont prioritaires. Les SONE ne coûtent que 24% du « Paquet mère-enfant » de l'OMS, sont rentables et peuvent prévenir près de la moitié des décès maternels (Kongnyuy, Hofman, van den Broek 2009).

- **Engager et mobiliser les associations professionnelles d'obstétriciens/gynécologues, de sages-femmes, de pédiatres et anesthésistes.** Les associations professionnelles sont efficaces pour développer des normes nationales fondées sur la preuve, soutenir des efforts d'amélioration de la qualité, assurer la formation et dialoguer avec les décideurs pour en faire leurs promoteurs (Moyo, Liljestrand, FIGO 2007). Les associations professionnelles jouent également un rôle déterminant dans la promotion de la délégation des tâches pour résoudre les inégalités des SONE.

ETAPE 2. CREER UN ENVIRONNEMENT POLITIQUE FAVORABLE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS ESSENTIELS

- **Mener des évaluations des besoins.** Les évaluations des besoins sont essentielles au développement de stratégies de mise en œuvre pratiques, fondées sur des preuves, adaptées au contexte local, qui abordent le matériel, la demande et l'iniquité. Il existe un certain nombre d'outils et d'approches pour effectuer des évaluations des besoins et identifier les priorités (**Etape 5**). Le cadre conceptuel des SONU du programme *Averting Maternal Death and Disability* (AMDD) (**Figure 3**) permet aux prestataires, gestionnaires et décideurs de diviser les problèmes les plus larges des systèmes en sections plus restreintes et réalisables. Des centaines de structures ont utilisé cette approche pour doubler la couverture des besoins en SONU et réduire de moitié les taux de létalité (Freedman et al. 2007).

Figure 3. Cadre conceptuel des SONU



Source: AMDD

Etape 2 : Ressources

OMS, ICM,FIGO, 2004. Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié

OMS/AFRO, 2006. Consensus sur les compétences essentielles de l'agent qualifié dans la région Africaine

ACCESS, 2008 Achieving Results in Improving Maternal and Newborn Care: Building the Capacity and Use of Skilled Birth Attendants, (Obtenir des résultats en améliorant la santé maternelle et néonatale : renforcer la capacité et l'utilisation des prestataires qualifiés lors de l'accouchement)

- **Dresser un plan détaillé (cartographie) des projets liés aux indicateurs de santé pour prioriser les intrants de SONE.** La cartographie est utile pour mesurer l'indicateur des Nations Unies sur la répartition géographique des structures de SONU par 500 000 habitants, particulièrement si les structures publiques et privées sont inclues. La cartographie aide également à visualiser où les intrants des projets sont centrés afin d'identifier les chevauchements et les lacunes. Par exemple, la cartographie des interventions du projet, par région géographique au Burkina Faso, a identifié des lacunes importantes en matière d'investissement en SONU: sur les 20 projets, seulement 2 ont été conçus pour améliorer la disponibilité des SONU-C et seulement 2 ont inclut toutes les composantes de l'assistance qualifiée à l'accouchement (Hounton et al. 2005). La cartographie illustre également les districts mal desservis. En outre, les cartes au sein des projets et des structures peuvent servir à identifier l'iniquité et la couverture inégale des groupes pauvres ou marginalisés, et ainsi améliorer l'accès. Une étude dans la région rurale de Guinée-Bissau, semblable aux conclusions d'une étude au Bangladesh, a rapporté que la distance vers l'hôpital était l'un des indices principaux de mortalité maternelle—et plus de 90% des femmes de l'étude vivaient à plus de 5km (3 miles) d'un hôpital (Paxton et al. 2005).

- **Renforcer la gestion des équipes de santé et des systèmes.** L'environnement politique doit renforcer la capacité de gestion des structures au niveau des équipes de districts et des systèmes. L'expérience montre que la pérennisation des SONE exige le renforcement des capacités des équipes de gestion sanitaire de district au niveau de la planification, de la gestion et du suivi (Kongnyuy, Hofman, den Broek 2009). Les efforts visant à renforcer les capacités doivent être concentrés sur les systèmes tels que les services de réseautage, le personnel, les structures et processus (par exemple la supervision, la budgétisation et la prise de décision) (Freedman et al. 2007). En outre, des problèmes au niveau du système ont besoin de l'attention au niveau central, à savoir, les politiques doivent aborder les soins cliniques fondés sur les preuves et renforcer la gestion des ressources humaines, les systèmes logistiques et de supervision.

- **Se concentrer sur les ressources humaines.** Les politiques doivent faire face au secteur le plus difficile : les ressources humaines. Développer et maintenir une main d'œuvre sanitaire adéquate nécessite la planification, le recrutement, l'éducation, le déploiement et le soutien des agents de santé. La plupart des pays en développement qui connaissent des taux de mortalité maternelle et néonatale élevés, font face à une pénurie critique de personnel sanitaire, qui s'explique par la migration, la préférence pour le secteur privé et dans certains endroits, le VIH/SIDA (Mathai 2007). La répartition équitable des prestataires qualifiés est souvent un obstacle de taille à la prestation des SONE à toutes les femmes enceintes, en raison de la faible densité de prestataires de santé dans la plupart des zones rurales. Il est difficile de conserver un personnel qualifié en raison de possibilités limitées de progression de carrière et d'augmentations de salaires (Freedman et al. 2007). La disponibilité des SONU 24 heures par jour est limitée par la disponibilité du personnel qui travaille la nuit et pendant les week-ends, et quelquefois, par l'insécurité politique (Dogba et Fournier 2009).

- **Eliminer les obstacles financiers.** Les politiques peuvent éliminer les obstacles financiers à l'accès et à l'amélioration de la qualité des soins. Des systèmes de financement sanitaire ont été utilisés dans les pays en développement pour répondre à la performance et à l'équité des agents de santé. Les frais de santé maternelle ne sont pas une

Etape 2 : Ressources pour le passage à l'échelle

CORE Group 2005. Background Paper on "Scaling-Up" Maternal, Newborn and Child Health Services (Passage à l'échelle : services de santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant)

Health Communication Partnership 2007. Taking Community Empowerment to Scale (Passer à l'échelle la responsabilisation de la communauté)

2003. Passage à l'échelle des pratiques, outils et approches du programme de santé maternelle et néonatale

OMS 2006. Scaling Up Health Service Innovations: A Framework for Action (Cadre conceptuel du passage à l'échelle)

OMS/AFRO, 2004. Feuille de route pour accélérer l'atteinte des OMD en rapport avec la santé de la mère et du nouveau-né en Afrique

2007. Feuille de route nationale de la santé maternelle et néonatale, Zimbabwe 2007-2015

OMS, 2011. Interventions, fournitures et lignes directrices essentielles pour la santé génésique, maternelle, néonatale et de l'enfant: Rapport, Sommaire, Poster, Présentation

MCHIP, 2012. Intrapartum and Emergency Obstetric Care Standards, (Normes des soins intrapartum et d'urgence obstétrique)

source de revenue importante pour les gouvernements, mais ils peuvent être des obstacles financiers considérables aux SONE pour les femmes les plus pauvres. Les données tirées de trois pays africains en 2003 et 2006 révèlent que 90% des femmes doivent payer elles-mêmes les soins dans les centres de maternité, et entre 10 à 35% de leur revenu mensuel moyen dans les cas d'accouchement compliqué (Perkins et al. 2009). Certains pays comme le Ghana, la Tanzanie et le Sierra Leone ont supprimé les frais d'utilisation des services afin de réduire les obstacles financiers aux soins, avec un succès notable de réduction des écarts entre riches et pauvres à l'utilisation des services et leurs résultats (Freedman et al. 2007). L'expérience a montré l'importance du suivi de la couverture, de la qualité et de l'équité. Par exemple, lorsque le Ghana a supprimé les frais d'utilisation, les femmes les plus pauvres ont economisé seulement 14% sur les frais de soins par rapport à 22% pour celles les plus riches (Freedman et al. 2007).

- **Assurer que les politiques définissent, surveillent et mesurent les progrès accomplis sur le passage à l'échelle des services de SONE**. Il appartient aux pays de définir ce que le "passage à l'échelle" signifie en terme de SONE et de s'assurer que les projets et stratégies actuels sont développés et mis en œuvre pour l'atteinte de leurs objectifs.

ETAPE 3. FORMER LES PRESTATAIRES EN MATIERE DE SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS ESSENTIELS

- **Réduire les obstacles à l'expansion des SONE**. La formation, le déploiement, et la rétention d'un nombre suffisant de prestataires qualifiés est un obstacle majeur à l'expansion des SONE dans les pays qui connaissent des TMM élevés. Le Rapport sur la santé dans le monde (2005) estime que 334 000 infirmières sages-femmes, 140 000 sages-femmes ou infirmières et 27 000 médecins et techniciens doivent être formés ou recyclés dans les 10 prochaines années (Dogba and Fournier 2009). Bien que la couverture des soins qualifiés ait augmenté dans le monde, les taux de couverture professionnelle à la naissance sont stagnants depuis 1990 dans les zones rurales de l'Afrique sub-saharienne, de l'Asie du Sud et du Sud-Est (Koblinsky et al. 2006). La formation d'un nombre suffisant de prestataires qualifiés doit s'articuler avec la coordination des politiques de gestion des ressources humaines afin d'assurer la distribution équitable des SONE. Le manque de prestataires qualifiés dans les structures sanitaires crée la perception d'une mauvaise qualité des soins et entraine des faibles taux d'utilisation des services, comme cela été rapporté en Tanzanie (Dogba and Fournier 2009).

- **Accroitre l'accès aux services de SONE par le biais de la délégation des tâches.** La délégation des tâches permet aux prestataires qualifiés d'atteindre des femmes qui autrement n'auraient pas accès aux SONE. Des études ont montré que des infirmières et des sages-femmes bien formées peuvent fournir des SONU-B (Rosenfield, Minn, Freedman 2007). La délégation des tâches élargissant l'accès à la chirurgie obstétrique d'urgence, a connu un succès dans le contexte africain. La délégation des tâches liée aux SONE par des cliniciens non médecins s'est réalisée dans 25 des 47 pays sub-sahariens. Le Ministère de la santé en Mozambique a formé des cliniciens qui ne sont pas médecins comme techniciens chirugicaux, qui réalisent la plupart des chirurgies obstétriques d'urgence (y compris les accouchements par césarienne) dans les hôpitaux ruraux. Des données probantes d'Ethiopie montrent que les cliniciens non médecins accomplissent une proportion importante de procédures obstétriques d'urgence et que les résultats post-opératoires sont similaires à ceux des médecins (Gessessew et al. 2011). Les cliniciens non médecins suivent une for-

mation plus courte, et à moindre coût. En outre, ils peuvent être recrutés et/ou déployés avec succès dans les régions rurales—et prouver le rôle important des cliniciens non médecins pour les SONE dans les pays de l'Afrique sub-saharienne (Mullan and Frehywot 2007).

- **Utiliser la formation fondée sur la preuve pour mettre à jour les pratiques cliniques.** Afin d'économiser des ressources, améliorer la qualité des soins et sauver des vies, il faut que la formation soit fondée sur la preuve pour mettre à jour les pratiques cliniques. Les pays en développement investissent d'importantes ressources dans la formation de recyclage à divers niveaux des soins de santé. Cet investissement ne peut pas améliorer les services et les résultats de santé si la formation ne se fonde pas sur la preuve clinique actuelle et sur des approches de formation basées sur la compétence. Un certain nombre de programmes de formation sont disponibles, qui s'appuient sur les normes maternelles et néonatales internationales actuelles pour la formation : en SONU-B pour infirmières et des sages-femmes ; en SONU-C pour médecins ; et en anesthésie pour les non spécialistes qui traitent les urgences obstétriques. Leur adaptation locale est simple. D'autres investissements peuvent également servir à améliorer les sites de formation cliniques afin d'assurer que les prestataires complètent la formation, sont tout à fait qualifiés et compétents.
- **Aligner la performance actuelle des prestataires en SONU avec les politiques et règlements nationaux, la formation et les attentes de district.** Les cadres qui sont censés fournir des SONU ne le font pas souvent, en raison de problèmes tels qu'un champ de pratique ambigüe et l'absence d'un environnement propice dans les centres de santé. Par exemple, les infirmières/sages-femmes diplômées sont supposées fournir des SONU-B mais seulement 9% au Malawi et 14% en Tanzanie dispensent les sept fonctions signalétiques (Lobis et al. 2011). Bien que la formation soit nécessaire pour assurer des prestataires qualifiés, elle doit être compatible avec les politiques nationales de prestations de service, les plans de déploiement et entrer dans le cadre réglementé de pratique claire.
- **Utiliser les systèmes de formation de base et de formation continue afin d'assurer les compétences essentielles permettant de sauver des vies.** Pour avoir un impact sur la mortalité maternelle, il faut des prestataires de soins de santé en nombre suffisant dans les sites qui offrent les SONU-B et SONU-C, en particulier pour gérer les complications qui menacent la vie, et finalement avoir un impact sur la mortalité maternelle. Selon une revue des formations globales en SONE, les formations continues sont plus efficaces lorsqu'elles sont basées sur la pratique et la compétence, alors que la formation de base a tendance à se fonder sur l'acquisition de la connaissance (Penny and Murray 2000). "Des études ont montré que le passage à l'échelle des résultats nécessite des changements fondamentaux dans les programmes de formation de base et de formation continue afin de mettre l'accent sur la compétence (plutôt que simplement sur la connaissance) dans un ensemble de compétences essentielles et d'assurer que la formation s'adapte aux réalités de l'infrastructure des milieux à forte mortalité et à faibles ressources (Freedman et al. 2007)". La formation continue pour les SONE est cependant souvent freinée par une faible éducation de base, et par l'application médiocre de l'apprentissage sur le lieu de travail, en raison notamment de structures mal équipées et d'un manque de protocoles cliniques fondés sur la preuve. L'intégration de compétences essentielles dans l'éducation de base des infirmières, sages-femmes, médecins et anesthésistes peut éventuellement réduire le fardeau et les dépenses de la formation continue. Par exemple, une évaluation de l'USAID pour des activités de formation de base des sages-femmes a

Etape 3 : Suivi après la formation

Programme SMN, 2004. Lignes directrices de l'évaluation des prestataires qualifiés après la formation en soins maternels et néonatals

AMDD, 2002. Follow-up of Healthcare Providers Trained in Anesthesia for Emergency Obstetric Care (Suivi des prestataires de soins de santé formés en anesthésie pour les soins obstétricaux d'urgence)

AMDD, MNH Program, 2003. SOU pour les médecins et les sages-femmes

AMDD, MNH Program, 2003. Anesthésie pour SOU pour les médecins et les sages-femmes

Etape 3 : Manuels de référence

Jhpiego, 2004. Soins maternels et néonatals de base : un guide destiné aux prestataires qualifiés

OMS, 2003. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : un guide destiné à la sage-femme et au médecin

OMS, 2003. Prise en charge des problèmes du nouveau-né

Engender Health, 2003, Pratiques de prévention des infections en soins obstétricaux d'urgence

OMS, 2000. Anesthésie à l'hôpital de district

MCHIP Pre-Service Education e-Toolkit, K4Health.org

Preservice Education e-Toolkit, K4Health.org

UNFPA, 2010. Etat de la pratique de sages-femmes dans le monde

Confédération des sages femmes (ICM) 2010. Normes globales, compétences essentielles et outils

conclu que “un avantage particulier était conféré lorsque les compétences en SONU-B étaient incorporés dans le programme de base des sages-femmes. Ces compétences de base doivent être dans le répertoire des sages-femmes lorsqu’elles entrent dans le marché du travail. L’enseignement de ces compétences lors de la formation de base réduira, au fil du temps, le fardeau de la formation continue (Global Health 2010).” Le renforcement de l’éducation de base exige un investissement à long terme qui n’a pas la priorité dans la plupart des stratégies à court terme des pays pour atteindre les OMD d’ici 2015.

- **Œuvrer pour maintenir la formation et le déploiement des équipes de santé.** La formation et le déploiement d’équipes est pratique et efficace, mais peut être difficile à pérenniser. Le concept d’équipes de SONU-C a été testé et a fait ses preuves dans différents milieux. Si l’objectif est d’augmenter rapidement la couverture de SONU-B, il est recommandé que des équipes de sages-femmes et sages-femmes assistantes travaillent dans des sites sanitaires (contre le déploiement d’agents de santé en solo pour les accouchements à domicile) ce qui pourrait accroitre la couverture des soins maternels jusqu’à 40% d’ici 2015 (Koblinksy et al. 2006). Des équipes de SONU-C ont été formées et testées comme une stratégie possible pour les hôpitaux de district. Par exemple, des équipes de cliniciens non médecins, d’assistants cliniques et d’infirmières sages-femmes ont été formés pendant trois mois, puis ont efficacement fournis des SONU-C (y compris l’anesthésie) dans ces centres de santé isolés en Tanzanie (Nyamtema et al. 2011). Le Ministère de la santé au Sénégal a formé 11 équipes en chirurgie obstétricale d’urgence (anesthésiste, médecin généraliste, et assistant en chirurgie) et a constaté lors de son évaluation que les besoins non satisfaits restaient élevés et que seulement six équipes continuaient de fonctionner après six ans. Soutenir les prestataires après la formation lorsqu’ils retournent sur leur lieu de travail, et lier la formation à des améliorations plus larges de la prestation des services sont des leçons importantes à retenir.

ETAPE 4: AMELIORER LA QUALITE DES SOINS

- **Améliorer et suivre continuellement la qualité des soins.** Améliorer et mesurer la qualité des soins est un processus continu qui engage tout le personnel de la structure sanitaire–et souvent la communauté qu’elle dessert–pour identifier les lacunes, créer des mesures pratiques et réévaluer les progrès. L’expérience montre que l’utilisation de l’approche à la performance et à la qualité peut : améliorer la présence de personnel qualifié ; susciter un soutien politique pour l’amélioration des services et le passage à l’échelle ; renforcer la sensibilisation et la mobilisation communautaire ; promouvoir la pérennisation ; et favoriser la collaboration. Il existe diverses approches pour améliorer la qualité des soins, dont COPE® (services efficaces axés sur le client) développé par Engender Health, l'approche de gestion axée sur les standards et la récompense (SBM-R) développée par Jhpiego, et la Qualité Définie par le Partenariat (QDP) développée par Save the Children. Les audits axés sur les critères, les autopsies verbales et les enquêtes évaluatives sont des moyens efficaces pour aborder la qualité et la fonctionnalité dans les structures de santé.

- **Améliorer l’accès aux SONU et la qualité des soins.** Améliorer l’accès aux SONU ne suffit pas à prévenir les décès si la qualité des soins est faible. Une proportion importante des décès maternels ont lieu dans les hôpitaux (Ronsman et Graham 2006). Une étude effectuée dans un district du Mali a conclu que la qualité médiocre des soins se traduira par un TMM plus élevé que prévu dans des situa-

Etape 4 : Amélioration de la qualité

Programme SMN, 2004. Site Assessment and Strengthening for MNH Programs

Jhpiego, 2005. Gestion axée sur les standards et la récompense : guide sur le terrain

EngenderHealth, AMDD, 2003. Amélioration de la qualité des SOU

Programme SMN, 2003. Utiliser la performance et l’amélioration de la qualité pour renforcer l’assistance qualifiée

Ministère de la santé et du bien-être social en Tanzanie, 2011. Normes d’amélioration de la qualité pour les hôpitaux

Ministère de la santé et du bien-être social en Tanzanie, 2011.

Normes d’amélioration de la qualité pour les centres sanitaires et les dispensaires

Consortium de mise en œuvre des meilleures pratiques (IBP) 2007. Guide de promotion du changement pour le passage à grande échelle de services de santé efficaces

AMDD, 2002. Améliorer les SOU grâce à l’audit reposant sur des critères

tions ou les services de maternité sont disponibles (présence de personnel qualifié lors de l'accouchement et SONU) (Paxton et al.2005). Une autre étude effectuée en République Dominicaine, où 97% des femmes accouchent dans des structures sanitaires, a conclu que la qualité des soins limite de nouvelles réductions des TMM (<100) (Paxton et al. 2005). Par conséquent, une mise au point sur l'amélioration de la qualité des soins dans les structures de SONE—au-delà de la mise à niveau de l'infrastructure et de la formation de prestataires—est essentielle dans le contexte plus large des programmes de maternité à moindre risque. Comme une étude dans le nord de la Tanzanie a conclu, "ce n'est ni l'ignorance des mères, ni leur manque de capacité à se rendre dans un centre sanitaire qui est l'obstacle principal à recevoir des soins de qualité en cas de besoins, mais plutôt le manque de soins de qualité dans la structure sanitaire (Olsen, Ndeki, Norheim 2004)".

- **Assurer que les femmes reçoivent des soins de qualité.** Une revue de la littérature sur la qualité des SONE a constaté que les femmes étaient généralement non satisfaites de la qualité des soins—attitude discriminante du personnel; manque de respect des croyances et pratiques traditionnelles, procédures cliniques sans explication, et violence physique et insultes, en particulier dans les hôpitaux publics (Dogba et Fournier 2009). La mauvaise qualité des soins reçus ou perçus provoque un délai à chercher de services de SONE. La qualité médiocre des soins dans les structures de santé peut également entrainer de mauvais résultats maternels, périnatals et néonatals. Les efforts visant à promouvoir l'humanisation de l'accouchement lié aux approches d'amélioration de la qualité et l'engagement communautaire au sein des comités de gestion des structures sanitairepeuvent aider à accroitre la satisfaction des clients et l'utilisation des services.

- **Fournir une infrastructure, du matériel et de l'équipement pour les services de SONE.** L'infrastructure, le matériel et l'équipement pour les SONE sont souvent insuffisants. Des évaluations d'AMDD dans huit pays ont révélé que les structures sanitaires qui offrent des SONU-B comportaient des lacunes tandis que les sites de SONU-C respectaient généralement les standards des Nations Unies (ONU). Les sites de SONU-B étaient souvent dans l'incapacité de réaliser l'accouchement vaginal assisté et la délivrance artificielle du placenta (Ibid.). Cette constatation est conforme aux données du Malawi et de la Tanzanie sur la performance des prestataires de SONE, qui étaient moins susceptibles d'effectuer ces deux fonctions fondamentales (Lobis et a.2011).
- **Mener des évaluations sur la qualité des soins**. Les évaluations sur la qualité des soins aident à identifier le fonctionnement actuel des services de SONE et les gouvernements et les partenaires au développement à mettre au point des plans d'action. Comme nous l'avons discuté précédemment, les évaluations des besoins sont un instrument important au niveau politique et pour la mesure de la qualité des soins. MCHIP et AMDD ont développé des outils d'évaluation de la qualité des soins, et les Enquêtes démographiques et de santé effectuent souvent une évaluation de la prestation de services (EPS) qui inclut les SONE (Etape 5).

ETAPE 5 : SUIVRE ET EVALUER LES RESULTATS

- **Appliquer les indicateurs de l'ONU pour les soins obstétricaux d'urgence (SOU) lors de l'évaluation.** Les indicateurs de SOU représentent les standards de SONU. Cet ensemble de six indicateurs mesure "le nombre d'établissements offrant des soins qui sauvent la vie, combien de femmes utilisent ces services, si les femmes souffrant de complications utilisent les établissements, le pourcentage de

Etape 4 : Outils

Programme SMN, 2007. SOU : un guide rapide de référence pour les prestataires de première ligne

OMS, 2006. Soins lés à la grossesse, à l'accouchement, et à la période nénatale : guide de pratiques essentielles

GOAL Uganda. Comfort in Labor Drawings

OMS, 2003. Protocoles de sécurité obstétrique

Etape 4 : Soins respectueux lors de l'accouchement

Alliance du rubanc blanc, 2011. Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women: Charter and Poster (soins respectueux lors de l'accouchement : les droits universels de la femme en âge de procréer : Charte et affiche)

Centre pour les droits génésiques, 2007 Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities (Violation des droits de la femme dans les centres sanitaires au Kenya)

procédures qui sauvent la vie effectuées et si la qualité des soins est adéquate (Paxton, Bailey, Lobis 2006)". (Voir Tableau 3)

- **Utiliser d'autres indicateurs complémentaires également**. Des indicateurs supplémentaires sont disponibles pour compléter les indicateurs de SOU . Bien que les indicateurs de SOU soient bien établis et un outil utile pour tous les établissements et les pays, il y a des lacunes qui peuvent être abordées à l'aide d'indicateurs supplémentaires. Par exemple, comme les indicateurs de SOU définissent qu'un établissement de SOU peut exécuter chacune des six fonctions signalétiques au moins une fois tous les trois mois, ils peuvent sous-estimer la disponibilité des services de SOU dans les établissements qui effectuent peu d'accouchements compliqués. Une suggestion est que plutôt que de désigner ces établissements comme "non-SOU," on devrait les évaluer pour l'équipement, les médicaments et la présence d'au moins un personnel qualifié pour les fonctions signalétiques et leur permettre d'être classifiés de base (B) ou complet (C), moins les fonctions signalétiques qui ne sont pas offertes (Ibid.). Une étude en Zambie a évalué la disponibilité des fonctions de SOU de base dans des sites sanitaires d'une province qui utilise cette approche (Levine et al. 2008). Seulement 15% des sites sanitaires évalués offraient quatre fonctions signalétiques ou plus, mais aucun ne les offraient dans leur totalité. Ce système met en évidence les contributions en SONE des établissements de santé et peut également mesurer les changements au fil du temps.
- **Envisager un troisième indicateur pour l'OMD 5.** Les OMD ne mesurent pas la disponibilité des SONU ; cependant les gouvernements et les programmes des pays devraient considérer ceci comme le troisième indicateur de l'OMD 5. Le TMM et l'assistance qualifiée à l'accouchement sont les indicateurs actuels de l'OMD 5—cependant, cela n'aide pas spécifiquement les pays à mesurer des améliorations dans un système de santé qui donne des soins qui sauve la vie et contribue directement à la réduction de la mortalité maternelle. Les pays devraient envisager d'ajouter l'indicateur de disponibilité des SONU, lequel peut refléter des changements sur de courtes périodes. Des programmes au Pérou, en Mozambique et en Inde ont vu des améliorations de deux à quatre fois plus nombreuses lorsque les programmes ont porté sur la mise à niveau des établissements existant (Bailey et al. 2006).

Etape 5 : Outils S&E

OMS 2004. Au-delà des nombres : examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse

OMS, 2011. Evaluating the Quality of Care for Severe Pregnancy Complications: The WHO Near-miss Approach for Maternal Health

OMS, 2009. Surveillance des soins obstétricaux d'urgence

AMDD, 2003. Utiliser les indicateurs de l'ONU pour les services obstétricaux d'urgence : questions et réponses

AMDD. 2010. Evaluation des besoins en SONU : introduction au matériel, manuel de collecte des données, modules de collecte des données, guide de facilitation

MCHIP. 2011. Qualité des soins pour la prévention et le traitement des complications communes maternelles et du nouveau-né dans les établissements de santé

Tableau 3. Les indicateurs de l'ONU sur les SOU

Indicateur	Niveau acceptable
1. Disponibilité des soins obstétricaux urgents (SOU): Structures sanitaires de SOU de Base et SOU Complets	Pour 500 000 habitants, il faut **au moins** 5 centres de SOU (incluant au moins 1 centre de SOU Complets).
2. Répartition géographique des structures sanitaires de SOU	Toutes les régions sous-nationales ont ***au moins*** 5 structures sanitaires de SOU (incluant au moins 1 centre de SOU Complet) pour chaque tranche de population de 500,000 habitants.
3. Proportion de tous les accouchements qui se font dans les structures sanitaires de SOU *	Le niveau minimum acceptable doit être établi localement.
4. Besoin en SOU Satisfait: Proportion de femmes qui présentent des complications obstétricales majeures directes traitées dans les structures sanitaires de SOU *	Au moins 100 % des femmes que l'on estime présenter des complications obstétricales directes et graves sont traitées dans les structures sanitaires de SOU.
5. Césarienne en proportion de l'ensemble des accouchements.*	La proportion des accouchements par césarienne estimée **dans la population** ne représente pas moins de 5 % ni plus de 15 %.
6. Taux de létalité causé par des complications obstétricales directes*	Le taux de létalité parmi les femmes qui présentent des cas de complications obstétricales directes dans les structures sanitaires de SOU est de moins de 1%.

Source : Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux :Manuel Révisé, AMDD, 2009

- **Traiter les évaluations des besoins comme un outil efficace de suivi et d'évaluation (S&E).** Les évaluations des besoins ont été décrites comme un outil important de politique (Etape 2), mais elles servent aussi à suivre et évaluer les progrès des programmes et de la prestation des services. Idéalement, les évaluations des besoins devraient inclure un échantillon aléatoire de tous les établissements de SONE, en particulier le segment à but lucratif du secteur privé (Paxton, Bailey, Lobis 2006).
- **Inclure les autopsies verbales à base communautaire et la surveillance des décès maternels dans les structures comme des outils de suivi.** Les autopsies verbales à base communautaire et les revues des décès maternels dans les établissements sont des outils utiles pour améliorer l'accès et la qualité des soins maternels et du nouveau-né. Ces outils exigent un environnement confidentiel et rassurant pour analyser les événements maternels indésirables. D'autres outils de suivi, dont ceux axés sur la morbidité maternelle et les cas de complications obstétricales évitées de justesse, peuvent être intégrés dans les revues existantes des événements indésirables de l'établissement ou par le biais d'audits périodiques.
- **Cibler les systèmes de S&E pour rapporter systématiquement les résultats au niveau du district sans accabler les systèmes de rapportage**. "Le défi consiste à définir un petit nombre d'indicateurs qui ne va pas accabler les systèmes de rapportage fragiles, mais qui capture les intrants et la gestion du programme au niveau du district de façon appropriée, ce qui est nécessaire pour le renforcement du système de santé et spécifiquement pour la santé maternelle (Freedman et al. 2007)."

REFERENCES

Bailey P, Paxton A, Lobis S, Fry D. 2006. **Measuring progress towards the MDG for maternal health: including a measure of the health system's capacity to treat obstetric complications**. *Int J Gynaecol Obstet*, 93(3):292–9.

Countdown to 2015. 2010. ***Countdown to 2015 Decade Report (2000–2010)***.

Dogba M and Fournier P. 2009. **Human resources and the quality of emergency obstetric care in developing countries: a systematic review of the literature**. *Hum Resour Health*, 6;7:7.

Freedman LP, Graham WJ, Brazier E, Smith JM, Ensor T, Fauveau V, Themmen E, Currie S, Agarwal K. 2007. **Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation**. *The Lancet*, 370 (9595):1,383–91.

Gessessew A, Barnabas GA, Prata N, Weidert K. 2011. **Task shifting and sharing in Tigray, Ethiopia, to achieve comprehensive emergency obstetric care**. *Int J Gynaecol Obstet*; 113(1):28–31.

Global Health Technical Assistance Project. 2010. ***Assessment of Midwifery Pre-Service Training Activities of the Access Project***. Global Health Technical Assistance Project.

Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, Lopez AD, Lozano R, Murray C. 2010. **Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: A systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5**. *The Lancet*; 375(9726):1,609–1,623. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60518-1.

Hounton SH, Meda N, Hussein J, Sombie I, Conombo G, Graham WJ. 2005. **Describing safe motherhood programs for priority setting: the case of Burkina Faso**. *Int J Gynaecol Obstet*; 91(1):97–104.

Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I, Achadi E, Adjei S, Padmanabhan P, Marchal B, De Brouwere V, van Lerberghe W. 2006. **Lancet Maternal Survival Series steering group. Going to scale with professional skilled care**. *The Lancet*; 368(9544):1,377–86.

Kongnyuy EJ, Hofman JJ, van den Broek N. 2009. **Ensuring effective Essential Obstetric Care in resource-poor settings**. *BJOG*; 116, Suppl 1:41–7.

Levine AC, Marsh RH, Nelson SW, Tyer-Viola L, Burke TF. 2008. **Measuring access to emergency obstetric care in rural Zambia**. *Int J Emerg Med;* (2):113–9.

Lobis S, Mbaruku G, Kamwendo F, McAuliffe E, Austin J, de Pinho H. 2011. **Expected to deliver: Alignment of regulation, training, and actual performance of emergency obstetric care providers in Malawi and Tanzania**. *Int J Gynaecol Obstet*; 115(3):322–7.

Lozano et al. 2011. **Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: An updated systematic analysis**. *The Lancet*; 378(9797):1,139–1,165.

Mathai M. 2007. **Working with communities, governments and academic institutions to make pregnancy safer**. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*.

McClure EM, Goldenberg RL, Bann CM. 2007. **Maternal mortality, stillbirth and measures of obstetric care in developing and developed countries**. *Int J Gynaecol Obstet*; 96(2):139–46.

Moyo NT, Liljestrand J; International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). 2007. **Emergency obstetric care: Impact on emerging issues**. *Int J Gynaecol Obstet*; 98(2):175–7.

Mullan F, Frehywot S. 2007. **Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries**. *The Lancet*; 370 (9605):2,158–63.

Nyamtema AS, Pemba SK, Mbaruku G, Rutasha FD, van Roosmalen J. 2011. **Tanzanian lessons in using non-physician clinicians to scale up comprehensive emergency obstetric care in remote and rural areas**. *Hum Resour Health*; (9):28.

Olsen ØE, Ndeki S, Norheim OF. 2004. **Complicated deliveries, critical care and quality in emergency obstetric care in Northern Tanzania**. *Int J Gynaecol Obstet*; 87(1):98–108.

Paxton A, Bailey P, Lobis S. 2006. **The United Nations Process Indicators for Emergency Obstetric Care: Reflections based on a decade of experience**. *Int J Gynaecol Obstet;* (2):192–208.

Paxton A, Maine D, Freedman L, Fry D, Lobis S. 2005. **The evidence for emergency obstetric care**. *Int J Gynaecol Obstet*; 88(2):181–93.

Penny S, Murray SF. 2000. **Training initiatives for essential obstetric care in developing countries: A "state of the art" review**. *Health Policy Plan*; 15(4):386–93.

Perkins M et al. 2009. **Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries**. *Health Policy and Planning*; 24:289–300.

Powell-Jackson T, Borghi J, Mueller D, Patouillard E, Mills A. 2006. **Countdown to 2015: Tracking donor assistance to maternal, newborn and child health**. *The Lancet;* 368(9541):1,077–1,087.

Ronsmans C, Graham WJ, Lancet Maternal Survival Series Steering Group. 2006. **Maternal mortality: Who, When, Where, and Why**. *The Lancet;* 368 (9542):1,189–200.

Rosenfield A, Min CJ, Freedman LP. 2007. **Making motherhood safe in developing countries**. *N Engl J Med*; 356(14):1,395–7.

World Health Organization (WHO). 2004. ***Road Map for Accelerating the Attainment of the MDGs Related to Maternal and Newborn Health in Africa***. WHO: Geneva.

© 2012 par la Corporation Jhpiego. Tous droits réservés.