



*Le Projet de Santé Intégré Plus (PROSANIplus) a été mis en œuvre en République Démocratique du Congo (RDC) de juin 2015 à juin 2018 par Management Sciences for Health (MSH) et Overseas Strategic Consulting, Ltd. (OSC), avec un contrat de sous-traitance via Pathfinder/ Evidence to Action. Financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), PROSANIplus a été élaboré pour éviter de créer un vide dans l'offre de services de santé dans des zones de santé appuyées par l'USAID à travers son Projet de Santé Intégré (PROSANI) d'une durée de cinq ans qui s'est achevé en 2015. Les deux composantes principales étaient le soutien direct pour des activités de prestation de service et le renforcement des systèmes de santé. La composante liée aux services comprenait une utilisation accrue, avec un impact fort, de services liés à la planification familiale, à la santé maternelle, néonatale et infantile, à la nutrition, au paludisme, à la tuberculose, au VIH/Sida, à l'eau, assainissement et hygiène (EAH) ainsi que l'adoption de pratiques saines dans les zones de santé ciblées. La composante liée au renforcement des systèmes de santé comprenait une mise en œuvre améliorée des politiques sélectionnées, de la promotion du programme et de prises de décisions, particulièrement au niveau des provinces. Finalement, le projet fut élaboré afin de créer de meilleures conditions pour renforcer la disponibilité et l'utilisation de services, de produits et de pratiques sanitaires, avec un impact fort, pour plus de 31 millions de personnes dans neuf provinces de la RDC avec 168 zones de santé cibles (une augmentation de 115% par rapport aux 78 zones de santé appuyées par PROSANI).*

## Indicateurs de la qualité des soins pour la santé de la mère et du nouveau-né

Une étude couvrant huit zones de santé en République Démocratique du Congo

Malgré des taux élevés d'accouchement en milieu hospitalier (80 % globalement, 74 % dans les zones rurales) en RDC, la mortalité maternelle et infantile reste élevée avec des taux respectifs de 846 pour 100 000 naissances vivantes et 28 pour 1 000 naissances vivantes<sup>1</sup>. La situation est pire encore dans les zones rurales où le taux de mortalité infantile atteint 31 pour 1 000 naissances vivantes, alors que dans les zones urbaines il est de 28 pour 1 000. Au moyen d'actions de contrôle et de suivi dans 78 zones de santé rurales, dont 38 zones prioritaires, le Projet de Santé Intégré Plus (PROSANIplus) financé par l'USAID a révélé que la mauvaise qualité des soins obstétricaux et néonataux était l'obstacle principal à l'amélioration de la survie maternelle et infantile. Par exemple, seulement 47 % des hôpitaux fournissaient des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) complets et moins de 15 % des centres de santé fournissaient des soins SONU de base<sup>2</sup>.

Le renforcement des systèmes d'information pour soutenir l'utilisation des données sur la santé est un élément essentiel de l'amélioration de la qualité. Par le passé, la recherche sur la qualité des soins mettait l'accent sur la disponibilité des ressources et la mise en œuvre des directives cliniques, tout en ignorant les métriques et les

<sup>1</sup> Ministère du Plan et Ministère de la Santé, Enquête Démographique et de Santé en RDC 2013-2014, Rockville, Maryland, États-Unis : MPSMRM, MSP et ICF International

<sup>2</sup> Ministère de la Santé de la RDC, Indice de disponibilité de capacité opérationnelle de service (SARA), 2014

systèmes de surveillance habituels utilisés pour éclairer la prise de décision et gérer les initiatives d'amélioration. Reconnaissant l'absence d'indicateurs mondiaux standardisés, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Partenariat sur la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile (PSMNI) ont identifié en 2013, avec la participation de nombreuses parties prenantes, 13 indicateurs permettant d'évaluer la qualité des soins de santé fournis aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants dans les formations sanitaires.<sup>3</sup> Cependant, ces indicateurs de base globaux ont nécessité des tests plus poussés pour déterminer la faisabilité de la collecte des données et de la mesure de ces indicateurs.

Dans le cadre de PROSANIplus, MSH s'est concentré sur l'amélioration de la qualité des services de santé maternelle et néonatale en RDC et a contribué aux actions de plus en plus nombreuses sur la fiabilité et l'utilisation des données au niveau des formations sanitaires. PROSANIplus a renforcé les Formations sanitaires pour améliorer les compétences en soins de santé maternelle et néonatale dans 362 formations sanitaires ainsi que la fourniture de registres et d'outils pour la collecte de données. L'approche modifiée du Ministère de la Santé Publique(MSP) en matière de renforcement des capacités, qui consistait en une formation de 15 jours organisée par des gynécologues, des obstétriciens et des pédiatres, a été utilisée. La formation comprenait une partie théorique, des exercices de simulation sur des mannequins et des stages pratiques au sein des formations sanitaires.

PROSANIplus désirait savoir ce qu'il fallait faire de plus pour soutenir l'utilisation systématique des données pour l'amélioration de la qualité. De ce fait, PROSANIplus avec le MSP de la RDC et l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa (UK-ESP) ont entrepris une étude pour évaluer la disponibilité, la qualité et l'utilité de certains indicateurs proposés par l'OMS pour évaluer la qualité des soins de santé maternelle et néonatale dans les formations sanitaires. Neuf des 13 indicateurs proposés dans la consultation de l'OMS ont été sélectionnés pour l'étude, en mettant l'accent sur les indicateurs liés à la santé maternelle et néonatale et excluant ceux qui ne relevaient pas de l'appui de PROSANIplus ou ne pouvaient pas être collectés au niveau du centre de santé. Le dernier ensemble comprenait quatre indicateurs liés à la santé maternelle, trois indicateurs concernant la santé du nouveau-né et deux indicateurs généraux (tableau I).

La recherche a été conçue pour répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est la disponibilité et la fiabilité des données pour les neuf indicateurs de la qualité des soins de santé maternelle et néonatale dans les formations sanitaires qui recevaient l'appui de PROSANIplus par rapport aux autres qui ne bénéficiaient pas de l'appui du projet ?
2. Comment les données essentielles sur la santé maternelle et néonatale sont-elles utilisées dans les formations sanitaires ?
3. Comment le MSP et PROSANIplus peuvent-ils mieux aider les formations sanitaires à surveiller et améliorer la qualité des soins pour les mères et les nouveau-nés ?

Tableau I. Indicateurs OMS de la qualité des soins sélectionnés pour l'étude

Indicateurs de santé maternelle	Indicateurs de santé du nouveau-né
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proportion des visites de consultation prénatale (CPN) au cours desquelles la pression artérielle a été mesurée</li> <li>▪ Proportion de femmes ayant reçu de l'ocytocine dans la minute suivant la naissance</li> <li>▪ Proportion de femmes présentant une pré-éclampsie sévère ou une éclampsie traitée par injection de sulfate de magnésium</li> <li>▪ Proportion de femmes présentant une infection systémique grave ou une septicémie au cours de la période postnatale, y compris les réadmissions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proportion de formations sanitaires dotées de ballons auto-gonflables et de masques en état de fonctionnement (deux tailles de masque néonatal) dans les salles d'accouchement des services de maternité</li> <li>▪ Proportion de formations sanitaires où l'approche Soins Mère Kangourou est pratiquée</li> <li>▪ Proportion de nouveau-nés ayant reçu les quatre éléments de soins essentiels : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Séchage immédiat de toutes les parties du corps</li> <li>○ Contact corporel immédiat</li> <li>○ Coupure du cordon différée</li> <li>○ Commencement de l'allaitement durant la première heure</li> </ul> </li> </ul>
Indicateurs généraux	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proportion de formations sanitaires ayant connu des ruptures de stock de médicaments essentiels à la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants au cours d'une période donnée</li> <li>▪ Proportion de formations sanitaires disposant de savon et d'eau courante ou de rince-mains à base d'alcool disponibles dans les salles de travail et d'accouchement ainsi que dans les services de néonatalogie et de pédiatrie</li> </ul>	

<sup>3</sup> OMS et PMNCH. Consultation sur l'amélioration de la mesure de la qualité des soins maternels, néonataux et infantiles dans les formations sanitaires. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2014.

## Méthodes

Une étude transversale à méthodologie mixte a été menée. Quatre zones de santé où PROSANIplus avait soutenu la formation et la supervision des SONU ont été sélectionnées en utilisant un échantillonnage de convenance sur la base de leur localisation et du niveau de sûreté dans la circonscription desservie par PROSANI. Les zones de santé retenues étaient les suivantes : Dibaya, Kalomba, Luambo et Ndekesha dans la Province du Kasai Central ; Bibanga et Dibindi dans la Province du Kasai Oriental ; et Kalenda et Mwene Ditu dans la Province de Lomami. Chacune de ces zones a été comparée à une autre zone de santé couverte par le projet mais qui n'avait pas reçu la formation en SONU. Les zones de santé de d'intervention et de comparaison ont été sélectionnées sur la base de l'emplacement géographique, du nombre moyen d'accouchements durant l'année précédente, de la densité de population (classification

rurale/périurbaine/urbaine) et du statut socio-économique moyen. Dans chaque zone de santé (d'intervention et de comparaison), l'hôpital général de référence et trois centres de santé ont été inclus dans l'échantillon comprenant un total de 32 formations sanitaires, dont 8 hôpitaux généraux de référence et 24 centres de santé. Les centres de santé ont été sélectionnés sur la base du nombre moyen de naissances le plus élevé par zone de santé. Dans chaque établissement, les 10 dernières naissances ont été sélectionnées pour l'étude. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'UK-ESP et de «Population Services International» qui gère le comité d'éthique indépendant qui vérifie le caractère éthique des études conduits ou soutenus par MSH aux États-Unis. Tous les participants aux entretiens ont donné leur consentement officiel par écrit pour participer à l'étude.

Tableau 2. Méthodes et échantillonnage par question de recherche

Question de recherche	Méthode	Échantillonnage	Échantillon total
Quelle est la disponibilité et la fiabilité des données pour les neuf indicateurs de la qualité des soins de santé maternelle et néonatale au niveau des formations sanitaires en RDC ?	Examen des registres de naissance	10 dernières naissances dans chaque formation sanitaire	320
	Évaluation de la formation sanitaire	Chaque formation sanitaire	32
Comment les données essentielles sur la santé maternelle et néonatale sont-elles utilisées dans les formations sanitaires ?	Entretiens semi-structurés	<b>Hôpitaux</b> : Docteur en charge de la maternité ; infirmière en chef pour la salle d'accouchement <b>Centres de santé</b> : Infirmière responsable ou adjointe	39
Comment le MSP de la RDC et PROSANIplus peuvent-ils le mieux aider les formations sanitaires à surveiller et améliorer la qualité des soins pour les mères et les nouveau-nés ?	Toutes les méthodes	N/A	N/A

Les méthodes comprenaient un examen des registres de naissance en utilisant un modèle standard basé sur les normes de l'OMS adaptées au contexte, une évaluation rapide des formations sanitaires, des observations directes et des entretiens semi-structurés menés avec des prestataires de soins de santé et des administrateurs de la santé (Tableau 2). Les données ont été recueillies en février 2016 par huit assistants de recherche formés à l'utilisation des outils, y compris des tests sur le terrain, et supervisés par des chercheurs de l'UK-ESP et des représentants du MSP. Les données quantitatives ont été saisies dans Epidata 3.1. Stata12 (StataCorp) a été utilisé pour l'analyse. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les caractéristiques de chaque formation sanitaire dans les groupes d'intervention

et de comparaison, et des tests du chi-carré ont été utilisés pour comparer les deux groupes, ainsi que les hôpitaux et les centres de santé. Les entretiens semi-structurés ont été enregistrés, transcrits et analysés dans Dedoose.

Nous avons utilisé un échantillon de convenance en raison des défis liés à la collecte de données en RDC, et de ce fait nous pourrions avoir introduit un biais. Par exemple, les formations sanitaires à faible activité situés en périphérie sont probablement différentes de l'échantillon que nous avons sélectionné. De plus, nous n'avons pas observé et comparé les soins effectivement dispensés avec les comptes rendus ; de ce fait nous ne sommes donc pas toujours en mesure de déterminer si les données observées reflètent une mauvaise qualité des soins ou une mauvaise tenue des dossiers.

## Résultats

Au total, 32 formations sanitaires ont été visitées dans le cadre de l'étude, y compris 8 hôpitaux généraux de référence et 24 centres de santé dans les 8 zones de santé sélectionnées. Dans la plupart des formations sanitaires, le personnel était composé d'infirmières, en moyenne

trois par établissement, et il n'y avait pas de sages-femmes ni d'obstétriciens-gynécologues. Un tiers de formations sanitaires était situé à moins de cinq kilomètres du prochain recours dans la chaîne de soins et cinq établissements étaient situés à plus de 50 kilomètres.

Tableau 3. Description de formations sanitaires recensées

Variables	n
Type de formation sanitaire	
Hôpital général de référence	8
Centre de santé	16
Formé aux approches et compétences SMNE	
Oui	16
Non	16
Nombre de personnes ayant reçu une formation axée sur les compétences en santé maternelle et néonatale (médiante) [EIQ]	1 [1-2]
Distance séparant les centres de santé du prochain niveau de référence	
N/A	8
≤ 5 km	8
6-10 km	4
11-20 km	3
21-35 km	5
36-50 km	2
≤ 50 km	2
Personnel (médiante)	
Médecins généralistes	0 [0-1]
Obstétriciens	0 [0-0]
Infirmiers	3 [2-5]
Accoucheuses de niveau A2	0 [0-0]
Accoucheuses de niveau A1 (sages-femmes)	0 [0-0]
Matrones	1 [0-2]
Nutritionnistes	2 [1-3]

## Disponibilité et fiabilité des données

Le Système national d'information sanitaire (SNIS) congolais ne comprend que quelques-uns des neuf indicateurs de qualité des soins de santé maternelle et néonatale étudiés : seuls deux indicateurs sont conformes aux définitions de l'OMS, cinq sont partiellement collectés mais pas conformes et deux ne sont pas du tout collectés (le tableau 4 fournit plus de détails). Plusieurs autres sources de données, telles que les registres de naissance, les formulaires d'inscription et les partogrammes contiennent des informations sur la qualité des soins, mais elles ne sont pas analysées ni enregistrées dans le système. Par exemple, pour les besoins de cette

étude, des données sur la rapidité d'administration de l'ocytocine ont été recueillies manuellement. L'équipe d'étude a examiné les partogrammes pour documenter l'heure de l'accouchement et l'heure de l'administration d'ocytocine et a calculé la différence. Pour les complications maternelles, les tableaux de femmes ayant eu des complications documentées ont été pris en compte pour recueillir des données sur leurs conditions et pour examiner le type de traitement. Les données provenant de l'examen des registres de naissance et de l'évaluation de la formation sanitaire ont été utilisées pour calculer chacun des indicateurs sélectionnés.<sup>4</sup> Les taux

<sup>4</sup> Tous les indicateurs à l'exception de quatre ont été calculés à partir de l'examen des registres de naissance : le pourcentage de formations sanitaires dotées de masques et de ballons auto-gonflables en état de fonctionnement, le pourcentage de formations sanitaires dans lesquelles l'approche Soins Mère Kangourou est mise en œuvre et les deux indicateurs généraux ont été déterminés grâce à l'évaluation de la formation sanitaire.

de performance étaient disproportionnés, allant de 10 % à 87 % (figure 1). La disponibilité et la fiabilité des données variaient d'un indicateur à l'autre, quoique médiocres la plupart du temps. La disponibilité et la fiabilité des données étaient meilleures dans les sites où une formation axée sur les compétences avait été dispensée.

L'indicateur relatif à la CPN a été le plus efficace avec 87 % des femmes ayant eu leur tension artérielle mesurée lors d'une visite ; cependant la qualité et la disponibilité des registres étaient limitées pour la CPN. Seuls 10 % des outils de gestion des données des hôpitaux et 28,75 % de ceux des centres de santé comportaient des formulaires de la CPN ( $p = 0,001$ ). Les sites d'intervention ont eu de meilleurs résultats, avec 38 % des registres de naissance comportant des formulaires de la CPN par rapport aux sites de comparaison dans lesquels 10 % avaient les formulaires CPN ( $p = 0,000$ ). Soixante pour cent des femmes ont reçu de l'ocytocine dans la première minute suivant l'accouchement, avec une proportion plus faible dans les centres de santé par rapport aux hôpitaux (58 % contre 65 %). Selon les registres, dans 10 % des formations sanitaires évalués, l'ocytocine n'a pas été administrée immédiatement après la naissance, et 96 registres (30 %) ne contenaient aucune information sur

l'heure d'administration. Les formations sanitaires qui avaient reçu la formation disposaient de registres de meilleure qualité que ceux qui n'en n'avaient reçu aucune, par exemple, 96,25 % des registres des établissements d'intervention comportaient l'heure de l'accouchement tandis que le taux était de 70,63 % dans les sites de comparaison ( $p = 0,000$ ).

Un peu plus du tiers de formations sanitaires (12) a déclaré pratiquer couramment l'approche Soins Mère Kangourou, les hôpitaux pratiquant cette approche plus souvent (50 %) que les centres de santé (33 %). Trois pratiques essentielles de soins aux nouveau-nés ont enregistré les plus faibles performances selon les registres ; le séchage immédiat, le contact corporel et la coupure du cordon différée ont été enregistrés dans 10 à 12 % des fichiers examinés. Le commencement de l'allaitement maternel dans la première heure a été beaucoup plus efficace avec un taux de 64 %. Lorsqu'on leur a posé la question, environ deux tiers de formations sanitaires ont indiqué qu'ils pratiquaient systématiquement toutes ces méthodes pour chaque naissance, de ce fait ces faibles résultats sont probablement dues en partie à un manque de fiabilité des données. Aucune différence n'a été observée entre les différents types de formations sanitaires.

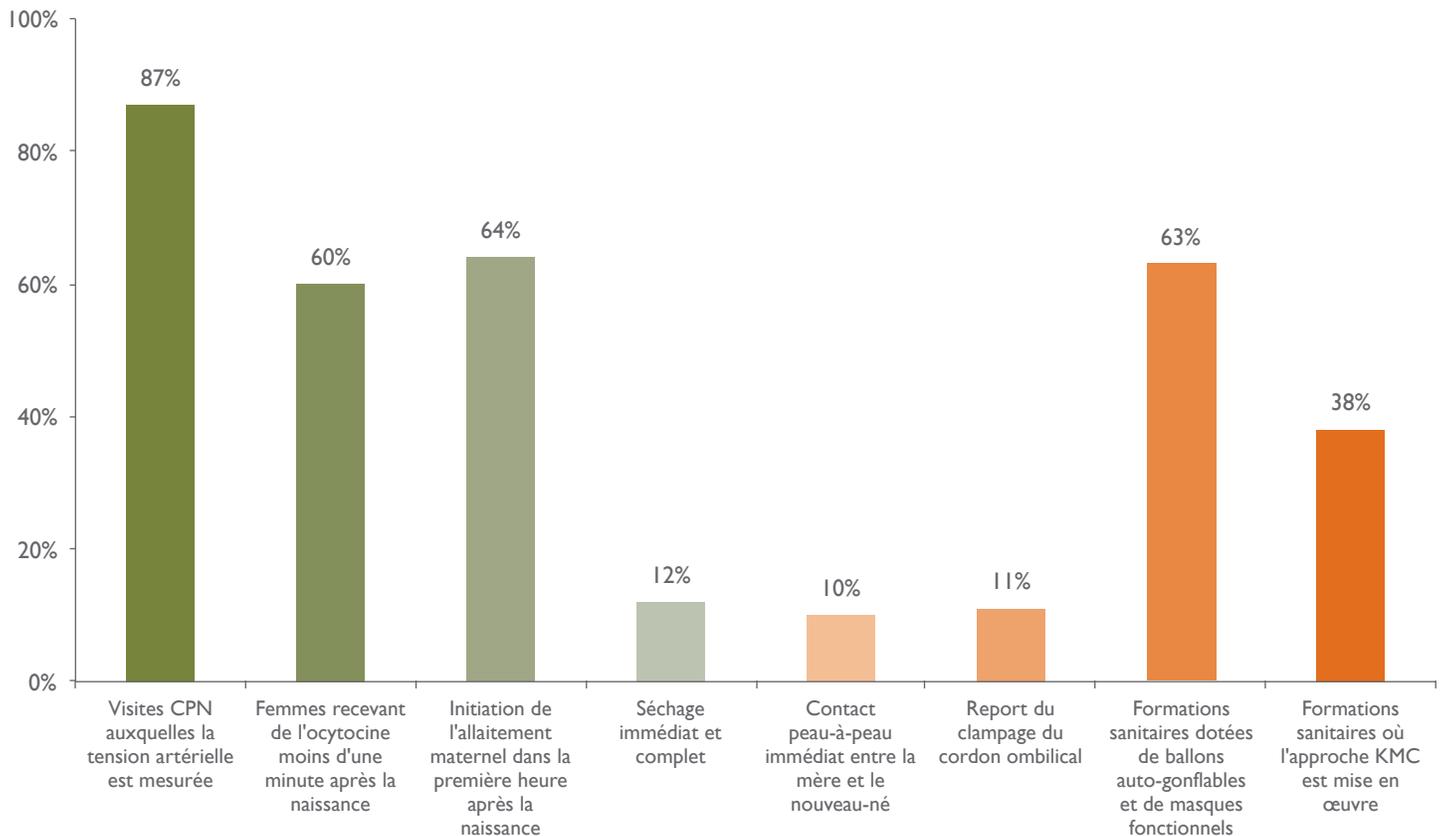


Figure 1. Performances selon les indicateurs sélectionnés dans les sites

Sur l'ensemble des sites, seulement huit cas d'hémorragie post-partum ont été trouvés dans les registres de naissance (2,5 %), tandis que dans les hôpitaux le taux était de 6,25 %. Aucun cas de pré-éclampsie/éclampsie, d'infection systémique grave ou de septicémie n'a été observé au cours de la période postnatale (y compris les réadmissions). Pour élargir l'analyse, l'équipe a également examiné les dossiers à la recherche de symptômes potentiels, tels que la fièvre et la douleur abdominale, mais n'a toujours trouvé aucun cas. Ces résultats sont surprenants, étant donné que l'OMS estime l'incidence de la pré-éclampsie à 8-10 % en RDC. Aucun cas de septicémie néonatale enregistré n'a été trouvé dans aucun des formations sanitaires.

La majorité de formations sanitaires (81 %, n = 32) n'avait pas connu de rupture d'ocytocine au cours des trois derniers mois, mais presque tous ont déclaré n'avoir jamais reçu de misoprostol. Plus de la moitié ont déclaré n'avoir jamais reçu

de sulfate de magnésium (17/32) et seulement sept n'avaient pas connu de rupture de stock au cours des trois mois précédents. Des ruptures de stock de dexaméthasone ont été observées dans près du tiers de formations sanitaires (11/32), et plus de la moitié d'entre eux ont déclaré n'avoir jamais reçu d'amoxicilline injectable 1 gr (17/32). Près de la moitié n'avait jamais reçu d'injection de ceftriaxone 1 gr et 18,75 % ont connu des ruptures de stock. La chlorhexidine était disponible au cours des trois derniers mois dans 66 % de formations sanitaires.

L'eau de pluie (9/32), les sources gérées/puits protégés (8/32) et le robinet (15/32) étaient les principales sources d'approvisionnement en eau. Plus des trois quarts de formations sanitaires ont signalé une disponibilité continue de l'eau et du savon (25/32). En ce qui concerne l'approvisionnement antiseptique, la majorité des établissements (28/32) sont continuellement approvisionnés en antiseptique.

Tableau 4. Disponibilité et qualité des données dans le SNIS

Indicateur	Qualité des données	Disponibilité dans le SNIS
Proportion des visites de consultation prénatale (CPN) au cours desquelles la pression artérielle a été mesurée	Les registres des consultations prénatales étaient disponibles dans 77 (24 %) des tableaux ; non inclus dans le SNIS	Non
Proportion de femmes ayant reçu de l'ocytocine dans la minute suivant la naissance	30 % (n = 96) des fichiers ne contenaient aucune information sur l'ocytocine	Information disponible mais non recueillie de façon uniforme
Proportion de femmes présentant une pré-éclampsie sévère ou une éclampsie traitée par injection de sulfate de magnésium	Aucun cas trouvé dans les fichiers ; non inclus dans le SNIS mais indiqué dans le partogramme	Information disponible mais non recueillie de façon uniforme
Proportion de femmes présentant une infection systémique grave ou une septicémie au cours de la période postnatale, y compris les réadmissions	Aucun cas trouvé dans les fichiers	Non mais indiqué dans le partogramme
Proportion de formations sanitaires dotées de sacs et de masques en état de fonctionnement (deux tailles de masque néonatal) dans les salles d'accouchement des services de maternité	N/A (observation)	Non
Proportion de formations sanitaires où l'approche Soins Mère Kangourou est mise en œuvre	N/A (Évaluation de la formation sanitaire)	Oui
Proportion de nouveau-nés ayant reçu les quatre soins essentiels : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Séchage immédiat de toutes les parties du corps</li> <li>▪ Contact corporel immédiat</li> <li>▪ Coupure du cordon différée</li> <li>▪ Commencement de l'allaitement durant la première heure</li> </ul>	Des chiffres peu élevés peuvent indiquer une mauvaise tenue ou un manque de mise à jour des dossiers	Information disponible mais non recueillie de façon uniforme
Proportion de formations sanitaires ayant connu des ruptures de stock de médicaments essentiels à la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants au cours d'une période donnée	N/A (Évaluation de la formation sanitaire)	Information disponible mais non recueillie de façon uniforme
Proportion de formations sanitaires disposant de savon et d'eau courante ou de rince-mains à base d'alcool disponibles dans les salles de travail et d'accouchement ainsi que dans les services de néonatalogie et de pédiatrie	N/A (Évaluation de la formation sanitaire)	Oui

## Utilisation des données

---

Sur la base des entretiens semi-structurés, PROSANIplus a constaté que les données sont en grande partie enregistrées par les infirmières au niveau des centres de santé et des hôpitaux. En relisant les transcriptions, on constate qu'aucun médecin ne décrit l'enregistrement des données comme faisant partie de son rôle. Les médecins ont indiqué qu'ils utilisaient principalement les données pour la supervision, par exemple pour organiser des visites de contrôle si les performances semblent médiocres et pour examiner la qualité des données ; aucun contrôle n'était mené systématiquement. Il n'y avait pas de différences entre les divers types d'établissements inclus dans l'étude.

---

*« Mon rôle est celui d'un coordinateur. Je vérifie si ce qui est recueilli correspond à ce qui est dans le registre. S'il y a une erreur, je corrige avant de transmettre à la zone de santé. »*

---

Médecin hospitalier

Tous les informateurs interrogés pour cette étude ont indiqué que les données sur la santé maternelle et néonatale sont analysées dans leur formation sanitaire. Il semble que l'analyse soit faite à deux fins. La première raison consiste à examiner et identifier les erreurs avant de soumettre des rapports ; la seconde raison consiste à comparer les résultats obtenus sur plusieurs périodes pour évaluer l'atteinte des objectifs. L'analyse des données est généralement effectuée lors des réunions de suivi de routine, mais celles-ci ne sont pas régulières.

Les prestataires de soins de santé qui ont participé à l'étude ont unanimement déclaré que les données sur la santé maternelle et néonatale sont couramment utilisées pour la prise de

décision. La grande majorité des répondants a déclaré avoir souvent utilisé des données pertinentes dans leurs services pour prendre des décisions critiques en SMNE. Les exemples comprenaient des décisions liées à des cas individuels, tels que le partogramme pour les soins de l'accouchement, et pour la planification, tels que les registres de la CPN pour surveiller quand les femmes commencent la CPN. Cependant, certaines voix discordantes dans les hôpitaux ont estimé que les données nécessaires pour prendre des décisions critiques ne sont pas toujours disponibles. Par exemple, certaines femmes sont référées sans dossier, arrivant pour accoucher sans carte de CPN ou sans notes de référence.

Les prestataires de soins de santé ont fait remarquer que la collecte régulière et la disponibilité des outils de collecte font souvent défaut en raison de multiples obstacles, notamment : un manque d'accès aux outils de collecte de données, le nombre accablant de rapports et de formulaires à soumettre, la faible capacité et disponibilité du personnel, et l'absence de protocoles d'analyse. De plus, bien que certains aient signalé avoir régulièrement reçu des retours sur les rapports, y compris des rapports écrits avec des tableaux et des graphiques, beaucoup ont indiqué qu'ils n'avaient jamais reçu de retours sur les rapports qui sont soumis mensuellement.

---

*« Parce que notre objectif est de pratiquer 57 accouchements par mois, si 53 femmes nous parviennent, il y a encore 4 femmes qui ne sont pas arrivées ; où ont elles accouché ? Il est essentiel de travailler en collaboration avec la communauté et de trouver des solutions par rapport à cela. »*

---

Infirmière en charge, Centre de santé

## Actions recommandées par le MSP et PROSANIplus

---

À la suite de ces résultats, des actions majeures ont été recommandées et réalisées par le MSP avec le soutien du PROSANIplus. Pour améliorer la disponibilité des données sur la qualité, il a été recommandé et convenu que :

- Les outils de collecte de données (partogrammes, registres, cadre du SNIS) devaient être révisés pour s'assurer que les données pertinentes sont disponibles pour la prise de décision à différents niveaux du système
- Un chapitre sur les définitions d'indicateurs et la collecte et l'analyse de données devait être ajouté à la formation axée sur les compétences afin de s'assurer que les prestataires, en particulier les infirmières, disposent des compétences pour recueillir systématiquement des données de qualité

- Un système d'archivage devait être installé pour stocker les fichiers, les rapports et les modèles du SNIS

Une fois les outils révisés, ils ont été reproduits et fournis à tous les formations sanitaires.

Afin de promouvoir une plus grande utilisation des données, il a également été convenu que les réunions de suivi devaient se tenir régulièrement, avec des directives pour la conduite de la réunion. En collaboration avec le MSP, PROSANIplus a produit un guide de réunion décrivant la fréquence, les participants et les actions nécessaires pour organiser ces réunions afin que les formations sanitaires sachent comment analyser les données. Des outils ont été fournis aux participants sur quels indicateurs devaient être calculés et comment les calculer.

Grâce à ces mesures, on s'attendait également à ce que la qualité des données s'améliore avec le temps, à la fois grâce à de meilleures compétences en matière de saisie de données et à une utilisation plus régulière. En outre, il était important d'élaborer des critères pour valider les données au niveau de leur lieu de production et également au niveau du bureau central. Ces critères ont été élaborés avec le bureau du SNIS, et les équipes de gestion de la zone de santé ont ensuite été formées pour vérifier la qualité des données.

L'étude n'a pas inclus d'observations sur la prestation et la documentation des soins. Par conséquent, nous sommes incapables de déterminer, dans certaines circonstances, quels soins étaient de mauvaise qualité par rapport à une mauvaise collecte de données. Des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre cela et la relation entre les deux.

## Conclusion

---

Dans cette étude, la disponibilité des données sur la qualité des soins pour la santé maternelle et néonatale dans les formations sanitaires était limitée. Les données n'étaient pas systématiquement disponibles pour suivre la continuité des soins de qualité depuis la grossesse jusqu'à l'accouchement et après l'accouchement, que ce soit pour les cas de routine ou d'urgence. La qualité des données existantes était faible, comme en témoigne l'absence de cas enregistrés de pré-éclampsie et de septicémie et moins de 3 % de déclaration d'hémorragie après l'accouchement dans les régions où la mortalité maternelle et néonatale est élevée. Les formations sanitaires dont les prestataires avaient bénéficié d'une formation aux techniques de la SMNE disposaient d'un meilleur accès aux données que celles du groupe de comparaison ; les hôpitaux et les centres de santé différaient en fonction de l'indicateur lui-même. Sur les neuf indicateurs, seuls deux étaient pleinement conformes à la définition de l'OMS et systématiquement rapportés dans le SNIS. Pour quatre indicateurs les données étaient trouvées dans les outils de collecte mais ils ne sont pas rapportés dans le SNIS. Les trois indicateurs restant n'étaient pas du tout intégrés dans les outils de collecte de données du SNIS.

Cette étude révèle que les prestataires de soins de santé jouent différents rôles dans l'enregistrement, la collecte, l'analyse et la transmission de données. Les prestataires ont souligné que le manque de compréhension quant à l'enregistrement et l'analyse des données pouvait affecter la cohérence et la mauvaise tenue des registres. Ces deux problèmes reflètent la nécessité de renforcer les capacités des différents prestataires afin d'augmenter la fiabilité des données pour guider l'amélioration de la qualité. Tous les indicateurs de qualité de l'OMS doivent être systématiquement intégrés dans le système de santé pour aider les prestataires et les gestionnaires dans la collecte et l'analyse des données afin de faciliter l'amélioration dans la qualité des soins pour réduire la mortalité maternelle et néonatale.

Malgré ces défis, en travaillant avec le gouvernement, nous avons pu prendre des mesures décisives pour commencer à atténuer les obstacles à de bonnes données sur la qualité des soins de SMNE.