



**SOINS QUALIFIES LORS
DE L'ACCOUCHEMENT
LIVRET D'INFORMATION >>**

>> Pour sauver la vie des femmes et améliorer la santé des nouveau-nés

- 1 Soins qualifiés lors de l'accouchement:
Une introduction
- 5 Faits historiques et epidemiologiques à l'appui
des soins qualifiés lors de l'accouchement
- 13 Compétences essentielles de l'accoucheur(se)
qualifié: cliniques, cognitives et relationnelles
- 21 Acces a des soins qualifiés: Disponibilite, caractere
economiquement abordable et accessibilite
- 29 Un contexte favorisant les soins qualifiés
(premiere partie): Lois, politiques et infrastructure
- 35 Un contexte favorisant les soins qualifiés
(deuxieme partie): Formation, education continue
et supervision constructive
- 41 Les suivi et l'évaluation de l'impact
des soins qualifiés lors de l'accouchement



Une introduction

Chaque année, sur les 120 millions de grossesses qui surviennent, d'après les estimations, dans le monde :

- › **Plus d'un demi-million de femmes** meurent suite aux complications de la grossesse et de l'accouchement ;
- › **Plus de 50 millions de femmes** souffrent d'une grave invalidité liée à la grossesse ; et
- › **Au minimum, 1,2 million de nouveau-nés** meurent suite à des complications au moment de l'accouchement.

DEFINITION DES SOINS QUALIFIES

<< Le terme *accoucheur ou accoucheuse qualifié(e) ou prestataire qualifié* concerne exclusivement les personnes disposant de compétences obstétricales (par exemple, les médecins, les sages-femmes et les infirmières) qui ont été formées afin d'acquérir une maîtrise parfaite des compétences nécessaires pour prendre en charge les accouchements normaux et diagnostiquer, [prendre en charge] ou référer les complications... >>

(d'après la *Réduction de la mortalité maternelle*, Déclaration conjointe de l'OMS/FNUAP/UNICEF/ Banque mondiale.
Genève: OMS, 1999.

L'Initiative mondiale de la Maternité sans risques (IMS) a été démarrée en 1987 pour traiter ce grave problème de santé publique. L'Initiative dirigée par le Groupe inter-organisations¹ (IAG) sensibilise et encourage l'action aux niveaux mondial et national pour que la grossesse et l'accouchement comportent moins de risques pour les femmes et les nouveau-nés. En 1997, le Groupe inter-organisations sur la Maternité sans risques a convoqué une conférence internationale pour examiner les leçons clés apprises de la première décennie de l'Initiative, identifier les stratégies les plus efficaces et mobiliser une action au niveau des divers pays pour mettre en œuvre ces stratégies.

Les participants de la conférence de 1997 sont arrivés à un consensus clair en la matière : les soins qualifiés au moment de l'accouchement relèvent d'une intervention d'importance critique pour diminuer les risques liés à la grossesse et à l'accouchement. Les données actuelles indiquent que seules 53% des femmes dans les pays en développement accouchent en présence d'un prestataire qualifié. Cherchant à améliorer cette situation, l'IAG a mis au point une stratégie en plusieurs étapes, y compris la publication du présent livret, pour évaluer l'importance et l'impact éventuel des soins qualifiés

(ou de l'assistance qualifiée) en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle.² L'IAG se concentre essentiellement sur le processus à travers lequel les soins qualifiés ou l'assistance qualifiée sont fournis lors de l'accouchement, plutôt que sur les accoucheurs(ses) qualifiés(es) ou prestataires qualifiés.³ Cette approche permet de s'assurer que l'on prête l'attention nécessaire à l'environnement dans lequel ces professionnels de la santé fournissent des soins maternels (voir barre latérale).

Que contient le présent livret?

Ce livret d'informations ébauche les principales questions qu'il faut envisager en concevant et en réalisant des politiques et programmes visant à l'expansion de l'assistance qualifiée. Les six questions qui se fondent sur une publication à paraître *Skilled Care During Childbirth : A Review of the Evidence* (« Soins qualifiés lors de l'accouchement : Examen de faits ») couvre les thèmes suivants :

- › Faits historiques et épidémiologiques à l'appui des soins qualifiés lors de l'accouchement
- › Compétences essentielles de l'accoucheur(se) qualifié(e) : cliniques, cognitives et relationnelles
- › Accès à des soins qualifiés : disponibilité, caractère économiquement abordable et accessibilité
- › Un contexte favorisant les soins qualifiés (première partie) : lois, politiques et infrastructure
- › Un contexte favorisant les soins qualifiés (deuxième partie) : formation, éducation continue et supervision constructive
- › Le suivi et l'évaluation de l'impact des soins qualifiés lors de l'accouchement.

Les soins qualifiés ou l'assistance qualifiée

se réfèrent au processus à travers lequel une femme enceinte et son nouveau-né reçoivent des soins adéquats pendant le travail, l'accouchement et lors de la période néonatale et du post-partum immédiat, que l'accouchement survienne à la maison, dans un centre de santé ou dans un hôpital. Pour que ce processus puisse se dérouler, l'accoucheur doit disposer des compétences nécessaires et doit être soutenu par un environnement propice, à divers niveaux du système de santé, y compris un cadre de politiques et réglementations favorables; des fournitures, un équipement et une infrastructure adéquats ainsi qu'un système de communication et de référence/transport efficace.

Par conséquent, les soins qualifiés comprennent les soins pour des femmes ayant des complications qui peuvent mettre leur vie en danger mais ils ne se limitent pas à ce type de soins. L'approche soins qualifiés part du principe que toutes les femmes ont le droit à des soins de bonne qualité lors de l'accouchement. Elle suppose que de tels soins peuvent prévenir des complications (par exemple, par le biais de bonnes pratiques d'hygiène et de prise en charge active du troisième stade du travail); qu'ils augmentent la possibilité de recevoir un traitement immédiat et adéquat quand des complications se présentent et encouragent le cas échéant une orientation/recours rapide et en temps opportun.



Le livret se destine surtout à des responsables de programmes réalisés par le gouvernement (par exemple, les ministères de la santé), les ONG et instituts de formation, des représentants des organismes d'assistance technique, de recherche et des bailleurs de fonds intervenant dans ce domaine et des associations de professionnels de la santé qui se consacrent à l'amélioration de la santé maternelle et à la maternité sans risques. De plus, des responsables et décideurs au sein des gouvernements et bailleurs de fonds, des médias aux niveaux international et national et des organisations communautaires qui s'intéressent particulièrement à la maternité sans risques trouveront ce livret informatif et instructeur.

Plusieurs entités internationales et nationales se sont fixées des buts particuliers pour réduire la mortalité maternelle et étendre à plus grande échelle la pratique des soins qualifiés. La Conférence internationale de 1994 sur la Population et le Développement (CIPD) a défini des objectifs pour la proportion d'accouchement avec des prestataires qualifiés, lesquels ont été réaffirmés et augmentés lors de l'examen de cinq ans de la CIPD en 1999. Plus récemment, le système des Nations Unies et ses membres ont adopté les Buts de Développement du Millénaire comprenant notamment la réduction de la mortalité maternelle au titre de ses huit buts et la proportion d'accouchements avec l'assistance d'un personnel sanitaire qualifié en tant qu'indicateur.

Certes, des progrès ont été faits vers la réalisation de ces buts mais il reste bien du chemin à parcourir. En effet, garantir une maternité sans risques pour toutes les femmes—et faire des soins qualifiés lors de l'accouchement une pratique universelle—demandera aide et engagement continus dans le long terme de la part de divers partenaires dont les gouvernements, les ONG, les agences internationales d'assistance technique et les bailleurs de fonds, pour n'en lister que quelques uns.

¹ Les membres actuels du Groupe inter-organisations sur la Maternité sans risques sont les suivants : l'UNICEF, le FNUAP, la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la Santé, la Confédération internationale des sages-femmes, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, la Fédération internationale de planification familiale, *The Population Council*, le Réseau régional de prévention de la mortalité maternelle (Afrique) et Safe Motherhood of Nepal. Family Care International sert de Secrétariat.

² Les autres volets de cette stratégie sont les suivants : consultation technique en avril 2000 qui a évalué les faits et formulé des stratégies pour étendre la pratique des soins qualifiés lors de l'accouchement ; une conférence internationale en novembre 2000 en Tunisie, « Sauver des vies : l'assistance qualifiée à l'accouchement » ; la publication d'un document dont s'inspire le présent livret d'information, *Skilled Care During Childbirth : A Review of the Evidence* (« Soins qualifiés lors de l'accouchement : Examen de faits ») ; « Soins qualifiés lors de l'accouchement : Le point sur les politiques » et « Soins qualifiés lors de l'accouchement : Profils de pays ».

³ Les accoucheuses traditionnelles ne sont pas définies comme des accoucheuses qualifiées car elles ne disposent pas des compétences nécessaires pour prendre en charge les complications obstétricales. Voir les sections sur les « compétences essentielles » et « l'accès à des soins qualifiés » pour une discussion complémentaire des capacités et rôles des accoucheuses traditionnelles.



Les faits historiques et épidémiologiques indiquent que des soins qualifiés au moment de l'accouchement et de suite après peuvent avoir un impact important en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle. Les pays qui ont donné la priorité au renforcement des soins qualifiés ont généralement réussi à faire reculer de manière importante la mortalité maternelle. Ces expériences et les changements politiques et de politiques qui les ont rendus possibles dégagent des leçons qui peuvent s'avérer très utiles sur le rôle des soins qualifiés dans la réduction de la mortalité maternelle.

Que montrent les faits historiques?

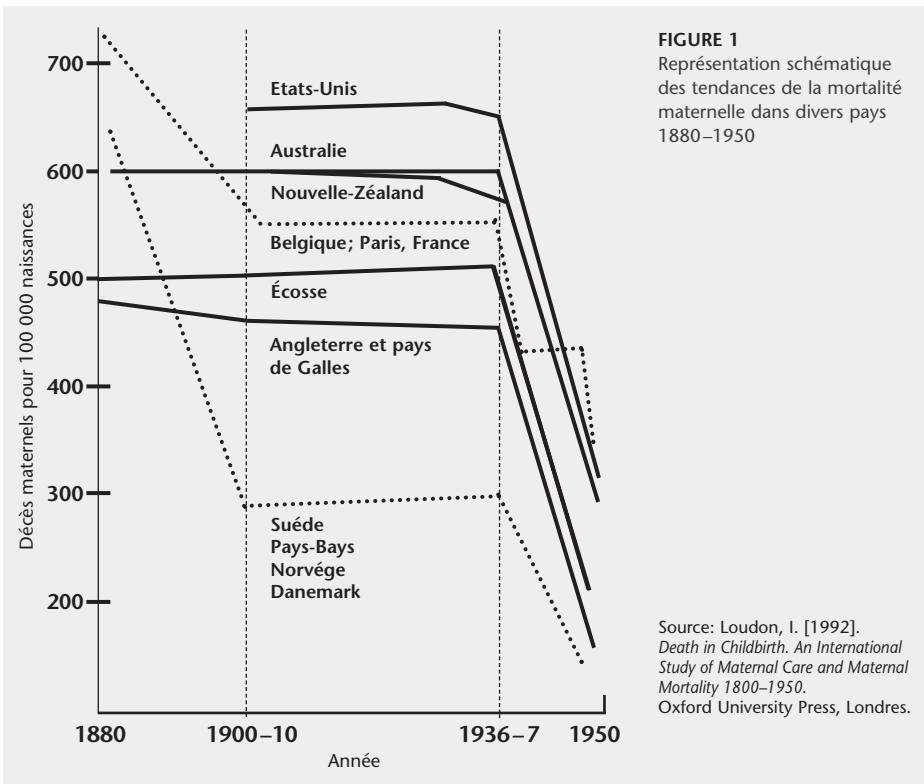
La "première phase" de la réduction de la mortalité maternelle: A la fin du 19^e siècle, en Europe et aux Etats-Unis, la mortalité maternelle était aussi élevée voire même plus élevée que dans le monde en développement de nos jours. Aux alentours de 1870, la mortalité maternelle était de 600 femmes pour 100 000 naissances dans la majeure partie de ce qui constitue le monde industrialisé de nos jours. Mais dès 1900, le ratio de mortalité maternelle (RMM)¹ en Suède avait diminué de moitié, les RMM en Angleterre et dans le Pays de Galle avaient diminué de presque 25% et des réductions analogues étaient notées partout dans le monde occidental (voir *Figure 1*). Presque toutes ces diminutions (*discutées ci-après*) étaient enregistrées avant l'avènement de l'obstétrique moderne, à savoir les antibiotiques, les transfusions de sang, les césariennes et l'amélioration de l'anesthésie.

¹ Le ratio de mortalité maternelle ou RMM est le nombre de femmes qui meurent suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement pour 100 000 naissances vivantes.

Plusieurs facteurs ont contribué à ces réductions initiales de la mortalité maternelle en Europe de l'Ouest entre 1870 et 1910 dont :

- › La disponibilité et l'analyse de statistiques de l'état civil fiables sensibilisant à l'étendue du problème de mortalité maternelle et aux causes des décès maternels, créant ainsi une pression demandant que l'on passe à l'action ;
- › L'adoption d'une législation exigeant ou encourageant les soins qualifiés lors de l'accouchement ;
- › La mise en œuvre de programmes nationaux pour former et mettre en place un nombre suffisant d'accoucheurs(ses) qualifiés(es) ; et
- › La professionnalisation des soins obstétricaux et la formulation et adoption de normes de soins.

En Suède, à la fin du 19^e siècle, par exemple, chaque paroisse devait, sur ordre du gouvernement, choisir une candidate qui allait suivre une formation de sage-femme et devait la soutenir dans son travail par la suite. De 1860 à 1890, la proportion de naissances à domicile avec assistance d'une sage-femme a augmenté en Suède, passant de 30% à 70%. La législation adoptée en Suède en 1881 encourageait la pratique des soins qualifiés au moment de l'accouchement en remplaçant les accoucheuses traditionnelles (non formées) par des sages-femmes certifiées. L'Angleterre et le Pays de Galle ont adopté des lois analogues en 1902. De fait, d'après les chercheurs, des réductions de la mortalité maternelle ont été obtenues plus rapidement dans les pays européens où les sages-femmes ont d'abord été reconnues et respectées par les responsables et le public comme des professionnelles de la santé fournissant des soins de maternité de bonne qualité.



La “**seconde phase**” : Après la première phase de la réduction de la mortalité maternelle dans des pays européens et autres pays occidentaux, peu voire aucun progrès n’a été fait pendant les quarante années qui ont suivi. Mais entre 1937 et la fin des années 60, des réductions rapides dans les chiffres de mortalité maternelle étaient enregistrées dans tous les pays industrialisés et les taux sont tombés à leur niveau actuel, à savoir environ 10 décès maternels pour 100 000 naissances (voir *Figure 1*). Cette réduction coïncidait aux progrès réalisés au niveau des technologies médicales et à la mise au point d’antibiotiques et autres modes de traitement (par exemple, les transfusions

de sang)—méthodes qui ont aidé à réduire les décès maternels liés à la septicémie et à l'hémorragie. De plus, d'autres améliorations dans les services obstétricaux (à savoir anesthésie améliorée, moins d'interférence dans les accouchements normaux et l'utilisation adéquate des césariennes) ont eu un impact positif supplémentaire sur la mortalité maternelle, faisant baisser les RMM à leurs niveaux actuels.

Actions nécessaires

Les faits de ce dossier historique suggèrent que les mesures suivantes sont des stratégies efficaces pour étendre à plus grande échelle les soins qualifiés lors de l'accouchement et diminuer la mortalité maternelle. Chacune de ces stratégies peut être adaptée aux contextes locaux ou nationaux et peut-être faudra-t-il mettre en place des interventions supplémentaires (par exemple, renforcer des systèmes d'orientation-recours).

› **Reconnaître l'ampleur du problème de mortalité maternelle**, sachant par ailleurs que la plupart des décès maternels peuvent être évités ;

› **Prendre l'engagement politique** de diminuer la mortalité maternelle et de mettre en place une législation qui facilite les soins qualifiés lors de l'accouchement pour toutes les femmes ;

› **Professionaliser la pratique obstétricale des sages-femmes** et vérifier que celles-ci sont des professionnelles compétentes vues comme telles par le public, par le biais de l'adoption de systèmes efficaces de supervision et de responsabilisation ;

› **Intégrer les compétences médicales essentielles** (« gestes qui sauvent ») au champ d'action de la sage-femme ; et

› **Vérifier la disponibilité du financement pour les soins qualifiés lors de toutes les naissances**, de pair avec les fournitures et l'équipement nécessaires.

Les expériences de la Malaisie et du Sri Lanka, deux pays qui ont réussi à réduire nettement la mortalité maternelle ces 30 à 40 dernières années, confirment les leçons susmentionnées. En effet, tant le Sri Lanka que la Malaisie utilise le solide fondement d'un système de santé opérationnel et accessible aux fins suivantes :

- › Améliorer l'accès aux soins maternels efficaces, surtout pour les populations rurales et les pauvres, en affectant des prestataires qualifiés (surtout des sages-femmes) dans les structures sanitaires communautaires, en forgeant des partenariats entre ces sages-femmes et les accoucheuses traditionnelles, en garantissant un système efficace pour les orientations-recours en cas de complications et en fournissant des soins de maternité gratuits aux clientes ; et
- › Améliorer la qualité des services disponibles grâce à une meilleure gestion et à l'habilitation des clients et de la communauté.

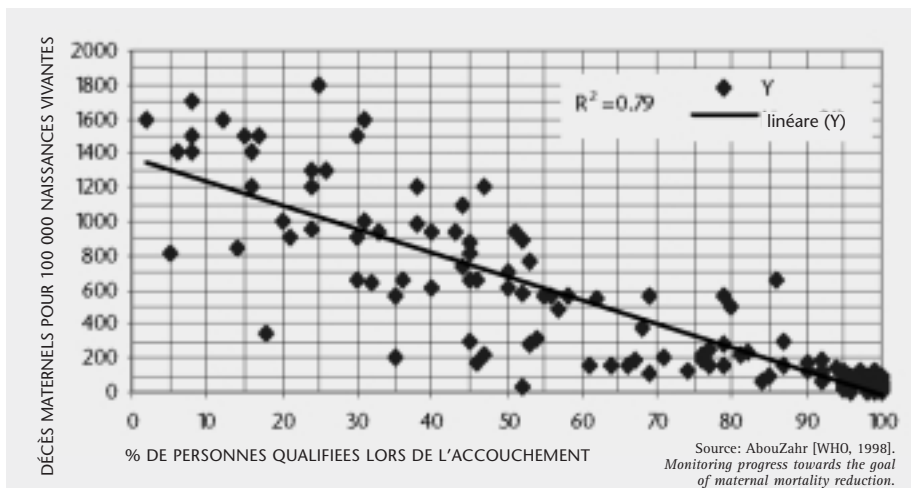
Les faits épidémiologiques

Outre les données historiques provenant du monde à présent développé, les faits épidémiologiques récents provenant de toute une gamme de pays en développement montrent que les soins qualifiés au moment de l'accouchement peuvent aider à prévenir les décès maternels. Tel que le montre la *Figure 2*, les données au niveau des divers pays indiquent une association en sens inverse entre le ratio de mortalité maternelle (RMM) et la proportion d'accoucheurs(es) qualifiés(es) lors de l'accouchement—les pays avec des taux plus élevés de soins qualifiés au moment de l'accouchement ont généralement des RMM plus faible et vice versa.

Cette relation semble solide mais il convient toutefois de l'interpréter avec circonspection pour un certain nombre de raisons :

- › **Le fait que les données soient étroitement corrélées n'impliquent pas une causalité**, à savoir que des taux de couverture plus élevés par des prestataires qualifiés entraînent des réductions de la mortalité maternelle puisqu'il peut y avoir d'autres facteurs difficiles à mesurer susceptibles d'avoir un impact sur les deux indicateurs ;

FIGURE 2 Relation entre la proportion d'accouchements avec accoucheur(se) qualifié(e) (ex%) et le ratio de mortalité maternelle



› La fiabilité des données peut être remise en question et leur interprétation peut s'avérer problématique.

On sait combien il est difficile d'estimer la mortalité maternelle et, en plus, les chiffres sur la couverture par des accoucheurs(ses) qualifiés(es) connaissent des problèmes se rapportant à la manière dont les données des enquêtes sont réunies et interprétées. Ces problèmes concernent notamment le manque de clarté sur le type de personne définie comme un accoucheur ou une accoucheuse qualifié(e) et la capacité des répondantes de l'enquête à se rappeler et à identifier exactement qui leur a fourni des soins pendant leur accouchement. De plus, les données sur la couverture de la part d'accoucheurs(ses) qualifiés(es) manquent d'information sur les facteurs du « contexte favorable » tels que les fournitures, l'équipement, l'infrastructure et un système d'orientation-recours opérationnel et, par conséquent, il est impossible de déterminer à partir des données d'enquête si les accoucheurs(ses) qualifiés(es) sont de fait en mesure de fournir des soins qualifiés ;

› Le fait de cumuler tous les « accoucheurs(ses) qualifiés(es) » peut masquer des différences importantes.

Par exemple, quand les données de la *Figure 2* sont désagrégées par type de prestataire (médecin et infirmière/sage-femme), la corrélation reste solide pour les médecins mais elle n'est pas aussi solide pour les infirmières et les sages-femmes. Ce phénomène reflète fort probablement la variation dans les niveaux de compétences dans le groupe désigné comme infirmières/sages-femmes ainsi que l'absence du contexte favorable dont il est question ci-dessus.

Ces problèmes font qu'il est difficile de conclure de manière définitive que la présence d'un accoucheur(se) qualifié(e) est le seul facteur ou le facteur le plus important pour une réduction de la mortalité maternelle. Néanmoins, il existe également des faits cliniques montrant que la prise en charge correcte du travail, de l'accouchement et de la période immédiate du post-partum par des accoucheurs(ses) qualifiés(es) peut prévenir certaines complications dont l'hémorragie du post-partum ou prévenir le décès lié à d'autres complications comme par exemple la rétention du placenta—et ce, même sans l'aide de techniques obstétricales modernes (telles que la chirurgie et la transfusion de sang).

Par conséquent, les experts recommandent une approche holistique à la réduction de la mortalité maternelle qui regroupe tous ou presque tous les facteurs associés à la couverture quasi-universelle des soins qualifiés qui existe dans des pays avec une faible mortalité maternelle. Il s'agit notamment des facteurs suivants :

- › Travailler avec les communautés pour les familiariser sur les questions de santé maternelle et renforcer leur capacité à prendre des décisions concernant leur santé, y compris l'utilisation des services de santé, et à agir en fonction de ces décisions ;
 - › Garantir des systèmes efficaces et à base communautaire pour les transports, la communication et les services d'orientation-recours ; et
 - › Mettre en place et maintenir un système étendu de soins de santé fonctionnel et disposant de l'équipement nécessaire.

Actions nécessaires

Une recherche épidémiologique supplémentaire est nécessaire pour évaluer l'impact sur la mortalité maternelle si l'on augmente la proportion d'accouchements bénéficiant de soins qualifiés dans diverses conditions. De telles études devraient également aider à déterminer les coûts relatifs et l'impact des éléments programmatiques des soins qualifiés, pour les accouchements normaux et compliqués.

¹ « Accoucheur(se) qualifié(e) » (voir définitions dans la section « Soins qualifiés lors de l'accouchement : une introduction ») se rapporte à une personne ayant la capacité de fournir la palette complète de soins obstétricaux de la période avant la grossesse à la période du post-partum dont les soins obstétricaux essentiels et d'urgence tel que spécifié. Un certain nombre de pays font également appel à des agents de santé comptant une formation et des compétences obstétricales plus limitées, souvent appelés accoucheuses auxiliaires, aides de santé maternelle et infantile ou autres titres. L'utilisation de tels agents et leur promotion au rang de prestataires entièrement qualifiés peut faire partie d'une stratégie plus globale visant à atteindre une couverture maximale des soins qualifiés. Le but final doit être d'assurer une couverture par des accoucheurs entièrement qualifiés.

En outre, au niveau communautaire, on trouve souvent des personnes aidant depuis toujours les femmes à accoucher. Elles sont généralement appelées des accoucheuses traditionnelles. Ces personnes comptent divers niveaux de connaissances et compétences en matière de grossesse et d'accouchement, ont reçu diverses préparations pour fournir les soins aux femmes et disposent d'une expérience limitée voire d'aucune expérience en ce qui concerne les soins obstétricaux d'urgence. La plupart d'entre elles ont appris leur métier en observant et en aidant d'autres accoucheuses traditionnelles. Elles sont des membres respectés auxquelles la communauté fait confiance. Tel que discuté dans la section « Accès à des soins qualifiés », dans les contextes où l'accoucheuse traditionnelle joue un rôle très important au niveau de l'information ou des soins prodigués aux femmes dans la communauté, le système de santé devrait travailler avec les accoucheuses traditionnelles dans le cadre d'une stratégie visant à améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins.

Pour dispenser des soins efficaces et de bonne qualité pendant la grossesse et l'accouchement, l'accoucheur(se) qualifié(e)² (sages-femmes, infirmiers(ères) ou médecins) doit avoir une palette de compétences qu'il exerce avec professionnalisme. Il est indispensable qu'il soit autorisé à effectuer tous les actes pour lesquels il est qualifié, afin de tenir ses compétences à jour et de prodiguer aux femmes des soins qui répondent à leurs besoins. Il doit pour cela bénéficier de conditions propices (voir les sections sur le contexte favorable). S'agissant notamment d'un cadre juridique et réglementaire à l'appui; de l'accès au matériel et aux médicaments essentiels; d'un système opérationnel d'orientation-recours; systèmes de santé et d'éducation développant l'esprit critique; de compétences cliniques et d'aptitudes en communication et relations interpersonnelles.

Compétences essentielles

Le personnel de santé qui a la formation d'accoucheur(se) peut et doit assurer toute une gamme de services permettant de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales pendant la grossesse, l'accouchement et les premiers mois de la vie.

Pendant la grossesse, un prestataire qualifié doit être capable de :

- › Suivre la santé de la femme et du fœtus;
- › Dispenser des soins préventifs et curatifs et de soigner les affections courantes telles que l'anémie, les infections sexuellement transmissibles, les infections urinaires et le paludisme, et de vacciner contre le tétanos; et
- › Eduquer les clients sur les signes de danger et aider à faire les préparations pour l'accouchement.

En outre, l'accoucheur(se) qualifié(e) devrait être en mesure d'offrir conseils et assistance dans le cas d'une grossesse non souhaitée.

Pendant le travail et l'accouchement, un prestataire qualifié devrait :

- › Faire un examen général et abdominal ;
- › Observer et suivre l'état physique de la femme ;
- › Aider à un accouchement normal ; et
- › Reconnaître et répondre aux signes de détresse chez la femme ou le fœtus.

Un(e) accoucheur(se) qualifié(e) doit être en mesure d'assurer l'accompagnement de base : inciter la parturiente à bouger pendant le travail, soulager la douleur en utilisant des méthodes appropriées et veiller à l'apport liquidien et à l'alimentation pendant le travail.

Les composantes clés des soins du **post-partum immédiat** sont les suivantes :

- › Soins du cordon ombilical ;
- › Prise en charge correcte du troisième stade du travail ;
- › Création d'un environnement chaleureux et sécurisant pour la mère et l'enfant ;
- › Promotion de l'allaitement maternel immédiat et exclusif ; et
- › Counselling sur des méthodes de planification familiale adéquates.

L'accoucheur(se) qualifié(e) qui se déplace à domicile ou exerce au niveau primaire (centre de santé ou poste sanitaire) doit également être capable de prendre en charge les cas cliniques qui mettent en danger la vie de la mère et du nouveau-né (voir plus loin). Dans les établissements de recours, il doit posséder des compétences supplémentaires pour prendre en charge les urgences obstétricales mettant la vie en danger (*discutées dans la section suivante*) et, où qu'il exerce, il doit pouvoir compter sur un établissement de recours bien équipé et bien approvisionné qui puisse dispenser des soins salvateurs.



On trouvera ci-dessous la liste des compétences et qualifications essentielles dont doit disposer l'accoucheur(se) qualifié(e) travaillant à domicile ou au niveau des soins primaires (à savoir, soins obstétricaux essentiels de base) pour prendre correctement en charge les principales causes de mortalité et de morbidité maternelles. Elle s'inspire de deux documents fondamentaux, *Provisional Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*, publié par la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), et le manuel *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (Essential Care Series)*, publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les urgences obstétricales suivantes devraient être prises en charge ou transférées en fonction de protocoles adoptés.

Compétences pour la prise en charge de complications aux niveaux domicile/soins de santé primaires


Hémorragie maternelle : un(e) accoucheur(se) qualifié(e) doit savoir diagnostiquer plusieurs causes de saignement avant et après l'accouchement, y compris l'avortement (voir plus loin) ainsi que reconnaître la possibilité d'hémorragie interne due à une grossesse extra-utérine. En cas d'hémorragie de l'anté-partum et d'hémorragie interne, il doit maintenir la patiente dans un état stable et la faire transférer immédiatement. Il peut réduire le risque d'hémorragie de la délivrance en facilitant les processus normaux d'expulsion du placenta et en pratiquant une prise en charge active du troisième phase quand il le faut (notamment par administration prophylactique d'un ocytocique immédiatement après l'expulsion de l'enfant, clampage et section rapides du cordon, traction mesurée sur le cordon). L'extraction manuelle du placenta, le massage utérin et la compression de l'aorte ou la compression

bimanuelle sont d'autres solutions. Lorsque l'hémorragie est telle qu'elle nécessite des soins d'urgence, l'accoucheur(se) qualifié(e) sait stabiliser l'état de la patiente en lui administrant des fluides par intraveineuse et la faire transférer dans un établissement spécialisé.

Septicémie : l'accoucheur(se) qualifié(e) doit prévenir l'infection en veillant à ce que la mère accouche dans un lieu propre, en observant les règles les plus strictes d'hygiène et de prévention des infections et en utilisant des instruments propres ou stériles, notamment des gants. Il donnera une antibiothérapie aux femmes exposées à un risque accru d'infection pendant l'accouchement (rupture prolongée des membranes, exposition à une substance infectieuse/à un risque d'infection). Il surveillera aussi l'état de santé de l'accouchée, apprendra aux femmes et à leur famille à reconnaître les signes d'infection et, en cas de septicémie, administrera des antibiotiques. Un accoucheur(se) qualifié(e) sait reconnaître une infection due à un avortement à risque.

Prééclampsie et éclampsie : un accoucheur(se) qualifié(e) sait reconnaître les signes de prééclampsie : tension artérielle et protéinurie élevées, céphalées. Les cas de prééclampsie doivent être soignés d'urgence et dirigés vers des services spécialisés. Si l'éclampsie survient à l'accouchement, l'accoucheur(se) qualifié(e) sait dispenser des soins salvateurs : administration de médicaments anticonvulsivants, déclenchement du travail par rupture des membranes et mise en position d'une femme inconsciente pour qu'elle puisse accoucher. Il doit aussi être en mesure d'administrer des anticonvulsivants, d'éviter que son état ne s'aggrave et l'orienter vers des services spécialisés.





Travail prolongé ou dystocique : un accoucheur(se) qualifié(e) sait utiliser un partographe pour surveiller la progression du travail, reconnaître un cas de travail prolongé ou de dystocie et faire ce qu'il faut en temps voulu. Si le travail est long ou difficile, il assurera un accompagnement du début à la fin. Si le travail prolongé est dû à des contractions insuffisantes, on peut les augmenter par le biais de l'emploi approprié de l'oxytocin. Par d'autres causes, notamment d'une dystocie de l'épaule ou un prolapsus du cordon, l'accoucheur(se) qualifié(e) peut fournir des soins d'urgence. Dans certains cas, un agent expérimenté utilisera une ventouse obstétricale pour sauver la vie de la mère et de l'enfant. En présence d'un travail prolongé et d'une dystocie, l'accoucheur(se) qualifié(e) doit être à même de diriger rapidement les cas graves vers un échelon supérieur de soins.

Prise en charge des complications de l'avortement : un accoucheur(se) qualifié(e) peut jouer un rôle important pour faciliter aux femmes l'accès aux mesures adéquates pour la prise en charge de l'avortement à risques. Il s'agit de soigner ou de diriger vers un centre spécialisé les cas d'avortement inévitable, septique ou incomplet, selon le niveau de compétences du prestataire. Dans les cas où l'avortement n'est pas interdit par la loi, les accoucheurs(ses) qualifiés(es) ont un rôle à jouer pour protéger la santé des femmes. Sans promouvoir l'avortement comme une méthode de planification familiale, ils ou elles peuvent plaider pour la mise en place de services sûrs et accessibles. Le counselling et la fourniture de méthodes de planification familiale devraient être donnés lors de la période du post-partum ainsi que d'autres conseils en matière de santé reproductive, si nécessaire.

Prévention des décès néonataux : Un accoucheur(se) qualifié(e) sait prendre les mesures adéquates pour éviter le décès du nouveau-né : vaccination antitétanique pendant la grossesse, examen du nourrisson à la naissance et réanimation si nécessaire, prévention de l'hypothermie néonatale, prévention des infections nosocomiales, incitation à allaiter le plus tôt possible et exclusivement au sein. Il sait reconnaître les nouveau-nés malades et/ou de faible poids à la naissance, leur donner les premiers soins et les diriger sûrement vers les services compétents. L'accoucheur(se) qualifié(e) peut aussi aider la mère à bien s'occuper d'un enfant modérément prématuré ou de faible poids de naissance qui n'est pas atteint d'une affection qui met sa vie en danger.

Affections associées à un risque accru de complications de grossesse et de l'accouchement (anémie, paludisme, VIH/SIDA) : L'accoucheur(se) qualifié(e) est à même de prendre une gamme de mesures appropriées pour prévenir ces affections : apport supplémentaire systématique en fer et en vitamines, prophylaxie antipaludique et médicaments antihelminthiques, conseils en matière de nutrition. En outre, s'il a accès à un laboratoire, il peut diagnostiquer et traiter l'anémie, le paludisme et les infections sexuellement transmissibles ; il peut aussi conseiller les femmes et les encourager à faire un test de dépistage du VIH, renseigner les mères séropositives ou malades du SIDA ou qui pensent l'être, sur les possibilités qui s'offrent à elles concernant l'alimentation de leur nourrisson. Il peut administrer des antirétroviraux, quand ils sont disponibles, aux femmes séropositives avant et pendant l'accouchement.

Compétences supplémentaires au premier niveau de recours

En plus les compétences susmentionnées, un(e) accoucheur(se) qui a les qualifications nécessaires pour effectuer les actes suivants doit être disponible au premier niveau de recours :

- › déclenchement du travail
- › intervention chirurgicale (césarienne, laparotomie en cas de grossesse extra-utérine, hystérectomie d'urgence, dilatation et curetage)
- › opérations destructives (craniotomie, par exemple)
- › diagnostic et prise en charge du diabète, de l'hypertension chronique, des cardiopathies, néphropathies et autres affections chroniques courantes pendant le travail et l'accouchement.

Compétences cognitives et relationnelles

Outre ses compétences techniques, l'accoucheur(se) qualifié(e) doit comprendre les coutumes locales pour qu'il puisse travailler avec des communautés en vue de faire les bons choix qui favorisent la santé—à savoir, promouvoir des pratiques qui sont bénignes ou bénéfiques et expliquer pourquoi d'autres sont néfastes et doivent être abandonnées. Afin d'aider les femmes et leur famille à prendre les bonnes décisions en matière de santé, l'accoucheur(se) qualifié(e) doit être en mesure de communiquer efficacement avec les femmes et leurs familles (à savoir écouter aussi bien que parler et parler clairement, simplement et respectueusement). De fait, dans certains contextes, ces compétences de communication et aptitudes interpersonnelles peuvent être le facteur décisif déterminant si les accoucheurs qualifiés sont acceptés dans les communautés et si leurs services sont utilisés.

Il importe aussi que l'accoucheur(se) qualifié(e) ait des compétences cognitives qui l'aident à résoudre les problèmes et à agir rapidement et sans hésitation. Lorsqu'elle a défini les compétences essentielles de l'accoucheur(se) qualifié(e), la Confédération internationale des sages-femmes a mis au point un « cadre pour la prise de décision », qui recommande la démarche suivante pour que l'accoucheur(se) qualifié(e) offre des soins de haute qualité :

- › recueillir des informations (à travers entretiens, dialogue, observation et examen clinique) et déterminer quelles informations sont pertinentes à la situation ;
- › détecter les signes et symptômes d'affection grave ou mortelle et établir rapidement la conduite thérapeutique à tenir sans toutefois négliger les détails ;
et
- › évaluer l'efficacité des mesures prises et modifier ou adapter le traitement au cas par cas et lorsqu'un cas similaire se présentera à l'avenir.

Disponibilité, caractère économiquement abordable et accessibilité

Augmenter la proportion de naissances qui ont lieu avec une assistance qualifiée est un but de santé et de développement accepté internationalement. Et, pourtant, l'on assiste encore à des pénuries d'accoucheurs(es) qualifiés(es) partout dans le monde en développement. La couverture de l'assistance qualifiée reste faible dans de nombreux pays suite aux problèmes suivants :

- ▶ La non-disponibilité suite aux nombres insuffisants d'accoucheurs(es) qualifiés(es) et à la distribution inadéquate du personnel existant ;

- ▶ Le coût prohibitif des soins qualifiés du fait des insuffisances de financement et de l'infrastructure du système de santé ; et

- ▶ L'inaccessibilité des soins due aux barrières familiales, communautaires, financières et structurelles auxquelles se heurtent les femmes.

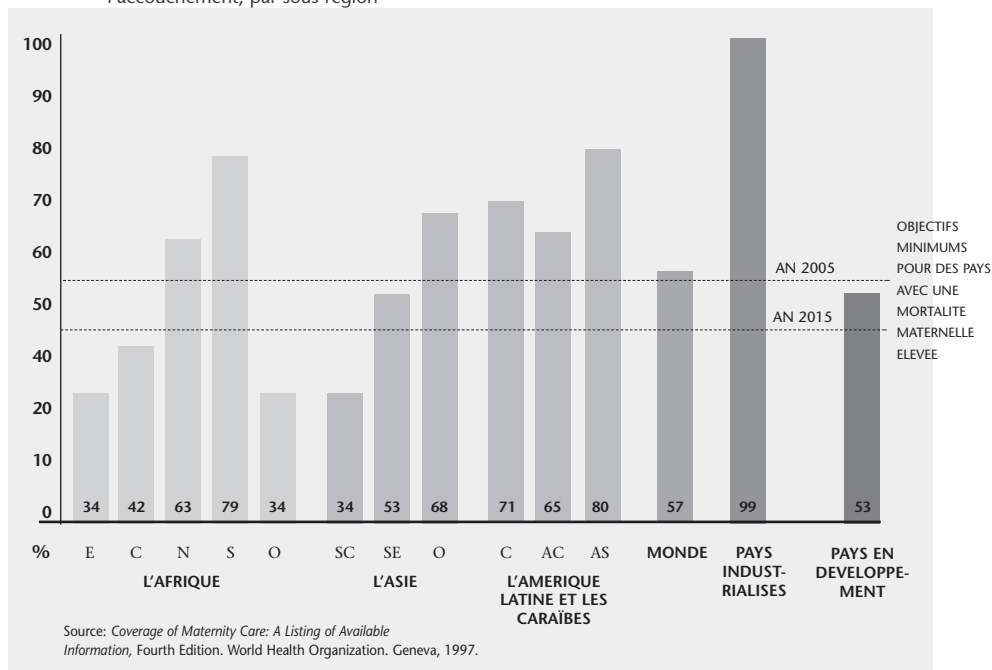
Les naissances sans assistance restent un phénomène encore trop courant

En septembre 2000, les membres du système des Nations Unies ont adopté les Buts du Développement du Millénaire visant notamment à une réduction de la mortalité maternelle de 75% entre 1990 et 2015 et retenant la proportion de naissances avec présence d'un accoucheur(se) qualifié(e) comme indicateur de ce but. Cette décision reposait sur les conclusions de la Séance spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies qui demandait à tous les pays de : « ... continuer leurs efforts pour que, à l'échelle mondiale, d'ici 2005, 80% de toutes les naissances se fassent avec l'assistance d'un(e) accoucheur(se) qualifié(e), d'ici 2010 85% et d'ici 2015, 90%. »

Mais à l'heure actuelle, tout juste 53% de toutes les naissances dans le monde en voie de développement bénéficient de la présence d'un accoucheur(se) qualifié(e) et, ces dix dernières années, peu de changements ont été notés au niveau de la couverture des soins qualifiés lors de l'accouchement ou au niveau de la mortalité maternelle. Des disparités importantes persistent au niveau de l'assistance qualifiée d'une région à l'autre (voir *Figure 1*).



FIGURE 1 Pourcentages et nombres estimés de femmes avec accoucheur(se) qualifié(e) lors de l'accouchement, par sous-région



Buts en ce qui concerne la disponibilité du personnel; déploiement efficace du personnel

Le fait que, dans de nombreux pays, la formation des sages-femmes est un domaine négligé explique la faible couverture du point de vue soins qualifiés lors de l'accouchement. Ainsi, se trouve-t-on face à des situations où il n'existe tout simplement pas assez d'accoucheurs(es) qualifiés(es) pour fournir les soins adéquats et/ou les compétences de ceux en place ne sont pas à jour. Les pénuries d'accoucheurs(es) qualifiés(es) sont souvent chroniques et touchent avant tout les zones rurales. Dans certaines parties de l'Asie et de l'Afrique, il existe souvent une seule personne avec des compétences obstétricales pour 300 000 habitants. Cela se traduit par un(e) accoucheur(se) qualifié(e) pour 15 000 naissances par an—ratio tout simplement ingérable.

SAGES-FEMMES COMMUNAUTAIRES EN INDONÉSIE

Lors des années 90, l'Indonésie a formé et affecté environ 56 000 sages-femmes communautaires dans le cadre d'une politique visant à affecter une sage-femme dans chaque village. Les candidates qui avaient terminé neuf années de scolarisation ont reçu ensuite trois années de formation générale en soins infirmiers suivies d'une année en soins obstétricaux. Une fois sur place, la sage-femme du village doit s'occuper elle-même des accouchements, superviser les accouchements avec présence d'une accoucheuse traditionnelle et prendre en charge les urgences.

Une évaluation faite dans un district a constaté des améliorations très nettes de la couverture de la part des accoucheuses qualifiées lors de l'accouchement. Par contre, la proportion de complications traitées dans un milieu hospitalier n'a pas augmenté grandement. Un certain nombre de facteurs entravent la consultation des services hospitaliers, notamment la difficulté à reconnaître, au niveau communautaire, les complications graves mettant la vie en danger, le manque de moyens de transport, la déroute de l'économie et les coûts élevés de l'accouchement à l'hôpital. Ces facteurs ainsi que la question du maintien de la sage-femme du village n'ont pas été pris en compte suffisamment et montrent qu'il faudra encore modifier la stratégie de la sage-femme communautaire.

Les pays doivent se donner des objectifs réalistes en ce qui concerne la formation et le déploiement d'accoucheurs(ses) qualifiés(es). La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) ont proposé l'objectif suivant : une personne possédant les compétences obstétricales nécessaires pour 5000 personnes, en supposant que l'accoucheur(se) fournisse uniquement des soins obstétricaux. Pour un contexte classique de pays en développement, cela se traduirait par un(e) accoucheur(se) qualifié(e) pour 200 naissances par an. En général, les pays industrialisés se sont donnés des objectifs nettement plus faibles, se situant dans une fourchette allant de 30 à 120 naissances par accoucheur(se) qualifié(e) et par an, suivant le système culturel et sanitaire dans lequel travaille les accoucheurs(ses) qualifiés(es). En déterminant ces objectifs, l'on tiendra notamment compte des facteurs suivants :

› **La charge de travail des accoucheurs(ses) qualifiés(es) :** Ces prestataires qualifiés fournissent souvent divers autres services de santé reproductive et maternelle outre les soins qu'ils dispensent lors du travail et de l'accouchement (soins prénatals, services de planification familiale, counselling, etc). Le temps qu'ils consacrent à ces autres services essentiels influencera le nombre d'accouchements dont ils peuvent s'occuper ;

› **Satisfaction du prestataire et satisfaction de la cliente :** dans l'idéal, le nombre de clientes dont doivent s'occuper les accoucheurs(ses) qualifié(es) est situé au niveau qui leur permet de maintenir ou d'améliorer leurs compétences cliniques et compétences interpersonnelles et de fournir des soins de bonne qualité ; et

› **Distribution des accoucheurs(ses) qualifiés(es) :** suivant le contexte rural ou urbain, il faudra peut-être fixer des objectifs différents vérifiant que les femmes dans les zones rurales ont un accès égal aux soins qualifiés.

L'affectation et la rétention du personnel de santé représentent des défis supplémentaires en ce qui concerne l'expansion de la couverture en soins qualifiés. La plupart des accoucheurs(ses) qualifiés(es) travaillent en milieu hospitalier et par conséquent, la plupart vivent et exercent dans des zones urbaines, dans les capitales nationales ou régionales ou aux alentours. Les affectations en zone rurale ne sont pas très recherchées par le personnel de santé suite aux installations de mauvaise qualité, aux difficultés de communication et aux préoccupations du point de vue santé et sécurité. En outre, les mauvaises conditions de travail et les faibles niveaux de rémunération existant dans de nombreux systèmes sanitaires nationaux poussent les médecins et les sages-femmes à rechercher d'autres sources de revenus et de meilleures conditions de travail, des fois dans les formations sanitaires privées. Cette situation complique encore davantage la tâche des gouvernements cherchant à rendre les soins qualifiés accessibles à toutes les femmes.

Une des stratégies pour augmenter le nombre d'accoucheurs(ses) qualifiés(es) et améliorer leur distribution, surtout dans les zones rurales, consiste à recruter des futurs accoucheurs dans les communautés dans lesquelles ils ou elles vont travailler. En effet, quand les accoucheurs(ses) qualifiés(es) proviennent de la communauté et habitent dans cette communauté ou aux alentours, ils peuvent jouer un rôle très important éduquant les membres communautaires sur la santé maternelle, encourageant les liens avec les prestataires traditionnels (par exemple les accoucheuses traditionnelles) et les professionnels de la santé et mobilisant les ressources pour les soins et les orientations-recours nécessaires.



Coûts des soins qualifiés et économie de coûts

L'information sur les coûts effectifs et les mécanismes de financement des soins qualifiés est essentielle pour le plaidoyer de la cause et la mise en place de politiques et programmes efficaces et durables. Un certain nombre d'études réalisées ces dix dernières années indiquent que le coût d'un accouchement normal avec assistance qualifiée est faible, n'atteignant que 2 dollars américains par accouchement mais il peut aller de 8 à 15 dollars dans des centres de santé de l'Afrique et de l'Amérique latine. Les coûts d'un accouchement normal dans un hôpital s'élèvent entre 10 et 35 dollars par accouchement et les césariennes et accouchements compliqués peuvent revenir à 50\$–100\$ par accouchement.

Les études ont montré que les pratiques actuelles souvent ne sont pas les plus efficaces et que des économies de coûts peuvent être réalisées grâce à l'application constante de protocoles de prise en charge clinique (par exemple, prévenir l'emploi excessif d'antibiotiques et d'autres médicaments).

Si les coûts par accouchement sont répartis sur l'ensemble de la population, ils semblent encore plus abordables. Les coûts estimés par habitant des accouchements normaux pourraient revenir tout juste à 0,52\$ dans les pays à faibles revenus et les coûts par habitant de la gamme complète de services maternels sont estimés entre 1 dollar et 4 dollars.

Ces dépenses peuvent éviter d'après les estimations 4% de la charge de morbidité d'un pays et entre 20% et 80% des décès maternels et néonataux, suivant les contextes des pays. Le coût-efficacité des interventions de la maternité sans risques est généralement comparable à celui d'autres interventions telles que la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME).

Mécanismes de financement

Dans la plupart des cas, les pays devront consacrer des ressources supplémentaires pour mettre en place ou améliorer les bases de l'accès universel aux soins qualifiés lors de l'accouchement. À cette fin, presque tous les pays ont besoin de meilleures estimations sur les coûts d'investissement et de fonctionnement des soins qualifiés et d'un plan systématique pour financer ces programmes. Plutôt que de dépendre exclusivement de sources traditionnelles de recettes—impôts ou financement de bailleurs de fonds—bon nombre de pays cherchent et essayent d'autres mécanismes de financement, par exemple :

- › Financement partiel par le biais de la tarification de services, plans communautaires de pré-paiement et programmes d'assurance ; et
- › Nouvelles méthodes d'octroi de ressources par exemple les dotations forfaitaires aux collectivités locales, les pré-paiements, l'assurance privée et sociale et le travail sous-traité.

Souvent, ces nouveaux mécanismes de financement sont réalisés dans le contexte de la réforme plus globale du secteur de la santé. Les efforts de réforme offrent l'occasion de vérifier que les soins qualifiés lors de l'accouchement font partie intégrante de toute amélioration du financement, de la qualité, de l'organisation et des systèmes de gestion.

Alors que les décideurs et les planificateurs de la santé explorent diverses manières de financer la couverture universelle en soins qualifiés, il est très important que les gouvernements :

› **Garantissent l'accès aux soins pour tous, surtout pour les segments très pauvres** (par le biais de subventions pour les pauvres qui couvrent les coûts des soins publics et privés qu'ils sont incapables de payer) ;

› **Identifient les domaines où des économies de coûts** peuvent être réalisées, sur la base des chiffres nationaux et l'utilisation des estimations de coûts pour choisir les interventions les plus efficaces par rapport aux coûts ;

› **Garantissent le paiement régulier des salaires dans le secteur public** car l'expérience a montré que la motivation et les incitations des agents de santé sont des facteurs clés pour garantir la qualité et la viabilité des services de soins de santé ; et

› **Explorent la gamme des options pour un financement plus équitable et durable** des soins qualifiés et des services de santé maternelle, fassent un essai pilote des nouveaux mécanismes (avant de les adopter à l'échelle nationale) et encouragent une application plus efficace des méthodes actuelles de financement.

Responsabiliser les communautés et renforcer leurs moyens d'agir

Le partenariat entre les communautés et le système de santé est d'importance capitale pour garantir l'accès des femmes aux soins qualifiés. Premièrement, les communautés exercent une profonde influence sur l'amélioration de la qualité des soins, en demandant, en facilitant et en évaluant les changements au niveau des services et des établissements sanitaires de sorte à ce qu'ils répondent aux besoins locaux. Deuxièmement, les communautés jouent un rôle clé au niveau de l'accroissement de l'utilisation car elles peuvent aider à supprimer les barrières qui limitent l'accès des femmes aux soins. Il s'agit des barrières suivantes : manque de pouvoir décisionnel au sein de la famille ; ressources financières inadéquates ; manque de connaissance et compréhension des questions de santé maternelle et manque d'accès à des moyens de transport. Les prestataires de santé ont besoin d'une formation

les aidant à forger des partenariats avec la communauté, à améliorer la communication avec des membres communautaires et à trouver des manières concrètes de soutenir les femmes et leur famille à prendre les bonnes décisions sur le plan de la santé et de la maternité sans risques.

De plus, les systèmes sanitaires et les prestataires de soins de santé devront travailler avec les membres communautaires pour les aider à identifier et à articuler leurs besoins. Des outils doivent être mis au point pour obliger les prestataires de soins et responsables de la santé à rendre compte des soins fournis.

En forgeant des partenariats, il est important d'engager les membres de la communauté ayant de l'influence, y compris les accoucheuses traditionnelles. Vu le manque de ressources financières et humaines pour la santé maternelle dans la plupart des pays en développement, la recommandation actuelle est d'investir dans la formation d'accoucheurs(es) qualifiés(es) plutôt que dans de vastes programmes de formation formelle des accoucheuses traditionnelles. Toutefois, dans les contextes où les accoucheuses traditionnelles jouent un rôle important, soignant et éduquant les femmes et la communauté, elles peuvent et doivent faire partie de « l'équipe de santé » qui travaille ensemble pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins. Dans le contexte de l'équipe, les accoucheuses traditionnelles peuvent apprendre aux femmes et aux familles l'importance des soins qualifiés, surtout pour les urgences obstétricales, elles peuvent faire des références adéquates, et elles peuvent aider le personnel de santé à comprendre et à respecter les connaissances, traditions et croyances locales entourant l'accouchement.

Lois, politiques et infrastructure



Pour que les accoucheurs(ses) qualifiés(es) soient en mesure de réduire l'incidence des décès, traumatismes et maladies maternels, ils ont besoin d'un contexte favorable qui facilite et soutien leur travail. Les facteurs suivants d'un tel contexte revêtent une importance critique¹:

› **Politiques, lois et réglementations venant soutenir** la maternité sans risques en tant que priorité et autorisant les professionnels de la santé, notamment les sages-femmes, à effectuer toutes les interventions obstétricales essentielles susceptibles de sauver la vie pour lesquelles ils sont compétents et qui cherchent par ailleurs à supprimer les barrières que les femmes rencontrent au niveau de l'accès aux soins;

› **Infrastructure efficace du système de santé** notamment adéquation du matériel et des fournitures ainsi que des systèmes d'orientation-recours, de communication et de transport;

› **Associations professionnelles** qui encouragent la valorisation des accoucheurs(ses) qualifiés(es) en influençant les politiques et protocoles, en fixant des normes de pratiques et compétences essentielles et en facilitant la communication et l'échange d'information; et

› **Systèmes d'éducation et de supervision de qualité** offrant une formation de base et une éducation continue (au cours d'emploi) et qui fournissent un mécanisme permettant d'apporter soutien et services.

Politiques et lois

L'engagement politique et en matière de politiques

à la maternité sans risques—avec pour pivot l'élargissement de l'accès aux soins qualifiés—a joué un rôle capital au niveau de la réduction de la mortalité maternelle. Toutefois, il ne suffit pas de fixer des buts quantitatifs pour la maternité sans risques ou les soins qualifiés, bien que cela soit utile. En effet, les gouvernements doivent investir des ressources et mettre en œuvre des interventions efficaces. Dans des pays réalisant une réforme du secteur de la santé, la maternité sans risques et d'autres questions de santé reproductive doivent être intégrées explicitement au paquet des services essentiels et traitées dans le cadre d'autres composantes de la réforme.

La législation qui permet aux accoucheurs(es) qualifiés(es) d'exercer l'intégralité de leurs compétences et d'utiliser tous les médicaments et dispositifs pour lesquels ils ont été formés est une priorité juridique et de politique prioritaire. De telles lois élargissent l'accès des femmes aux professionnels qualifiés qui peuvent exécuter des interventions pouvant sauver la vie et prescrire des médicaments pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum. Ces dispositions sont encore plus importantes dans les pays comptant un nombre limité de médecins.

Mais la législation qui soutient les soins qualifiés ne deviendra efficace que si elle est intégrée à une réforme légale d'ordre général qui encourage la santé et les droits de la femme. Aussi, le contexte favorable aux soins qualifiés a-t-il besoin de tels compléments importants que représentent les lois qui protègent la santé de la femme (à savoir les lois punissant le viol et l'abus sexuel) et qui garantissent l'accès à toute une gamme de services de santé maternelle et autres services de santé reproductive.

Au Sri Lanka, la mortalité maternelle a diminué de manière considérable ces 80 dernières années, passant de 2 200 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1920 à son chiffre actuel de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Une des grandes raisons à cette baisse réside au niveau de l'engagement du gouvernement face à la maternité sans risques par le biais d'une politique qui encourage la couverture universelle des soins qualifiés. Actuellement, la couverture des naissances de la part des accoucheurs (ses) qualifiés(es) dépasse 96%.

Les experts sanitaires et juridiques, soutenus par des accords internationaux, définissent de plus en plus la maternité sans risques comme un droit humain.

Garantir ce droit dépend des lois et politiques ainsi que de la prestation de soins de santé qui répondent aux demandes exprimées par les femmes.

La maternité sans risques est également une question de justice sociale, étroitement reliée au statut et pouvoir de la femme.

L'on s'en rend bien compte en observant les barrières politiques, culturelles, socio-économiques, religieuses et d'attitudes qui empêchent les femmes d'arriver à une bonne santé et qui portent atteinte à leurs droits dont leur droit aux soins de santé maternelle. Par le biais de lois, politiques, réformes du système et campagnes soutenues d'éducation publique aux niveaux national et communautaire, les pays devront changer les réalités suivantes :

- L'accès inégal des filles aux possibilités d'éducation ;
- Exposition limitée des femmes aux nouvelles informations et idées ;
- Relations de pouvoir inégales qui limitent les capacités des femmes à prendre des décisions et à avoir accès aux soins de santé ;
- Autonomie financière limitée des femmes ; et
- La qualité souvent médiocre de l'échange entre les prestataires de soins de santé et les clientes, les femmes étant souvent traitées de haut, sans respect ou même humiliées.

La Jamaïque a cherché à concrétiser le droit à la maternité sans risques par le biais de la charte de la patiente. Cette charte stipule les droits et responsabilités des administrateurs des services de santé, des prestataires de services et des clients et affirme que ces droits doivent être fondés sur le respect mutuel et la responsabilisation, quelle que soit la situation socio-économique de la patiente.

Infrastructure fonctionnelle: Installations et systèmes de gestion

La capacité des accoucheurs(ses) qualifiés(es) à sauver la vie peut être très entravée—à n'importe quel niveau du système de soins de santé—si l'établissement n'est pas fonctionnel et si le matériel, les fournitures ou médicaments nécessaires sont obsolètes, emmagasinés dans de mauvaises conditions ou s'ils ne sont pas disponibles. Afin de vérifier que ces ressources d'importance critique sont disponibles et utilisées efficacement par des accoucheurs(ses) qualifiés(es), les établissements doivent avoir les services de base dont l'électricité, l'eau courante et les installations sanitaires, etc., ainsi qu'un système de logistique performant bien pour l'approvisionnement et le ré-approvisionnement de toutes les fournitures.

Autre maillon essentiel : les systèmes de communication, de transport et d'orientation-recours pour que les soins obstétricaux d'urgence soient accessibles à toutes les femmes dans les meilleurs délais, pendant la grossesse, l'accouchement et lors de la période du post-partum. L'utilisation du téléphone et de la radio pour les consultations et les orientations-recours sont au titre des systèmes de communication efficace. Les programmes d'éducation publique appropriés du point de vue culturel sont également importants pour aider les communautés et les femmes à reconnaître l'importance et la disponibilité des soins qualifiés au moment de l'accouchement, à comprendre quand un niveau supérieur de soins est nécessaire,

Em Bolivie, des feuillets, des brochures et des affiches ont été utilisés afin de transmettre des messages sur la grossesse et l'accouchement aux femmes en milieu rural, d'une part, et d'augmenter leur recours et accès aux soins de santé reproductive d'autre part. Les femmes qui ont reçu ces messages à travers les feuillets diffusés à la radio étaient plus susceptibles que les autres, d'avoir des connaissances sur la grossesse et les complications lors de l'accouchement.


se préparant par ailleurs explicitement à l'accouchement en mettant de l'argent de côté et en procédant à d'autres préparations nécessaires. Il est essentiel de garantir le transport rapide aux établissements de recours où des soins sont disponibles 24 heures sur 24, par le biais des efforts communautaires ou des partenariats communauté/système de santé. Il convient de traiter les barrières financières aux soins d'urgence, par exemple en mettant en place des fonds communautaires pour les prêts d'urgence. Toutes ces interventions sont des composantes clés de la stratégie de « préparation à la naissance » qui cherche à vérifier que les femmes, les familles et les communautés sont prêtes à prendre les actions nécessaires à la maison ou en route vers l'établissement de santé pour éviter de prendre tout retard risquant de mettre la vie de la femme et du bébé en danger.

Les maisons d'attente des accouchements sont une autre possibilité quand l'accès à un établissement de santé est problématique. Ces maisons, proches des établissements de santé et gérées par des systèmes de santé ou des communautés, sont un lieu sûr où les femmes peuvent attendre lors des dernières semaines de la grossesse garantissant leur accès aux soins qualifiés. Leur efficacité n'a pas été évaluée rigoureusement mais d'après certains indices, ces maisons d'attente peuvent être utiles aux femmes qui les utilisent, si elles sont mises en place et soutenues par la communauté.

Associations professionnelles

Les associations professionnelles qui encouragent et préconisent les soins de haute qualité lors de l'accouchement font partie du contexte favorable au travail des accoucheurs(ses) qualifiés(es). Au niveau local, les associations professionnelles cherchent à promouvoir les progrès personnels et professionnels de leurs groupes de soutien par le biais de l'éducation, de la recherche et de l'assurance de qualité. Aux niveaux national, régional ou international, elles peuvent jouer un rôle important en recommandant des normes de pratiques fondées sur les faits ainsi que des compétences essentielles pour tous les groupes d'accoucheurs(ses) qualifiés(es). Les associations professionnelles sont des canaux efficaces de communication entre les diverses disciplines d'accoucheurs(ses) qualifiés(es) et au sein de celles-ci (sages-femmes, infirmières et médecins) et entre les systèmes de santé des secteurs public et privé. Cette communication encourage la collaboration, la coopération et le respect entre accoucheurs(ses) qualifiés(es) et facilite la création de liens entre les prestataires de soins de santé pris dans leur ensemble (par exemple, les équipes professionnelles interdisciplinaires).

{Note: Les trois premières composantes d'un contexte favorable seront traitées dans la présente section alors que la politique en matière de formation et la pratique relatives aux soins qualifiés seront traitées dans la section suivante}



Des programmes de formation de haute qualité, doublés d'une supervision constructive sont essentiels pour renforcer la capacité des accoucheurs(ses) qualifiés(es) en vue de sauver la vie des femmes et de protéger et promouvoir la santé maternelle, infantile et communautaire. En effet, un processus d'éducation réussie encourage chez les accoucheurs(ses) qualifiés(es) l'acquisition de compétences pratiques et la maîtrise nécessaire pour la résolution de problèmes, la réflexion critique et la prise de décisions. Une telle éducation montre également l'importance de respecter et de répondre aux besoins des clients. Voici les composantes de base d'un système éducatif qui encourage de telles compétences, capacités et connaissances :

- › Programmes de formation adéquats (théorique et clinique) conjugués à des possibilités de formation continue et de recyclage pour les praticiens ;
- › Matériel pédagogique à jour, complet et pertinent dans le contexte local ; et
- › Enseignants chevronnés qui supervisent l'apprentissage de compétences cliniques chez les étudiants dans des contextes cliniques et communautaires.

Les normes et protocoles sont également d'importance critique pour guider et soutenir une pratique de qualité chez les accoucheurs(ses) qualifiés(es) et pour mesurer la performance des prestataires et encourager la responsabilisation.

Programmes de formation

Les programmes les plus efficaces pour la formation d'accoucheurs(ses) qualifiés(es) sont spécifiques au pays en question, basés sur les faits et utilisent une approche axée sur la compétence pour l'acquisition et l'évaluation des aptitudes nécessaires. Les leçons apprises des programmes de formation montrent que les éléments suivants permettent d'améliorer la qualité tant technique qu'interpersonnelle des soins :

› Le programme devrait refléter les réalités du système de soins de santé dans lequel travailleront les accoucheurs(es) qualifiés(es) et doivent tenir compte des connaissances dont disposent déjà ces accoucheurs(es);

› Les programmes devraient recevoir soutien et financement suffisant de la part des administrateurs du système de santé;

› L'apprentissage théorique devrait être intégré à la pratique clinique avec la place qui convient à la réflexion critique et à la résolution de problèmes pas simplement au rappel de faits;

› Il convient d'insister sur les compétences de counselling et de communication ainsi que sur l'importance de la satisfaction du client, pas simplement sur les compétences cliniques;

› Les enseignants des parties didactiques doivent avoir une bonne préparation pédagogique et les moniteurs cliniques doivent être des praticiens compétents;

› Les sites de formation doivent être basés aux niveaux de la communauté et de l'établissement de recours et devraient offrir aux étudiants des possibilités d'acquérir des compétences en matière d'accouchement normal et compliqué;

› Les diplômes et certifications devraient être remis uniquement aux étudiants qui démontrent qu'ils possèdent des compétences d'un niveau acceptable;

› Les tailles des classes devraient être relativement petites pour faciliter l'apprentissage (par exemple, un enseignant pour trois à cinq étudiants en ce qui concerne la formation clinique et un enseignant pour 15 à 20 étudiants en salle de classe); et

› Les étudiants doivent apprendre qu'ils sont responsables par rapport à leurs patientes pour que les soins qualifiés soient acceptés et estimés par les communautés.

Dans la province au Sud de Kalimantan en Indonésie, des systèmes de suivi et de soutien sont intégrés à la formation en cours d'emploi de professionnels et de sages-femmes des villages. Gérée par l'IBI, association nationale des sages-femmes, ce système d'examen par les collègues offre aux nouveaux praticiens la supervision et les directives de sages-femmes avec plus d'expérience qui ont été formées tout spécialement pour superviser et encadrer.

Compétences de niveau avancé et éducation continue

Les experts conviennent de la nécessité pour les sages-femmes et les infirmières ainsi que les médecins de recevoir une formation plus avancée portant sur des techniques obstétricales essentielles (« les gestes qui sauvent ») dans le cadre de la formation avant l'emploi. Les pays qui ont adopté les programmes de formation portant sur « les gestes qui sauvent » reconnaissent la valeur de la formation d'équipes de prestataires—médecins et sages-femmes ensemble—de sorte à renforcer les systèmes d'orientation-recours en créant un respect mutuel pour les rôles convenant à chacun pour sauver la vie des femmes.

Les programmes d'éducation continue et de recyclage sont également d'importance critique pour augmenter l'efficacité des soins qualifiés, tant pour impartir de nouvelles informations que pour mettre à jour les compétences cliniques et interpersonnelles.

Matériel pédagogique et formateurs

Il serait bon dans l'idéal que les pays réalisent leur propre matériel pédagogique ou l'adaptent à partir des nombreux manuels de formation, modules d'apprentissage et guides disponibles à l'échelle internationale. Voici trois modules de formation, qui ont fait l'objet d'un test sur le terrain :

› **The WHO Safe Motherhood Midwifery Education Modules** (1996) conçu pour faciliter l'enseignement de connaissances et de compétences essentielles pour la prévention de quatre grandes causes de décès maternels (hémorragie, travail dystocique, éclampsie et septicémie puerpérale) ; un cinquième module traitant des complications liées à l'avortement à risques paraîtra sous peu ;

« Les gestes qui sauvent » portent sur la prévention et le traitement de l'hémorragie, la prévention et la prise en charge du choc, de la septicémie et de l'éclampsie, la réanimation du nouveau-né, l'extraction par ventouse et la prise en charge des complications liées à l'avortement.

› Manuel pratique pour les sages-femmes :

Techniques de survie pour les femmes et les enfants (1997) réalisé par l'American College of Nurse-Midwives (ACNM) qui fournit des directives techniques pour enseigner l'évaluation du risque prénatal et la surveillance et prise en charge du travail, y compris le traitement de diverses complications ; et

› **Le Cours GESTA (Gestion du Travail et de l'Accouchement) International** (2000) offre une formation continue aux sages-femmes, aux infirmières, aux obstétriciens-gynécologues et aux médecins de famille dispensant des soins obstétricaux essentiels, de base et complets. Mis au point par la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada et avalisé par la FIGO, ce cours traite essentiellement de la mortalité et de la morbidité maternelles.

Un corps enseignant motivé, enthousiaste possédant les connaissances et les compétences cliniques nécessaires joue un rôle essentiel pour tout programme d'éducation. Mais, dans de nombreux pays, il existe une pénurie de sages-femmes disposant de l'expérience clinique et des compétences pédagogiques nécessaires pour enseigner aux nouvelles étudiantes. Deux stratégies permettent de remédier à cette situation :

› création d'ateliers au niveau national pour la formation d'enseignantes sages-femmes ; et

› expansion de composantes de formation des formateurs dans le cadre de programmes de formation en soins obstétricaux et techniques obstétricales essentielles.

Supervision constructive

Des programmes efficaces de supervision devraient aider le personnel de santé à atteindre les buts concernant la prestation de services de santé de qualité, aux niveaux national, de l'établissement de santé et de la communauté. La supervision constructive est un moyen important d'atteindre ces buts et d'encourager la rétention de prestataires qualifiés. La supervision constructive permet aux prestataires et aux superviseurs de revoir ensemble la qualité des soins fournis. Les superviseurs renforcent les pratiques efficaces et offrent un feed-back constructif concernant des améliorations nécessaires et les superviseurs et prestataires décident ensemble de mécanismes permettant d'apporter des améliorations continues à la qualité des services.

Les visites de supervision devraient se faire régulièrement en avertissant à l'avance. Des critères d'examen doivent être mis au point et des formulaires standard doivent être préparés pour l'évaluation des compétences pratiques. Il est également important que les systèmes de supervision relient le système de soins de santé, le prestataire et les communautés car les améliorations de la qualité ne sauraient se faire sans la communication entre tous les participants à la prestation de soins.

Normes et protocoles

Des normes et protocoles définis à l'échelle nationale déterminant le type de soins devant être fournis à chaque niveau du système de soins de santé et par chaque catégorie de prestataire sont d'importance capitale pour guider et soutenir la pratique des soins qualifiés et pour évaluer et améliorer la performance des prestataires. Les normes et directives peuvent également être utilisées comme base permettant aux accoucheurs(ses) qualifiés(es) de faire des auto-évaluations de leur pratique clinique ou alors pour faire des évaluations dans le cadre des programmes d'examen par les collègues.

La formulation de normes et protocoles efficaces exige l'accord de diverses parties concernées dont le Ministère de la Santé, les grands centres hospitaliers universitaires, les associations professionnelles et les entités de réglementation et d'homologation. Les normes doivent être mises à jour régulièrement sur la base des nouveaux développements dans le domaine de la pratique clinique et des nouvelles politiques concernant les soins qualifiés.

des soins qualifiés lors de l'accouchement



Un grand nombre de programmes de maternité sans risques devront changer d'orientation s'ils veulent arriver à améliorer les niveaux des soins qualifiés lors de l'accouchement. Les progrès sur le plan mise en œuvre des programmes doivent être suivis et les effets sur la survie et le bien-être maternels et infantiles doivent être démontrés pour maintenir l'élan. Les indicateurs quantitatifs et les données sur lesquels ils reposent sont généralement la principale approche empruntée pour le suivi et l'évaluation. Mais d'autres approches, autres celles se fondant sur des indicateurs, sont également utiles dont les contrôles sur les causes des décès maternels et périnataux ou l'examen des barrières auxquelles se heurtent les femmes pour avoir accès aux soins. Une approche pragmatique au suivi et à l'évaluation est de choisir un ensemble de méthodes de mesures, appliquant un certain nombre d'indicateurs tant quantitatifs que qualitatifs de sorte à ce que les limitations d'une mesure soient compensées par les avantages de telle autre.

Le choix des indicateurs

Les évaluations peuvent se dérouler à divers niveaux : mondial ou régional; pays, province ou district; établissement de santé; prestataire de soins et patiente elle-même. Les indicateurs doivent être choisis en fonction de l'envergure du programme faisant l'objet de l'évaluation. Il est essentiel de définir un cadre clair pour toutes les évaluations de programme et de vérifier que les interventions et la réalisation des objectifs soient mesurées conformément à ce cadre. Par exemple, quand les buts du programme sont indiqués en termes de réduction des décès maternels et néonataux, c'est donc cet élément qu'il faut évaluer. Si la proportion de naissances avec assistance qualifiée est visée tout particulièrement, alors l'utilisation des accoucheurs(ses) qualifiés(es) pour les accouchements à domicile ainsi que dans des structures sanitaires doit être évaluée. Quel que soit le cas, la faisabilité de la collecte de données valides et fiables est un élément critique pour la réussite de l'évaluation.

Les indicateurs pour les programmes de suivi de la santé sont normalement organisés en structure entrée[*input*]/processus/sortie[*output*] qui mène aux effets souhaités. Cela veut dire que les indicateurs sont utilisés pour évaluer comme les ressources à l'entrée du programme sont converties par le biais d'activités (processus) en résultats (sortie du programme) et, par la suite, en changement au niveau population (effet).

Entrée	Activité	Sortie	Effet
Ressources financières	Formation	Amélioration de la qualité des soins	Réduction de la mortalité/morbidité

Quand les indicateurs au niveau effet sont difficiles à obtenir (tel que c'est le cas avec la mortalité maternelle), les indicateurs de processus (par exemple, la proportion d'accouchements avec présence d'un(e) accoucheur(se) qualifié(e)) sont souvent utilisés comme mesure supplétive des résultats de santé maternelle bien que l'on ne sache de fait si cet indicateur est un marqueur sensible des changements de la mortalité maternelle.

Sources de données

Les deux grandes sources de données pour mesurer l'impact des soins qualifiés sont les suivantes :

› **données de population** (collectées le plus couramment par le biais d'enquêtes par sondage) qui dégagent des informations sur un groupe cible représentatif (à savoir, des femmes en âge de reproduction dans une région géographique particulière); et

› **des données des services** qui comprennent des données sur l'utilisation de services et les résultats sanitaires, tirées des systèmes d'information en santé (registre et dossiers de santé), des interviews à la sortie avec les clients, des analyses de situation et des audits.



Pour collecter des données de population sur la couverture et l'impact des soins qualifiés, les sources suivantes sont utiles bien qu'elles comportent certaines limitations :

› **Les enquêtes auprès de femmes prises individuellement**, par exemple l'Enquête démographique et de santé (EDS) qui comportent des questions sur la santé maternelle et l'utilisation de services connexes. Mais certaines enquêtes ne sont pas bien conçues et risquent de sous-représenter les femmes pauvres ou marginalisées—groupe le moins susceptible d'avoir accès aux soins de santé maternelle et celui qui court le plus de risques de souffrir des résultats de santé mauvais ;

› **Les données des registres de l'état civique** qui sont parfois utilisées pour suivre l'incidence des décès maternels et naissances vivantes. Toutefois dans la plupart des pays en développement, les données sont de faible qualité, surtout pour les populations rurales et pauvres ; et

› **Les évaluations rapides** réalisées aux niveaux des formations sanitaires et des prestataires de services fournissent des données tant qualitatives que quantitatives. Ces études dégagent des informations utiles pour une intervention spécifique mais sont peu constantes du point de vue approche, collecte et analyse de données, faisant qu'il est difficile de comparer les résultats des différentes évaluations.

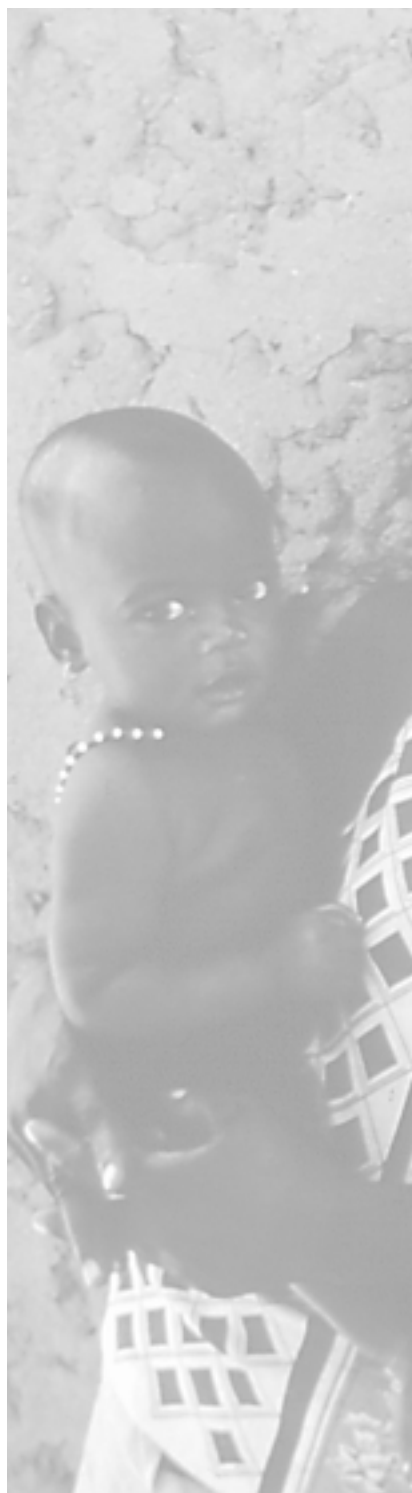
Les données de services bien qu'elles soient utiles sont souvent de qualité inégale et risquent d'ignorer des segments importants de la population. Ces données sont surtout utiles dans les contextes où la fréquentation des services de santé maternelle est chose courante. Par exemple, les registres de naissance qui notent les informations relatives à la santé maternelle et infantile (par exemple, les accouchements et les naissances vivantes) sont très utiles et un grand nombre d'établissements sanitaires réalisent des rapports

trimestriels ou annuels. Mais, dans bien des pays, un grand nombre de décès maternels et néonataux surviennent à l'extérieur des services de maternité ou à l'extérieur de l'établissement de santé limitant ainsi l'utilité de telles données.

En outre, les données de services risquent de sur-représenter des clientes d'un niveau économique plus élevé et des cas plus compliqués qui ont été orientés vers le centre de santé. Tout en reconnaissant ce biais, une information très utile peut être obtenue des données de services surtout celles provenant des interviews à la sortie avec des clientes sur la qualité des soins.

Accouchements avec assistance qualifiée : un indicateur clé

La proportion de naissances qui bénéficie de la présence d'un(e) accoucheur(se) qualifié(e) est le principal indicateur du suivi et de l'évaluation de l'impact des soins qualifiés lors de l'accouchement. Cette statistique est très utilisée comme un objectif du développement international et, bien qu'il s'agisse d'un indicateur de processus, son association relativement étroite avec les résultats de santé maternelle en fait l'objet de diverses études d'évaluation. Toutefois, il faudra tenir compte de plusieurs aspects conceptuels, opérationnels et de mesure concernant cet indicateur lorsqu'on démarre des activités de suivi et d'évaluation. En effet, il n'est pas possible de faire des comparaisons inter-pays de la couverture en soins qualifiés tant qu'il n'existe pas de définition uniforme de l'accoucheur(se) qualifié(e) et du niveau de compétence du prestataire dans le cadre des enquêtes. La plupart des enquêtes utilisent simplement une certaine version des catégories les plus courantes (médecin, infirmière ou sage-femme) mais il est important de reconnaître que les niveaux de compétences et descriptions de tâches varient entre les différences catégories du personnel des soins de santé, d'un pays à l'autre et même au sein du même pays. Tant





qu'on ne disposera pas de définitions standard des accoucheurs(ses) qualifiés(es) et tant que ne seront pas adoptées ces définitions, il faudra distinguer au niveau des données entre les diverses catégories professionnelles fournissant des soins.

Autre question connexe, il faut déterminer si l'accoucheur(se) qualifié(e) exerce son métier à son niveau de compétences. En effet, les politiques et législations nationales ainsi que les réalités aux niveaux régional et de l'établissement peuvent soit soutenir ou au contraire entraver la capacité d'un(e) accoucheur(se) qualifié(e) à exercer l'ensemble complet des compétences dont on sait qu'elles ont un impact positif sur la santé maternelle (voir section sur les compétences essentielles).

Autre facteur important : la structure et le caractère fonctionnel du système de soins de santé. Les fournitures et les ressources pour les soins essentiels et d'urgence de pair avec les systèmes d'orientation-recours, de transport et de communications représentent des éléments importants d'un système efficace de soins maternels et ils ne sont pas compris dans l'indicateur sur les soins qualifiés lors de l'accouchement. En outre, les questions relatives à l'accès et à l'utilisation sont d'importance critique pour l'efficacité de l'assistance qualifiée : si les femmes n'ont pas les moyens de payer les soins, si elles ne peuvent pas arriver jusqu'aux services ou si elles ne sont pas en mesure de prendre une telle décision suite à des facteurs géographiques, économiques, démographiques ou culturels, les accoucheurs(ses) qualifiés(es) n'auront que peu d'impact sur la mortalité maternelle et néonatale.

Autres indicateurs :

utilité et questions de collecte de données

La réduction du ratio de mortalité maternelle (RMM) est un objectif clé du développement recommandé dans les politiques et accords internationaux et nationaux. Mais tel que discuté dans de nombreuses analyses, ce n'est pas un bon indicateur pour suivre les changements à court terme ou autres éléments exception faite des résultats à l'échelle. Il existe toutefois d'autres indicateurs qui éclairent la qualité de l'assistance et son impact sur la santé et la survie maternelles et néonatales. S'agissant des éléments suivants :

› **L'incidence de l'utilisation du partogramme**

pour mesurer le progrès du travail peut être un bon indicateur de la qualité des soins, surtout pendant le travail dystocique ;

› **La satisfaction de la cliente et ses préférences du point de vue soins**, mesurées par le biais d'approches qualitatives, par exemple les interviews avec les clientes et les groupes de discussion focalisée. Des instruments de mesure quantitative ont été mis au point et utilisés pour évaluer la satisfaction des clientes mais il n'existe aucune approche constante suite aux complexités des mesures concernées ; et

› **Les compétences et la satisfaction du personnel** qui évaluent les compétences cliniques, l'expérience, la formation et les compétences de communication des prestataires de pair avec les heures de travail et les salaires. Ce sont des éléments importants de la qualité des soins. La mesure de ces facteurs n'est guère aisée : un grand nombre d'indicateurs seront nécessaires pour évaluer les forces et les faiblesses des services.

Audit: approche hors indicateurs

Les méthodes hors indicateurs sont importantes pour suivre et évaluer l'impact des soins qualifiés lors de l'accouchement. Les audits—des décès maternels, des soins dispensés et des barrières aux soins—sont des techniques relativement nouvelles qui ne sont pas

Deux approches d'audits sont essayées actuellement dans divers contextes de pays en développement :

1. Dans les cas d'audits de décès « évités de justesse » (« near-miss »), les cas de complications graves mettant la vie en danger (mais non pas les décès) font l'objet d'un examen dans les hôpitaux de la part d'une équipe de sages-femmes, de médecins, d'aides sociaux et d'administrateurs. Cette approche, essayée dans 12 hôpitaux de l'Afrique, a pour but de mettre au point des critères de traitement standard pour les complications. Vu que les cas examinés ont survécu, on pense que l'approche est moins délicate et sera mieux acceptée par la communauté médicale.

2. **Les audits à base de critère** se rapportent à la définition d'une liste de critères pour des soins de bonne qualité. Les notes de cas sont ensuite revues pour évaluer si les soins répondaient aux critères. Une étude pour évaluer la faisabilité et l'efficacité d'une telle approche est en cours dans deux hôpitaux de district au Ghana et deux autres en Jamaïque.

encore entièrement utilisées dans des pays en développement. **Les audits des décès maternels** peuvent comprendre un ou plusieurs processus d'études complémentaires : discussion du cas entre prestataires qui ont fourni des soins à la femme en question ; examen confidentiel des facteurs qui ont affecté le processus de soins ; audit médical de la qualité des soins fournis par rapport aux normes et protocoles existants et « autopsie verbale » avec les prestataires de soins et les membres communautaires dans le cadre d'une discussion des facteurs pouvant expliquer les retards au niveau de l'accès ou de l'obtention des soins.

Le Ministère de la santé peut demander aux associations professionnelles de réaliser des audits aux niveaux national, régional et local en faisant des comptes rendus réguliers au Ministère de la santé.

Un audit professionnel avec cinq étapes : 1) définition des critères des meilleures pratiques concernant la prise en charge des complications obstétricales ; 2) la mesure de la pratique actuelle ; 3) le feed-back et la détermination de normes locales ; 4) l'adoption de changements au niveau des pratiques ; et 5) la ré-évaluation de la pratique et le feed-back. Les audits des barrières et problèmes rencontrés par les femmes ayant besoin de soins, réalisés de manière anonyme et sur la base d'indicateurs cumulés se sont également avérés efficaces pour identifier les interventions en vue de combler les « lacunes » (par exemple, au niveau des compétences et connaissances des prestataires) ou pour traiter du problème des « retards » qui comportent des conséquences négatives pour les soins. Les audits auront peu d'impact si leurs résultats ne sont pas communiqués aux personnes, communautés ou organisations qui peuvent utiliser les données pour recommander des changements positifs au niveau des politiques sanitaires, des prestataires ou de la communauté.



*Maternité
sans risques*



Pour de plus amples informations, prière de contacter le secrétariat du Groupe interorganisations sur la maternité sans risques.

Family Care International

588 Broadway, Suite 503
New York, NY 10012 USA

1.212.941.5300 Téléphone

1.212.941.5563 Fax

smi@familycareintl.org Courrier électronique

<http://www.safemotherhood.org> Site web



Fonds des nations unies pour
la population (UNFPA)



Banque mondiale



Fédération internationale pour
la planification familiale (IPPF)



Organisation mondiale de la santé



Confédération internationale de
des sages-femmes



Population Council



Fédération internationale de
gynécologie et d'obstétrique



Safe Motherhood Network of Nepal



Réseau de prévention régionale de
mortalité maternelle (Afrique)

Les principes et les politiques de chaque organisation sont régis par les décisions pertinentes de l'organe directeur de l'organisation. Chaque organisation réalise les interventions décrites dans ce document conformément à ces principes et politiques et dans le cadre de sa mission.