

# Pour une maternité sans risque en Afrique de l'Ouest

L'utilisation  
des indicateurs  
pour programmer  
les résultats









# Table des matières

- 2 Avant-propos
- 3 Introduction
- 5 La méthode adoptée
- 7 La collecte et l'analyse des données
  - Cameroun
  - Côte d'Ivoire
  - Mauritanie
  - Niger
  - Sénégal
- 30 Mobilisation d'une assistance
- 31 Notes



## TABLEAUX

- 6 Tableau 1 : Les six indicateurs de processus
- 8 Tableau 2 : Évaluation rapide des soins obstétricaux d'urgence en Afrique de l'Ouest
- 11 Tableau 3 : Résultats dans cinq provinces du Cameroun
- 23 Tableau 4 : Complications obstétricales traitées au Niger
- 24 Tableau 5 : Pourcentage d'accouchements par césarienne au Niger

## FIGURES

- 12 Figure 1 : Taux de létalité dans les cinq provinces étudiées au Cameroun
- 15 Figure 2 : Couverture en soins obstétricaux d'urgence de base en Côte d'Ivoire
- 16 Figure 3 : Couverture en soins obstétricaux d'urgence complets en Côte d'Ivoire
- 17 Figure 4 : Taux de létalité en Côte d'Ivoire
- 27 Figure 5 : Couverture en soins obstétricaux d'urgence au Sénégal
- 28 Figure 6 : Pourcentage de naissances sur l'ensemble des centres de soins au Sénégal
- 28 Figure 7 : Traitement des complications obstétricales sur l'ensemble des établissements de soins au Sénégal
- 29 Figure 8 : Taux de létalité dans les centres de SOE du Sénégal

L'utilisation  
des indicateurs  
pour programmer  
les résultats

# Avant-propos

Pendant trop longtemps, tous les efforts pour assurer une maternité sans risque ont piétiné, en grande partie parce que les causes de la mortalité maternelle et les stratégies permettant d’y remédier étaient mal connues. C’est pourquoi nous sommes fiers de présenter aujourd’hui, avec ce rapport, le premier résultat tangible de la collaboration résolue de l’UNFPA et des gouvernements de cinq pays africains – Cameroun, Côte d’Ivoire, Mauritanie, Niger et Sénégal – pour assurer, grâce à une approche stratégique basée sur les faits, une maternité sans risque dans une région où les données sont rares et la mortalité maternelle extrêmement élevée.

Ce document constitue la première évaluation précise, au moyen d’indicateurs de processus, des services d’obstétrique d’urgence des cinq pays concernés. Les indicateurs de processus permettent d’évaluer les soins obstétricaux d’urgence dont devrait pouvoir bénéficier toute femme souffrant de complications au cours de sa grossesse. Ces indicateurs sont précis, relativement faciles à recueillir, et permettent de mesurer les progrès de notre lutte collective contre la mortalité et la morbidité associées à des causes maternelles. Surtout, ils permettent d’identifier les problèmes et de leur trouver des solutions relativement rapidement, ce qui peut aider les directeurs de programme à vérifier la bonne orientation des activités et à sauver la vie des femmes.

Les ministères de la santé des pays étudiés ont collaboré avec l’UNFPA et joué un rôle déterminant dans les ateliers nationaux organisés pour informer les organismes menant des programmes de maternité sans risque, dont l’OMS et l’UNICEF, du résultat des évaluations. Cette collaboration et cet échange d’informations sont extrêmement utiles pour renforcer les programmes, grâce à une réelle appropriation du processus, mais aussi en attirant l’attention de tous les partenaires sur les services nécessitant des interventions d’urgence.

Le Malawi et le Maroc, qui ont mené des initiatives similaires, ont exposé leurs expériences sur la collecte et l’utilisation des indicateurs de processus lors de l’atelier de sélection d’une méthode, au cours duquel a été lancé ce projet. Depuis, d’autres pays se sont aussi intéressés à ces initiatives et la Gambie, le Gabon et la Guinée-Bissau ont aussi lancé, avec l’aide de l’UNFPA, leur propre programme. Cette approche par étapes permettra de tirer parti des résultats des activités passées et d’exploiter au mieux les ressources disponibles pour la poursuite du processus. Il est à souhaiter que de nombreux autres partenaires vont s’associer, dans le cadre de l’engagement à réaliser les Objectifs du millénaire pour le développement, aux efforts déployés par les gouvernements pour réduire le taux de mortalité associé à des causes maternelles.

La participation de l’UNFPA à cette initiative s’inscrit dans le cadre plus large de ses efforts pour faire reconnaître le droit des femmes à la vie et à la santé génésique, comme l’atteste l’ouvrage *Mortalité maternelle : mise à jour 2002*, publié conjointement avec le présent rapport. Ces deux documents soulignent l’engagement de l’UNFPA à assurer aux femmes du monde entier un droit à la vie et à une bonne santé reproductive.

La Directrice de la  
Division de l’appui technique,



Mari Simonen

La Directrice de la  
Division de l’Afrique,



Fama Hane-Ba

# Introduction

« Veiller à ce les femmes aient facilement accès à des services de santé bien équipés et bien pourvus en personnel, en particulier du personnel qualifié pour les accouchements, y compris les soins d'obstétrique essentiels et les soins d'urgence, des services d'aiguillage efficaces et des moyens de transport pour des niveaux de soins plus élevés, le cas échéant, ainsi que des soins post-partum et la planification familiale. »

—Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la CIPD, 1999

Les complications survenant pendant la grossesse et à l'accouchement sont les principales causes de la mortalité et de la morbidité maternelles. Elles sont, la plupart du temps, imprévisibles et doivent être traitées comme urgences. Le risque est néanmoins réduit lorsque la future mère reçoit, à temps, les soins obstétricaux appropriés.

Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire en 1994, les connaissances ont évolué. On saisit mieux les causes de la mortalité et de l'incapacité liées à la maternité et les mesures à prendre pour y remédier. Le bilan CIPD+5 a montré que les soins obstétricaux d'urgence occupaient une place importante dans la plupart des approches ayant permis de réduire ce type de mortalité et d'invalidité<sup>1</sup>, et que leur importance stratégique était maintenant mondialement reconnue.

Pourtant, fournir des soins obstétricaux d'urgence de qualité et suivre leur utilisation reste une tâche difficile pour de nombreux planificateurs et gestionnaires de programme qui ne sont pas équipés pour savoir si les femmes ont pu recevoir à temps les soins requis pour sauver leur vie. La publication conjointe, en 1997, des *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et l'utilisation des services obstétricaux* par le Fonds

des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNFPA a marqué un progrès. Ces lignes directrices s'appuient sur une méthode mise au point par les équipes de l'Université Columbia et de l'UNICEF. L'une de leurs principales nouveautés est l'utilisation d'un ensemble de six indicateurs de processus pour analyser :

- la couverture en soins obstétricaux;
- l'accessibilité des services de santé;
- la fréquentation des services;
- la qualité des services.

Ces indicateurs de processus peuvent être utilisés à la fois pour évaluer les besoins et pour mesurer les progrès des activités. Près de 60 pays en développement, toutes régions confondues, les utilisent pour leurs programmes de maternité sans risque. Dans ce cadre d'envergure mondiale, le programme *Averting Maternal Death and Disability* (AMDD – Prévenir les décès et infirmités maternels) de la *School of Public Health Joseph L. Mailman* de l'Université Columbia et l'UNFPA se sont accordés, en mars 2000, sur une aide de 8 millions de dollars pour financer, sur cinq ans, des projets de fourniture de soins obstétricaux d'urgence au Maroc, au Mozambique, dans l'État du Rajasthan (Inde) et au Nicaragua. Une évaluation des besoins en soins obstétricaux d'urgence a été réalisée pour

chaque pays. Les résultats pour le Cameroun, le Mozambique, le Sénégal, l'Inde et le Nicaragua ont été publiés dans *l'International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, dans le cadre d'une série d'articles consacrés aux indicateurs de processus de l'ONU.

Le programme tire parti des points forts de chaque partenaire :

- L'UNFPA base notamment ses politiques et stratégies pour diminuer les décès maternels sur la planification familiale pour éviter les grossesses non souhaitées ou inopportunes, une assistance qualifiée à l'accouchement pour toutes les femmes et l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence en cas de complications. L'UNFPA dispose d'un large réseau de personnel sur le terrain et fournit des experts dans tous les domaines de la santé génésique, ce qui lui permet d'inclure les soins obstétricaux d'urgence dans ses programmes de pays à plus large vocation.

- Le programme AMDD de l'Université Columbia apporte l'expérience de ses 15 ans de travaux sur la mortalité maternelle, dont des publications, instruments et ressources mis au point dans les 10 ans de recherches du Programme de prévention de la mortalité

maternelle; un modèle articulant les services techniques et de gestion d'experts et la défense des droits de l'homme; et un financement par la Fondation Bill et Melinda Gates.

Tous les projets sont réalisés en collaboration avec les gouvernements, avec comme objectif commun l'intégration des soins obstétricaux d'urgence dans les programmes de santé nationaux afin de réduire la mortalité maternelle.

Dans le cadre de leur programme conjoint, l'UNFPA et l'AMDD, en étroite collaboration avec les gouvernements, ont convenu de soutenir la collecte des données nationales sur la couverture en soins obstétricaux d'urgence dans cinq pays africains – Cameroun, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Niger et Sénégal. Il s'agit de recueillir l'information nécessaire pour créer des programmes et mobiliser les fonds et l'appui politique requis.

Un atelier sous-régional a donné le coup d'envoi en octobre 2000. Les données recueillies ont été analysées lors d'un deuxième atelier sous-régional à Nouakchott en mai 2001. La participation des cinq pays a permis de réaliser d'importantes économies d'échelle et créer des synergies. Chaque pays a pu tirer parti des expériences de ses partenaires. Des équipes nationales ont été chargées de définir les activités et de mobiliser l'appui requis.

| SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE POUR UNE MATERNITÉ SANS RISQUE : DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| Octobre 2000<br>Atelier sous-régional à Dakar (Sénégal)                                 | Octobre-novembre 2000<br>Recrutement d'un coordonnateur  | Avril 2001<br>Fin de la collecte de données dans les cinq pays | Mai 2001<br>Atelier sous-régional à Nouakchott (Mauritanie)                               | 2001-2002<br>Conception du programme et mobilisation de l'appui  |
| Présentation de la méthode  | Mise au point et définition du système de gestion du projet; lancement de la collecte de données |  | Présentation des données; contrôle et approfondissement des calculs; analyse de situation | Rapport aux autorités nationales; sélection des sites de projet; conception des activités; collecte de fonds nationaux et internationaux |

## La méthode adoptée

Traditionnellement l'évolution de la mortalité maternelle était mesurée par des « indicateurs d'impact », comme le taux, ou le pourcentage, de décès associés à la maternité. Le calcul des indicateurs d'impact pose plusieurs problèmes, car de nombreux pays en développement ne disposent pas de systèmes sophistiqués pour mesurer la démographie, ni ne consignent régulièrement les naissances, les décès ou les causes de décès. Même dans la majorité des pays industrialisés, dont les États-Unis ou le Royaume-Uni, les registres incomplets sont une source de problème. De ce fait, les taux et pourcentages calculés à partir de ces sources de données manquent d'exactitude.

Pour compléter les données, on utilise les enquêtes auprès des ménages. Cependant, les décès maternels étant statistiquement rares, même dans les régions à forte prévalence, la marge d'erreur de ces enquêtes demeure importante à moins de travailler sur un très large échantillon. Ces études ne permettent pas non plus de mesurer les progrès obtenus dans l'application du programme, puisque les données recueillies concernent le passé. Enfin, cette procédure est onéreuse et prend du temps. En résumé, si les indicateurs d'impact permettent de dresser un tableau de la mortalité maternelle dans un pays à un moment donné, ils n'aident pas à élaborer un programme ni à en suivre l'application.

À l'opposé, les indicateurs de processus permettent de contrôler les différents éléments qui conduisent à un résultat plutôt que le résultat lui-même. Les indicateurs de processus des Lignes directrices UNICEF/OMS/UNFPA permettent de contrôler les activités visant à diminuer les décès maternels et non pas simplement l'évolution de la mortalité maternelle. Il est évident que l'on peut réduire les décès et l'invalidité liés à des causes maternelles si les

services requis sont disponibles, accessibles et utilisés par la population cible.

L'utilisation des indicateurs de processus est d'un bon rapport coût-efficacité et nécessite beaucoup moins de travail, la collecte des données pouvant s'intégrer à la routine journalière des établissements de soins. Surtout, ces indicateurs fournissent les données nécessaires à la conception des programmes et leur gestion. Très sensibles aux changements, ils peuvent être utilisés pour mesurer les progrès ou repérer les problèmes dans un temps relativement court (6 mois ou moins) et aider les gestionnaires de programme à s'assurer du bon déroulement des activités. Comme le présent rapport est principalement consacré à l'utilisation des indicateurs de processus dans l'évaluation des besoins des cinq pays considérés, il est nécessaire de les décrire rapidement<sup>2</sup>. Ils sont basés sur les soins médicaux absolument nécessaires pour sauver la vie des femmes souffrant de complications obstétricales.

Ces soins sont au nombre de huit :

- 1) Administration parentérale<sup>3</sup> d'antibiotiques;
- 2) Administration parentérale d'ocytociques;
- 3) Administration parentérale d'anticonvulsifs;
- 4) Extraction manuelle du placenta;
- 5) Extraction instrumentale des produits retenus dans l'utérus;
- 6) Accouchement par voie basse assisté par instrumentation;
- 7) Intervention chirurgicale, césarienne;
- 8) Transfusion sanguine<sup>4</sup>.

Une fois définis les principaux soins d'un service de santé visant à sauver la vie des femmes, il est possible de savoir si les établissements considérés offrent réellement ces services et si leur personnel a besoin d'un complément de formation, de matériel ou de fournitures pour pouvoir s'acquitter de ces

tâches. Tous les établissements de soins n'offrent pas ces huit services. En fait, le traitement des complications pouvant provoquer le décès maternel permet de distinguer deux niveaux de soins : les soins obstétricaux d'urgence de base qui comprennent les six premiers services et les soins obstétricaux d'urgence complets qui comprennent en plus les interventions chirurgicales et les transfusions sanguines. Les indicateurs de processus définissent le niveau satisfaisant à atteindre pour les soins indispensables aux femmes souffrant de complications. Ils permettent aux planificateurs nationaux et aux directeurs d'établissements de soins de recenser les problèmes à régler. Les indicateurs de processus et les niveaux satisfaisants de soins figurent au tableau 1.

Les deux premiers indicateurs de processus donnent la couverture en soins obstétricaux d'urgence.

Les indicateurs 3 et 4 concernent le niveau de fréquentation des centres de soins obstétricaux d'urgence par la population. L'indicateur 4 est le plus approprié mais le plus difficile à calculer. L'indicateur 3 permet parfois de dresser plus facilement les schémas de fréquentation<sup>5</sup>. Les indicateurs 5 et 6 traitent de la qualité des soins fournis par les établissements.

Les intervenants nationaux se sont progressivement familiarisés avec le maniement des indicateurs de processus au fur et à mesure du développement du programme. Le présent rapport est le résultat de leur collaboration. Les données recueillies seront affinées au fur et à mesure, ce qui renforcera encore la pertinence des indicateurs pour contrôler l'efficacité des projets et comparer les situations nationales.

**TABLEAU 1 : LES SIX INDICATEURS DE PROCESSUS**

| INDICATEUR   | NIVEAU ACCEPTABLE   |
|--|---|
| 1. Nombre de centres de soins obstétricaux essentiels (SOE) :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>■ Centres de SOE de base</li> <li>■ Centres de SOE complets</li> </ul> | Pour 500 000 habitants il doit y avoir :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>■ Au moins quatre centres de SOE de base</li> <li>■ Au moins un centre de SOE complets</li> </ul>                                    |
| 2. Répartition géographique des centres de SOE   | La norme minimale pour l'indicateur 1 (nombre de centres de SOE) est atteint localement (centres bien répartis dans la province ou le district pour assurer l'accès à toutes les femmes dans les situations d'urgence). |
| 3. Proportion des accouchements ayant lieu dans les centres de SOE de base et complets   | Au moins 15 % des accouchements ont lieu soit dans un centre de SOE de base soit dans un centre de SOE complets.  |
| 4. Satisfaction des besoins  | Traitement de toutes les femmes (100 %) souffrant de complications obstétricales.   |
| 5. Accouchement par césarienne   | Entre 5 % et 15 % de la totalité des accouchements dans des centres de soins obstétricaux   |
| 6. Taux de létalité  | Taux de létalité lié à des complications obstétricales inférieur à 1 % dans le centre de soins  |

# La collecte et l'analyse des données



## La collecte et l'analyse des données

La collecte des données dans les cinq pays d'Afrique de l'Ouest a commencé en 2000. L'initiative a été prise en charge par la Division de l'appui technique de l'UNFPA, son équipe d'appui de Dakar et les cinq bureaux de pays concernés. Trois consultants internationaux et le programme AMDD ont également fourni leur appui, principalement pour les ateliers sous-régionaux. L'UNFPA a accueilli à Dakar les 11 et 12 octobre 2000 un atelier sur les méthodes à suivre regroupant des planificateurs de la santé maternelle des gouvernements des cinq pays concernés – Cameroun, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Niger et Sénégal – et du personnel de santé de l'UNFPA. La présentation des expériences du Maroc et du Malawi a aidé les 24 participants<sup>6</sup> à clarifier les concepts et les définitions et à répondre aux questions soulevées par le processus.<sup>6</sup>

Une consultation préparatoire a ensuite été organisée dans chaque pays pour s'accorder sur la définition des complications obstétricales et des stratégies de collecte des données ont été arrêtées. Les méthodes ont été testées dans deux établissements préalablement à l'évaluation. Une équipe de pays a assuré la coordination des travaux. Le personnel paramédical a été formé dans les établissements de soins et aux niveaux local, territorial et national pour conduire les entretiens et recueillir les données. Des experts d'instituts de recherche nationaux, des cadres de l'UNFPA et des fonctionnaires de contrepartie du Ministère de la santé ont assuré la formation et la supervision des travaux. Les données ont été recueillies entre novembre 2000 et avril 2001.

Les services de plusieurs dizaines d'établissements sanitaires, publics et privés, ont été étudiés. Ces établissements comprenaient des centres sanitaires et des maternités, et étaient supposés fournir

des services obstétricaux d'urgence, de base pour les centres sanitaires ou d'accouchement (soins obstétricaux d'urgence de base), complets pour les hôpitaux de district (soins obstétricaux d'urgence complets).

En Mauritanie, au Niger et au Sénégal, tous les établissements sanitaires ont été étudiés, ce qui a fourni une évaluation exhaustive de la situation. Au Cameroun, l'enquête a couvert cinq des 10 provinces. En Côte d'Ivoire, le grand nombre d'établissements a contraint à faire une sélection au hasard. Néanmoins, comme le montre le tableau 2, une bonne image de la couverture obstétricale (indicateurs 1 et 2), de la fréquentation (indicateurs 3,4,5) et de la qualité (indicateur 6) des services a pu être obtenue pour les cinq pays.

Il est utile de noter que l'utilisation de ces six indicateurs de processus est une procédure nouvelle, non seulement en Afrique de l'Ouest, mais pour de nombreux pays, du Pérou au Bangladesh au Tadjikistan. Ces indicateurs posent souvent des difficultés aux non-statisticiens – ce que sont la majorité des prestataires de santé et des gestionnaires de programme – à cause de la collecte, du calcul et de l'interprétation des données chiffrées. Comme cela s'est produit aussi dans d'autres régions, la recherche d'information est parfois allée au-delà de ce que demandaient les Lignes directrices UNICEF/OMS/UNFPA, empiétant alors sur les prérogatives des gouvernements. La présentation du tableau 2 permet de faire clairement la part des choses. Les problèmes rencontrés le plus fréquemment ont été les suivants :

- Des calculs englobant tous les établissements sanitaires au lieu de se limiter aux centres supposés

**TABLEAU 2 : ÉVALUATION RAPIDE DES BESOINS DE SOINS OBSTÉTRICAUX  
D'URGENCE EN AFRIQUE DE L'OUEST<sup>7</sup>**

| INDICATEUR DE TRAITEMENT  | CAMEROUN<br>5 provinces sur 10,<br>7 481 920 habitants                | CÔTE D'IVOIRE<br>16 districts sur 46,<br>5 083 504 habitants  | MAURITANIE<br>Tous les centres<br>de SOE,<br>2 591 878 habitants   | NIGER<br>85 centres de SOE,<br>10 951 862 habitants                 | SÉNÉGAL<br>Tous les centres<br>de SOE, 9,8 millions<br>d'habitants    |
|---|---|---|--|---|---|
| <b>1. NOMBRE DE CENTRES DE SOE D'URGENCE</b><br>Pour 500 000 hab.<br>■ minimum 4 centres de SOE de base<br>■ minimum 1 centre de SOE complets   | 5 centres de SOE de base<br>21 centres de SOE complets<br>0,33<br>1,4 | 104 centres de SOE de base<br>15 centres de SOE complets<br>10,2<br>1,5                               | 1 centre de SOE de base<br>7 centres de SOE complets<br>0,2<br>1,4 | 54 centres de SOE de base<br>22 centres de SOE complets<br>2,5<br>1 | 5 centres de SOE de base<br>23 centres de SOE complets<br>0,25<br>1,7 |
| <b>2. RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES CENTRES DE SOE</b><br>la norme minimale (nombre de centres de SOE) au niveau local   | non disponible  | Centres de SOE de base dans 68,8 % des districts<br>Centres de SOE complets dans 81,3 % des districts | 7 centres de SOE complets dont 4 à Nouakchott                      | Accès limité dans les zones rurales                                 | non disponible  |
| <b>3. POURCENTAGE DES NAISSANCES DANS TOUS LES CENTRES DE SOE</b><br>Au moins 15 % des naissances<br>■ Tous les centres de SOE<br>■ Tous les établissements   | non disponible<br>5,9%  | 31,3%<br>45,1%  | non disponible<br>35%  | non disponible<br>11%   | 9.7%<br>28.6%   |
| <b>4. SATISFACTION DES BESOINS</b><br>Au moins toutes les femmes (100 %) souffrant de complications obstétricales sont traitées dans<br>■ Un centre de SOE, de base ou complets.<br>■ Tous les établissements | 3 %<br>8,2 %  | 42,8 %<br>non disponible  | non disponible<br>35 %   | non disponible<br>19,8 %  | 11,5 %<br>19,4 %  |
| <b>5. ACCOUCHEMENTS PAR CÉSARIENNE</b><br>Entre 5 % et 15 % de la totalité des accouchements  | 0,2 %   | 0,8 %   | 0,5 %  | 0,5 %   | 1,1 %   |
| <b>6. TAUX DE LÉTALITÉ</b><br>Taux de létalité lié à des complications obstétricales inférieur à 1 %  | 5,7 %   | 2,7 %   | 1,9 %  | 2,2 %   | 4 %   |

de soins obstétricaux d'urgence, de base ou complets;

- Une confusion entre les accouchements par personnel qualifié et les accouchements dans les centres de soins obstétricaux d'urgence, de base ou complets, ce qui ne se recoupe pas forcément;
- L'absence d'une définition claire des complications à inclure dans le calcul de l'indice de « satisfaction des besoins ».

La majorité des décès dus à des causes obstétricales étant liés à des complications nécessitant des services obstétricaux d'urgence, les indicateurs de processus concernent uniquement les établissements offrant des soins, de base ou complets, obstétricaux d'urgence. Les accouchements sans complications peuvent se dérouler hors milieu médical si la parturiente bénéficie des services d'une accoucheuse qualifiée. L'objectif n'est pas l'accouchement systématique dans un établissement de soins mais une couverture sanitaire spécialisée accessible à toutes les femmes en cas d'urgence.

Avec la pratique, les indicateurs de processus et leurs calculs deviendront plus précis et plus maniables, ce qui permettra les comparaisons entre pays. Surtout, les prestataires de services de santé acquerront progressivement la confiance nécessaire pour utiliser les indicateurs afin de contrôler et gérer le processus de leurs établissements et mesurer les progrès obtenus.

Le tableau 2 indique une situation mitigée : il y

a assez de centres de soins obstétricaux d'urgence complets mais trop peu de centres de soins obstétricaux d'urgence de base. En outre, le taux de fréquentation des centres de soins de base et complets est beaucoup trop faible, ce qui signifie que les besoins sont loin d'être satisfaits. En Côte d'Ivoire, par exemple, moins de la moitié (42,8 %) des femmes qui en ont besoin reçoivent des soins d'urgence. Au Cameroun, seulement 3 % des femmes souffrant de complications sont traitées dans les centres de soins obstétricaux d'urgence, alors que le niveau minimum acceptable fixé pour l'indicateur 4 est de 100 % au moins. Il faut toutefois noter que l'indicateur de satisfaction des besoins pour la Côte d'Ivoire qui atteste de l'immense progrès qui a été fait dans ce domaine au niveau national, est plus élevé que dans la plupart des autres pays en développement. Le taux d'accouchement par césarienne est largement en-dessous du seuil minimum de 5 % ( pour l'indicateur 5), même dans les zones urbaines. Les chiffres obtenus pour ces deux indicateurs montrent que la majorité des femmes souffrant de complications obstétricales dans les cinq pays considérés ne reçoivent aucun traitement, avec pour conséquence la mort ou des séquelles invalidantes. Les soins de qualité, indiqués par le taux de létalité, sont aussi insuffisants, puisque aucun des pays n'est en-dessous du seuil maximum de 1 % recommandé pour l'indicateur 6.



La collecte des données au Cameroun a porté sur cinq provinces. Elle a été précédée par des ateliers d'orientation destinés aux équipes chargées de la collecte des données en zones rurales. Les résultats d'un programme d'évaluation précédent ont été utilisés dans des ateliers pour sensibiliser les décideurs concernés, dont le secrétaire du Ministère de la santé, à l'importance de l'opération. Des méthodes de collecte des données parfois incohérentes ou mal adaptées, un personnel inadéquatement formé et le manque de participation des communautés ont été les principaux problèmes rencontrés.

**COUVERTURE :** D'après l'évaluation des besoins, la couverture en soins obstétricaux d'urgence est insuffisante (voir tableau 3 ci-après). Treize des centres de SOE ne fournissent pas les services attendus par manque de matériel et/ou de personnel.

La mauvaise gestion des ressources, notamment l'affectation du personnel, du matériel et des fournitures, est la principale cause de la sous-utilisation de la capacité des centres de soins. L'accès aux services d'urgence est difficile durant les heures creuses. La

nuit, les établissements manquent encore plus de personnel qualifié que durant la journée. Les centres de soins obstétricaux d'urgence de base, particulièrement dans les zones rurales, assurent rarement un service de nuit.

Dans les zones urbaines, les centres de SOE, de base et complets, ont suffisamment de médecins, de personnel infirmier et de sages-femmes. Dans les zones rurales, les centres de SOE complets sont toujours bien équipés en personnel mais les centres de SOE de base disposent, au mieux, de personnel infirmier et/ou d'aides-soignantes. Les établissements urbains sont, en général, ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre mais les soins obstétricaux d'urgence ne sont pas toujours assurés par du personnel qualifié. Dans de nombreux cas, le personnel auxiliaire est appelé à pratiquer des interventions dépassant ses compétences et le médecin n'est appelé qu'en cas d'urgence. Les établissements sanitaires ruraux sont parfois fermés la nuit et même, dans certains cas pendant les heures d'ouverture.

**TABLEAU 3: RÉSULTATS DANS CINQ PROVINCES DU CAMEROUN**

| PROVINCE     | POPULATION<br>TOTALE | INDICATEUR DE PROCESSUS 1 |                              |                      |                        |                              |                      |
|--------------|----------------------|---------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------|------------------------------|----------------------|
|              |                      | Centres de SOE complets   |                              |                      | Centres de SOE de base |                              |                      |
|              |                      | Nombre                    | Pour<br>500 000<br>habitants | Niveau<br>acceptable | Nombre                 | Pour<br>500 000<br>habitants | Niveau<br>acceptable |
| Centre       | 2 154 094            | 5                         | 1 16                         | oui                  | 0                      | 0                            | non                  |
| Est          | 692 183              | 1                         | 0 72                         | non                  | 0                      | 0                            | non                  |
| Extrême-Nord | 2 533 953            | 7                         | 1 35                         | oui                  | 5                      | 0,95                         | non                  |
| Nord         | 1 604 000            | 3                         | 0 94                         | non                  | 0                      | 0                            | non                  |
| Sud          | 497 690              | 5                         | 5 02                         | oui                  | 0                      | 0                            | non                  |
| <b>TOTAL</b> | <b>7 481 920</b>     | <b>21</b>                 | <b>1,4</b>                   | <b>oui</b>           | <b>5</b>               | <b>0,33</b>                  | <b>NON</b>           |

**FRÉQUENTATION** : Seulement 5,9 % des accouchements ont lieu dans des établissements de soins (calcul sur tous les établissements; le minimum acceptable pour l'indicateur 3 est de 15 % pour les centres de soins obstétricaux d'urgence). L'indice de satisfaction des besoins a été estimé à 3 %, alors que le minimum acceptable pour l'indicateur 4 est fixé à 100 %. Les accouchements par césarienne, avec 0,2 %, sont largement en-dessous de la barre des 5 % de l'indicateur 5. Le coût des services est extrêmement variable. Les examens médicaux et les accouchements par césarienne sont extrêmement chers en zone urbaine, alors que les coûts en zone rurale sont bien plus abordables.

**QUALITÉ** : Les données proviennent des registres des naissances, des registres des interventions chirurgicales et des registres des admissions en urgence. Ces données fournissent probablement une image incomplète car de nombreux décès ne sont pas enregistrés. La figure 1 plus loin donne le taux de létalité pour les cinq provinces étudiées. Il

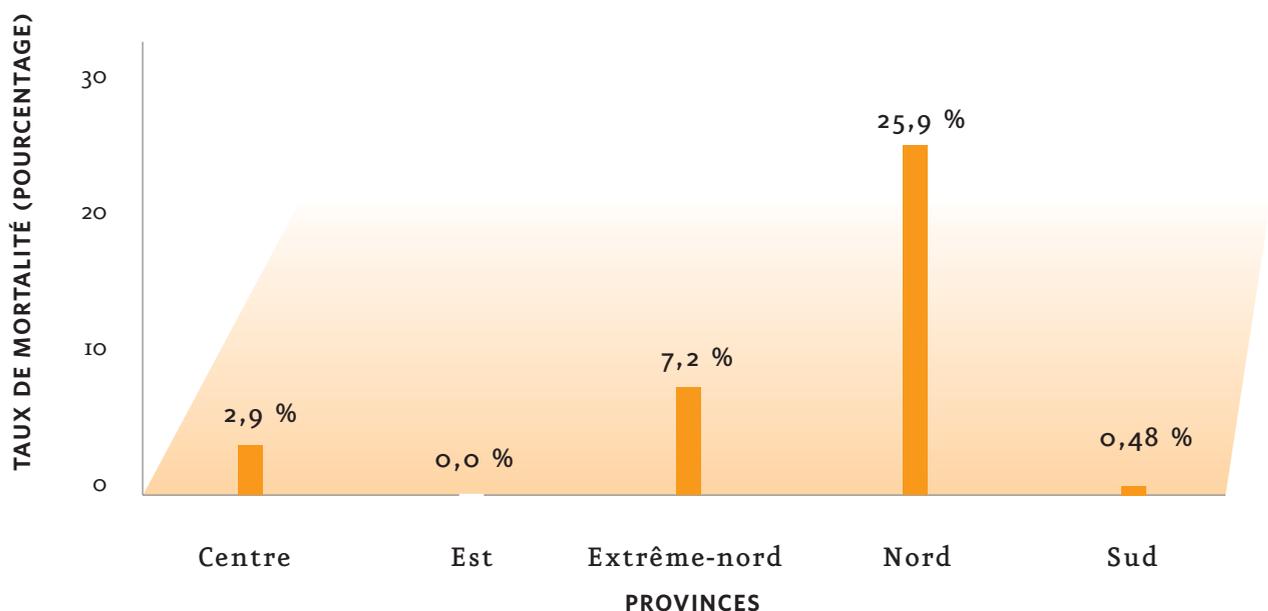
est inférieur à 1 %, le niveau fixé pour l'indicateur 6, dans deux provinces seulement.

La majorité des décès enregistrés aurait peut-être pu être évitée grâce à du personnel qualifié, à des systèmes d'aiguillage vers les services appropriés et des transports d'urgence plus performants et aux matériel et fournitures requis. Les lenteurs de l'aiguillage des patients vers des services plus compétents et de leur prise en charge dans les centres de soins tertiaires contribuent aussi au taux élevé de mortalité maternelle, tout comme l'incapacité de lutter contre les infections.

**STRATÉGIES POUR AMÉLIORER LES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE** :

L'analyse des données a permis de définir des mesures pour renforcer la couverture en services d'urgence et la qualité des soins, notamment en assurant un service fiable vingt-quatre heures sur vingt-quatre. La restructuration des services permettra d'améliorer la gestion logistique. Les ressources financières et matérielles seront décentralisées, du personnel

**FIGURE 1 : TAUX DE LÉTALITÉ DANS LES CINQ PROVINCES ÉTUDIÉES AU CAMEROUN**



recruté et formé, des fonds dévolus à l'achat des fournitures et du matériel et les systèmes d'information sanitaire améliorés pour suivre les progrès. En particulier, la réorganisation de la formation au niveau du district, l'adoption de normes et procédures, leur diffusion et leur application contrôlée aideront à renforcer les compétences du personnel traitant les complications obstétricales. Il est aussi nécessaire de faire une analyse approfondie du coût des services obstétricaux d'urgence, notamment des accouchements par césarienne. Des recherches poussées sur les facteurs de la médicalisation moderne de la grossesse et de l'accouchement aideront à concevoir des stratégies pour améliorer les soins puerpéraux.

Ces données sont utilisées dans les stratégies du programme afin d'améliorer les soins maternels au Cameroun. Les services seront réorganisés pour intégrer les soins obstétricaux d'urgence dans tout l'éventail de soins génésiques prévus dans la stratégie nationale. L'objectif est de décentraliser la gestion des programmes de santé génésique pour une meilleure efficacité. Les établissements sanitaires, locaux et régionaux, recevront un appui soutenu des autorités nationales, y compris pour la formation à l'échelon local. Une aide nationale et locale sera fournie pour les études et les recherches qui contribueront à renforcer les programmes existants. En outre, les activités d'évaluation et de suivi ainsi que la coordination des activités et de l'assistance des partenaires du développement seront aussi facilitées.

Plus précisément, il faudra, pour renforcer les services d'urgence, améliorer les soins obstétricaux

essentiels et leur qualité; instaurer un système d'aiguillage performant; encourager la participation des communautés aux coûts et l'instauration de systèmes de transport d'urgence pour les femmes souffrant de complications.

À mesure que le nombre et la qualité des services et de leur qualité augmenteront, la demande suivra. Cette accroissement rendra nécessaire l'adoption de stratégies de mobilisation communautaire et d'information, d'éducation et de communication pour chaque groupe cible. Ces stratégies, destinées aux adolescents, encourageront et étayeront le développement des services de santé génésique et de l'information dans ce domaine.

**SUIVI :** Les indicateurs de processus serviront à suivre l'amélioration des services de soins d'urgence dans le cadre des outils mis au point pour le projet *Making Safe Motherhood a Reality* (Faire de la maternité sans risque une réalité). Ils seront régulièrement mis à jour et adaptés pour intégrer les variables relatives à la mortalité infantile, à la formation et au suivi. Il s'agit principalement de la collecte systématique des données relatives aux accouchements, au personnel de santé (dont la formation reçue) et la date et les résultats de leurs dernières évaluations.

Une grande partie de ces informations proviendra de bases de données existantes, dont les registres d'accouchement des établissements de soins, les listes d'aiguillage des hôpitaux et des cahiers des superviseurs, ou encore les registres des blocs opératoires, les diagrammes, les partographes et les registres de consultation des hôpitaux. Les états du personnel fourniront un complément d'information sur la répartition du personnel.



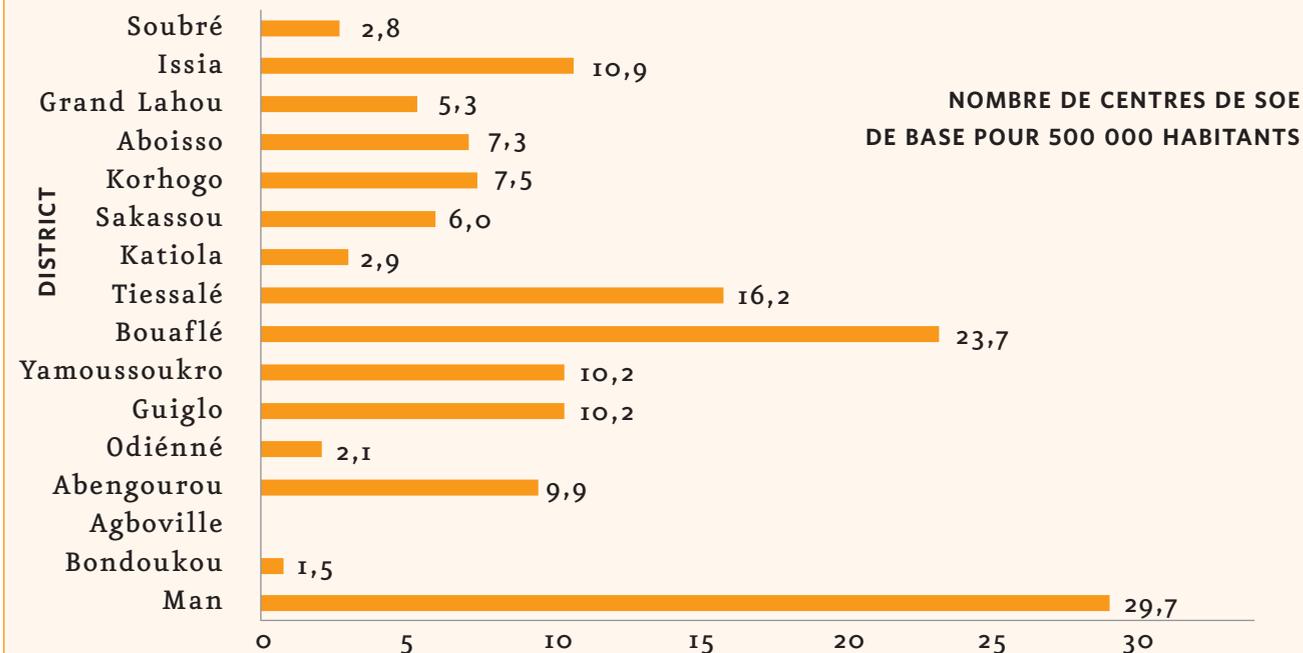
Une évaluation détaillée des établissements sanitaires a été réalisée dans 16 des 46 districts que compte le pays. Les données ont été recueillies en mars et avril 2001 par des équipes de recherche nationales et locales, à partir des registres et autres états et auprès des prestataires de soins. De nombreux rapports d'activité ne consignent ni les complications obstétricales, ni les décès maternels ni les complications post-partum. Les systèmes d'aiguillage, les protocoles d'admission et les descriptions des tâches posent également des problèmes.

**COUVERTURE :** Les figures 2 et 3 donnent la répartition des centres de SOE de base et complets, par district.

Néanmoins, si 50 % de la population a accès aux établissements de soins, de nombreuses femmes restent en dehors de la zone couverte par les infrastructures sanitaires. En outre, le système d'aiguillage ivoirien manque d'efficacité et l'accès aux ambulances et autres moyens de transport est limité.

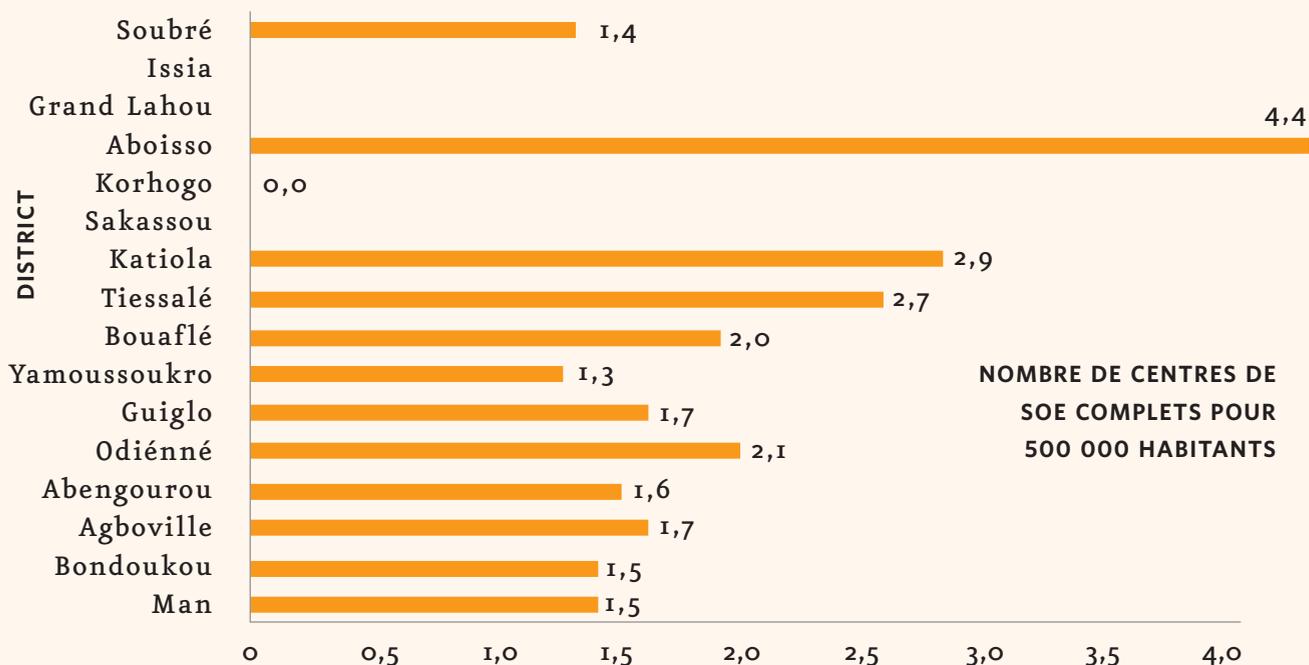
Six établissements de soins d'urgence classés « de base » pourraient devenir des centres de SOE complets s'ils disposaient des ressources requises. Actuellement, les établissements de Korhogo et de Bouaflé ne peuvent pas satisfaire la demande en transfusion sanguine, et ceux de Tiébissou, Tiessalé, Grand Lahou et Issia n'ont pas de bloc opératoire en état de marche.

**FIGURE 2 : COUVERTURE EN SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE DE BASE EN CÔTE D'IVOIRE**



NOTE: L'absence de données indique que ces districts n'ont pas été inclus dans l'échantillon.

**FIGURE 3 : COUVERTURE EN SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE COMPLETS EN CÔTE D'IVOIRE**



NOTE: L'absence de données indique que ces districts n'ont pas été inclus dans l'échantillon.

Tous les centres de soins essentiels, de base et complets, remplissent les normes recommandées en personnel : infirmières et sages-femmes pour les centres de SOE de base; infirmières, sages-femmes, généralistes, obstétriciens/gynécologues et chirurgiens pour les centres de SOE complets. Les établissements ruraux sont ouverts et équipés en personnel vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Dans les établissements urbains, un système d'alerte permet aux sages-femmes et aux médecins d'intervenir lorsqu'il y a urgence. Toutefois, les établissements ruraux et urbains manquent souvent des médicaments indispensables.

Pratiquement tous les établissements de soins ont des difficultés à se procurer les médicaments, matériel et fournitures requis et les bâtiments ont souvent besoin de réparation. Il est nécessaire de recruter du personnel et d'améliorer la formation du personnel existant. Ces problèmes sont communément liés à une mauvaise répartition géographique

des établissements de soins, une mauvaise planification des ressources humaines, une gestion inefficace des médicaments et des fournitures, et à un suivi, une supervision et une évaluation inadéquats des activités.

**FRÉQUENTATION :** Un peu plus de 31 % des accouchements se déroulent dans des centres de soins obstétricaux d'urgence, de base ou complets, soit un pourcentage supérieur à celui de l'indicateur 3. Le taux de satisfaction des besoins en soins obstétricaux d'urgence s'élève à 42,8 % par district, ce qui est inférieur au niveau acceptable mais supérieur au pourcentage dans de nombreux autres pays en développement. Seulement 0,8 % des femmes accouchent par césarienne (le niveau acceptable étant entre 5 et 15 % d'après l'indicateur 5).

**QUALITÉ :** Le taux moyen de létalité s'élève à 2,7 % pour les 16 districts, avec un maximum de 7,9 % dans le district de Soubré, comme le montre la figure 4.

## STRATÉGIES POUR AMÉLIORER LES SERVICES OBSTÉTRICAUX D'URGENCE :

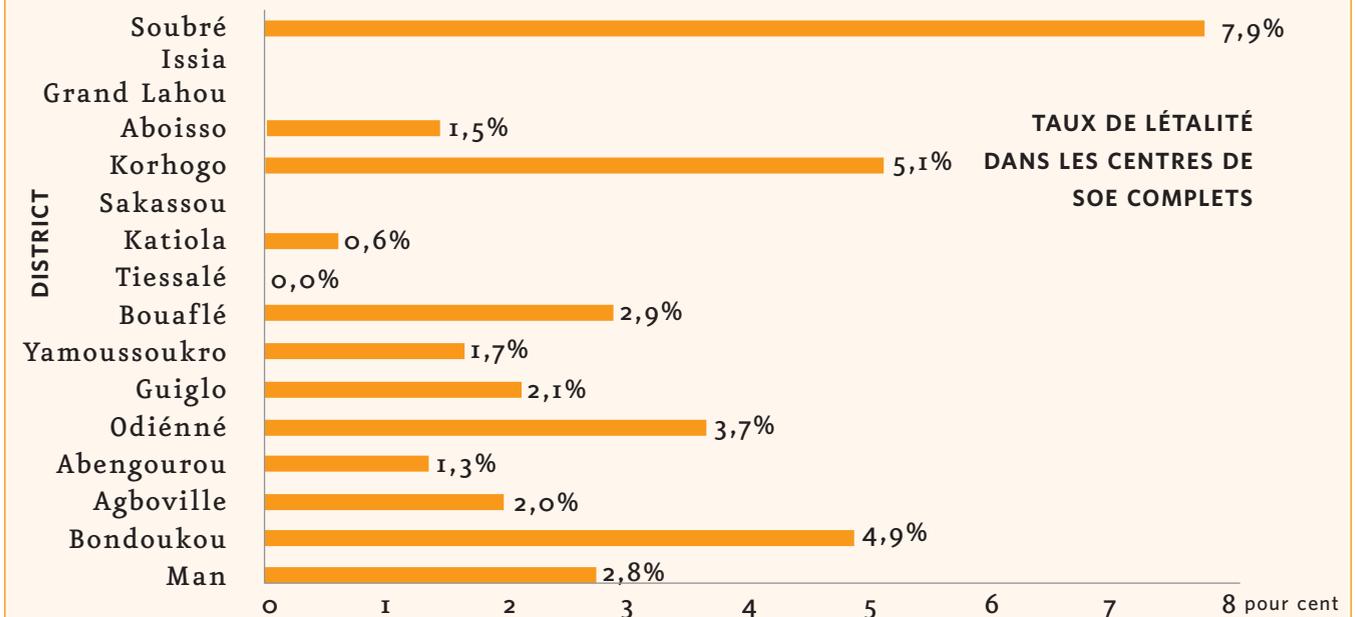
Le Plan national 1996-2005 pour le développement du secteur de la santé pose la réduction de la mortalité maternelle comme priorité nationale. L'évaluation des besoins sert pour les stratégies visant à améliorer l'accessibilité aux services obstétricaux d'urgence, et leur qualité, et à encourager leur fréquentation.

Au niveau du district, il faut en priorité élargir la couverture de soins obstétricaux d'urgence en équipant les services obstétricaux d'urgence pour qu'ils fonctionnent à pleine capacité, en améliorant le recrutement du personnel et les systèmes d'approvisionnement en médicaments. Pour les centres de SOE complets, la priorité est axée sur l'équipement des blocs opératoires et des services de transfusion sanguine. Une politique des médicaments essentiels et la fourniture de médicaments à prix réduits sont

nécessaires. L'emploi des médicaments génériques devrait également être encouragé pour diminuer les coûts. Un système complet de fourniture de médicaments essentiels, avec création d'une centrale de vente permettant à tous les centres de soins de bénéficier de crédits, d'un rabais de 10 % et d'un paiement différé est prévu.

**SUIVI :** Le suivi sera assuré au niveau du district et intégré dans les systèmes de suivi existants. Des équipes locales et de district seront chargées de la collecte des données, de l'élaboration et de l'utilisation des indicateurs. Cependant, l'insuffisance des ressources et du personnel d'appui pourrait contrecarrer ces plans.

FIGURE 4: TAUX DE LÉTALITÉ EN CÔTE D'IVOIRE



NOTE: L'absence de données indique que ces districts n'ont pas été inclus dans l'échantillon.



Les infrastructures sanitaires mauritaniennes sont principalement concentrées dans le district de Nouakchott, la capitale. Les données portent sur 67 établissements de santé répartis dans treize wilayas (districts). Les principaux problèmes recensés ont été le manque de personnel – souvent peu motivé et mal informé – et l’absence de supervision.

**COUVERTURE :** Une seule wilaya, Tiris Zemour, a un centre de SOE de base, alors que le pays, avec 2 591 878 habitants, demanderait, selon les indicateurs de traitement, au moins 20 centres de SOE de base bien répartis sur le territoire. Sur sept centres de SOE complets, quatre sont à Nouakchott et hors d’atteinte pour la plupart des femmes ayant besoin d’une intervention chirurgicale ou d’une transfusion sanguine.

Certains établissements, qui pourraient fournir des soins obstétricaux d’urgence de base ou complets sont sous-utilisés – notamment ceux de Bir Mogrein et Tichit. Tous les établissements manquent de personnel et 75 % d’entre eux d’équipement (matériel et fournitures), ce qui les empêche de fournir des soins obstétricaux d’urgence de qualité acceptable. Le manque d’équipement tient largement à la mauvaise gestion du matériel, des fournitures et des fonds, ainsi qu’au mauvais entretien des établissements. Globalement, le système de santé national souffre d’un manque de supervision centrale et d’une mauvaise gestion des ressources humaines.

**FRÉQUENTATION :** Les indicateurs ont été calculés d’après le nombre de naissances recensés dans l’ensemble des établissements de santé – centres de SOE complets ou de base, et autres. Le taux d’accouchement par césarienne s’élève à

0,5 % alors que l’indicateur 5 situe le niveau acceptable entre 5 et 15 %. En d’autres termes, la grande majorité des femmes ayant besoin d’une intervention chirurgicale ne sont pas opérées et décèdent ou restent handicapées. Les difficultés de transport liées aux distances et au mauvais état des routes – une situation qui empire durant la saison des pluies – font également obstacle à la fréquentation des centres de soins. En outre, les systèmes de transport régulier sont rares. Le prix est également un handicap, un accouchement normal par voie basse en hôpital coûtant entre 3 000 et 7 500 ouguiyas (UM), et une césarienne entre 16 000 et 20 000 UM. (Le salaire mensuel moyen d’un fonctionnaire est 15 000 UM.)

**QUALITÉ :** Le taux moyen de létalité (indicateur 6) s’élève à 1,9 %. Ces chiffres ont été obtenus à partir des registres de décès et de naissance, des rapports d’exploitation et des rapports d’activité mensuelle. La qualité des données est irrégulière. D’après ces sources, la majorité des décès est due à des hémorragies ou à des ruptures d’utérus. Le manque de qualification et de motivation du personnel de santé influe aussi négativement sur la qualité des soins.

## **STRATÉGIES POUR AMÉLIORER LES SOINS OBSTÉTRICAUX D’URGENCE :**

Plusieurs actions ont été lancées pour améliorer la qualité des soins puerpéraux. Ces programmes visent à développer les infrastructures en construisant des établissements de santé, ou en les rénovant et les agrandissant; en assurant l’accès aux fournitures et au matériel; en formant le personnel en place; en améliorant les systèmes nationaux, régionaux et locaux d’évaluation et de suivi. Les principales

initiatives portent sur la qualité des services de soins génésiques et d'hygiène sexuelle, la sécurité des transfusions sanguines, la création d'une centrale d'achat de médicaments, la réforme de l'Institut national de formation des sages-femmes. Les résultats de l'évaluation aideront à améliorer l'efficacité de ces programmes.

Le programme pour une maternité sans risque à Nouakchott – coordonné par les ministères de la santé et des affaires sociales ainsi que l'Hôpital national central et soutenu par le Gouvernement français et l'OMS – pourrait être reproduit à l'échelon national. Ses activités, dont des études périnatales et socio-anthropologiques et l'évaluation de l'état de santé génésique dans la capitale, s'appuient sur une analyse de situation précise avec étude et utilisation des normes et directives de l'OMS.

Le principe de base est qu'il faut renforcer la couverture sanitaire avant d'installer un système d'aiguillage efficace. Le programme prévoit à Sebkhla la construction d'un bloc opératoire pour les accouchements avec deux salles d'opération, un service de réanimation et la fourniture de matériel. En outre, le nouvel hôpital de Cheikh Zayed offre un service de soins puerpéraux. Une politique nationale de transfusion sanguine va être instaurée et son application suivie régulièrement.

La formation du personnel permettra de renforcer les services des centres de SOE d'urgence de base et complets. La formation de 100 sages-femmes, l'organisation régulière de séminaires de formation pour les médecins dans les établissements de soins et la création d'une bibliothèque dans chaque établissement font partie des mesures prévues. En outre, 12 sages-femmes seront formées à l'utilisation des sonogrammes. Le centre de formation de Teyaret a été choisi comme site pilote.

La mobilisation sociale permettra notamment de

créer des comités d'usagers dans les établissements de santé pour favoriser le dialogue entre prestataires de service et patients. Sont aussi prévus la création de comités au sein des établissements, le renforcement des contrôles administratifs, une meilleure répartition géographique du personnel compétent et l'éducation permanente de l'ensemble du personnel. Des efforts seront faits pour améliorer la communication entre les centres ruraux et de district. Enfin, un comité consacré à la prévention de la mortalité maternelle sera crée.

Au niveau national, il s'agira de sensibiliser les formateurs régionaux aux normes et procédures applicables aux soins obstétricaux d'urgence et d'instaurer une politique des ressources humaines plus complète et prévoyant des systèmes de gestion efficace. Les systèmes d'aiguillage et de retour de l'information seront également renforcés, y compris par la création d'un système de suivi et de supervision. Des mesures seront prises pour mobiliser les communautés et les impliquer dans la création d'un système de financement.   cet effet, il convient de mentionner un projet UNFPA/OMS/UNICEF financé par la Fondation des Nations Unies, visant à améliorer la qualité des soins par la création de partenariats entre prestataires de services et usagers.

**SUIVI :** Les systèmes de collecte des données seront améliorés et uniformisés par souci d'efficacité. La formation pratique des directeurs d'établissements de soins et de leur personnel à la collecte de données et au calcul des indicateurs les sensibilisera à l'importance du suivi pour améliorer l'efficacité des services. Leur désintérêt actuel tient à la diffusion irrégulière des données et à leur incapacité de les utiliser efficacement.

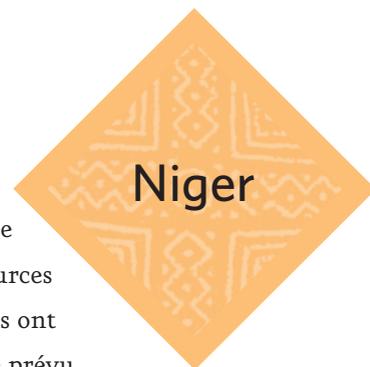
Un plan de suivi sera adopté qui prévoira des rapports mensuels sur les soins obstétricaux d'urgence, des rapports régionaux trimestriels et

des rapports d'activité nationaux annuels ou semestriels. Les données seront tirées des rapports et registres de naissance et d'intervention chirurgicale et des dossiers prénatals et postnatals. En plus des données recueillies pour établir les indicateurs de processus, les renseignements sur le nombre de complications traitées et de transferts d'urgence

effectués seront régulièrement collectés.

Le système national d'information sanitaire actuel sera utilisé pour traiter et enregistrer les données. La création de nouveaux réseaux ne sera pas nécessaire mais il faudra améliorer le système existant et impliquer ses directeurs régionaux.





L'enquête a porté sur l'ensemble du pays. Les données ont été recueillies entre février et avril 2001 auprès de 85 établissements offrant théoriquement des soins obstétricaux d'urgence (22 centres de SOE complets et 63 de base). Les registres des accouchements et les partographes, les fichiers de maternité des hôpitaux, les fichiers des interventions chirurgicales et des avortements ont été les principales sources d'information. Les registres et les certificats de naissance et de décès ont également fourni des renseignements utiles, tout comme les cartes d'identité des patientes. Les rapports d'activité des cours de formation assurés par les établissements de soins ont été analysés et d'autres sources d'information comme les feuilles de température ont aussi été utilisées.

La collecte des données a été difficile. Les registres de décès sont mal tenus et le nombre des décès incertain. La qualité des données varie énormément selon les régions, et l'âge des femmes est rarement noté. Les complications à l'origine des décès néonataux et maternels sont rarement consignées.

L'étendue de la zone d'enquête, le manque d'uniformisation des sources et la mauvaise tenue des registres ont rendu la collecte plus longue que prévu.

**COUVERTURE :** Le nombre des centres de soins obstétricaux d'urgence, de base et complets, est inférieur aux prévisions. Les établissements n'offrent pas les services attendus, principalement parce que les quotas de sages-femmes, médecins urgentistes, personnel chirurgical et anesthésistes ne sont pas remplis.

La région d'Agadès est extrêmement vaste, d'où un accès difficile aux services obstétricaux d'urgence, sauf pour la population urbaine. Diffa a une bonne couverture sanitaire malgré son habitat dispersé. Par contre, la couverture sanitaire est insuffisante à Tahoua, Dosso, Maradi et Zinder alors que leur habitat est fortement concentré. Comme dans de nombreux autres pays, le manque de personnel qualifié et sa mauvaise répartition géographique contribuent à la mauvaise qualité des soins obstétricaux d'urgence. Une formation

**TABEAU 4: COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES TRAITÉES AU NIGER**

| RÉGION             | POPULATION        | NAISSANCES PRÉVUES | COMPLICATIONS PRÉVUES | COMPLICATIONS TRAITÉES | % DES BESOINS SATISFAITS |
|--------------------|-------------------|--------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------|
| Agadès             | 407 084           | 21 168             | 3 175                 | 1 678                  | 52,85                    |
| Dosso              | 1 590 261         | 82 694             | 12 404                | 954                    | 7,69                     |
| Diffa              | 221 482           | 11 517             | 1 727                 | 352                    | 20,38                    |
| Maradi             | 2 201 129         | 114 459            | 17 168                | 2 411                  | 14,04                    |
| Zinder             | 2 098 884         | 109 142            | 16 371                | 5 815                  | 35,52                    |
| Tahoua             | 1 905 960         | 99 110             | 148 666               | 2 055                  | 1,38                     |
| Tillabéri          | 2 022 256         | 105 157            | 15 773                | 725                    | 4,60                     |
| C. U. Niamey       | 685 650           | 35 862             | 10 284                | 3 218                  | 31,29                    |
| <b>Total Niger</b> | <b>11 136 706</b> | <b>579 109</b>     | <b>86 866</b>         | <b>17 218</b>          | <b>19,82</b>             |

**TABLEAU 5: POURCENTAGE D'ACCOUchemENTS PAR CÉSARIENNE AU NIGER**

| RÉGION             | POPULATION        | NAISSANCES PRÉVUES | NOMBRE D'ACCOUchemENTS PAR CÉSARIENNE | NOMBRE D'ACCOUchemENTS PAR CÉSARIENNE |
|--------------------|-------------------|--------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Diffa              | 221 482           | 11 517             | 39                                    | 0,33                                  |
| Dosso              | 1 590 261         | 82 694             | 194                                   | 0,23                                  |
| Maradi             | 2 201 129         | 114 459            | 541                                   | 0,47                                  |
| Zinder             | 2 098 884         | 109 142            | 299                                   | 0,27                                  |
| Agadez             | 407 084           | 21 168             | 83                                    | 0,39                                  |
| Tahoua             | 1 905 960         | 99 110             | 534                                   | 0,53                                  |
| Tillabéri          | 2 022 256         | 105 157            | 101                                   | 0,096                                 |
| C.U. Niamey        | 685 650           | 35 862             | 1 100                                 | 3,06                                  |
| <b>Total Niger</b> | <b>11 132 706</b> | <b>579 109</b>     | <b>2 891</b>                          | <b>0,49</b>                           |

insuffisante, le manque de matériel et de fournitures aggravent encore la situation, tout comme les distances à parcourir et le système d'aiguillage déficient.

**FRÉQUENTATION** : Les tableaux 4 et 5 renseignent sur la fréquentation des établissements de santé. Le nombre des complications obstétricales a été calculé pour tous les établissements et non pas seulement pour les centres de soins obstétricaux d'urgence. Le pourcentage des accouchements par césarienne (0,5 %) est largement inférieur au niveau acceptable de 5 %.

Le faible taux de fréquentation est dû en particulier au manque de confort des centres, les patients se plaignant de leur surpopulation et du manque de motivation et de gentillesse du personnel. Une autre raison importante est le coût des soins, beaucoup trop élevé pour la majorité de la population bien qu'un prix plafond ait été fixé pour les femmes sans ressources. Les médicaments et les fournitures aussi coûtent cher. La population dispersée, le mauvais état des routes et des moyens de transport contribuent aussi au faible taux d'utilisation.

L'insuffisance de formation pourrait notamment

expliquer le manque de motivation du personnel qui, dans sa grande majorité, ne maîtrise pas les techniques requises ni n'a été formé à l'application des protocoles, normes et procédures.

Dans les zones urbaines, les équipes soignantes de service sont tenues d'être présentes dans l'établissement. Dans les zones rurales, les prestataires de soins peuvent rester chez eux en alerte et sont appelés en cas d'urgence, ce qui pose problème car ils habitent souvent loin de l'établissement. Une solution possible serait de loger les médecins et les sages-femmes à proximité de leur lieu de travail.

**QUALITÉ** : Comme le montre le tableau 2, le taux de létalité atteint 2,2 %, ce qui est supérieur au minimum acceptable de l'indicateur 6.

#### **STRATÉGIES POUR AMÉLIORER LES SERVICES OBSTÉTRICAUX D'URGENCE :**

Le renforcement du Programme national de santé génésique, en partenariat avec l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS, la Banque africaine de développement et l'Union européenne, permettra d'améliorer les services obstétricaux d'urgence. D'autres programmes visent également le renforcement de la couverture en soins obstétricaux d'urgence de base :

■ Une augmentation passant de 3,18 à 4,36 établissements en moyenne pour 500 000 habitants dans les régions prioritaires de Diffa, Maradi, Tillabéri, Agadès et Zinder, en formant les prestataires de soins aux techniques d'extraction pneumatique et en introduisant la santé génésique dans le cursus de formation.

■ Une augmentation des centres de soins d'urgence complets, d'un taux moyen légèrement inférieur à 1 pour 500 000 habitants à 1,98, dont 21 établissements dans les régions prioritaires de Maradi, Diffa, Agadès, Zinder, Tillabéri, Tahoua, Dosso et Niamey.

Globalement, les activités viseront, pour tous les centres de soins obstétricaux d'urgence, à améliorer les systèmes d'aiguillage, la tenue des registres et la collecte des données, la logistique et les communications, ainsi que la supervision et la formation. La formation du personnel est essentielle et doit prévoir l'apprentissage des techniques d'extraction pneumatique. Des réunions techniques de formation seront organisées et contrôlées au niveau national.

La gestion des équipes de soins permettra de renforcer la qualité des services fournis. Il faudra également prévoir l'instauration d'un système de recouvrement des coûts pour les médicaments, et la création de centres régionaux et sous-régionaux d'achat.

La décentralisation du système de santé et le développement des districts sanitaires existants aidera à améliorer les services des soins d'urgence. Une évaluation précise du prix des soins pour tenir

compte du coût des services et des capacités de paiement des patients devrait encourager la fréquentation des services.

Une fois la qualité des services améliorée, on cherchera à élargir la fréquentation des établissements et la participation des communautés à leur gestion dans le cadre de différents comités, ainsi qu'à impliquer les organisations non gouvernementales.

**SUIVI :** Les informations recueillies et synthétisées serviront surtout à élaborer de nouvelles normes et procédures de soins. La collecte des données sera assurée régulièrement et son contrôle amélioré. Une analyse des populations mal desservies est prévue pour mesurer les niveaux d'accessibilité et de fréquentation des services et les besoins des patients en vue de projets ultérieurs.

Dans le but d'améliorer les services, un système de suivi et d'évaluation est en cours d'instauration. Un système d'indicateurs accompagnera tous les registres de maternité – naissances assistées, complications obstétricales traitées et accouchements par césarienne. Ce plan d'action pour contrôler tous les niveaux de service sera élaboré lors d'un atelier national. Toutes les parties prenantes participeront aux réunions de coordination et de suivi, dont les conclusions seront utilisées pour le Système national d'information sanitaire prévu pour 2002.

Le manque de fonds, de données, notamment sur les décès, et de définition consensuelle des complications obstétricales sont les principaux problèmes.



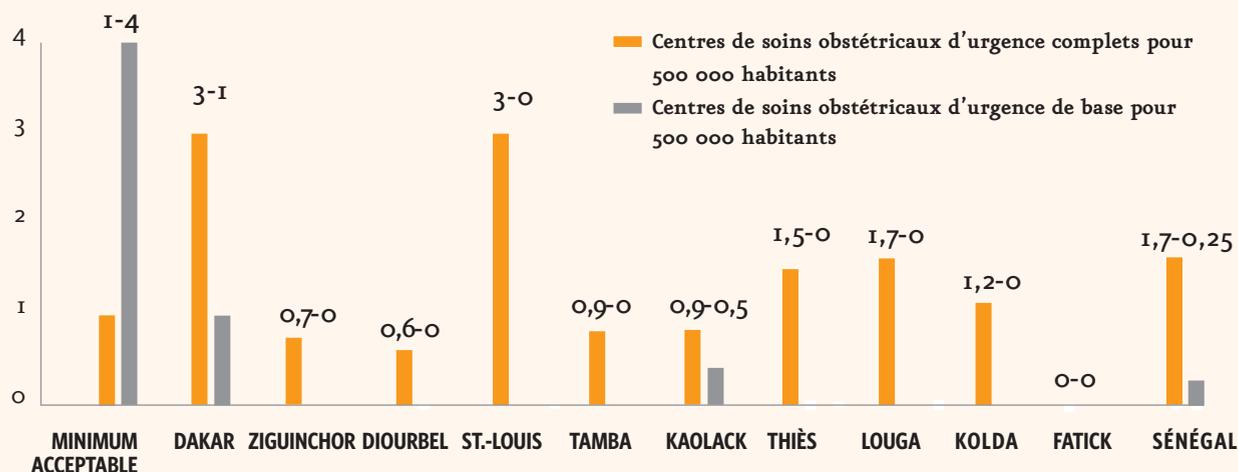
Une évaluation détaillée des besoins a été faite en tenant compte des nombreux autres projets d'évaluation en cours, dont une évaluation des services obstétricaux essentiels dans la région de Tambacounda entreprise par l'OMS, et une étude épidémiologique de la dystocie pelvienne (réalisée par le Gouvernement français en collaboration avec l'OMS). L'évaluation des besoins a commencé par l'identification et le classement des ressources nationales, tous établissements de soins – publics et privés – confondus.

**COUVERTURE :** Comme l'indique la Figure 5, les centres de soins obstétricaux d'urgence de base qui fonctionnent réellement au Sénégal sont très peu nombreux. Cela est principalement dû au manque de personnel compétent pour les accouchements assistés (avec utilisation d'un forceps ou d'une ventouse obstétricale). La plupart des établissements offrent tous les services sauf la ventouse obstétricale, et ils sont classés comme « établissements potentiels de soins obstétricaux d'urgence de base ».

Le personnel médical qualifié est insuffisant. En moyenne, il y a un gynécologue pour 30 458 femmes en âge de procréer. Cette pénurie va s'aggravant puisque, apparemment, les effectifs médicaux diminuent à mesure que la population augmente. La répartition géographique du personnel soignant qualifié explique aussi en partie l'accès réduit aux soins appropriés. Malheureusement, la grande majorité du personnel qualifié (76 %) travaille dans la capitale (alors que seulement 41 % de la population vit en ville), ce qui rend les soins obstétricaux d'urgence inaccessibles à la plupart des femmes.

**FRÉQUENTATION :** Près de 9,7 % des accouchements ont lieu dans des centres de soins obstétricaux d'urgence, alors que le minimum acceptable est fixé à 11,5 %. Les figures 6 et 7 donnent le pourcentage des naissances et des complications traitées sur l'ensemble des établissements de santé et non pas seulement dans les centres de soins obstétricaux d'urgence. Peu de complications obstétricales sont

**FIGURE 5 : COUVERTURE EN SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE AU SÉNÉGAL**



traitées au Sénégal, d'où la très forte mortalité maternelle (510 décès pour 100 000 naissances vivantes). En outre, le nombre de césariennes (1,1 %) est très en-dessous du minimum acceptable.

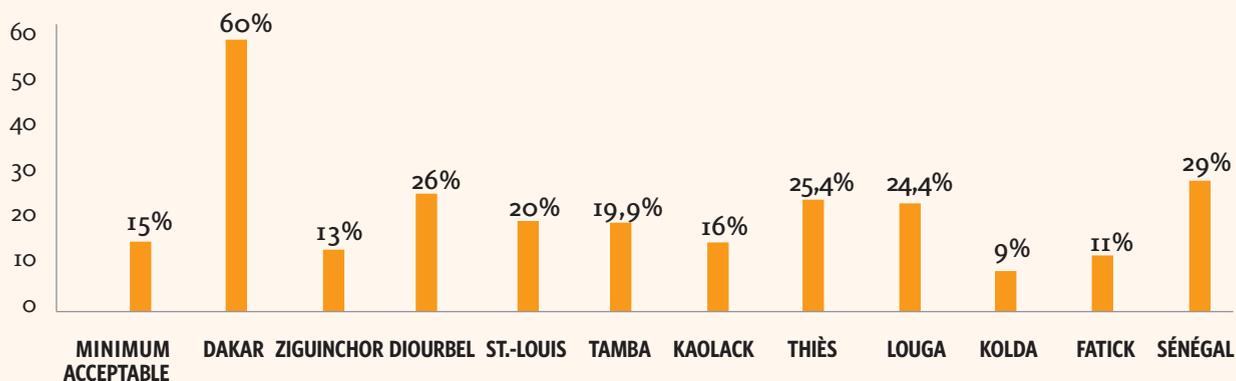
**QUALITÉ :** Le taux de létalité est élevé, 4 % sur l'ensemble des centres de soins obstétricaux d'urgence (Figure 8). L'hémorragie et l'éclampsie sont les principales causes médicales de décès. Le personnel est très insuffisant, et il y a un besoin

urgent de prestataires compétents et de meilleures méthodes de traitement.

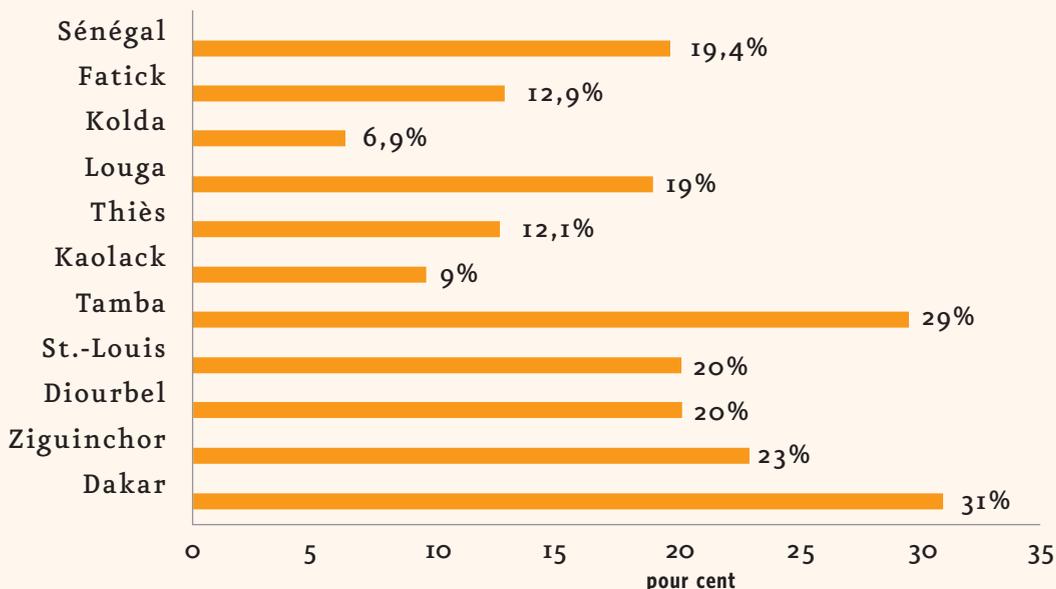
**STRATÉGIES POUR AMÉLIORER LES SERVICES OBSTÉTRICAUX D'URGENCE :**

L'évaluation recense les domaines dans lesquels il faudrait intervenir. Un certain nombre de mesures sont proposées, dont la formation du personnel est probablement la mesure la plus importante :

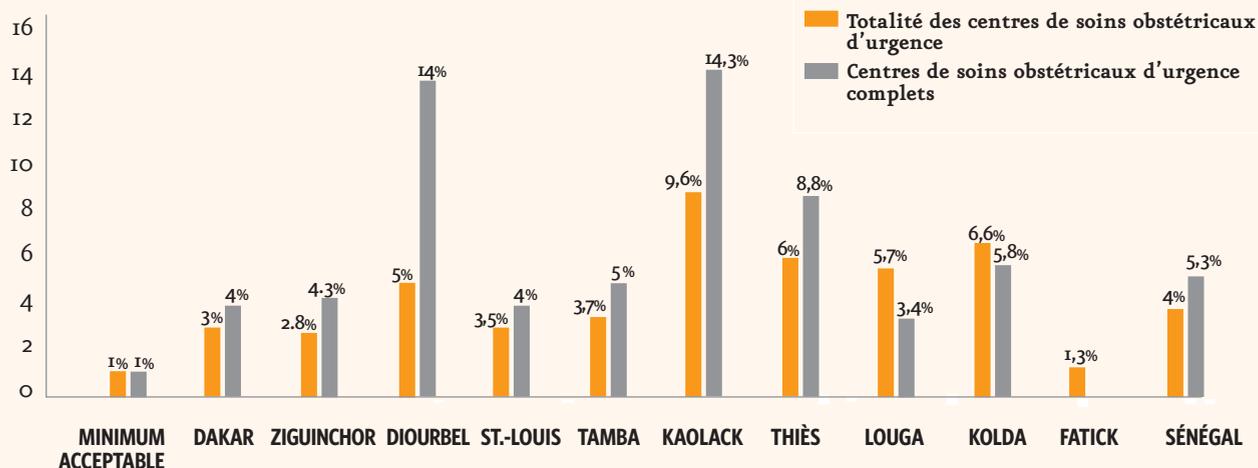
**FIGURE 6 : POURCENTAGE DES NAISSANCES SUR L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS AU SÉNÉGAL**



**FIGURE 7 : TRAITEMENT DES COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES SUR L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS AU SÉNÉGAL**



**FIGURE 8 : TAUX DE LÉTALITÉ DANS LES CENTRES DE SOE DU SÉNÉGAL**



- Formation accélérée des gynécologues et des sages-femmes à l'accouchement par ventouse

- Adoption d'un plan national de formation à long terme sur le diagnostic et le traitement des complications obstétricales : élaboration d'un programme détaillé de formation pour les médecins et les sages-femmes, d'un programme de formation aux soins obstétricaux d'urgence pour les infirmières en chef appelées à superviser des accouchements assistés dans leur service, et formation d'anesthésistes et de sages-femmes.

- Rénovation et équipement des établissements.

- Décentralisation des postes budgétaires pour le personnel du Ministère de la santé.

- Amélioration de l'accès aux centres de soins obstétricaux d'urgence, y compris répartition géographique et accessibilité financière.

- Approvisionnement des établissements de soins en sang et formation de leur personnel soignant à faire des transfusions sanguines et des césariennes, amélioration des transports pour l'aiguillage des patientes (téléphone/radio, ambulances, transports communautaires, etc.).

- Formation des sages-femmes et décentralisation des postes pour améliorer l'accès à un personnel qualifié durant l'accouchement.

- Sensibilisation de la population à l'importance d'une assistance qualifiée à l'accouchement, à l'hospitalisation lorsque nécessaire et mobilisation communautaire pour accélérer la prise en charge médicale.

**SUIVI :** Selon les évaluations, un suivi national continu est nécessaire. Une colonne sera prévue dans les rapports d'activité mensuels et semestriels pour les soins obstétricaux d'urgence. Le suivi des soins obstétricaux d'urgence sera aussi intégré dans le contrôle trimestriel effectué par les directeurs des équipes de district. Les données porteront sur la population totale, les naissances prévues, les grossesses difficiles et les accouchements prévus, les décès maternels et néonataux, le nombre de salles d'accouchement et d'opération et leur fréquentation, les services de réanimation et les services administratifs. Les sources seront répertoriées et toutes les données uniformisées pour pouvoir être intégrées dans le Système national d'information sanitaire.

## Mobilisation d'une assistance

La section précédente est consacrée à la collecte et à l'analyse des données et à la planification dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest. L'opération a globalement coûté 50 000 dollars. Les données ont été recueillies pour stimuler l'action. La mise en carte des services d'obstétrique d'urgence et le recensement des besoins de renforcement des soins obstétricaux d'urgence ont permis d'élaborer et d'examiner des propositions de projet avec les gouvernements et les donateurs. Le programme d'évaluation a connu ses premiers succès en permettant de mobiliser assistance et financement. Des sources de financement ont déjà été trouvées pour trois pays et les perspectives sont optimistes pour les deux autres. En outre, le Gabon, la Gambie et la Guinée-Bissau vont reproduire le programme de collecte des données avec l'intention d'étendre son utilisation à l'ensemble de la sous-région.

L'**UNFPA/Niger** a déjà obtenu le concours du Luxembourg pour financer des activités dans cinq districts et des propositions de projet détaillées ont été élaborées. Au **Sénégal**, l'enquête réalisée en collaboration avec les autorités, dont le nouveau Ministre de la santé, a permis de recenser les domaines appelant une intervention d'urgence et de rédiger un rapport national. Les interventions pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence sont incluses dans le programme de pays de l'UNFPA et bénéficient d'un financement. En **Gambie**, le bureau de l'UNFPA apportera son concours à la collecte de données prévue. Au **Cameroun**, l'UNFPA a élaboré une proposition de projet pour 10 districts qui s'inscrit dans le cadre de l'élargissement prévu du prochain programme de pays.

Un atelier national s'est déroulé fin 2001 dont les résultats ont été communiqués aux représentants du Ministère de la santé et aux partenaires de développement. Les résultats d'un projet pilote serviront pour élaborer une stratégie nationale relative à la maternité sans risque et la santé génésique. En Mauritanie, un documentaire audiovisuel et un rapport ont été réalisés. Des propositions de recherche de financement ont été élaborées pour chaque pays (Cameroun, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Niger – bien qu'il ait déjà reçu des fonds du Luxembourg – et Sénégal).

Une proposition pour renforcer les soins obstétricaux d'urgence en **Côte d'Ivoire** a été rédigée et des négociations pour un financement sont en cours avec des donateurs bilatéraux et des banques de développement. En **Mauritanie**, une réunion nationale est prévue pour étudier et coordonner les différentes initiatives pour une maternité sans risque.

Dans certains cas, des fonds devaient être obtenus par l'intermédiaire d'un mécanisme similaire à l'approche sectorielle pour l'assistance et l'utilisation des ressources nationales, utilisée au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Sénégal. L'UNICEF conduit des évaluations de besoins similaires au Bénin, en Guinée, au Mali et au Tchad. Une réunion d'évaluation régionale sera organisée à la fin de 2003 avec l'assistance technique de l'UNFPA pour étudier des stratégies de renforcement des services de soins obstétricaux d'urgence et l'intégration systématique de ces services dans les systèmes de santé. L'UNFPA peut vraiment aider à faire de la maternité sans risque une réalité et il s'y emploiera.

# Notes

- 1 L'expression « soins obstétricaux essentiels » désigne l'ensemble des soins à dispenser au cours de la grossesse et à l'accouchement. L'OMS a publié plusieurs documents sur cet ensemble de soins (par exemple, La prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement). Dans le présent rapport, l'expression « soins obstétricaux d'urgence » désigne les soins qui permettent de sauver la vie d'une femme souffrant de complications au cours de la grossesse, à l'accouchement ou dans la période post-partum. Bien que certaines complications puissent être traitées avant qu'il y ait urgence (une césarienne peut être faite lors d'un accouchement difficile avant que la vie de la parturiente ne soit en danger), nous utilisons le mot « urgence » pour exprimer l'importance d'un traitement médical rapide.
- 2 Pour plus d'information sur les indicateurs de processus, se référer aux Lignes directrices ou au cours de télé-enseignement UNFPA/AMDD *Reducing Maternal Deaths : Selecting Priorities, Tracking Progress* (Réduire les décès maternels : sélectionner les priorités et suivre les progrès).
- 3 *Parentéral* : par injection intramusculaire ou perfusion intraveineuse.
- 4 Ces huit fonctions sont connues comme « fonctions d'importance capitale ».
- 5 L'indicateur 3 ne suggère pas que toutes les naissances doivent avoir lieu en milieu médical. D'après les estimations, 15 % des femmes enceintes, quel que soit le pays, souffriront de complications obstétricales. Par conséquent, si 15 % des naissances prennent place dans des centres de soins obstétricaux d'urgence, cela montre, mais sans plus, que la population fréquente ces établissements.
- 6 Le rapport de l'atelier est disponible à l'UNFPA.
- 7 Pour le calcul des indicateurs de processus, se reporter au manuel AMDD : *(Almost) Everything you Want to Know About Using the UN Process Indicators of Emergency Obstetric Services – Questions and Answers* [(Presque) tout ce que vous devez savoir sur l'utilisation des indicateurs de processus, établis par l'ONU, des services obstétricaux d'urgence – questions et réponses] de Anne Paxton, Deborah Maine et Nadia Hijab.

