



Trousse d'Outils de l'Administrateur de Programme pour la Planification, le Suivi et l'Évaluation

Division de l'appui technique

mars 2004

Outil Numéro 6: Indicateurs de programme

Partie II: Indicateurs pour la réduction de la mortalité maternelle

I. Introduction

Cette trousse est un supplément aux Directives de programmation de l'UNFPA. Elle fournit des orientations et propose différentes options au personnel des bureaux de pays de l'UNFPA pour améliorer leurs activités de planification, d'évaluation et de contrôle. Elle peut également servir aux autres directeurs de programme travaillant au siège ou au niveau national.

Plus de 500 000 femmes, dont 98 % vivent dans le monde en développement, meurent chaque année des suites de leur grossesse. Pratiquement tous ces décès pourraient être évités. La réduction de la mortalité maternelle a été soulignée à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 puis à la conférence de suivi (CIPD + 5) de 1999 et retenue par le Sommet des Nations Unies pour le Millénaire (2000) comme cinquième objectif du Millénaire pour le développement (OMD) visant une réduction des trois quarts du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Ce but peut être atteint mais seulement si les interventions planifiées s'appuient sur des stratégies éprouvées.

Le présent instrument, No 6, partie II, est produit par la Division de l'appui technique (UNFPA), en collaboration avec la Division du contrôle interne et des services et les réseaux d'évaluation et de réduction de la mortalité maternelle de l'UNFPA. Les sections II et III soulignent les principales causes de la mortalité maternelle et proposent des stratégies pour la réduire. La section IV donne des indicateurs à l'efficacité avérée pour planifier les interventions de réduction de la mortalité maternelle et pour suivre leur déroulement. Les sources utilisées pour chaque indicateur sont également indiquées. Les indicateurs décrits dans cet instrument sont actuellement utilisés dans plusieurs programmes de réduction de la mortalité maternelle appuyés par l'UNFPA ainsi que par d'autres organisations, ce qui permet aussi d'évaluer leur efficacité.

Cet instrument aborde les questions clés qui concernent la demande en soins obstétricaux d'urgence – le cadre de politique générale, la sensibilisation des communautés et des particuliers, la volonté politique de réduire la mortalité maternelle – mais il traite principalement de la fourniture des soins obstétricaux d'urgence par les établissements spécialisés (centres SOU). Des indicateurs ayant trait à la demande en soins obstétricaux d'urgence dans le contexte de la réduction de la mortalité maternelle feront l'objet d'un instrument à part.

II. Causes médicales de la mortalité maternelle

Plusieurs facteurs médicaux sont à prendre en compte lorsqu'on s'attaque à la mortalité maternelle, quel que soit le pays. La grande majorité des complications de la grossesse et de l'accouchement ne peuvent être ni prévues ni prévenues. Il est possible de définir certains facteurs de risque mais pratiquement impossible de prévoir si une grossesse aura ou non des complications. En fait, *toutes* les femmes enceintes peuvent connaître des complications mettant leur vie en danger. D'après les statistiques, 15 % des grossesses posent des problèmes alors qu'elles étaient pour la plupart considérées au départ comme à faible risque. Hémorragies, septicémie (infection), éclampsie (hypertension due à la grossesse) et dystocie d'obstacle sont les principales complications provoquant le décès. Ces complications et les avortements non médicalisés sont responsables de plus des deux tiers des décès liés à la maternité, le tiers restant résultant de causes indirectes ou des troubles de santé de la future mère – principalement paludisme, anémie, hépatite, sida – s'aggravant au cours de la grossesse ou de l'accouchement.

III. Réduction de la mortalité maternelle—Une chaîne de résultats

Les enseignements de l'expérience

Traditionnellement, les programmes de réduction de la mortalité maternelle traitaient deux grands domaines: les soins prénatals et la formation des accoucheuses traditionnelles et des membres de la communauté à reconnaître les complications au cours d'un accouchement. L'objectif était de permettre l'hospitalisation rapide des femmes en danger. Cette stratégie laisse de côté plusieurs aspects importants du problème, sa plus grande faiblesse étant probablement d'ignorer les niveaux supérieurs du système de fourniture des soins obstétricaux. Les pays qui ont un taux de mortalité maternelle très élevé sont pratiquement toujours ceux qui n'ont pas suffisamment de centres de soins obstétricaux d'urgence (centres SOU). En l'absence de ces services, tout programme visant à systématiser le transfert vers des services de soins plus spécialisés est voué à l'échec.

Une autre faiblesse de ces programmes, qui ressort de nombreuses études, est l'incapacité des accoucheuses traditionnelles, mêmes lorsqu'elles ont reçu une formation, de reconnaître les complications parce qu'elles en rencontrent relativement peu au cours de leur "carrière". Elles n'ont pas non plus l'autorité requise pour convaincre la famille de transporter la parturiente en danger à l'hôpital. Et souvent, même si elles ont une influence dans la collectivité, elles n'ont pas les compétences requises pour pouvoir sauver les femmes en cas d'urgence obstétricale.

L'analyse des chutes du ratio de mortalité maternelle enregistrées aux États-Unis et dans les pays européens aux XVIIIe, XIXe et XXe siècles est à l'origine d'une nouvelle approche¹. À la fin du XIXe siècle la Suède, grâce à un effort concerté de formation de sages-femmes et leur déploiement dans tout le pays, a enregistré une baisse vertigineuse du taux de mortalité maternelle. Après la seconde guerre mondiale, l'Amérique du Nord et l'Europe ont connu une nouvelle baisse de la mortalité maternelle directement liée à l'introduction des antibiotiques, des transfusions sanguines et des césariennes qui ont permis de réduire les cas de septicémie, d'hémorragie et de dystocie d'obstacle, principaux responsables de la mortalité maternelle.

¹ Le ratio de mortalité maternelle (c.-à-d. le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) en Suède, en Grande-Bretagne et aux États-Unis est descendu à 250-400 pour 100 000 naissances vivantes au milieu du XIXe siècle. Une baisse précédente à 800-1000 avait eu lieu entre 1750 et 1850 suite à l'augmentation progressive des accouchements par du personnel qualifié, principalement des sages-femmes.

Plusieurs pays dépourvus de ressources – Cuba, Sri Lanka, Malaisie et Tunisie – se sont inspirés dans les 30 à 50 dernières années du modèle occidental pour faire baisser la mortalité maternelle. L'introduction des registres nationaux de naissances et de décès – avec la cause des décès – a permis de suivre l'évolution de la mortalité maternelle. Des statistiques démographiques précises ont aidé à démontrer l'ampleur de la mortalité maternelle, sensibiliser au problème et motiver l'engagement politique, ce qui a débouché sur l'adoption de mesures législatives pour généraliser les accouchements par du personnel de santé qualifié.

L'**encadré 1** présente certains éléments essentiels au succès des programmes de réduction de la mortalité maternelle menés dans des pays riches et des pays pauvres.

Encadré 1. Principaux éléments du succès des programmes de réduction de la mortalité maternelle.

- Engagement politique au plus haut niveau
- Professionnalisation des soins obstétricaux
- 90 % des accouchements effectués par du personnel qualifié
- Accès aux services de contraception/planification de la famille
- Accès à des services obstétricaux d'urgence de qualité, y compris aux technologies médicales antibiotiques, anticonvulsifs et ocytociques
- Suivi et amélioration continus des services, y compris enregistrement des décès liés à des causes maternelles

Comment et quand intervenir

L'objectif, pour les planificateurs et directeurs de programme, est de planifier et d'appliquer des programmes de réduction de la mortalité maternelle efficaces et ayant l'impact requis.

La première étape est d'éviter les grossesses non désirées; ensuite, dans le cas d'une grossesse, de suivre de très près les périodes puerpérale et post-partum qui sont les plus critiques et dangereuses. L'expérience montre que les décès en couches sont toujours dus à l'un des trois retards exposés dans l'**encadré 2**.

La volonté politique est indispensable pour pouvoir réduire la mortalité maternelle, car cela nécessite un engagement financier à long terme, le développement des infrastructures et l'adoption de politiques appropriées. Les ressources déployées pour réduire la mortalité maternelle sont plus efficaces si elles s'inscrivent dans la perspective globale du renforcement du secteur de la santé. L'expérience montre que dans tous les pays ayant enregistré une diminution de la mortalité maternelle, il y avait une volonté politique de renforcer le secteur de la santé dans son ensemble.

La chaîne de résultats pour réduire la mortalité maternelle (voir **figure 1**) présente les mesures à prendre dont on sait par expérience qu'elles sont efficaces². Dans la perspective d'une gestion de programme axée sur les résultats, cette figure montre comment faire évoluer les choses progressivement et le type de

² La chaîne de résultats de la figure 1 ne donne ni les activités ni les interventions stratégiques requises pour obtenir les produits.

résultats (produits³) que pourraient fournir les programmes financés par l'UNFPA. Elle explique pourquoi l'influence des programmes financés par les donateurs diminue à mesure que l'on s'élève dans la chaîne des résultats – produits et impacts – à cause du grand nombre de facteurs externes qui interviennent. La mise au point d'une chaîne de résultats indiquant le processus possible à suivre pour réduire la mortalité maternelle est utile pour guider la conception des programmes et en contrôler l'application. C'est également une première étape indispensable pour déterminer les indicateurs efficaces qui permettront aux gestionnaires de suivre l'évolution de la situation.

Encadré 2. Les trois retards

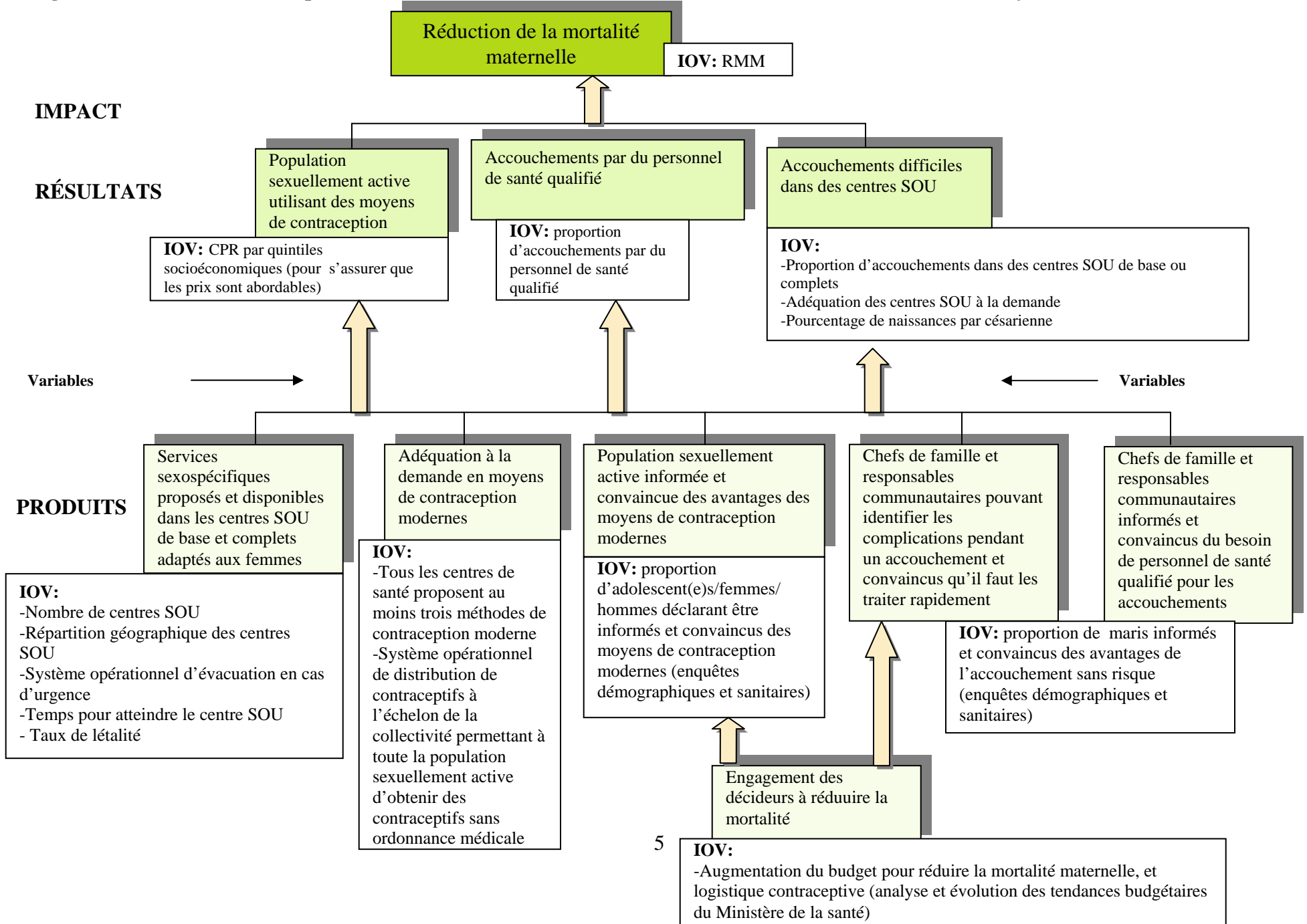
Le premier retard c'est celui qui est mis à décider d'aller à l'hôpital en cas de complication obstétricale. Il peut s'expliquer par différentes raisons, dont la prise de conscience tardive du problème, la crainte de l'hôpital, le coût des soins ou l'absence d'une personne pouvant prendre la décision.

Le deuxième retard c'est celui qui est mis à atteindre l'hôpital après que la décision a été prise d'y aller. Il est imputable habituellement à la difficulté à trouver un moyen de transport ou l'argent pour le payer. De nombreux villages ont peu de moyens de transport et sont mal desservis. Certaines collectivités ont trouvé des solutions inventives pour résoudre ce problème – formules de prépaiement, financement communautaire du transport, resserrement des liens entre les accoucheuses et sages-femmes de la collectivité et le système de soins officiel.

Le troisième retard c'est celui qui est mis avant de recevoir des soins, une fois à l'hôpital. C'est l'une des causes les plus navrantes de la mortalité maternelle. Parfois les femmes doivent attendre pendant des heures avant d'être admises parce que le personnel est surchargé, que les procédures de prépaiement sont très longues, qu'il n'y a pas de sang pour une transfusion, que les équipements et les salles d'opération sont déjà utilisés. C'est le retard que de nombreux planificateurs estiment pouvoir supprimer le plus aisément. Une fois la femme arrivée au centre SOU, la plupart des obstacles économiques et socioculturels ont été franchis. L'amélioration des soins dispensés dans les centres existants est une étape majeure dans la promotion de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Les programmes visant à supprimer les deux premiers retards (en formant les collectivités à identifier l'existence de complications et en les encourageant à s'adresser à un centre de soins, ou en améliorant le transport vers le centre de soins) n'ont aucune utilité si les centres de soins ne sont pas équipés pour répondre aux besoins.

³ Les définitions suivantes ont été approuvées par l'Équipe spéciale de l'ONU sur la simplification et l'harmonisation à laquelle participe l'UNFPA: Par **Produits**, on entend les produits et les services obtenus au terme des activités de développement et par **Résultats**, les effets à court ou moyen terme des produits découlant généralement de l'effort collectif de plusieurs partenaires. Les résultats représentent une modification des conditions de développement obtenue entre la livraison des produits et l'apparition des impacts. Par **Impacts**, on entend les effets positifs et négatifs à long terme sur des groupes de population identifiables des activités de développement, directement ou indirectement, voulus ou non. Ces effets peuvent être économiques, socioculturels, institutionnels, environnementaux, technologiques ou sanitaires et démographiques.

Figure 1. Chaîne de résultats pour réduire la mortalité maternelle (RMM): Résultats et leurs indicateurs objectivement vérifiables (IOV)



L'approche fondée sur les trois piliers de l'UNFPA pour améliorer la santé maternelle

L'UNFPA, compte tenu des éléments exposés ci-dessus, a adopté pour réduire la mortalité maternelle *une approche fondée sur trois piliers* étayée par une campagne de mobilisation au niveau politique et des interventions pour faire changer des attitudes. Ces trois piliers sont les suivants:

1. Planification familiale

Une planification familiale adaptée aux besoins peut permettre dans les pays en développement de réduire le nombre des grossesses de 20 % et de diminuer au moins d'autant la mortalité et les séquelles liées à la grossesse et à l'accouchement. Au cours des trente dernières années, l'UNFPA a affiné sa stratégie pour pouvoir fournir des services de planification de la famille de haute qualité, proposer aux populations un large éventail de méthodes de contraception et autres produits de santé génésique, y compris des préservatifs féminins et masculins, et assurer le respect des choix individuels. S'il est vrai que la planification de la famille n'influe pas réellement sur la réduction du *ratio de mortalité maternelle*, elle peut jouer un rôle déterminant pour réduire le taux global de mortalité lié à la grossesse et aux avortements non médicalisés⁴. La planification de la famille est un moyen peu onéreux de diminuer le taux de mortalité maternelle en permettant: 1) de diminuer le nombre absolu de complications en réduisant les grossesses; 2) de réduire le nombre d'avortements en évitant les grossesses non désirées ou imprévues; 3) d'éviter les grossesses précoces, tardives, trop fréquentes ou trop rapprochées.

2. Personnel de santé qualifié pour tous les accouchements

Encadré 3. Définition du personnel qualifié

L'expression "personnel qualifié" s'applique exclusivement aux personnes ayant des compétences obstétricales (médecins, sages-femmes, infirmières) et une formation leur permettant de procéder à des accouchements sans problèmes, de diagnostiquer les complications obstétricales, de les traiter sur place ou de diriger les parturientes en difficulté vers les services de soins appropriés

Il est souhaitable que le personnel qualifié vive au sein de la communauté à laquelle il apporte des soins. Il doit être capable de procéder à un accouchement sans problèmes, de reconnaître l'apparition de complications, de procéder aux premières interventions, d'engager un traitement et de superviser l'orientation de la mère et de l'enfant vers un centre de soins pour les interventions dépassant ses compétences ou impossibles à faire sur le lieu de l'accouchement. Selon le lieu de l'accouchement, d'autres fournisseurs de soins, dont les aides-infirmières/sages-femmes, les accoucheuses traditionnelles ou locales, les agents de santé communautaires, peuvent aussi jouer un rôle de soutien au personnel qualifié. Ce sont souvent eux qui constituent l'armature des services de soins maternels périphériques et ils peuvent aider à améliorer les conditions de grossesse et d'accouchement, en particulier s'ils sont supervisés par des sages-femmes qualifiées.

La plupart des complications obstétricales se produisent pendant l'accouchement et immédiatement après. Seul un personnel de santé qualifié peut reconnaître les complications mettant la vie de la parturiente en danger et intervenir à temps pour la sauver.

L'**encadré 3** explique ce qui est entendu par "personnel de santé qualifié". En dépit des multiples exemples prouvant que la participation de médecins, de sages-femmes et d'infirmières aux accouchements permet de réduire notablement la mortalité maternelle, seulement 58 % des accouchements dans le monde se déroulent avec du personnel de santé qualifié. Il y a

⁴ Le **taux de mortalité maternelle** correspond au nombre annuel de décès gravidiques pour une population de 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Le **ratio de mortalité maternelle** correspond au nombre de décès liés à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes.

plusieurs raisons à cela. Le manque de personnel de santé qualifié en est une, la mauvaise répartition géographique du personnel de santé qualifié qui préfère, en majorité, travailler dans les zones urbaines en est une autre.

L'UNFPA cherche à résoudre ce problème en encourageant la formation spécialisée du personnel de santé et l'application de programmes novateurs pour l'attirer dans les régions où il est le plus nécessaire. Tout un ensemble de mesures d'incitation a été arrêté pour attirer les sages-femmes et les médecins dans les zones rurales et semi-rurales, qui vont du logement gratuit aux programmes de télé-enseignement et à l'instauration de systèmes de rotation leur permettant d'alterner service public et exercice privé de leur profession. La décentralisation de la formation pour l'adapter au contexte local peut également aider à retenir les professionnels de santé qualifiés dans les zones rurales, en particulier le personnel des catégories intermédiaires – aides-infirmières/sages-femmes, visiteurs familiaux ou agents de santé.

Encadré 3. Définition du personnel qualifié (suite)

Dans les pays développés et dans de nombreuses zones urbaines des pays en développement, le personnel qualifié pour les accouchements travaille en général dans les centres de santé. Cependant, l'accouchement peut avoir lieu dans différents endroits appropriés allant du domicile à l'hôpital, en fonction de la disponibilité et des besoins. L'OMS ne recommande aucun endroit spécifique. L'accouchement peut se faire à domicile s'il est sans complications, avec l'assistance d'une personne qualifiée et correctement équipée¹, et si la parturiente peut avoir accès à un centre de soin en cas de nécessité.

¹ Dans de nombreux pays, les accoucheuses traditionnelles ont reçu une formation pour les familiariser avec les méthodes d'accouchement sans risques et les mesures d'hygiène et leur faire abandonner les pratiques dangereuses pour la santé. Cependant, elles n'ont ni les compétences, ni l'éducation, ni la formation requises pour pouvoir suivre les grossesses normales et pratiquer des accouchements sans problèmes, reconnaître les complications, les traiter ou aiguiller les parturientes vers un centre de soins. Leurs méthodes sont également fortement influencées par leur milieu culturel et traditionnel, ce qui nuit également à l'efficacité de leur formation.

Source: OMS/UNFPA/UNICEF/Banque mondiale, Déclaration commune sur la réduction de la mortalité maternelle, 1999.

3. Soins obstétricaux d'urgence

Les soins obstétricaux d'urgence regroupent un ensemble de soins qui sont théoriquement dispensés dans les centres de santé et permettent de sauver la vie des femmes souffrant de complications au cours de leur grossesse, de leur accouchement ou de la période post-partum. Ces soins sont fournis uniquement lorsque la vie de la future mère est menacée et non pas de façon routinière pour tous les accouchements. Ils sont le plus souvent divisés en deux catégories: 1) les **soins obstétricaux d'urgence de base** normalement dispensés dans un centre de santé par une infirmière, une sage-femme ou un médecin; 2) les **soins obstétricaux d'urgence complets** normalement dispensés dans un hôpital de district équipé d'un bloc opératoire. Les principaux soins obstétricaux d'urgence sont énumérés dans le **tableau 1**:

Tableau 1. Soins obstétricaux d'urgence de base et complets

Soins obstétricaux d'urgence de base dispensés dans un centre de santé sans bloc opératoire	Soins obstétricaux d'urgence complets exigeant une salle d'opération et généralement dispensés dans les hôpitaux de district
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administration d'antibiotiques par voie intraveineuse ▪ Administration d'ocytociques par voie intraveineuse ▪ Administration d'anticonvulsifs par voie intraveineuse ▪ Extraction manuelle du placenta ▪ Accouchement par voie basse assisté (par ventouse) ▪ Évacuation des produits de conception résiduels (extraction pneumatique manuelle) 	<p>Les six soins obstétricaux d'urgence de base plus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accouchements par césarienne ▪ transfusions sanguines

Les soins obstétricaux d'urgence de base consistent à administrer des médicaments par injection. Il s'agit généralement d'antibiotiques pour traiter les infections, d'anticonvulsifs pour traiter les convulsions ou d'ocytociques pour arrêter les hémorragies en favorisant la contraction de l'utérus. L'accouchement par voie basse assisté fait référence à l'utilisation d'une ventouse de préférence aux forceps. Lorsque le placenta n'est pas expulsé naturellement, il y a risque d'hémorragie et d'infection. Cela est également le cas lorsque les matières résiduelles ne sont pas expulsées après une fausse-couche ou un avortement. Le retrait du placenta peut se faire manuellement. Le retrait des matières résiduelles se fait normalement sous anesthésie partielle à l'aide d'une seringue d'aspiration.

Les soins obstétricaux d'urgence complets englobent des interventions chirurgicales plus complexes, dont les accouchements par césarienne en cas de dystocie d'obstacle ou de souffrance fœtale, et les transfusions sanguines en cas d'hémorragie grave. Le centre doit être équipé d'une banque de sang stockant des réserves de tous les groupes sanguins, collectées, analysées et conservées par des méthodes offrant toutes les garanties de sécurité.

La première étape indispensable pour élargir l'accès aux soins obstétricaux d'urgence est d'améliorer les services d'obstétrique d'urgence, avant d'envisager la construction de nouveaux établissements de soins. Dans de nombreux cas, des aménagements limités – rénovation ou ouverture d'un bloc opératoire, réparation ou achat de matériel chirurgical ou de stérilisation, formation des médecins et des infirmières aux soins d'urgence salvateurs, amélioration de la gestion des services – suffiraient pour renforcer l'efficacité des centres de santé en place et les équiper pour les soins obstétricaux d'urgence. Pour améliorer la gestion des services il faut notamment doter l'établissement de personnel suffisant, assurer un approvisionnement régulier en médicaments et autres produits de soins, veiller à l'entretien des infrastructures et des équipements, accueillir les patientes 24 heures sur 24, appliquer des tarifs raisonnables, et veiller à ce que les patientes se sentent bien accueillies. Il faut aussi promouvoir la surveillance et l'évaluation des soins fournis pour pouvoir les améliorer en continu, par une supervision fréquente, positive et constructive.

IV. Utiliser les indicateurs de produit et de résultat pour mesurer les progrès

Il est souvent difficile de mesurer le succès des programmes de réduction de la mortalité maternelle à cause du manque d'indicateurs d'impact, notamment des taux et ratio de mortalité maternelle. Cela tient à la qualité insuffisante des statistiques démographiques communiquées par de nombreux pays en développement et au fait que les décès liés à la maternité ne sont pas distingués des autres décès⁵. C'est pourquoi il est recommandé d'utiliser les indicateurs convenus au niveau international – l'indicateur OMD (objectif du Millénaire pour le développement) de personnel de santé qualifié à l'accouchement et les six "indicateurs de processus de l'ONU relatifs aux soins obstétricaux d'urgence" établis conjointement par l'UNICEF, l'OMS et l'UNFPA⁶ pour mesurer l'efficacité des services de santé et leur aptitude à traiter les complications mortelles de la grossesse ou de l'accouchement. L'utilisation d'indicateurs exprimant les changements d'attitude et l'évolution des politiques est également recommandée pour contrôler la demande en centres de soins obstétricaux d'urgence et le cadre de politique générale.

L'utilisation expérimentale actuelle des indicateurs de processus de l'ONU au Malawi⁷ prouve qu'ils donnent, malgré leurs limites, des informations cruciales aux fournisseurs de soins de santé, aux gestionnaires et aux décideurs pour améliorer la disponibilité, la distribution et la qualité des services.

L'**encadré 4** donne les résultats des évaluations des services d'obstétrique faites à l'aide des indicateurs de processus.

Encadré 4. Conclusion des évaluations des services d'obstétrique

En 2000-2001, les bureaux de pays de l'UNFPA au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en Inde, au Maroc, en Mauritanie, au Mozambique, au Nicaragua, au Niger et au Sénégal ont fait une évaluation des services d'obstétrique à l'aide des indicateurs de processus de soins obstétricaux d'urgence.

Des éléments communs reviennent dans toutes ces évaluations, à savoir: la nécessité d'avoir plus d'établissements d'obstétrique, d'améliorer leur répartition géographique, de mieux desservir les zones rurales malgré les difficultés posées par la mauvaise qualité du réseau routier et le manque de transports et le fait que le taux de létalité n'est pas à lui seul un indicateur de la mauvaise qualité des services fournis car l'arrivée trop tardive peut également être cause de décès.

Sources: International Journal of Obstetrics and Gynecology (IJGO). 2002 et 2003; UNFPA/AMDD Pour une maternité sans risque en Afrique de l'Ouest – Utiliser les indicateurs pour programmer les résultats. 2003.

⁵ Les autres raisons sont notamment: 1) la mortalité maternelle est estimée à partir du calcul de ces taux et ratios sur des échantillons de population retenus dans le cadre d'enquêtes élargies avec des intervalles de confiance très larges; 2) les seules données disponibles étant rétrospectives, il est difficile de mesurer les progrès récents; 3) le ratio de mortalité maternelle donne une image nationale globale mais n'a pas la précision requise pour étayer les décisions au niveau local.

⁶ Maine, Deborah *et al.*, *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*. UNICEF, OMS, UNFPA. août 1997.

⁷ Hussein J., Goodburn E. A., Damisoni H., Lema V. et Graham W. (2001). *Monitoring obstetric services: putting the 'UN Guidelines' into practice in Malawi: 3 years on. International Journal of Obstetrics and Gynecology 75, pages 63 à 73).*

Les indicateurs DOPA⁸ et les moyens de vérification correspondants (MVC) indiqués dans la **figure 1** et le **tableau 2** permettent de mesurer la contribution de l'UNFPA aux efforts de réduction de la mortalité maternelle. Voir les pages suivantes pour la procédure détaillée d'établissement de chaque indicateur, avec les niveaux minimum et/ou maximum requis et les sources de données.

Tableau 2. Indicateurs pour évaluer les soins obstétricaux d'urgence dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle

Indicateurs	Niveau optimal
1. Proportion d'accouchements par personnel de santé qualifié ⁹	D'après la CIPD: 60 % des accouchements D'après les Objectifs de développement du Millénaire (ODM): 90 % des accouchements Normalement un objectif national.
2. Nombre et densité de centres de soins obstétricaux d'urgence de base et complets par habitant	Pour 500 000 habitants: -au moins 4 centres SOU de base -au moins 1 centre SOU complet
3. Distribution géographique des centres SOU (sous- indicateur: temps requis pour atteindre un centre et proportion de ménages habitant à deux heures maximum d'un centre SOU de base)	Les centres SOU de base devraient pouvoir être atteints en deux heures maximum et les centres SOU complets en 12 heures maximum.
4. Proportion des naissances ayant lieu dans les centres SOU de base et complets	Au moins 15 % des naissances devaient avoir lieu dans les centres SOU de base ou complets
5. Adéquation des centres SOU à la demande: Proportion des cas de complications obstétricales traités dans les centres SOU	100 % des femmes souffrant de complications obstétricales devraient être traitées dans les centres SOU.
6. Proportion d'accouchements par césarienne (%)	Le nombre d'accouchements par césarienne ne devrait pas être inférieur à 5 % ni supérieur à 15 % de l'ensemble des naissances (accouchements par césarienne en cas d'urgence uniquement)
7. Taux de létalité obstétricale	Le taux de létalité chez les femmes souffrant de complications obstétricales traitées dans les centres SOU devrait être inférieur à 1 % (indicateur à interpréter de préférence au niveau de chaque centre)

Source: Tous les indicateurs, sauf le premier, sont adaptés de Maine, Deborah et al. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*. UNICEF, OMS, UNFPA. Août 1997.

⁸ **DOPA**: Directs, objectifs, pratiques et adéquats. Pour tout complément d'information voir *The Programme Manager's Monitoring and Evaluation Toolkit Tool 6, Part I: Programme Indicators—The Basic Concepts*. (Trousse pour l'évaluation et le contrôle par les directeurs de programme, Instrument n° 6, Partie I: les indicateurs de programme— Concepts de base).

⁹ Cet indicateur, proposé pour suivre l'ODM No 5, ne fait pas partie des six indicateurs de processus de l'ONU pour les soins obstétricaux susmentionnés.

Le **tableau 3** fournit une vue d'ensemble des données nécessaires pour établir les indicateurs.

Tableau 3. Types de données utilisées pour établir les indicateurs

Type de données	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Indicateur 5	Indicateur 6	Indicateur 7
Taille de la population	•	•	•	•	•	•	
Taux de natalité	•			•	•	•	
Nombre de naissances par accoucheuses qualifiées	•						
Données sur les centres de santé: Soins obstétricaux d'urgence de référence		•	•	•			
Nombre de naissances	•			•		•	
Nombre de complications dans les centres SOU					•		•
Nombre d'accouchements par césarienne						•	
Nombre de décès liés à la maternité (causes directes)							•

Source: d'après Distance Learning Courses on Population Issues: Course 6, Module 2. UNFPA. 2002.

Indicateur 1: Proportion d'accouchements par personnel de santé qualifié

L'indicateur 1, qui ne fait pas partie des six "Indicateurs de processus de l'ONU relatifs aux soins obstétricaux", doit être utilisé pour l'OMD relatif à la réduction de la mortalité maternelle aux niveaux mondial et national. Le lieu de l'accouchement, à domicile ou dans un centre SOU, n'est pas pertinent. Il peut être difficile d'obtenir des données fiables sur l'assistance par un personnel de santé qualifié lors des accouchements fait dans la communauté à cause des difficultés de remémoration (les femmes interrogées ne pouvant déterminer la qualification de leur accoucheuse ou ne sachant pas exactement quelle est sa formation).

Indicateur 1	Définition	Numérateur	Dénominateur	Niveau optimal
Proportion d'accouchements assistés par une personne qualifiée (indépendamment du lieu de l'accouchement)	Proportion d'accouchements par une personne qualifiée – sage-femme, infirmière sage-femme, médecin capable de fournir les six soins obstétricaux de base	Nombre d'accouchements assistés par une personne qualifiée	Nombre total d'accouchements prévus dans la zone concernée pour l'année (obtenu en multipliant <i>le taux brut de natalité</i> par <i>le nombre estimatif d'habitants dans la zone</i> (sur la base du dernier recensement et ses mises à jour))	D'après OMD No 5: 90 % des accouchements

MDV: Numérateur: enquêtes démographiques et sanitaires; **Dénominateur:** données des recensements

Indicateur 2: Nombre de centres de soins obstétricaux d'urgence (SOU) opérationnels

Évaluer la disponibilité en centres SOU pour une population donnée permet de savoir s'il y a assez de centres. Globalement, d'après les études réalisées, 15 % des femmes enceintes connaîtront des complications mettant leur vie en péril. Compte tenu de ce pourcentage et du nombre de naissances prévues pour une population donnée, il est possible d'évaluer le nombre de femmes qui auront besoin de soins obstétricaux d'urgence. La norme de quatre centres SOU de base et un centre SOU complet pour 500 000 habitants a été fixée d'après des observations faites dans plusieurs pays en développement. Son application peut être modulée en fonction de la densité de la population, de la nature du terrain, du temps nécessaire pour atteindre le centre SOU dans une zone d'habitat dispersé et d'autres variables. Il est très important de classer les établissements en centres SOU de base ou complets. Un établissement est classé "centre SOU de base" s'il a fourni les six soins obstétricaux de base au cours des trois derniers mois et "centre SOU complet" si, dans la même période, il a fourni ces six soins plus les deux fonctions supplémentaires. L'utilisation de cet indicateur exige des vérifications périodiques pour s'assurer que les établissements classés centre SOU de base ou complet fournissent effectivement les soins définis.

Indicateur 2	Définition	Numérateur	Dénominateur	Niveau minimal
Nombre de centres SOU de base	Nombre d'établissements de santé pour 500 000 habitants ayant fourni les six soins obstétricaux d'urgence de base dans les trois derniers mois	Nombre d'établissements ayant fourni les six soins obstétricaux d'urgence de base dans les trois derniers mois dans une zone donnée	Population de la zone concernée	Au moins quatre centres pour 500 000 habitants au moins
Nombre de centres SOU complets	Nombre d'établissements de santé pour 500 000 habitants ayant fourni les 6 + 2 soins obstétricaux d'urgence dans les trois derniers mois	Nombre d'établissements de santé ayant fourni les 6 + 2 soins obstétricaux d'urgence dans les trois derniers mois	Population de la zone concernée	Au moins un centre pour 500 000 habitants
MDV: Numérateur: visites des établissements; Dénominateur: données des recensements				

Indicateur 3: Distribution géographique des centres SOU

Il ne suffit pas qu'il y ait assez de centres SOU, il faut aussi qu'ils soient bien répartis dans la zone concernée. Si tous les centres de soins complets sont regroupés dans les zones urbaines, un grand nombre de femmes, particulièrement celles qui vivent dans les zones rurales, ne peuvent pas s'y rendre en temps voulu. L'indicateur 3 ne peut être mesuré que par une analyse spatiale à l'aide d'une carte ou d'un système d'information géographique (SIG) interactif.

Dans de nombreux pays en développement, le terrain est difficile, les routes et les communications mauvaises et les transports déficients. Jusqu'ici la disponibilité des services était évaluée d'après la distance à parcourir pour atteindre un centre SOU, alors qu'en fait la durée du trajet est un bien meilleur indicateur. Parcourir une petite distance peut prendre beaucoup de temps. Souvent, les femmes se rendent au centre à pied, à cheval, en carriole. La proportion de ménages pouvant atteindre un centre SOU de base ou complet dans les délais requis est un indicateur indirect utile. Théoriquement, toutes les femmes devraient vivre à moins de deux heures d'un centre SOU de base, compte tenu qu'une hémorragie, une complication de grossesse peut devenir rapidement mortelle et provoquer le décès en deux heures. C'est seulement si les soins peuvent être administrés dans ce laps de temps que l'on pourra sauver un maximum de vies. Les hémorragies peuvent être traitées dans les centres SOU de base. Seuls les cas nécessitant une transfusion sanguine relèvent des centres SOU complets. Une bonne couverture géographique devrait permettre à toutes les femmes de se rendre en moins de deux heures à un centre SOU de base et en moins de 12 heures à un centre SOU complet. Cet objectif est ambitieux et implique l'amélioration des systèmes de communication et de transport et des infrastructures routières.

Indicateur 3	Définition	Mode de calcul	Niveau optimal
Répartition géographique des centres SOU	Évaluation ou calcul (avec carte ou SIG) de la facilité d'accès aux centres SOU	Analyse spatiale à l'aide du SIG ou proportion des ménages vivant à moins de 2 heures d'un centre SOU de base	Toutes les femmes en âge de procréer peuvent atteindre un centre SOU de base en moins de 2 heures et un centre SOU complet en moins de 12 heures
MDV: rapports de supervision; réunions d'accréditation; SIG, cartes			

Indicateur 4: Proportion des naissances dans les centres SOU de base et complets

Cet indicateur mesure l'utilisation effective des centres SOU. Une fois établi que les établissements appropriés existent, qu'ils offrent les services requis (six ou huit soins), qu'ils sont correctement répartis géographiquement, il reste à mesurer leur fréquentation. Si 15 % des femmes enceintes souffrent de complications, au moins 15 % des naissances devraient donc avoir lieu dans les centres SOU. Bien entendu, cet indicateur brut ne montre pas quels types de naissances se déroulent dans les centres SOU. Un cas de figure envisageable serait que toutes les naissances dans les centres SOU soient sans complications et que les accouchements difficiles se passent au domicile ou ailleurs. C'est pourquoi il faut combiner cet indicateur avec l'indicateur d'adéquation à la demande expliqué ci-après.

Indicateur 4	Définition	Numérateur	Dénominateur	Niveau minimal
Proportion des accouchements ayant lieu dans des centres SOU	Proportion de tous les accouchements ayant lieu dans des centres SOU opérationnels	Nombre de naissances par an ayant lieu dans des centres SOU opérationnels dans la zone de rayonnement	Nombre total d'accouchements prévus dans l'année dans la zone concernée	Au moins 15 % des accouchements se déroulent dans un centre SOU (en espérant "attirer" une proportion maximum des cas avec complications ...)
MDV: Numérateur: Enquêtes démographiques et sanitaires; enquêtes sur les services de soins; système d'information de gestion relatif à la santé; Dénominateur: données des recensements				

Indicateur 5: Adéquation à la demande (« besoin satisfait »)

L'adéquation à la demande signifie que toutes les grossesses difficiles sont traitées de façon appropriée. L'objectif est que toutes les femmes (100 %) souffrant de complications reçoivent les soins dont elles ont besoin. Si 15 % des naissances ont lieu dans les centre SOU, cela ne signifie pas pour autant que toutes les femmes souffrant de complications reçoivent des soins. Chaque centre SOU devrait pouvoir consigner a) les cas de grossesse difficile, b) le type et la gravité de la complication. Les Directives de l'ONU de 1997 fournissent une liste de sept complications dont il doit être tenu compte pour établir cet indicateur. Certaines femmes peuvent choisir d'accoucher dans un centre SOU bien qu'elles ne souffrent d'aucune complication. Le pourcentage global des naissances dans les centres SOU peut comprendre des

accouchements sans problèmes et des accouchements difficiles. Le pourcentage d'accouchements difficiles variera entre les populations urbaines et rurales et entre les établissements publics et privés.

Indicateur 5	Définition	Numérateur	Dénominateur	Niveau optimal
Adéquation des centres SOU à la demande	Proportion de femmes souffrant de complications traitées dans des centres SOU	Nombres de femmes admises dans les centres SOU souffrant d'une ou de plusieurs des sept complications définies dans les Directives de l'ONU de 1997	Nombre total d'accouchements avec complications prévus (égal à 15 % des naissances prévues dans la population de la zone concernée)	Toutes (100 %) les femmes souffrant de complications obstétricales sont traitées dans des centres SOU
MDV: Numérateur: système d'information de gestion relatif à la santé; registres d'admission des services de maternité; Dénominateur: données des recensements				

Indicateur 6: Proportion d'accouchements par césarienne

La proportion d'accouchements par césarienne est un indicateur utile pour plusieurs raisons, notamment parce que les accouchements par césarienne sont en général correctement consignés dans les registres des hôpitaux. D'après des études, 5 % des accouchements sont avec complications (dystocie d'obstacle, par exemple) et nécessitent une césarienne pour sauver la vie de la mère. Cinq pour cent au minimum des accouchements devraient donc se faire par césarienne. Ce chiffre n'est pas forcément représentatif. Dans de nombreux pays, l'accouchement par césarienne est pratiqué alors que la vie de la mère n'est pas en danger, à cause du nouveau-né, par profit, par choix des patientes ou parce que cela correspond aux règles de l'établissement. Il est important d'étudier les registres des hôpitaux pour déterminer le nombre de césariennes pratiquées pour raisons médicales. Pour limiter les césariennes aux réels cas médicaux nécessaires (toute intervention chirurgicale comporte un risque et des conséquences pour les naissances suivantes) le taux maximum de césariennes a été fixé à 15 % du total des naissances.

Indicateur 6	Définition	Numérateur	Dénominateur	Niveau minimum/maximum
Proportion d'accouchements par césarienne	Proportion d'accouchements par césarienne sur l'ensemble de la population	Nombre d'accouchements par césarienne par année pour l'ensemble des centres SOU dans la zone concernée	Nombre total d'accouchements prévus par année dans la zone concernée	Entre 5 % et 15 % de la totalité des accouchements
MDV: Numérateur: système d'information de gestion relatif à la santé (registres des services du centre); enquêtes sur les services de soins; Dénominateur: données des recensements				

Indicateur 7: Taux de létalité obstétricale

Ce dernier indicateur de service permet de mesurer le taux de mortalité due aux complications obstétricales dans chaque centre SOU, de base ou complet.

Il est calculé en divisant le nombre de femmes enceintes souffrant de complications qui décèdent au centre SOU par le nombre de femmes enceintes souffrant de complications traitées dans l'établissement. Le taux de létalité obstétricale national ou régional est obtenu par agrégation des données fournies par chaque centre SOU. Dans les grands hôpitaux, le taux de létalité obstétricale peut être désagrégé par type de complication (chaque complication demandant un traitement différent qui peut s'évaluer séparément). Théoriquement, chaque établissement devrait avoir un taux de létalité obstétricale inférieur ou égal à 1 %.

Cet indicateur est extrêmement utile pour suivre dans le temps l'évolution de la qualité des services d'un établissement donné. Cependant, il ne tient pas compte de la condition des patientes à leur admission, ce qui rend difficile les comparaisons entre centres situés dans des endroits complètement différents ou recevant des populations complètement différentes. Une interprétation prudente des données fournies par les centres SOU complets est aussi indispensable lorsque les registres ne sont pas parfaitement tenus. En outre, le taux de létalité obstétricale peut être faible si l'établissement a l'habitude d'envoyer des femmes souffrant de complications mourir à la maison, ou en cas de complications trop sérieuses, de les transférer dans des unités de soins intensifs, auquel cas ces patientes disparaissent des statistiques.

Indicateur 7	Définition	Numérateur	Dénominateur	Niveau optimal
Taux de létalité obstétricale dans les centres SOU	Proportion de femmes souffrant de complications obstétricales qui décèdent dans les centres SOU	Nombre annuel de décès directement liés à des complications obstétricales dans les centres SOU	Nombre de complications obstétricales vues et traitées dans l'établissement par année	Taux de létalité obstétricale inférieur à 1 %
MDV: Numérateur: statistiques de l'établissement; listes d'enregistrement des décès liés à la maternité; Dénominateur: données des recensements				

La pertinence de l'indicateur "Proportion d'accouchements par personnel de santé qualifié" et des indicateurs de processus de l'ONU relatifs aux soins obstétricaux d'urgence pour évaluer la mortalité maternelle a été remise en cause par un certain nombre de chercheurs en santé publique. **L'encadré 5** résume plusieurs de leurs arguments.

Encadré 5. Les indicateurs de processus pour les soins obstétricaux d'urgence: sont-ils utiles?

Utilisation

Proportion d'accouchements par du personnel de santé qualifié: Cet indicateur exprime la tendance nationale en matière d'accès à des soins qualifiés pour l'accouchement mais ne précise pas quels éléments particuliers du système de santé doivent être renforcés. Est-ce que les soins sont fournis sur place, au domicile, au centre de premier ou de deuxième recours? Il est également difficile d'obtenir des informations sur la "qualification" de l'accoucheuse en interrogeant les patientes ou la famille lors des enquêtes auprès de la communauté.

Proportion d'accouchements par césarienne: Les estimations sur la proportion d'accouchements par césarienne pratiqués sur la population peut renseigner sur l'accès des femmes enceintes aux services de soins obstétricaux d'urgence. Cependant, la proportion de césariennes peut augmenter si ce type d'accouchement est pratiqué pour éviter des problèmes réels ou potentiels. Il serait important de différencier entre les césariennes dues à des complications et celles pratiquées par commodité.

Proportion de naissances dans les centres SOU: Les Directives communes UNICEF/OMS/UNFPA de 1997 suggèrent qu'au moins 15 % des femmes devraient accoucher dans un centre SOU de base ou complet. Cet indicateur permet de définir la fréquentation mais peut englober dans le calcul des accouchements sans problèmes et ignorer des femmes souffrant de complications obstétricales appelant un traitement d'urgence. En outre, l'hypothèse selon laquelle 15 % des femmes enceintes connaîtront une grossesse ou un accouchement difficiles n'est pas empirique.

Adéquation à la demande

Proportion de femmes souffrant de complications traitées dans les centres SOU: Cet indicateur a été largement accepté comme indicateur de "l'adéquation à la demande". Toutefois, avant de pouvoir utiliser cet indicateur, il faut régler les quatre points suivants: 1) quelle est la définition exacte des "complications"; 2) comment intégrer les avortements et les grossesses extra-utérines qui peuvent être des causes importantes de mort maternelle dans la liste des complications obstétricales, puisqu'ils tendent à se produire dans les premières étapes de la grossesse; 3) est-il possible sans preuves empiriques de poser que 15 % des accouchements sont "difficiles" et que l'incidence des complications obstétricales est constante dans les différents groupes de population (voir ci-dessus); 4) l'hypothèse selon laquelle les soins obstétricaux d'urgence requis par le grand nombre de complications spécifiées peuvent être uniquement dispensés dans un centre SOU limite la portée de cet indicateur. Les accoucheuses qualifiées pratiquant les accouchements à domicile peuvent donner les premiers soins à la parturiente, éviter ainsi son décès et contribuer au déclin du taux de mortalité maternelle.

Source: d'après Ronsmans C., Campbell O., McDermott J. et Koblinsky M. (2002) "Questioning the indicators of need for obstetric care" *Bulletin of the World Health Organization*, 80(4) pages 317 à 324.

Sources

Hussein J., Goodburn E. A., Damisoni H., Lema V. et Graham W. (2001). « **Monitoring obstetric services: putting the ‘UN Guidelines’ into practice in Malawi: 3 years on** », International Journal of Ob. & Gyn. 75, pages 63 à 73.

Maine Deborah, Murat Z. Akalin, Victoria M. Ward, Angela Kamara. « **The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs. Centre for Population and Family Health** », Joseph L. Mailman School of Public Health, Columbia University, juin 1997. Guide complet pour planifier et contrôler les programmes de réduction de la mortalité maternelle à consulter sur www.amdd.hs.columbia.edu

Maine, Deborah et al. « **Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services** » UNICEF, OMS, UNFPA, août 1997. www.unicef.org/reseval/pdfs/finalgui.pdf

Population Reference Bureau. Yvette Collymore, « **Improving Emergency Care to End Maternal Deaths** », PRB, novembre 2003.

http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/Content/ContentGroups/Articles/03/Improving_Emergency_Care_to_End_Maternal_Deaths.htm

Site Internet de la Confédération internationale des sages-femmes <http://www.internationalmidwives.org/>

Site Internet Safe Motherhood <http://www.safemotherhood.org/index.html>

Site Internet UNFPA www.unfpa.org

UNFPA. « **La mortalité maternelle: Mise à jour 2002 – Les soins obstétricaux d’urgence en point de mire** », UNFPA, 2003. Site internet http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/201_filename_mmupdate-2002.pdf

UNFPA. « **L’utilisation des indicateurs pour programmer les résultats: Pour une maternité sans risque en Afrique de l’Ouest** », UNFPA, 2003. Site internet: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/149_filename_safemwestfrica.pdf

UNFPA/AMDD. « **Cours de télé-enseignement sur les questions de population(cours six). Réduire la mortalité maternelle: définir les priorités, mesurer les progrès** ». 2002

Cet outil fait l'objet d'une amélioration constante. Nous vous sommes reconnaissants de toutes les observations et suggestions que vous voudrez éventuellement faire sur son contenu. Nous vous encourageons aussi à nous envoyer des informations ou expériences provenant de programmes financés ou non par l'UNFPA concernant la population, qui peuvent illustrer les problèmes abordés par cet outil. Prière d'adresser vos contributions à:

Fonds des Nations Unies pour la population
Division de l'appui technique, Service de la santé génésique
Daily News Building
220 East 42nd Street
New York, NY 10017

Téléphone: (212) 297-5232

Fax: (212) 297-4915

E-mail: fauveau@unfpa.org

Cet outil peut être consulté sur le site Web de UNFPA à
<http://www.unfpa.org/>