



Guide pratique d'intégration des

Soins obstétricaux

d'urgence

dans les programmes d'aide humanitaire



Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés
au nom du Reproductive Health Response in Conflict Consortium

Juillet 2005

The Reproductive Health Response in Conflict Consortium

▶ ▶ ▶ ▶ www.rhrc.org

att. : Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés
122 East, 42nd Street
New York, NY 10168-1289
Tél. : 212.551.3112
Télec. : 212.551.3180 info@rhrc.org
info@rhrc.org

Énoncé de mission

Le Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium se consacre au développement de la santé reproductive parmi l'ensemble des personnes touchées par les conflits armés. Le RHRC Consortium favorise, en situation d'urgence, l'accès permanent à des programmes de santé reproductive complets et de grande qualité. Il défend les politiques qui offrent aux personnes touchées par les conflits armés une aide en matière de santé reproductive.

Le RHRC Consortium estime que chacun a droit à des soins de santé reproductive de qualité. Les programmes de santé reproductive doivent promouvoir les droits, le respect et la responsabilité de tous. Dans ce but, le RHRC Consortium adhère à trois principes fondamentaux :

- ◆ utiliser une approche participative afin d'associer les personnes concernées à toutes les étapes du programme;
- ◆ favoriser une programmation de santé reproductive pendant toutes les phases de la période d'urgence, depuis la phase de crise initiale jusqu'à celles de la reconstruction et du développement;
- ◆ appliquer, dans toutes ses initiatives, une approche fondée sur le droit, comme cela a été dit clairement à la Conférence internationale de 1994 concernant le Programme d'Action sur les Populations et le Développement

Le RHRC Consortium regroupe sept agences : American Refugee Committee, CARE, Heilbrunn Department of Population and Family Health de l'école de santé publique Mailman de l'Université Columbia, International Rescue Committee, JSI Research & Training Institute, Marie Stopes International et Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés.

Table des matières



Remerciements	2
Acronymes	4
1. Contexte	5
1.1 Principes directeurs	7
1.2 Objectifs	8
1.3 Facteurs spéciaux	8
2. Le Guide pratique d'intégration des SOU dans les programmes d'aide humanitaire	9
2.1 Évaluation initiale	13
2.2 Aménagement d'une installation adéquate	17
2.3 Relèvement des connaissances et compétences des fournisseurs de soins de santé	23
2.4 Amélioration de la qualité des SOU	25
2.5 Veiller à l'utilisation des services de SOU	33
2.6 Système d'information de gestion de la santé (SIGS)	35
2.7 Mécanismes de recours	35
2.8 Faire participer les collectivités	36
2.9 Liens avec d'autres programmes	37
2.10 Surveillance et évaluation	42
Liste des tableaux, figures et annexes	
Tableau 1. Fonctions essentielles des SOU de base et complets	9
Tableau 2. Activités clés liées aux SOU pendant les phases initiale et stable d'une situation d'urgence	10
Tableau 3. Interventions clés pour s'attaquer aux trois retards	11
Figure 1. Éléments essentiels de l'établissement de services de SOU	12
Tableau 4. Recommandations de l'ONU concernant les SOU	14
Tableau 5. Renseignements clés à inclure dans l'évaluation initiale	15
Tableau 6. Aide-mémoire pour le calcul des indicateurs de processus de l'ONU	16
Tableau 7. Exigences minimales pour les SOU de base et complets en situation d'urgence	18
Figure 2. Exemple de partogramme	26
Tableau 8. Liste de contrôle de la « visite » des établissements de santé aux fins de l'assurance qualité	29
Tableau 9. Causes possibles de sous-utilisation des services de SOU et solutions proposées	34
Tableau 10. Principaux effets du paludisme chez les femmes enceintes	39
Figure 3. Tableau du TPI, Bureau régional de l'Afrique de l'OMS 2004	40
Tableau 11. Régime thérapeutique antirétroviral	42
Annexe 1. Outil d'évaluation rapide des SOU	47
Annexe 2. Matériel, fournitures et médicaments essentiels	63
Annexe 2a. Kits médicaux préconditionnés, UNICEF	65
Annexe 2b. Kit de santé reproductive du FNUAP	75
Annexe 3. Liste des modèles anatomiques pour la formation en soins obstétricaux d'urgence	76
Annexe 4. Guide d'animation pour les groupes de discussion	77
Annexe 5a. Sommaire mensuel : soins prénataux et maternité	80
Annexe 5b. Registre de la maternité (Exemple de registre à adopter)	81



Remerciements

Le présent guide pratique de mise en œuvre échelonnée de soins obstétricaux d'urgence de qualité a été préparé par la Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés (Commission des femmes) au nom du Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium.

Le guide a été préparé par Luwei Pearson, consultante en santé publique pour les soins néonataux et de santé maternelle, d'après la vaste expérience de nombreuses agences fournissant des soins en santé maternelle et soins obstétricaux d'urgence en environnement de paix et d'urgence, par exemple le RHRC, l'Alerting Maternal Death and Disability (AMDD) de l'Université Columbia, l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, EngenderHealth, JHPIEGO, CARE et nombre d'autres.

Janet Meyers, conseillère technique en SOU du RHRC Consortium et Sandra Krause, directrice du programme de santé reproductive de la Commission des femmes, ont assuré l'orientation globale et la révision professionnelle du manuel. Therese McGinn, directrice adjointe, programme de l'AMDD de l'Université Columbia, a également révisé le document et fourni des observations. Diana Quick, directrice des communications de la Commission des femmes, a fait la révision de la version finale du document.



Collaboratrices, intrant technique :

PetraTen Hoop-Bender

Directrice exécutive
Partenariat pour la santé de la mère,
du nouveau-né et de l'enfant
Secrétariat : att. : OMS Genève,
pièce X-023
1211, Genève 27
Suisse

Marilen Danguilan Conseillère en politique

UNIFEM
304, 45th Street
New York, NY 10017
É.-U.A.

Zafarulla Gill

Directrice associée
Averting Maternal Death & Disability Program
Heilbrunn Department of Population and
Family Health
Université Columbia
60, Haven Avenue, B3
New York, NY 10032
É.-U.A.

Milly Kayongo

Conseillère en santé maternelle
CARE-É.-U.A.
151, Ellis St. NE Atlanta, GA 30303
É.-U.A.

Anne Paxton

Agente supérieure de programme pour le
contrôle et l'évaluation
Averting Maternal Death & Disability Program
Heilbrunn Department of Population and
Family Health
Université Columbia
60, Haven Avenue, B3
New York, NY 10032
É.-U.A.

Acronymes

AMDD	Averting Maternal Death and Disability
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
AmQ	Amélioration de la qualité
AQ	Assurance de la qualité
ARC	American Refugee Committee
AT	Accoucheuse traditionnelle
CDV	Counseling et dépistage volontaires
COPE	Services efficaces axés sur le client (Client-oriented provider-efficient services)
CQ	Chloroquine
DMU	Dispositif minimum d'urgence
EIU	Équipe d'intervention d'urgence
FAC	Formation axée sur les compétences
FdF	Formation des formateurs
FHI	Family Health International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
IMPAC	Gestion intégrée de la grossesse et de l'accouchement
IPN	Insuffisance de poids à la naissance
IRC	International Rescue Committee
MdS	Ministère de la Santé
MSI	Marie Stopes International
MTI	Moustiquaires traitées à l'insecticide
OMS	Organisation mondiale de la santé
PPG	Paludisme pendant la grossesse
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)
RAM	Rupture artificielle des membranes
RHRC	Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium
SIGS	Système d'information de gestion de la santé
SMN	Santé maternelle et néonatale
SNC	Système nerveux central
SO	Salle d'opération
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
SR	Santé reproductive
SU	Salle d'urgence
TA	Tension artérielle
TBN	Taux brut de natalité
TPI	Traitement préventif intermittent
TS	Techniques salvatrices

A photograph of a woman with short dark hair, wearing a white shirt, holding a baby in her arms. The woman is looking down at the baby with a gentle expression. The background is a light, textured wall.

1. Contexte

Dans toute situation d'urgence, on peut s'attendre à ce que 15 p. 100 des femmes enceintes présentent des complications pendant la grossesse ou l'accouchement ou aient besoin de soins obstétricaux d'urgence. Par conséquent, tandis que certains intervenants de l'aide humanitaire se soucient surtout d'offrir aux populations déplacées un abri adéquat et l'accès à la nourriture, à l'eau et à des installations sanitaires appropriées, ainsi qu'à prévenir les épidémies de maladies infectieuses, il faut également se soucier des besoins des femmes enceintes et des nourrissons, dès les premiers jours d'une situation d'urgence, afin de prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales. Les préparatifs d'urgence en matière de maternité sécuritaire doivent comprendre la planification visant une distribution rapide de fournitures d'accouchement sanitaire, de médicaments et matériels essentiels pour les soins obstétricaux dans les établissements de santé; il faut aussi s'assurer de la présence de personnels qualifiés pouvant fournir les SOU dans les établissements de santé en place ou les nouvelles installations temporaires. Les soins de santé, dans les premiers jours et les premières semaines d'une nouvelle situation d'urgence, doivent viser à ce que toutes les femmes manifestement enceintes reçoivent des fournitures pour accouchement sanitaire, que les sages-femmes et les établissements de santé disposent de fournitures et de matériels adéquats pour offrir des accouchements et soins obstétricaux d'urgence sécuritaires et que les femmes aient un accès sécuritaire à un système de recours d'urgence 24 heures par jour et 7 jours par semaine (24/7).

Les femmes victimes de viol doivent avoir accès à des soins médicaux afin de prévenir les grossesses non désirées et les infections transmises sexuellement, y compris le VIH. Les fournisseurs de soins de santé doivent suivre les lignes directrices établies à l'égard des victimes de viol, par exemple *Gestion clinique des victimes de viol* de l'Organisation mondiale de la santé, disponible à l'adresse http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/clinical_mngt_rapesurvivors/index.html.

La Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés et les soins obstétricaux d'urgence

La **Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés** (Commission des femmes) s'efforce de veiller à ce que les femmes, les enfants et les adolescents réfugiés et déplacés soient protégés, soient encouragés à participer aux programmes et services qui touchent leur vie et aient accès à des services d'éducation et de santé et à des moyens de subsistance. La Commission des femmes, au nom du Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium, collabore avec le Heilbrunn Department of Population et le programme Averting Maternal Death and Disability (AMDD) de Family Health de l'école de santé publique Joseph L. Mailman de l'Université Columbia afin de répondre aux besoins de soins obstétricaux d'urgence (SOU) critiques des femmes réfugiées et déplacées. Au cours des quatre premières années du projet, nous avons fourni une assistance technique à 16 emplacements dans le cadre de 12 projets pilotes financés et mis en œuvre par quatre membres du Consortium RHRC : American Refugee Committee (ARC), International Rescue Committee (IRC), Marie Stopes International (MSI) et la Commission des femmes.

Renseignement sur la mortalité maternelle

En majorité, les décès de mères ont lieu pendant la grossesse et dans la période suivant immédiatement l'accouchement. Les principales causes de la mortalité maternelle découlant de complications obstétricales directes sont : hémorragies, septicémie, travail ralenti ou dont la progression s'est arrêtée, troubles d'hypertension et complications de l'avortement. On prévoit qu'au moins 15 p. 100 des grossesses exigeront une intervention médicale d'urgence; par conséquent, l'accès aux SOU est essentiel pour sauver la vie des femmes et prévenir les handicaps. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ont formulé des recommandations concernant les niveaux minimums acceptables de services de SOU :

- ❖ Pour chaque tranche de 500 000 de population, il doit y avoir au moins quatre établissements offrant les SOU de base et un établissement offrant des SOU complets.
- ❖ Le niveau minimum quantitatif des services SOU doit également être respecté dans les subdivisions nationales.
- ❖ Au moins 15 p. 100 des naissances dans la population ont lieu dans les établissements offrant les SOU.
- ❖ De plus, 100 p. 100 des femmes qui risqueraient de présenter des complications obstétricales sont traitées dans des établissements offrant les SOU.
- ❖ Comme proportion de l'ensemble des naissances dans la population, les césariennes interviennent pour au moins 5 p. 100 et au plus 15 p. 100.
- ❖ Le taux de mortalité clinique chez les femmes présentant des complications obstétricales dans les établissements offrant les SOU est inférieur à 1 p. 100.

Un établissement offrant les SOU de base doit être capable d'offrir les fonctions essentielles suivantes : administrer les antibiotiques parentéraux, les médicaments ocytotiques et les anticonvulsifs; extraction manuelle du placenta; extraction des suites en rétention et accouchement par voie basse assisté. Dans un établissement offrant les SOU complets, on doit pouvoir obtenir toutes les fonctions susmentionnées, plus césarienne et transfusion sanguine. Pour être admissible comme établissement de SOU de base ou complets, l'établissement de santé doit offrir ces services essentiels de façon normale.

Les principaux facteurs opérationnels contribuant à la mortalité maternelle et périnatale peuvent se situer autour du modèle des trois retards : retard à décider de demander des soins de santé; retard à atteindre un établissement de santé et retard à recevoir les interventions salvatrices après l'arrivée à l'établissement de santé.

Pourquoi ce manuel?

Les SOU, qui sont un volet clé de la santé de la reproduction (SR), font partie intégrante des programmes d'aide humanitaire.

Le *Guide pratique d'intégration des soins obstétricaux d'urgence dans les programmes d'aide humanitaire* a été préparé afin d'aider les organismes et le personnel à comprendre les besoins et à procéder par étape afin d'intégrer les SOU dans les programmes d'aide humanitaire.

Le nombre de programmes offrant des services de SR aux personnes affectées par des conflits a considérablement augmenté depuis une décennie. Les organisations d'aide humanitaire sont plus nombreuses à fournir des SOU de base et complets ou des services de recours pour les SOU aux réfugiés et aux populations déplacées. Toutefois, il n'existe aucune méthode simple pour intégrer les SOU aux programmes d'aide humanitaire.

Une analyse de cinq lignes directrices¹ publiées sur la SR et utilisées par les organismes humanitaires a permis de constater que les indicateurs de processus de l'ONU pour la surveillance et l'évaluation des interventions en SOU ne sont pas mentionnés, ce qui rend compte de la nécessité d'actualiser ces lignes directrices.

Contenu du guide

Puisque les principes généraux de prestation de services en santé de la reproduction dans les populations affectées par les conflits sont bien documentés, le présent guide pratique se concentre sur les aspects pratiques essentiels à la mise en œuvre réussie de soins obstétricaux d'urgence sur le terrain, y compris les indicateurs de processus de l'ONU pour le suivi et l'évaluation des services. Nous donnons à chacune des étapes une liste des ressources clés.

Nombre d'organismes ont été sollicités afin de veiller à ce que ce guide ne fasse pas double emploi avec des ressources existantes et afin d'obtenir une rétroaction externe de façon à ce que celui-ci soit utile à une vaste gamme d'organisations et de décideurs.

Qui doit utiliser le guide?

Ce guide est destiné aux organisations, aux gestionnaires de programmes et au personnel de terrain offrant des soins en SR dans des situations de crises humanitaires.

1.1 Principes directeurs

Voici les grands principes qui doivent guider la conception et la mise en œuvre des interventions de SOU dans les crises humanitaires :

- ❖ Planifier les SOU comme partie intégrante de tous les programmes d'aide humanitaire.
- ❖ Adopter une approche fondée sur les droits de la personne et favorisant l'équité de façon à garantir l'intégration des besoins spéciaux des femmes et des adolescentes.
- ❖ Recourir à des interventions efficaces fondées sur des preuves et à un contrôle et à des évaluations de programmes périodiques pour atteindre la responsabilisation.
- ❖ Renforcer le système local des soins de santé et la capacité communautaire pour garantir la durabilité.

¹ Manuel du Projet Sphère; *La santé reproductive en situations de réfugiés*, Manuel de terrain inter-organisations; Manuel MSF, *Refugee Health: An approach to emergency situations*; *Reproductive Health during Conflict and Displacement : A Guide for Program Managers*, OMS ; dans les *Lignes directrices sur la protection des réfugiées*, le HCR mentionne la nécessité de services de santé pour les femmes, mais pas spécifiquement les SOU.

1.2 Objectifs du présent guide

- ❖ Guider les gestionnaires de programmes et les décideurs afin qu'ils planifient les services SOU comme partie intégrante des programmes globaux d'aide humanitaire.
- ❖ Servir de guide pratique par étapes pour lancer et mettre en œuvre des interventions prioritaires de qualité dans diverses phases d'une crise humanitaire.
- ❖ Offrir des documents de consultation et ressources à jour sur les domaines d'intervention clés, par exemple l'évaluation des besoins et la formation, la mise à niveau des établissements de santé, l'amélioration de la qualité des soins, la gestion de l'information sur la santé et la surveillance et l'évaluation des programmes.

1.3 Facteurs spéciaux

La situation particulière qui prévaut lors des crises humanitaires justifie une attention spéciale lors de la planification et de la mise en œuvre de services SOU et de soins néonataux. Les domaines les plus susceptibles d'être affectés par les conflits sont la sécurité, les infrastructures matérielles, l'équipement et les fournitures, les ressources humaines, les sources de financement et la logistique. Il existe par ailleurs d'autres points dont tenir compte :

- ❖ manque d'abris et de services de protection adéquats
- ❖ épidémies infectieuses, par exemple diarrhée et choléra, en raison du manque d'eau potable et d'hygiène, et varicelle et paludisme
- ❖ malnutrition grave, y compris malnutrition aiguë et chronique, anémie
- ❖ violence sexospécifique : grossesses non désirées, avortements à risque, bébés abandonnés et infanticides résultant de viols considérés comme arme de guerre
- ❖ traumatisme psychologique et troubles psychosomatiques : maladies liées au stress, négligence des enfants par les mères traumatisées
- ❖ mortalité maternelle et néonatale en hausse : nombre croissant d'orphelins
- ❖ rareté du personnel professionnel dans la population d'accueil et la population déplacée
- ❖ interruption des approvisionnements en médicaments et autres articles essentiels et rupture des systèmes d'entretien logistique
- ❖ obstacles culturels et linguistiques qui affectent l'accessibilité et l'utilisation des services disponibles
- ❖ insécurité constante : femmes enceintes incapables de se rendre aux établissements de recours pour obtenir des services de SOU et difficulté concernant les établissements de recours et les mouvements de personnel, particulièrement les quarts de nuit
- ❖ contraintes économiques qui peuvent nuire à un accès et à une utilisation efficaces des services de SOU disponibles
- ❖ interruption des pratiques culturelles et traditionnelles positives visant à favoriser la maternité sûre :
- ❖ résurgence de pratiques de natalité nuisibles
- ❖ écroulement des services de santé, par exemple les soins prénataux, de sorte que nombre de femmes accouchent sans qu'on ait établi de dossier de soins pendant la grossesse



2. Le Guide pratique

d'intégration des soins obstétricaux d'urgence dans les programmes d'aide humanitaire

Définition des services de SOU de base et complets

Nous donnons au *Tableau 1* qui suit les fonctions essentielles des services SOU de base et complets. Habituellement, on peut aménager un établissement de SOU de base dans les centres de santé ayant des sages-femmes compétentes ou des infirmières ayant appris les techniques de sage-femme. Dans un établissement de SOU complets, on doit retrouver des médecins ou des cliniciens capables d'effectuer des césariennes et possédant les techniques pour administrer des transfusions sanguines en plus des fonctions SOU de base.

Tableau 1. Fonctions essentielles des SOU de base et complets²

	SOU de base	SOU complets
Fonctions essentielles	Antibiotiques par voie parentérale Ocytociques par voie parentérale Anticonvulsivants et antihypertenseurs par voie parentérale Extraction manuelle du placenta Extraction des suites (AMIU) Accouchement par voie basse assisté (forceps, ventouses obstétricales)	Les six fonctions de base, plus : Transfusion sanguine Césarienne
Cadres	Centres de santé et hôpitaux	Hôpitaux ayant une salle d'opération (salle d'OP) et une capacité en chirurgie
Préposés qualifiés	Sages-femmes et infirmières maîtrisant les techniques de sage-femme Personnel de soutien	Équipe de médecins, d'agents cliniciens, d'anesthésistes, sages-femmes, infirmières et personnel de soutien

Voici les éléments clés pour mettre en œuvre des services de SOU de qualité en situation de crise humanitaire :

1. connaissance des besoins de la population et du contexte local;
2. aménagement adéquat des installations;
3. fournisseurs de soins de santé ayant les compétences et techniques requises pour fournir les SOU;
4. activités d'amélioration de la qualité;
5. mesures pour veiller à l'utilisation des services de SOU;
6. mécanismes de recours/renvoi;
7. système d'information de gestion de la santé (SIGS), y compris registres des soins prénataux et de maternité normalisés et résumé mensuel des registres;

² Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux, UNICEF, OMF, FNUAP, 1997.

8. mobilisation de la collectivité pour l'identification rapide des complications obstétricales et les renvois dans les meilleurs délais;
9. liens avec les autres activités du programme de santé reproductive (soins néonataux, paludisme pendant la grossesse, PTME, violence faite aux femmes);
10. suivi et évaluation du programme.

Approche échelonnée

Pour instaurer une approche échelonnée, il faut établir les buts et objectifs immédiats et à long terme du programme, de façon à préciser la priorité des stratégies et des interventions. Au cours de la phase initiale d'une crise humanitaire, la priorité de l'activité est de veiller à ce qu'il y ait des ressources humaines et matérielles adéquates pour favoriser des accouchements hygiéniques et sûrs, un aiguillage opportun vers les services d'urgence obstétricale et des SOU adéquats à l'établissement de recours.

Lorsque ces priorités sont satisfaites et que la situation se stabilise, il faut organiser des services complets, y compris soins prénataux, soins obstétricaux et post-partum.

Tableau 2. Activités clés liées aux SOU pendant les phases initiale et stable d'une situation d'urgence

	Orientation des activités	
	Collectivité	Établissement de santé
Phase initiale	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fournir des trousse d'accouchement sanitaire pour les femmes visiblement enceintes et les accoucheuses pour favoriser des accouchements hygiéniques. ◆ Amorcer la création d'un système de renvois 24 heures par jour et sept jours par semaine pour les urgences obstétricales. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fournir des trousse de sages-femmes et d'obstétrique. ◆ Au départ, il peut falloir recourir à des expatriés ou à des fournisseurs de soins de santé des pays d'accueil pour gérer les établissements de santé de recours. ◆ Relever les compétences et améliorer les techniques des fournisseurs de soins de santé afin de gérer les accouchements normaux et avec complications et de fournir les soins néonataux essentiels.
Phase de stabilité	<p>Ci-dessus, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Créer des régimes de financement et de transport d'urgence et diffuser l'information sur les services de recours d'urgence auprès de la collectivité afin de réduire les premiers et seconds retards (p. ex., connaissance des signes de danger et transport à l'établissement). ◆ Promouvoir un dialogue périodique avec les chefs de la collectivité et les clients afin d'améliorer la qualité des soins et d'en favoriser l'utilisation. ◆ Former les accoucheurs à la gestion active du troisième stade du travail afin de réduire les risques d'hémorragie post-partum. 	<p>Ci-dessus, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Couverture des SOU de base et complets – infrastructure de l'établissement de santé, fournitures, matériel et médicaments adéquats. ◆ Cours de recyclage et éducation permanente afin de maintenir et d'améliorer la compétence du personnel. ◆ Maintenir la réponse 24 heures et le travail d'équipe. ◆ Améliorer la qualité et l'utilisation des SOU. ◆ Établir des liens avec les autres programmes, p. ex., paludisme pendant la grossesse, prévention de la transmission mère-enfant (PTME), soins néonataux et soins prénataux ciblés.

Le modèle des trois retards³

Le présent guide vise à intégrer le concept des trois retards au moyen des interventions suivantes, comme nous l'illustrons au *Tableau 3*. Les fournisseurs de soins doivent d'abord s'attaquer au troisième retard pour veiller à ce que le centre de santé et son personnel soient bien équipés et aient la capacité d'aider les femmes, avant de favoriser la sensibilisation dans la collectivité et les renvois à l'établissement de recours.

Tableau 3. Interventions clés pour s'attaquer aux trois retards

Trois retards	Causes fréquentes	Interventions clés
Premier retard	Non-reconnaissance de la nécessité de soins obstétricaux d'urgence	<ul style="list-style-type: none">◆ Améliorer la sensibilisation aux signes de dangers obstétricaux chez les femmes, les hommes et les familles.◆ Faire participer les accoucheuses traditionnelles au dépistage précoce et à l'aiguillage rapide des femmes en urgence obstétricale.
Deuxième retard	Retard d'arrivée à l'établissement de santé	<ul style="list-style-type: none">◆ Améliorer le système de renvois, y compris la capacité de communication et les mécanismes de transport.◆ Mettre en œuvre des régimes communautaires de financement et de transport.
Troisième retard	L'établissement ne possède pas le personnel et l'équipement pour fournir des services SOU ou la femme ne peut avoir accès aux services à son arrivée.	<ul style="list-style-type: none">◆ Améliorer la couverture des SOU pour répondre aux exigences minimales (p. ex., quatre établissements fournissant les SOU de base et un fournissant les SOU complets par 500 000 de population).◆ Améliorer la qualité des SOU, la satisfaction des clients et la couverture 24/7.◆ Améliorer l'utilisation des services de SOU en réduisant les obstacles et en garantissant un accès équitable.

Le système local de soins de santé

Les gestionnaires de programme doivent décider dans quelle mesure le système local de soins de santé doit être utilisé ou mis à niveau pour fournir des services de SOU en cas d'urgence. Il existe en fait trois options :

- ◆ Mettre à niveau les installations des établissements locaux de soins de santé pour fournir les SOU à la population déplacée. La situation d'après-conflit offre souvent l'occasion de renforcer les soins maternels et néonataux dans la population d'accueil.
- ◆ Créer des services distincts de SOU pour la population déplacée.
- ◆ Approche combinée : par exemple, utiliser le système local de soins de santé pour l'aiguillage des cas d'urgence et autres services de soutien et créer des services SOU de base distincts pour la population déplacée.

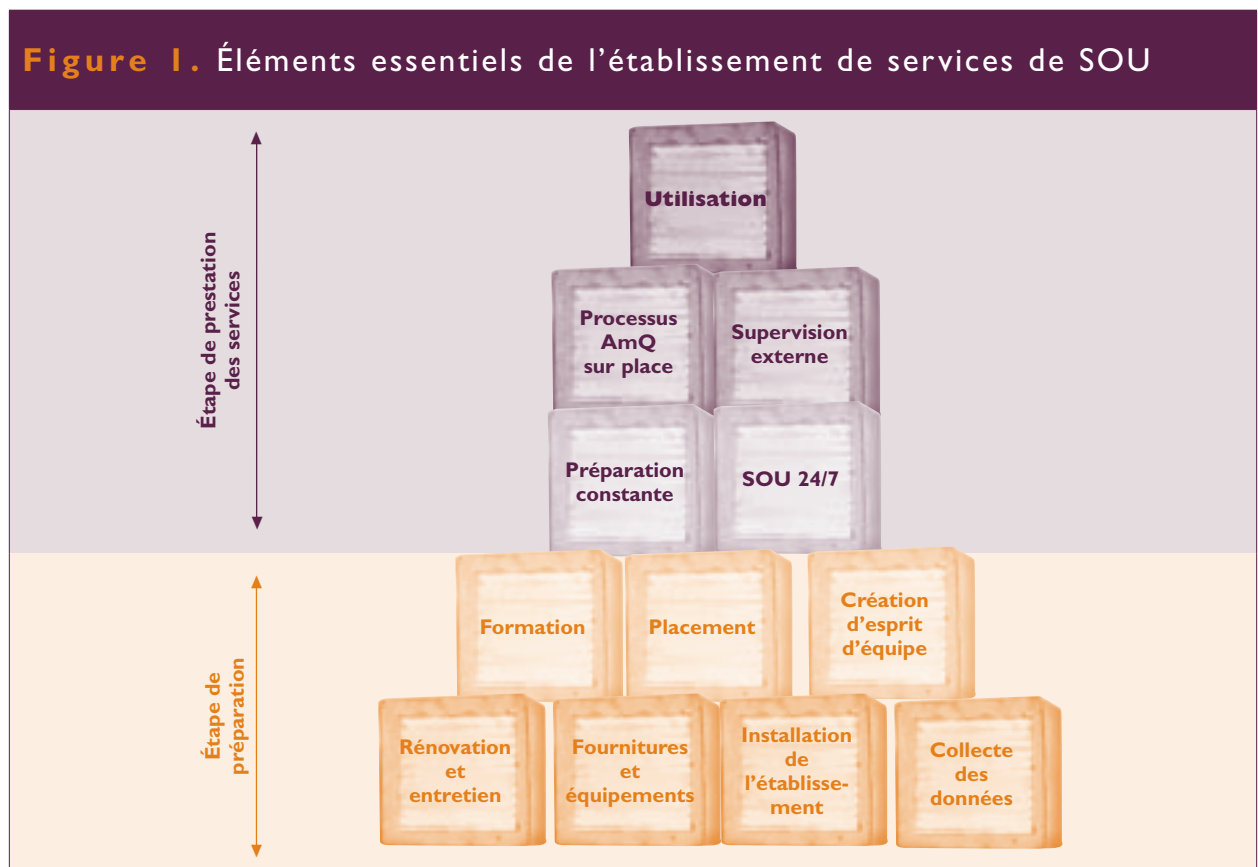
L'approche la plus durable est de mettre à niveau le système local de soins de santé; par contre, pour diverses raisons, cela ne sera pas toujours possible et le personnel du projet devra déterminer quelles sont les meilleures options d'après le contexte.

³ S. Thaddeus and D. Maine, *Too Far to Walk : Maternal Mortality in Context*. Center for Population and Family Health, École de santé publique de l'Université Columbia, Prevention of Maternal Mortality Program, mai 1990.

Comment renforcer le système local de soins de santé pour lui donner une durabilité long terme? – Question à laquelle réfléchir dès le départ.

Le processus de mise en œuvre des SOU

D'après l'expérience acquise sur le terrain de par le monde dans les programmes de SOU, le modèle des « blocs fonctionnels »⁴ illustre les éléments clés de la planification et de la mise en œuvre des programmes de SOU. Chaque bloc est essentiel. Le processus comporte deux étapes : préparation et prestation des services. Dans les situations d'urgence, l'organisation et la mise en œuvre des SOU doivent faire preuve d'originalité et d'innovation, mais il peut également être nécessaire de parer au plus pressé pour faire face à un mouvement subit et considérable de population.



⁴ Zafarulla Gill and Deborah Maine. *Averting Maternal Death and Disability*, Université Columbia, Implementing EmOC program, 2001.

2.1 Évaluation initiale

Objectifs :

- ◆ Évaluer les besoins de soins obstétricaux dans les populations de réfugiés et de personnes déplacées.
- ◆ Évaluer la capacité des établissements de santé locaux de fournir les SOU et l'envergure de la demande supplémentaire découlant de l'accroissement de population.
- ◆ Dégager les ressources humaines et logistiques disponibles dans la population d'accueil, chez les réfugiés et les personnes déplacées.
- ◆ Dégager les lacunes exigeant un soutien supplémentaire, par exemple infrastructure, équipement, médicaments, fournitures, ressources humaines, gestion et surveillance et qualité des soins.
- ◆ Planifier les interventions immédiates et à long terme d'après les résultats de l'évaluation initiale et suivre et évaluer les effets et les impacts du programme par rapport aux données de base.

Moment de l'évaluation

L'évaluation initiale doit avoir lieu soit avant de planifier les interventions programmées concernant les soins obstétricaux d'urgence, soit dans les six mois suivant le début des interventions d'urgence. On peut mener périodiquement des évaluations supplémentaires après le début des interventions, de façon à vérifier les progrès et à dégager les points à améliorer. L'évaluation doit être bien planifiée, avec délai et estimation des coûts, même en cas d'urgence et de conflit. Le même outil d'évaluation peut également servir à l'évaluation du programme.

Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) en santé génésique est un ensemble d'activités prioritaires conçues pour prévenir la surmortalité et la surmorbidity maternelles et néonatales; réduire la transmission du VIH; prévenir la violence sexuelle et en gérer les conséquences et établir les plans de services complets de santé reproductive. Le DMU peut être mis en œuvre sans nouvelle évaluation des besoins, car les éléments réunis justifient déjà son utilisation. Le DMU comprend un kit de matériel et de fournitures qui complètent un ensemble d'activités prioritaires qui doivent être mises en œuvre par du personnel qualifié et de manière coordonnée dans les premiers jours et les premières semaines d'une situation d'urgence. Les éléments du DMU constituent une exigence minimale et on s'attend à ce que des services complets en santé reproductive soient fournis dès que la situation le permettra. Le DMU est une norme dans la version révisée de 2004 du Projet Sphère, Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes à l'intention des fournisseurs d'aide humanitaire.

Les activités prioritaires du DMU en matière de prévention de la surmorbidity et de la surmortalité néonatales et maternelles sont les suivantes : fournir à toutes les femmes manifestement enceintes et aux AT (accoucheuses traditionnelles) des fournitures d'accouchement sanitaire; fournir des fournitures et de l'équipement aux sages-femmes travaillant au niveau de l'établissement de santé et veiller à ce que les femmes présentant des complications de la grossesse et de l'accouchement aient accès à un système de recours d'urgence 24 heures par jour et sept jours par semaine. Ainsi, dans les premiers jours et les premières semaines d'une situation d'urgence, avant la tenue d'une évaluation initiale, les intervenants humanitaires doivent planifier la distribution de fournitures et d'équipements et détacher du personnel médical qualifié à l'établissement de recours, selon ce qui est nécessaire pour garantir la prestation de SOU adéquats.

Qui mène l'évaluation?

Faire participer les autorités sanitaires du district, le personnel de l'établissement de santé local et d'autres partenaires locaux à la planification, à l'organisation et à la conduite de l'évaluation. Cela facilitera l'adoption des résultats par les divers intervenants. Les sages-femmes et les infirmières peuvent être formées de façon à pouvoir effectuer du travail de terrain avec le soutien, en relève, d'un spécialiste ayant une formation en obstétrique et en santé publique. Ceux qui mènent l'évaluation doivent parler la même langue que la population et le personnel évalués.

Objet de l'évaluation

Examiner les sources d'information disponibles afin de recueillir des données de base et de déceler les lacunes en matière d'information. En plus des données démographiques générales, les planificateurs doivent préciser la capacité des établissements de santé locaux et des hôpitaux de recours afin de planifier les services de SR et de mettre en œuvre les services de SOU. Plus particulièrement, l'évaluation doit porter sur les questions générales de personnel, d'équipement et de fournitures, les médicaments, les fonctions fondamentales des SOU, les techniques et compétences du personnel, les mécanismes de recours/renvoi en consultation, les perceptions communautaires et les ressources dans la population déplacée. Nous décrivons au *Tableau 4* les activités de SOU requises. Vous reportez à l'*Annexe 1*, où nous donnons un outil d'évaluation rapide des SOU, et au *Tableau 5*, où nous donnons plus de renseignements.

Tableau 4. Recommandations de l'ONU concernant les SOU⁵

- ◆ Pour chaque 500 000 personnes, il doit y avoir au moins un établissement de SOU complets et quatre de SOU de base.
- ◆ On doit s'assurer d'une répartition géographique appropriée des établissements de SOU.
- ◆ De plus, 15 p. 100 des naissances doivent avoir lieu dans les établissements de SOU.
- ◆ Toutes les complications obstétricales doivent être traitées.
- ◆ Les césariennes doivent se situer entre 5 p. 100 et 15 p. 100 de l'ensemble des naissances.
- ◆ Le taux de létalité des complications obstétricales directes doit être inférieur à 1 p. 100.

⁵ Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux, UNICEF, OMS, FNUAP, 1997.

Tableau 5. Renseignements clés à inclure dans l'évaluation initiale

Caractéristiques démographiques

- ◆ Total de la population cible/de réfugiés/de personnes déplacées
- ◆ Nombre de femmes et d'hommes en âge de procréer
- ◆ Taux brut de natalité⁶, nombre annuel prévu d'accouchements et de complications obstétricales directes

État de santé

- ◆ Prévalence de l'anémie, de la malnutrition, du paludisme, de la tuberculose, des ITS et du VIH/sida dans la population et chez les femmes de 15 à 49 ans
- ◆ Autres problèmes de santé pertinents pour la population concernée

Indicateurs de processus de l'ONU concernant les SOU

- ◆ Couverture des SOU de base et complets par 500 000 personnes
- ◆ Répartition géographique des installations de SOU
- ◆ Proportion de l'ensemble des naissances qui ont lieu dans les établissements offrant les SOU
- ◆ Proportion des complications obstétricales traitées dans les établissements offrant les SOU
- ◆ Proportion de césariennes pour l'ensemble des naissances
- ◆ Le taux de létalité des complications obstétricales directes doit être inférieur à 1 p. 100

Système local de soins de santé

- ◆ Existe-t-il un établissement de santé dans la localité ou le district immédiat qui peut répondre aux urgences obstétricales?
- ◆ Existe-t-il une salle d'opération (SO) qui fonctionne?
- ◆ Dispose-t-on d'un obstétricien, d'un chirurgien et d'un anesthésiste 24 heures par jour et sept jours par semaine?
- ◆ Le service des prélèvements sanguins et des transfusions fonctionne-t-il 24 heures par jour et sept jours par semaine?
- ◆ De combien de sages-femmes et d'infirmières qualifiées dispose-t-on?
- ◆ Dispose-t-on de l'alimentation en eau et en électricité?
- ◆ À quelle distance est l'établissement?
- ◆ Quelles sont les conditions routières et quels sont les modes de transport possibles?
- ◆ L'établissement a-t-il la capacité de répondre à l'augmentation de la demande due à la population déplacée?
- ◆ La situation en matière de sécurité permet-elle au personnel de travailler la nuit dans les établissements de santé?

Ressources humaines dans la population

- ◆ Quel est le nombre de professionnels de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes, cliniciens, adjoints médicaux, etc.) qui possèdent des compétences en obstétrique et en accouchement?
- ◆ Quelles langues parlent-ils?
- ◆ Combien y a-t-il d'accoucheuses traditionnelles et d'accoucheuses qualifiées dans la collectivité? Quels sont les autres travailleurs en santé communautaire? Quel est le nombre d'hommes et le nombre de femmes parmi eux? Quelle formation ont-ils? Les accoucheurs connaissent-ils les précautions universelles et les accouchements sanitaires afin de prévenir la propagation du VIH et d'autres infections?

Organisation sociale

- ◆ Quelles sont les structures sociales passées et présentes de la population?
- ◆ Existe-t-il des groupes de femmes et des travailleurs sociaux qui peuvent apporter leur aide en ce qui a trait aux fonds et au transport d'urgence?
- ◆ Y a-t-il des accoucheuses traditionnelles et font-elles des accouchements?

Culture et pratique

- ◆ La population de réfugiés / personnes déplacées parle-t-elle la même langue que les gens de l'endroit et les fournisseurs de soins de santé?
- ◆ Quelle est la proportion d'accouchements à domicile dans la population de réfugiés / personnes déplacées dans le pays / lieu d'origine?
- ◆ Y a-t-il des pratiques culturelles et des tabous empêchant les femmes d'accoucher à l'établissement de santé?

⁶ Préciser le taux brut de mortalité à partir des recensements disponibles dans le pays d'origine. Le taux brut de mortalité peut changer dans les populations affectées par un conflit. Le taux brut de mortalité x population totale = nombre annuel de naissances prévues. Nombre annuel de naissances prévues x 15 % = nombre prévu de complications obstétricales directes par année.

Comment obtenir de l'information

- ◆ Entrevues individuelles des informateurs clés bien connus et respectés par la collectivité
- ◆ Examen des registres et dossiers cliniques
- ◆ Interviews de sortie des clientes
- ◆ Discussion en groupe avec les femmes, les hommes, les accoucheuses traditionnelles et d'autres groupes pertinents
- ◆ Évaluation de l'établissement de santé concernant les services de soins obstétricaux

Comment analyser l'information

Sauf si la taille de l'échantillon est grande, il est possible de traiter et d'analyser les données sous Excel ou manuellement. La méthode de calcul des indicateurs de processus de l'ONU concernant les SOU est disponible dans *AMDD Workbook – Using the UN process Indicators of EmOC services. Questions and Answers*⁷.

Il est essentiel, pour que les données soient de qualité, de comprendre clairement les définitions des indicateurs de processus de l'ONU et les méthodes de collecte et d'analyse des données.

Communiquer avec la Commission des femmes, l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et le programme AMDD à l'Université Columbia, ou avec CARE et d'autres organismes, pour obtenir de l'aide technique.

Tableau 6. Aide-mémoire pour le calcul des indicateurs de processus de l'ONU

Nombre de naissances attendues annuellement dans une population (1) =

population du bassin x taux brut de natalité (TBN). Le TBN est le nombre de naissances vives dans une période donnée par 1 000 personnes dans la même période (habituellement par année). Le TBN peut changer chez les réfugiés et les populations déplacées d'après les mouvements de population.

Couverture des SOU par 500 000 de population =

nombre d'établissements de SOU de base ou complets dans le bassin de population x 500 000/population de la zone desservie

Nombre de complications obstétricales directes attendues dans une population (2) = (1) x 15 %

Besoin satisfait =

nombre de complications obstétricales directes traitées dans les établissements de SOU de la zone desservie ÷ (2)

Césariennes comme proportion de l'ensemble des naissances =

nombre de césariennes effectuées dans les établissements de santé de la zone desservie ÷ (1)

Taux de létalité =

cas de mortalité maternelle dus à des complications obstétricales directes ÷ nombre de complications obstétricales directes traitées dans les établissements de SOU x 100 %

⁷ Anne Paxton, Deborah Maine et Nadia Hijab. *AMDD Workbook, Using the UN Process Indicators of EmOC services. Questions and Answers*. Université Columbia, mai 2003.

Utilisation des résultats de l'évaluation

Planification du programme

Les résultats de l'évaluation doivent être communiqués à tous les intervenants, y compris les représentants du système de santé local et des collectivités, et débattus avec eux. L'évaluation doit être suivie d'un exercice de planification faisant appel à la totalité des intervenants clés. Si nombre d'organisations fournissent de l'aide humanitaire à la même population, un travail conjoint de planification s'impose. Si diverses organisations sont à l'œuvre, elles doivent s'entendre sur les mêmes objectifs, stratégies, interventions efficaces, normes techniques et lignes directrices, registres et dossiers normalisés et indicateurs de suivi et d'évaluation. Dans le plan de travail conjoint, on doit tenir compte des avantages comparatifs des divers organismes, pour faire en sorte que les ressources soient affectées de la façon la plus efficace et offrir un maximum d'avantages à la population.

Coût estimatif des interventions de SOU

Au cours de l'exercice de planification, on doit tenir compte des exigences en matière de ressources financières et humaines pour répondre aux objectifs à court et à long termes. On peut rapidement établir un coût estimatif pour la phase initiale d'après les interventions prioritaires. Ultérieurement, on doit préparer un budget plus détaillé reposant sur une analyse des coûts afin de tenir compte de la durabilité à long terme.

2.2 Aménagement d'une installation adéquate

Pour établir les services de SOU de base et complets dans une situation d'urgence, un environnement habitant minimum s'impose. Voir le *Tableau 7* (p. suivante).

Tableau 7. Exigences minimales pour les SOU de base et complets en situation d'urgence

Exigences minimales	SOU de base	SOU complets
Horaire de la clinique	Sage-femme/infirmière présente ou sur appel en permanence	Équipe d'urgence présente ou sur appel en permanence
Infrastructure	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pièces pour les services essentiels ◆ Eau courante ◆ Électricité (génératrice de secours) ◆ Réseau d'égout ◆ Élimination des déchets (fosse à placenta) ◆ Logements sécuritaires pour le personnel ◆ Cuisine pour le personnel et les patientes ◆ Latrines pour les patientes ◆ Douches pour les patientes 	
Services	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Zone de consultations externes ◆ Salle/zone des soins prénataux et postnataux ◆ Salle d'accouchement avec dispositif de protection visuelle et audio de la vie privée ◆ Laboratoire et pharmacie de base 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultations externes ◆ Salle des soins prénataux et postnataux ◆ Salle d'accouchement et salle d'opération avec dispositif de protection audio et visuelle de la vie privée ◆ Soins néonataux essentiels ◆ Laboratoire, y compris tests sanguins et épreuves de compatibilité croisée ◆ Banque de sang ◆ Pharmacie
Personnel	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sage-femme, infirmière et personnel de soutien ◆ Personnel de laboratoire et de pharmacie ◆ Personnel administratif ◆ Personnel de sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Obstétrique/gynécologie ◆ Anesthésiste ◆ Sage-femme, infirmière et personnel de soutien ◆ Personnel de laboratoire et de pharmacie ◆ Personne administratif ◆ Personnel de sécurité
Contrôle des infections	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Désinfectants ◆ Chaudière/autoclave ◆ Précautions universelles pour empêcher la propagation du VIH et d'autres infections ◆ Installations de buanderie 	
Recours/ aiguillage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Système fiable d'aiguillage 24 heures par jour, sept jours par semaine ◆ En cas d'accouchement par voie basse assisté par ventouse, on recommande un service de relève de césarienne dans les 30 minutes en cas d'échec ◆ Installations de communication pour appels radio ou téléphoniques 	
Registres et dossiers	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Registres des SPN ◆ Obstétrique/maternité (y compris les renseignements sur les principales complications obstétricales) ◆ Registre de la SO (pour les établissements offrant des SOU complets) ◆ Registre de la banque de sang (pour les établissements offrant des SOU complets) ◆ Registre d'aiguillage ◆ Sommaire mensuel ◆ Carte des SPN ◆ Dossier individuel de patiente ◆ Partogramme ◆ Autres 	

Rénovation

Facteurs clés dont tenir compte pour la rénovation ou la construction d'établissements :

- ◆ facilité d'accès
- ◆ situation géographique appropriée pour la population ciblée
- ◆ circulation logique des patientes et barrières anti-infection
- ◆ ventilation et éclairage
- ◆ installation d'adduction d'eau et d'assainissement
- ◆ protection de la vie privée et confort
- ◆ lieu pour les parents visiteurs
- ◆ sécurité
- ◆ cuisine
- ◆ buanderie
- ◆ logements du personnel



Besoin de ressources supplémentaires pour les rénovations?

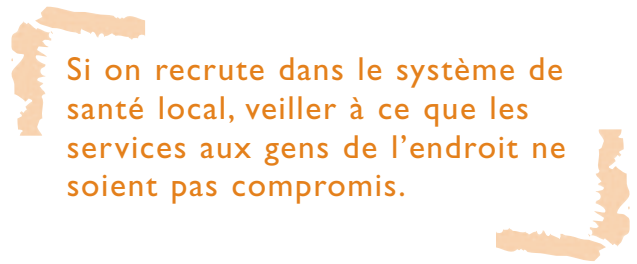
Planifier!

Recrutement du personnel

Pour faire face à une population de réfugiés/personnes déplacées, il faut déployer sur le terrain des fournisseurs compétents de soins de santé possédant les techniques obstétricales et de sage-femme, par exemple médecins, anesthésistes, sages-femmes et infirmières. Dans la mesure du possible, il faudrait recruter des travailleurs de la santé provenant de la population de réfugiés et de personnes déplacées. De plus, il pourrait falloir du personnel de soutien, par exemple techniciens de laboratoire et pharmaciens. Il se peut qu'il faille détacher des fournisseurs de soins de santé expatriés ou du pays d'accueil vers les établissements de recours, même sur une base temporaire, jusqu'à ce que des solutions plus durables soient apportées. Le personnel supplémentaire devrait pouvoir garantir des **services de SOU 24 heures, avec compétence et travailler en équipe et posséder les techniques appropriées**. En cas de pénurie de personnel en obstétrique/gynécologie et manque de chirurgiens, on peut recourir à des agents cliniciens et adjoints médicaux, qu'il faudra former afin d'offrir des SOU complets sous surveillance adéquate.⁸

Organisation des équipes et lancement des services SOU

Il faut, pour chaque établissement de SOU de base et complets, constituer une équipe d'intervention d'urgence (EIU) et une équipe d'établissement (qui s'occupe de la gestion quotidienne de l'établissement et fournit des services de soutien).



Si on recrute dans le système de santé local, veiller à ce que les services aux gens de l'endroit ne soient pas compromis.

Dans un établissement fournissant les SOU de base, par exemple le centre de santé, l'EIU pourrait comprendre des médecins généralistes, des sages-femmes et des infirmières. Dans un établissement de SOU complets, l'EIU pourrait comprendre un obstétricien, un chirurgien ou un clinicien, un anesthésiste, des sages-femmes et des infirmières. Ces équipes devraient avoir des descriptions de tâches claires et être prêtes en permanence. Pour entretenir l'esprit d'équipe, on peut tenir des exercices de création d'esprit d'équipe portant sur la surveillance positive et une appréciation des rôles de chacun. L'équipe doit disposer, 24 heures par jour, des médicaments, fournitures et équipements nécessaires pour les SOU.

⁸ Caetano Pereira et coll. « A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, juin 1996, vol. 103, pp. 508-512.

Comblent les fonctions fondamentales manquantes pour les SOU

On doit accorder une priorité à la mise à niveau de l'hôpital local de district et des centres de santé situés à proximité afin qu'ils puissent offrir les services de SOU complets et de base. Il est coûteux d'établir un centre distinct de soins chirurgicaux, sauf s'il n'est pas possible d'utiliser les installations de santé locale en raison de la distance, de la taille de population, des problèmes de sécurité, etc.

Deux fonctions des SOU de base qui manquent fréquemment au niveau du centre de santé sont l'élimination des suites et l'accouchement par voie basse assisté. De plus, souvent, l'accouchement par césarienne et les transfusions sanguines ne sont pas disponibles aux hôpitaux de district ou de sous-district ou ne sont pas offerts 24 heures par jour. Cela peut être dû à un manque de préposés qualifiés, à une infrastructure de base inadéquate, à un manque de matériel et de fournitures ou à l'absence d'un système d'aiguillage fiable. Par conséquent, pour combler les fonctions manquantes, il faut une approche systémique en matière de santé, notamment identifier les fournisseurs qualifiés de soins de santé et relever leurs compétences dans les fonctions salvatrices, si nécessaire, fournir l'équipement et le matériel essentiels et améliorer le fonctionnement de la salle d'opération et du système de la banque de sang, notamment la source du sang, le dépistage, les épreuves de compatibilité croisée et l'entreposage, améliorer le travail d'équipe, l'assurance qualité, établir un établissement auxiliaire de recours et veiller à la supervision du personnel. Enfin, il est important de se concentrer sur les améliorations globales du système de santé pour garantir la durabilité.

Équipement, fournitures et médicaments essentiels

Il faut étudier les diverses options d'approvisionnements, tant locales qu'à l'étranger. S'approvisionner à l'étranger peut nécessiter plusieurs mois. Tout en planifiant l'approvisionnement, il faut dégager et mettre en place les mécanismes visant le maintien et la durabilité. Nous donnons à l'Annexe 2 une liste détaillée de l'équipement, des fournitures et des médicaments essentiels requis pour les services de SOU. À l'Annexe 2a, nous donnons la liste du contenu et du prix des kits préconditionnés de l'UNICEF pour sages-femmes, soins obstétricaux, réanimation (kit de base) et stérilisation. Pour obtenir des renseignements plus détaillés, consulter www.unicef.org. Nous donnons à l'Annexe 2b des précisions sur les kits préconditionnés du FNUAP à utiliser dans les soins de santé primaire, les centres de santé et les établissements de recours. Voir www.unfpa.org.

Évaluation salle par salle⁹

Lors de l'aménagement d'un établissement de santé, il faut mener une évaluation salle par salle afin de savoir si le personnel, l'infrastructure, le matériel, les médicaments et les fournitures essentiels sont adéquats pour la fonction de la zone/salle spécifique. Les salles importantes pour les SOU sont la salle d'urgence, les vestiaires/salle de brossage, la salle d'opération, la salle d'obstétrique, la pharmacie, le laboratoire, la banque de sang et la salle des autoclaves.

Salle d'urgence (personnes blessées)

La salle d'urgence (SU) doit être prête 24 heures par jour à recevoir les cas d'urgence. Il doit y avoir à l'entrée de l'hôpital ou à la salle de réception un fauteuil roulant, une table roulante ou une civière et on doit désigner une personne pour transporter la patiente à la SU. Le personnel de base doit être disponible 24 heures par jour. La SU doit être équipée de ce qui suit :

- ◆ médicaments d'urgence et solutions IV
- ◆ table d'examen en privé
- ◆ appareil de tension artérielle (TA), stéthoscope, thermomètre, haricot, gants stériles
- ◆ salle d'attente avec sièges pour les parents
- ◆ tableaux muraux décrivant les lignes directrices des SOU

⁹ Zafarullah Gill, *Implementing EmOC in developing countries*. Atelier du projet AMDD à Marrakech, février 2001.

Salle de travail/d'accouchement

Le personnel des salles de travail et d'accouchement doit être disponible et prêt à prendre en mains les cas d'urgence 24 heures par jour. La salle doit être toujours prête, avec les articles suivants :

- ◆ trois troussees stériles d'accouchement
- ◆ table d'accouchement avec étriers
- ◆ gants stériles, jaquettes, gazes, tampons d'ouate
- ◆ lingerie propre, p. ex., blouses d'hôpital
- ◆ jeu de forceps/pinces stériles
- ◆ ventouse obstétricale fonctionnelle
- ◆ deux kits d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), y compris seringues et canules
- ◆ machine à succion fonctionnelle, avec tube de succion
- ◆ aspirateur de mucosités pour nouveau-nés (pour les urgences, et non pour la succion de routine)
- ◆ cylindre d'oxygène plein avec son chariot et sa clé
- ◆ médicaments d'urgence et liste indiquant les quantité et les dates de péremption
- ◆ matériel de réanimation pour adulte et nouveau-né
- ◆ ballons de type Ambu
- ◆ appareil fonctionnel de tension artérielle, stéthoscope, thermomètre
- ◆ poteaux pour intraveineuses, aiguilles à intraveineuses et canules
- ◆ civière ou chariot
- ◆ tableaux muraux contenant les lignes directrices sur les SOU

A-t-on affiché un inventaire de l'équipement essentiel et une liste des médicaments de SOU?

Vestiaire/salle de brossage

Les vestiaires et la salle de brossage, séparés ou combinés, doivent offrir ce qui suit :

- ◆ blouses de salle d'opération à utiliser en remplacement des vêtements civils
- ◆ chaussures/couvre-chaussures de salle d'opération
- ◆ bonnets et masques
- ◆ eau courante en permanence et évier avec robinets à commandes cubitales
- ◆ brosses et savon de nettoyage
- ◆ horloge murale

Dispose-t-on d'une autre alimentation en eau pour la salle d'opération et la salle de travail?

Salle d'opération

Le personnel en service de garde devrait être prêt à effectuer des procédures d'urgence dans les 30 minutes. La salle d'opération devrait être nettoyée régulièrement et après toute chirurgie conformément aux principes de prévention des infections. Elle devrait être équipée et fonctionnelle et contenir ce qui suit :

- ◆ au moins trois jeux stérilisés d'instruments pour césarienne
- ◆ deux jeux d'instruments pour la dilatation et le curetage
- ◆ paquets de lingerie stérile
- ◆ gants, blouses, gazes, tampons d'ouate stériles
- ◆ tube à succion et embouts stérilisés
- ◆ éclairage fonctionnel de salle d'opération avec ampoules de rechange
- ◆ table de chirurgie

A-t-on une liste normalisée d'instruments pour les plateaux préparés, par exemple plateau pour césarienne, plateau pour accouchement, plateau pour AMIU et autres procédures?

- ◆ machine à succion fonctionnelle
- ◆ médicaments d'urgence, avec liste indiquant les quantités et les dates de péremption
- ◆ ballon de réanimation/de type Ambu
- ◆ laryngoscope avec piles et ampoules de rechange
- ◆ tubes endotrachéaux
- ◆ appareil d'anesthésie fonctionnel avec cylindre de rechange rempli d'oxygène et d'oxyde nitreux
- ◆ anesthésiques avec liste indiquant les quantités
- ◆ aiguilles de péridurale, trousse pour péridurales
- ◆ antiseptiques
- ◆ matériel pour suture avec liste indiquant les quantités
- ◆ appareil à tension fonctionnel, stéthoscope, thermomètre
- ◆ supports et aiguilles pour intraveineuses et canules
- ◆ civière ou chariot

A-t-on affiché les lignes directrices de réanimation des adultes et des nouveau-nés?

Salle d'obstétrique

Le personnel de la salle d'obstétrique devrait être prêt à accueillir les cas d'urgence. Cette salle devrait disposer de ce qui suit :

- ◆ lits : matelas couverts d'une toile caoutchoutée propre, avec draps et oreillers
- ◆ somno-vestiaire
- ◆ banc ou fauteuil pour accompagnateur ou préposé
- ◆ médicaments d'urgence et par intraveineuse dans l'armoire à médicaments
- ◆ appareil fonctionnel de tension artérielle, stéthoscope, thermomètre
- ◆ supports et aiguilles pour intraveineuses et canules
- ◆ cylindre à oxygène plein avec masque, chariot à cylindre et clé

Y a-t-il une liste des médicaments de SOU affichée dans la salle d'urgence, la salle d'obstétrique et la salle d'opération?

Pharmacie

On doit établir à la pharmacie un système afin que les médicaments pour les urgences obstétricales soient disponibles en permanence. Il devrait y avoir en permanence une personne compétente sur appel pour délivrer les médicaments nécessaires. Voici les lignes directrices à respecter :

- ◆ Les médicaments pour les SOU sont en stock.
- ◆ Le personnel connaît les conditions spéciales d'entreposage propres aux divers médicaments et vaccins.
- ◆ Les stocks de médicaments sont regarnis lorsque les réserves atteignent un certain minimum.
- ◆ Les médicaments d'urgence sont fournis dans les meilleurs délais à la salle d'urgence, à la salle d'opération, à la salle de travail ou d'accouchement et aux salles des patientes.
- ◆ Le registre des stocks est tenu à jour avec précision.

Laboratoire, réserve de sang

Les services de laboratoire doivent être ouverts 24 heures par jour. On devrait établir un service de garde afin de disposer d'un technicien de laboratoire pour traiter les demandes de réserve de sang pour les urgences obstétricales. Le laboratoire doit disposer de ce qui suit :

- ◆ réactifs de détermination du groupe sanguin et de la compatibilité croisée
- ◆ sacs pour prélèvements sanguins
- ◆ registre des événements
- ◆ réfrigérateur fonctionnel
- ◆ réactifs pour les tests de dépistage sanguin, par exemple VIH, hépatite B et syphilis

A-t-on affiché les lignes directrices indiquant la température, la pression et la durée requises pour les divers articles à stériliser?

Salle de stérilisation (autoclaves)

Chaque établissement de SOU doit disposer d'une zone désignée ou pièce distincte pour la stérilisation, à laquelle sera affectée une personne formée connaissant l'utilisation des autoclaves. Voici les articles qui doivent s'y trouver :

- ◆ autoclave fonctionnelle avec jauges de température et de pression
- ◆ réserve de papier indicateur
- ◆ branchement électrique fiable et sûr ou réserve de kérosène/gaz
- ◆ table à zones délimitées, marquant les endroits pour les articles non stérilisés et les articles stérilisés
- ◆ liste des instruments à emballer pour les différentes procédures

2.3 Relèvement des connaissances et compétences des fournisseurs de soins de santé

Les ressources humaines sont un défi énorme dans les situations d'après-conflit et même dans un environnement de paix relative. Même si l'on a couramment recours à des expatriés pour combler les pénuries de personnel qualifié en soins de santé, on doit envisager dans la mesure du possible l'amélioration des compétences du personnel local à titre de plan plus global de perfectionnement des ressources du gouvernement d'accueil. On doit commencer à planifier dans le sens de cet objectif à long terme dans les premières phases ou dès que possible.

Divers organismes ont déjà préparé des programmes de formation sur les SOU, par exemple le programme de formation axée sur les compétences ou FAC (Competency-based Training ou CBT) mis au point par le JHPIEGO (<http://www.mnh.jhpiego.org/>) et AMDD¹⁰, ainsi que les techniques qui sauvent des vies, notamment l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) mise au point par Family Health International.

2.3.1 Formation aux SOU axée sur les compétences et la formation

La formation aux SOU axée sur les compétences, mise au point par JHPIEGO et AMDD, repose sur les principes d'apprentissage des adultes et vise à relever le niveau de compétence de chaque stagiaire. On y applique une méthode humaniste, c'est-à-dire que les exercices pratiques se font à l'aide de modèles ou mannequins avant la pratique avec les clients. Les programmes d'études sont conçus en fonction des lignes directrices de prise en charge intégrée des complications de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC), et se conforment aux connaissances acquises et aux normes en matière de santé maternelle et néonatale. Les programmes d'études jumellent les connaissances et les mises à jour cliniques et le suivi sur place.

¹⁰ JHPIEGO est un organisme international de santé publique sans but lucratif affilié à l'Université Johns Hopkins, (É.-U.A.). Averting Maternal Death and Disability (AMDD), Université Columbia (É.-U.A.), *Basic Maternal and Newborn Care : A Guide for Skilled Providers*, 2004.

Formateurs

Les formateurs locaux ou externes qui ont suivi le programme de formation des formateurs (FdF) sur la FAC sont les ressources idéales en matière de formation. Les formateurs doivent pouvoir communiquer dans la langue des stagiaires et être suffisamment disponibles pour effectuer des visites de suivi après la formation. L'équipe de formation doit se composer d'un obstétricien, d'une sage-femme, d'un anesthésiste ou d'une infirmière/anesthésiste.

Préparation du site

Avant que la formation puisse commencer, il faut choisir un site clinique adéquat, par exemple un hôpital de district ou un centre de recours. L'endroit doit recevoir un volume suffisant de patientes pour qu'on y retrouve le nombre et la variété des complications obstétricales dont les participants ont besoin pour atteindre le niveau de compétence dans les techniques essentielles. Le personnel doit vouloir et pouvoir se conformer à des normes de haut niveau en matière de soins cliniques, de lutte contre les infections et de communication avec les clientes.

Sélection des participants – approche d'équipe

La décision la plus névralgique, peut-être, dans la conception d'un cours de formation clinique, est le choix des participants. Les participants doivent être des cliniciens résolus à améliorer leurs techniques et compétences et disposés à utiliser les pratiques fondées sur l'expérience. Dans l'idéal, les participants devraient être choisis en équipes du même établissement, afin que cette équipe fonctionne comme une équipe de SOU dans son établissement d'origine.

La formation axée sur les compétences porte sur la communication et l'interaction de groupe, facilitant une approche collective hautement efficace. L'équipe doit être composée de divers fournisseurs de soins cliniques (médecin, sage-femme, infirmière et anesthésiste) offrant des services de SOU de base et complets.

Les membres de l'équipe doivent être appuyés par l'administration, le personnel et les surveillants de leur établissement, afin d'assister à la formation, d'apporter des changements après avoir terminé la formation et d'agir comme formateurs, à l'avenir, ce qui exigera probablement un réaménagement des horaires et des charges de travail du personnel.

Contenu et durée de la formation

1. Atelier d'actualisation technique en santé maternelle et néonatale (SMN) (1 semaine)
 - ◆ Cet atelier d'actualisation comprend des exposés et des discussions sur l'accouchement normal et la prise en charge des complications. Les participants ont l'occasion d'analyser les éléments de preuve concernant les changements préconisés dans les pratiques de SMN et d'en discuter.
2. Normalisation des compétences cliniques de base en santé maternelle et néonatale (2 semaines)
 - ◆ Il s'agit d'un atelier pratique très concret portant sur l'accouchement normal et la prise en charge non chirurgicale des complications. Les participants travaillent dans les secteurs de services cliniques.
3. Les participants reviennent à leur site clinique et travaillent à la mise en œuvre de ces initiatives cliniques. De plus, chaque participant recevra, sur place, la visite de l'un des formateurs. Les objectifs de cette visite sont :
 - ◆ évaluer le perfectionnement technique courant des participants, les techniques de formation avec rétroaction, et les domaines à améliorer;
 - ◆ évaluer les progrès des participants dans la mise en œuvre du plan d'action préparé au cours de l'atelier et détaillant les changements à apporter sur les lieux de travail.

La formation seule NE suffit pas pour améliorer le rendement. Il faut garantir un environnement habilitant, y compris un suivi et une surveillance soutenante.

4. Visite de suivi afin d'évaluer le perfectionnement courant et la mise en œuvre des techniques cliniques renforcées.

Formation axée sur les compétences à l'aide de modèles

L'utilisation de modèles avant de s'exercer sur les patients, dans la FAC, aide à donner confiance aux stagiaires et à prévenir les préjudices potentiels aux clients.

Voir la liste des modèles de formation en SOU à l'Annexe 3.

2.3.2 Formation en techniques salvatrices (TS)

L'objectif type d'un cours en TS est de relever la compétence des fournisseurs de soins de santé de niveau intermédiaire en environ deux semaines. L'exigence concernant le site de formation est analogue à celle du site de FAC. De plus, la formation en TS peut aussi être combinée à une cours d'une semaine sur les soins post-avortement.

Ressources

- ◆ Le Family Health International (www.fhi.org) prépare des modules de formation et donne des cours de formation sur les TS.
- ◆ L'American College of Nurse-Midwives (<http://www.midwife.org/dgo/index.cfm>) fournit formation et évaluation sur les TS.
- ◆ La Reproductive and Child Health Alliance (<http://rc.racha.org.kh>) offre un cours de deux à trois semaines de formation axée sur les compétences et faisant appel à la formation pratique personnelle.

2.4 Amélioration de la qualité des SOU

La qualité des SOU suppose un état de **préparation** qui permettra au personnel de l'établissement de **réagir** de façon appropriée aux urgences obstétricales d'une manière répondant aux besoins et aux **droits** des clientes, tout en reconnaissant les droits et besoins spécifiques du personnel afin qu'il puisse fournir les soins en question.

Les problèmes des services de SOU de piètre qualité peuvent être d'ordre :

- ◆ **Clinique** : p. ex., normes et lignes directrices cliniques non disponibles, manque de compétence du personnel, utilisation inappropriée des médicaments et piètre contrôle des infections;
- ◆ **Prise en charge** : p. ex., manque de préparation et d'accès aux services, manque de supervision, piètre entretien de l'équipement, mauvaise gestion des fournitures, longs délais d'attente pour les patients, piètre coordination entre services, manque de clarté dans les descriptions de postes et déploiement inapproprié du personnel, etc.
- ◆ **Droits** : p. ex., manque de respect de la vie privée, discrimination en raison du statut socio-économique, de la religion, du sexe ou autre motif et accès et utilisation non équitables des services disponibles en raison de contraintes économiques et géographiques. Il faut également respecter les droits des fournisseurs de soins en matière de relations de travail (par exemple, rémunération, disponibilité des fournitures et de l'équipement requis et supervision appropriée) et de sécurité (par rapport aux maladies infectieuses et aux conflits civils).

2.4.1 Aspect clinique

Lignes directrices et normes cliniques

En l'absence de lignes directrices et normes cliniques établies par le système de santé local, on peut utiliser les ressources suivantes, adaptées à la situation locale, pour orienter la pratique clinique :

- ◆ *Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC)*, publié par OMS, FNUAP, UNICEF et Banque mondiale, offrant des normes et lignes directrices. Il y a deux séries :
 - 1) *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* : Guide destiné à la sage-femme et au médecin;
 - 2) *Prise en charge des problèmes du nouveau-né* : *Manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin* (www.who.org).
- ◆ *COPE (Services efficaces axés sur la cliente) Guidelines and Instruments for a Situation*, EngenderHealth. Le manuel est conçu pour répondre à l'éventail des besoins de soins des femmes dans toute la période de la grossesse : soins prénataux, travail et accouchement de routine, soins obstétricaux d'urgence et soins post-partum (www.engenderhealth.org).
- ◆ *Emergency Obstetric Care: Resources and Tools*. AMDD et JHPIEGO. Ce cédérom contient les ressources et outils suivants, en anglais : 1) IMPAC – prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement – guide de la sage-femme et du médecin; 2) prévention des infections; 3) conception et évaluation des programmes sur la mortalité maternelle; 4) lignes directrices pour le contrôle de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux; 5) cahier de l'AMDD — utilisation des indicateurs de processus de l'ONU pour les services de SOU, questions et réponses; 6) amélioration de la qualité des SOU : manuel de leadership; 7) amélioration des SOU par une vérification axée sur les critères; 8) outils d'évaluation des SOU pour le médecin et la sage-femme et 9) anesthésie pour les SOU : outils d'évaluation pour le médecin et la sage-femme. Disponibles par l'intermédiaire d'AMDD ou de JHPIEGO.

Utilisation du partogramme

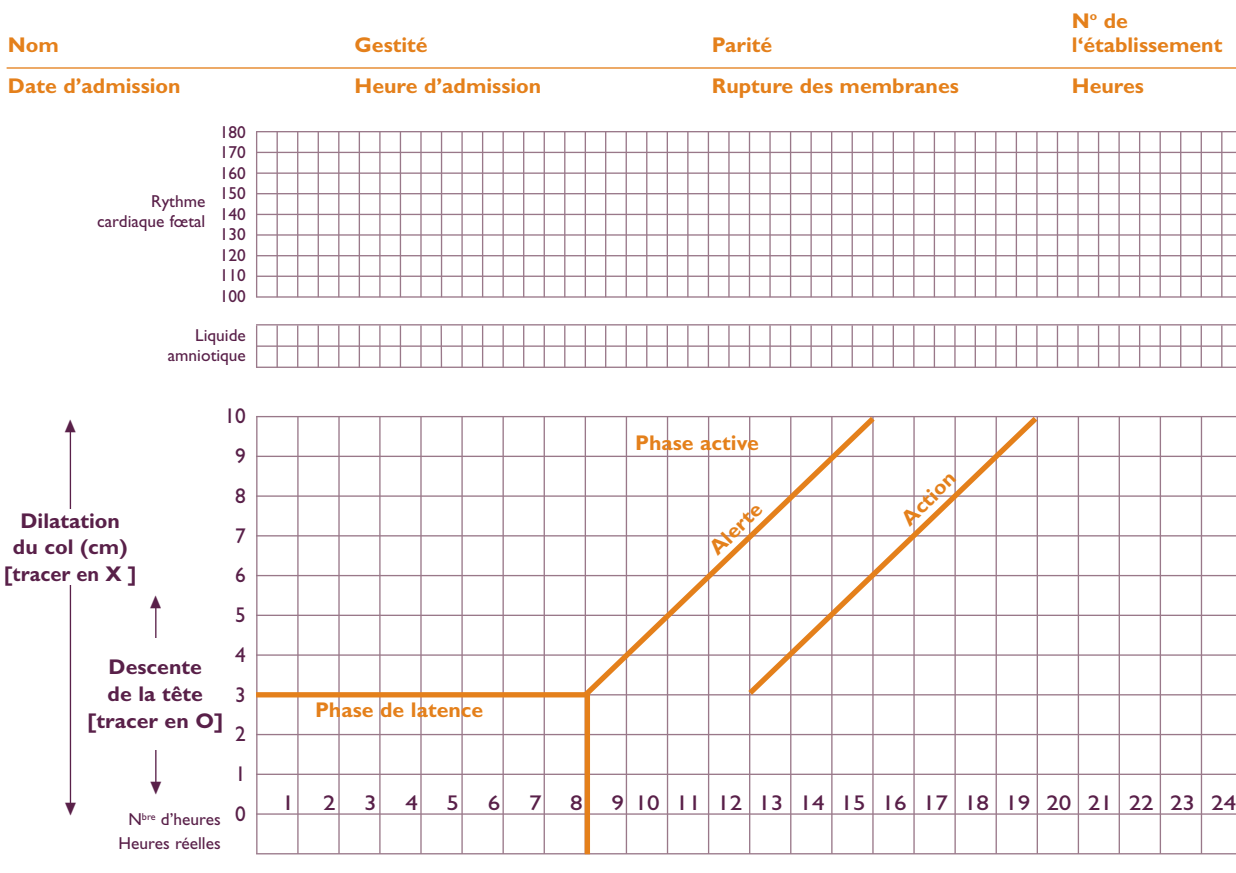
Le ralentissement du travail est la principale cause de mortalité chez les mères et les nouveau-nés dans les pays en développement. Si le travail ne progresse pas normalement, il peut y avoir de graves complications, par exemple arrêt de la progression du travail, déshydratation, épuisement, infection chez la mère, hémorragie ou rupture de l'utérus.

Le ralentissement du travail peut aussi favoriser les infections néonatales, l'asphyxie ou contribuer à la mort de l'enfant. En 1990-1991, l'OMS a mené un essai multi-centres touchant plus de 35 000 femmes en Indonésie, au Malaysia et en Thaïlande, afin d'évaluer l'effet du nouveau partogramme. Il est ressorti de l'étude que lorsque le partogramme a été introduit dans la pratique clinique en même temps qu'un protocole de prise en charge, les résultats du travail ont été grandement améliorés. L'utilisation du partogramme a réduit le nombre de cas de travail ralenti (plus de 18 heures), la nécessité d'intensifier le travail à l'aide de l'ocytocine, les taux de césariennes et l'incidence des infections. Comme résultat de l'étude, l'OMS a recommandé le partogramme pour le suivi systématique du travail afin d'aider à dépister le progrès anormal et à aiguiller les femmes qui pourraient avoir besoin d'une intervention plus poussée.

Figure 2. Exemple de partogramme¹¹

Les partogrammes devraient être examinés au cours des visites de surveillance afin d'évaluer s'il y a prise en charge adéquate du travail, normal ou avec complications dans un établissement de santé. Voici les questions clés auxquelles répondre pendant l'examen :

1. A-t-on vérifié périodiquement les contractions utérines aux 30 minutes?
2. A-t-on pris le pouls de la mère aux 30 minutes?
3. A-t-on vérifié périodiquement la tension artérielle de la mère?
4. Quelle était la coloration/ l'état du liquide amniotique?
5. Comment était le rythme cardiaque du fœtus?
6. Quel est l'état du bébé à la naissance, d'après le dossier?
7. D'après le dossier, quel est le mode d'accouchement?
8. En cas de césarienne, quel est le nombre d'heures écoulées entre la ligne d'alerte et la césarienne?



Le partogramme est un outil essentiel aux fournisseurs de soins, qui doivent pouvoir identifier les complications de la grossesse sans retard et aiguiller la femme vers un établissement de traitement approprié.

¹¹ Preventing Prolonged Labor: A Practical Guide. The Partograph, OMS/FHE/MSM/93.8.

Contrôle des infections

L'eau, ce désinfectant naturel, est absolument essentielle. Il faut prévoir le risque d'arrêt de l'approvisionnement en eau et trouver une autre source fonctionnelle d'approvisionnement en eau.

Il faut veiller à l'application des précautions universelles pour la prévention du VIH et autres infections; tous les instruments utilisés doivent être immergés 10 minutes dans une solution de chlore à 0,5 % avant chaque traitement. Le personnel doit porter d'épais gants de caoutchouc pour le lavage des instruments utilisés et éliminer les objets pointus dans des contenants anti-perforations, immédiatement après usage.

Il faut établir une fosse ou un système à placenta ou un site d'élimination des déchets à l'abri de l'accès du public et des animaux et isolé des égouts.

Si la chlorhexidine est trop coûteuse, utiliser au lieu de cela la poudre de blanchiment (chlorure de chaux).

Bibliographie

- ◆ *Infection Prevention: Multimedia Package*. Cédérom de formation et documents de référence pour les milieux faibles en ressources, EngenderHealth. Le disque comprend également un livret de modules de formation. 2001. Trousse essentielle de formation et de référence pour les travailleurs de la santé sur le lavage des mains, le port des gants, les techniques d'aseptie, le traitement des instruments, l'utilisation et l'élimination des objets pointus, l'entretien et l'élimination des déchets. Les documents peuvent servir à l'auto-apprentissage ou être utilisés dans le cadre d'une formation officielle en prévention des infections. Le livret couvre les mêmes domaines, mais plus en profondeur, et sert de document de consultation rapide. Le livret est également en vente indépendamment (www.engenderhealth.org).

Examen de la mortalité maternelle

L'examen de la mortalité maternelle dans l'établissement, une étude des « échappées belle » et une autopsie verbale communautaire peuvent être des outils efficaces pour analyser les motifs de mortalité maternelle ou d'« échappée belle », dégager les mesures adéquates compte tenu des ressources disponibles et améliorer la qualité et la responsabilisation des services¹². Il doit s'agir d'un processus dynamique, menant à une amélioration constante de la qualité.

Soutien clinique externe

L'équipe de soutien externe doit se composer d'un obstétricien/ gynécologue, d'un anesthésiste et d'une infirmière/ sage-femme et les membres doivent bien connaître les pratiques cliniques reposant sur les preuves et être décidés à exercer une surveillance attentionnée sur place. Parmi les activités de l'équipe de soutien clinique au cours des visites de l'établissement, mentionnons :

- ◆ observation et évaluation de la pratique clinique;
- ◆ examen de cas dans la salle;
- ◆ observation des procédures obstétricales (césarienne, aspiration, etc.);
- ◆ examen graphique des cas récents pris en charge;
- ◆ présentation d'études de cas à débattre (p. ex., mortalité maternelle, mortalité périnatale et « échappées belle »).

¹² Au-delà des nombres – examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. OMS, 2004.

Aspects des soins cliniques à observer :

- ◆ processus décisionnel;
- ◆ traitement initial et définitif (utilisation des protocoles, connaissances, techniques et exécution);
- ◆ récupération – soins infirmiers/ notes, protocoles, pratiques de prévention des infections (PI), suivi avec les patientes;
- ◆ renseignements sur les congés, conseils aux patientes;
- ◆ encadrement, au lieu de critiques.

2.4.2 Gestion

Renforcement de l'équipe

L'absence de travail d'équipe est un problème courant dans les diverses catégories d'employés et les divers services d'un même établissement de santé. La formation de l'équipe aux SOU et les exercices de renforcement d'équipe sont des méthodes utiles pour améliorer le travail en équipe. De plus, apprécier l'apport de chaque membre de l'équipe, par exemple personnel administratif, garde-barrière et personnel de nettoyage, aide à construire une équipe forte. On trouvera des outils/ trousse de gestion utiles à <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=index.htm&module=toolkit&language=French>.

« Visite » de l'établissement pour l'amélioration de la qualité¹³

L'objectif de l'exercice est de régler les problèmes opérationnels et d'améliorer le rendement et la responsabilisation des gestionnaires, des surveillants et des fournisseurs de services. L'équipe étant composée de représentants des divers services clés, les surveillants et les gestionnaires offrent une supervision attentive en fonction d'une liste de contrôle normalisée. Pour la majorité, les problèmes dégagés peuvent être réglés à l'interne au moyen des ressources disponibles.

Instructions :

1. Où aller : La visite de l'établissement doit couvrir la totalité des zones de soins des clientes et zones auxiliaires concernées par la prestation des services de SOU.
2. Que faire : Au cours de la visite, se concentrer sur l'observation, parler avec les clientes et tous les échelons du personnel, fournir de la formation en assistance technique sur place et examiner les dossiers.
3. Comment utiliser le tableau (voir page suivante) : Au cours de la visite, garder à l'esprit les grandes catégories suivantes du *Tableau 8*, mais ne pas les utiliser comme liste de contrôle. De cette façon, le contrôleur est libre d'observer, d'enseigner et de discuter.

Remarque : Les membres cliniques de l'équipe d'assurance de la qualité peuvent décider de procéder à un EXAMEN DE CAS avec le personnel afin d'évaluer les catégories suivantes, particulièrement lorsqu'il n'y a pas de cas d'urgence.

¹³ D^r Zafarullah Gill, *Improving District Health System through use of Quality Assurance Teams*. Programme AMDD, Université Columbia, 18 janvier 2005.

Tableau 8. Liste de contrôle de la « visite » des établissements de santé aux fins de l'assurance qualité

Secteur	Comment évaluer	Que chercher (Exemples)
Établissement	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Visite : <ul style="list-style-type: none"> – zones des clientes (salles d'attente, toilettes, salles d'examen, salles des patientes, zones de procédures, SO) – zones non destinées aux clientes (traitement des instruments, site d'élimination des déchets, magasins, banque de sang) ◆ Observation et discussion 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Chaque zone est-elle propre et structurellement adéquate? ◆ Dispose-t-on de l'eau courante? ◆ Le secteur électrique fonctionne-t-il? ◆ Y a-t-il un système de secours pour l'électricité et l'eau? ◆ À quelle fréquence y a-t-il eu interruption des services par manque d'eau ou d'électricité dernièrement? ◆ Est-ce sécurisé jour et nuit?
Préparatifs d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Observer un cas d'urgence, si possible ◆ Demander au personnel de parler du dernier cas d'urgence, de la façon dont il a été traité, de ce qui a bien fonctionné et de ce qu'il faudrait améliorer ◆ Se renseigner sur les protocoles d'urgence en place. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Personnel qualifié disponible 24 heures par jour et sachant : <ul style="list-style-type: none"> – reconnaître les signes de complications; – amorcer la prise en charge d'urgence; – prendre en charge les complications; – pratiquer la RCR; – localiser le chariot d'urgence le plus proche. ◆ Compléter le chariot d'urgence avec l'équipement d'urgence, les fournitures et les médicaments disponibles (oxygène/ sac Ambu/ masque/ appareil à succion) dans toutes les zones de soins des clientes, y compris la salle d'opération. ◆ Surveillance de la TA, du RC, du RR et des saignements chez les clientes avant et après les soins. ◆ Transport (voiture, conducteur, combustible) et établissement de recours disponibles. ◆ Clientes stabilisées avant le transport.
Personnel	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Vérifier la disponibilité du personnel; ◆ Examiner le tableau des tâches actuelles pour les affectations de travail des 24 heures; ◆ Communiquer avec le fournisseur en service actuellement, effectuer un appel d'essai; <ul style="list-style-type: none"> Demander au personnel : <ul style="list-style-type: none"> – expérience pour obtenir des fournisseurs de soins la nuit et les jours fériés – la dotation est-elle adéquate et fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Le tableau actuel des tâches, avec noms et coordonnées affiché dans les zones des soins des clientes et les zones de soins infirmiers; ◆ Personnel disponible sur place pouvant : <ul style="list-style-type: none"> – se charger du travail et de l'accouchement normaux; – prendre en charge les complications (éclampsie, hémorragie, infection) – effectuer une évacuation utérine, une césarienne ou un accouchement assisté ◆ Anesthésiste disponible

Secteur	Comment évaluer	Que chercher (Exemples)
Matériel/ fournitures/ médicaments	<p>Dans chaque salle, examiner l'équipement, les fournitures et les médicaments et en discuter avec le personnel.</p> <p>Vérifier la disponibilité et la fonctionnalité de l'équipement, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Réservoir à oxygène ◆ Machine à anesthésie ◆ Stérilisateur d'instruments ◆ Appareil à succion ◆ Réfrigérateur <p>Examiner le contenu de ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Armoires de fournitures ◆ Plateaux à médicaments ◆ Chariot d'urgence ◆ Trousses d'instruments, par exemple trousse à césarienne, trousse de réanimation pour adultes et nouveau-nés ◆ Lingerie 	<p>Concernant l'équipement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Chaque équipement est-il disponible à sa place? ◆ Est-il fonctionnel? Le personnel peut-il faire la démonstration de son fonctionnement maintenant? ◆ A-t-on un système fonctionnel de réparation et d'entretien? <p>Concernant les fournitures et médicaments :</p> <p>Pertinence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Les réserves sont-elles adéquates compte tenu de la charge de clientes? Le personnel devient-il à court de fournitures? ◆ Les médicaments sont-ils adéquats pour l'achalandage? Le personnel devient-il à court de médicaments? <p>Entreposage :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Le personnel utilise-t-il le système « premier entré, premier sorti »? ◆ Les fournitures et les médicaments sont-ils entreposés dans un endroit sec et sûr? ◆ Y a-t-il des médicaments périmés? ◆ Dispose-t-on d'une réserve de chlore, gardée au sec? <p>Dans le cas des trousse à instruments et chariots d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ A-t-on des plateaux complets de médicaments d'urgence dans chaque zone cliente? ◆ A-t-on un ou des chariots d'urgence complets dans les zones de soins des clients ◆ Les trousse de césarienne sont-elles complètes?
Techniques cliniques	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Observer le plus grand nombre possible de procédures (évaluation, examen du travail, accouchement, accouchement assisté, réparation des plaies, extraction manuelle du placenta, césarienne, etc.). ◆ Observer la prise en charge du plus grand nombre possible de cas avec complications. ◆ Si l'observation n'est pas possible, faire l'examen d'un cas à complications. 	<p>Pour chaque cliente observée, noter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Promptitude de l'évaluation et de la prise en charge – dans les 15 minutes suivant l'arrivée des cas d'urgence ◆ Prise en charge correcte ◆ Technique procédurale correcte ◆ En cas d'instabilité, traitement de stabilisation (c.-à-d. liquides par intraveineuse, MgSO4 ou diazépam, ocytocine) fourni promptement ◆ Pratiques adéquates de prévention des infections

Tableau 8 (suite) ►

Tableau 8. (suite)

Secteur	Comment évaluer	Que chercher (Exemples)
Anesthésie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Observer comment on utilise l'anesthésie ◆ Demander à l'anesthésiste ce qu'il utilise pour une césarienne et de quelle façon ◆ Observer le matériel d'anesthésie ◆ Examiner les protocoles d'urgence pour gérer les complications dues à l'anesthésie 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ La cliente est-elle surveillée pendant la prémédication, la procédure et après l'intervention? ◆ Utilise-t-on l'anesthésie locale si possible, par exemple pour l'évacuation utérine? ◆ La douleur de la cliente est-elle maîtrisée? ◆ Dispose-t-on de personnel formé à l'utilisation sécuritaire de l'anesthésie? ◆ Le personnel de la salle d'opération est-il formé pour reconnaître les complications dues à l'anesthésie et procéder à la réanimation (le personnel connaît-il la RCR et les procédures d'urgence?)
Interaction cliente/ fournisseur	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Observer s'il y a interaction entre les fournisseurs et : <ul style="list-style-type: none"> – les clientes – les membres de la famille ou autres personnes accompagnant, par exemple les accoucheuses traditionnelles 	<p>Traitement avec</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ respect ◆ bonté et empathie ◆ confidentialité et protection de la vie privée ◆ prestation de renseignements appropriés
Soins post-intervention	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Faire des observations dans la salle de réveil post-chirurgical ◆ Faire des observations aux consultations externes pour le suivi ◆ Parler avec le personnel 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Les clientes sont suivies après les interventions et l'accouchement, en ce qui a trait à la TA, au RC, au RR, aux saignements : <ul style="list-style-type: none"> – après la prémédication : aux 15 minutes – pendant la chirurgie, aux 5 minutes – après la chirurgie : aux 15 minutes pendant une heure et, ensuite, périodiquement jusqu'au congé ◆ Un local est disponible où l'on dispose des soins spécialisés 24 heures par jour pour les clientes revenant en urgence ◆ Toutes les clientes en consultation post-chirurgicale/ ayant des complications font l'objet d'un suivi de routine dans l'établissement ou dans la collectivité
Conseils lors du congé	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Observer la prestation de conseils lors du congé 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Le personnel fournit des renseignements (verbaux et écrits) sur les points de routine, les signes avertisseurs et les cas où se présenter à l'urgence n'importe quand ◆ Communication dans les deux sens ◆ Planification du suivi dans l'établissement ou la collectivité

Secteur	Comment évaluer	Que chercher (Exemples)
Dossiers et registres	<p>Examiner 20 à 30 inscriptions de clientes dans les <i>registres de l'établissement</i>, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ travail et accouchement ◆ salle d'opération ◆ salle de maternité <p>Examiner 5 à 10 <i>dossiers de clientes</i>, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ cas normaux ◆ cas avec complications (éclampsie, hémorragie, transfusion sanguine, césarienne) 	<p>Dans les registres de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sont-ils toujours complets? ◆ Y a-t-il une colonne pour les complications et est-elle toujours remplie? ◆ Y a-t-il une colonne pour les interventions et est-elle toujours remplie? ◆ Y a-t-il une colonne pour les résultats de la mère et du bébé? ◆ Le motif de la césarienne est-il indiqué? <p>Dans les dossiers des clientes, trouve-t-on toujours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Examen d'admission, y compris TA, RC et RR? ◆ Diagnostic/ traitement/ résultats? ◆ Un partogramme est-il joint et est-il utilisé pour suivre le travail? ◆ Notes de procédures (médicaments/ indications/ constatations/ interventions)? ◆ Notes post-opératoires et de congé (état/ instruction)?

À la fin de la visite, s'asseoir avec le personnel du service et le gestionnaire de l'hôpital et analyser les causes des problèmes dégagés, les solutions et l'échéancier prévu pour les correctifs. On doit utiliser un registre d'assurance-qualité (AQ) pour consigner les problèmes réglés, mensuellement ou trimestriellement, et pour faire le suivi des modifications apportées au fil du temps.

2.4.3 Droits

Qualité de l'interaction cliente-fournisseur

Les fournisseurs doivent traiter leurs clientes avec respect, être sensibles à leurs besoins et éviter les attitudes critiques. L'un des volets essentiels de la qualité des soins est le respect des normes d'éthique les plus élevées. Il faudrait offrir des services concernant les manières de garantir le respect des renseignements personnels, la confidentialité et la liberté de choix et garantir l'égalité des soins pour tous les groupes. Dans toute situation, ce sont là des enjeux clés, potentiellement difficiles à atteindre. Dans les situations de conflits et de déplacements, il pourrait être encore plus difficile d'y parvenir, mais, en tout temps, on devrait expressément s'efforcer d'atteindre les normes d'éthique les plus élevées.

Les fournisseurs devraient voir leurs clientes comme des partenaires des soins de santé et les faire participer au processus décisionnel. La formation devrait comprendre des techniques de communication et des occasions permettant au personnel d'évaluer ses propres attitudes en matière de prestation de services de santé génésique à divers groupes (p. ex., adolescentes, femmes non mariées, travailleuses du sexe et autres groupes ethniques, femmes souffrant des complications d'un avortement non sécuritaire, hommes, personnes séropositives au VIH). Il faut insister sur la nécessité d'une attitude favorable et non jugeante envers tous les clients.

Outils d'amélioration de la qualité sur place

- ◆ *COPE – Guide destiné aux responsables et Recueil d'outils pour l'amélioration de la qualité des services* (<http://www.engenderhealth.org/pubs/pubslst.html>) – On trouve dans ce guide une description d'un processus continu d'amélioration de la qualité en quatre étapes qui repose sur les principes participatifs de planification et de prise en charge par le personnel et concentré sur les droits et les besoins des clientes. Dans les quatre étapes permanentes, le personnel recueille et analyse l'information, prépare un plan d'action, met en œuvre les solutions et examine et évalue les progrès. S'adressant aux surveillants ou aux chefs d'équipe qui guideront leur personnel tout au long du processus, le guide est conçu pour être un outil courant permettant au personnel des SOU d'évaluer et d'adapter les systèmes et pratiques de manière constructive. Le *Recueil d'outils* qui l'accompagne contient les instruments de collecte de l'information qui servent dans le cadre du processus d'amélioration de la qualité, ainsi que les instructions concernant leur utilisation.
- ◆ *COPE*[®] (<http://www.engenderhealth.org/pubs/pubslst.html>) contient les outils suivants :
 - 1) guides d'auto-évaluation pour chacun des droits des clientes et des besoins des fournisseurs; 2) une liste de contrôles pour l'examen des dossiers d'admission en obstétrique; 3) formulaire d'entrevue des clientes et 4) formulaires d'analyse du cheminement des clientes à utiliser pour les clientes en soins prénataux et post-partum. Ces outils sont assortis de formulaires pratiques et d'usage facile pour la collecte et l'analyse des données; ils sont conçus dans un esprit de souplesse afin que les surveillants et le personnel puissent les adapter à leurs besoins particuliers.
- ◆ *Améliorer les soins obstétricaux d'urgence grâce à l'audit reposant sur des critères*. AMDD, École Mailman de santé publique, Université Columbia. Disponible à AMDD, Université Columbia, New York, É.-U.A (<http://www.amddprogram.org/resources/CriterionBased%20AuditFR.pdf>).

2.5 Veiller à l'utilisation des services de SOU

Après s'être assuré de la disponibilité de la qualité des services, il est possible que l'on constate que ces derniers sont sous-utilisés. Cela peut découler de diverses raisons, mais en situations d'urgence et de conflits il faut porter une attention spéciale aux facteurs suivants et chercher des solutions :

- ◆ Les groupes de discussion avec les femmes, les familles et les membres de la collectivité peuvent fournir des renseignements utiles sur leurs opinions concernant les services de santé et la façon de leur permettre d'utiliser les services offerts. La collectivité peut aider à dégager des solutions de ressources locales. Cela peut aider à combler le fossé entre les fournisseurs de services et les clientes. Nous donnons à l'Annexe 4 un guide pour les débats en groupes de discussion.
- ◆ Les entrevues structurées, par exemple les entrevues de sortie avec les clientes et les membres de la famille sont également un moyen utile d'obtenir de la rétroaction sur les divers aspects des services de SOU, par exemple les trois retards, la satisfaction concernant la qualité des soins, le coût et les techniques de communication des fournisseurs de soins de santé.

Nous donnons au *Tableau 9* (page 35) certaines causes possibles de sous-utilisation des services dans les milieux d'aide humanitaire et proposons quelques solutions.

Tableau 9. Causes possibles de sous-utilisation des services de SOU et solutions proposées

Causes possibles	Solutions
Les réfugiées/ femmes déplacées peuvent ne pas se sentir à l'aise d'utiliser les services de santé locaux en raison de différences politiques, surtout socioéconomiques et culturelles, par exemple langue et pratiques religieuses.	Favoriser des attitudes non critiques de la part du personnel. Recruter des spécialistes dans la population de personnes réfugiées/ déplacées et des fournisseurs de soins de santé parlant la même langue.
Les clientes peuvent craindre ou savoir que la consultation ne sera pas privée ou que les travailleurs de la santé ne conserveront pas la confidentialité.	Fournir aux patientes/ clientes la protection des renseignements personnels afin que leurs discussions avec les travailleurs de la santé ne soient pas entendues par d'autres et que les détails sur leur vie privée ne soient pas révélés en public. Veiller à ce que le personnel comprenne les droits des patientes à la confidentialité.
Les clientes pourraient ne pas avoir confiance dans les fournisseurs de soins de santé et(ou) la qualité des services.	Améliorer la qualité des soins, notamment les techniques de communication des fournisseurs de soins de santé.
Le coût des services pourrait être trop élevé.	Fournir des soins de santé gratuits ou subventionnés aux personnes les plus vulnérables.
Des stigmates sociaux peuvent être liés à l'utilisation des services, par exemple si des adolescentes utilisent les services de santé génésique.	Établir des services de santé convenant aux jeunes. Maintenir la confidentialité. Améliorer les techniques de counseling et de communication.
Les clientes pourraient préférer consulter des travailleuses de la santé.	Se montrer sensible au bagage culturel de la population et dégager les préférences.
Les délais d'attente pourraient être trop longs et le temps de contact, trop court en raison d'un manque de personnel, etc.	Veiller à ce qu'il y ait du personnel et des horaires de service adéquats. Améliorer la gestion de la circulation des patientes.
Insécurité constante : femmes enceintes incapables de se déplacer jusqu'aux établissements de recours pour obtenir des services de SOU, difficultés concernant le système de renvois et la mobilité du personnel, notamment pour les quarts de nuit.	Planifier d'avance les modalités spéciales de sécurité pour les fournisseurs de soins dans les établissements de santé, jour et nuit. Dégager les mécanismes de soutien communautaire en matière de transport. Abréger toutes les troisièmes causes de retard (voir page 11) en étant toujours prêt.
Interruption des fournitures médicales et autres articles essentiels et défaillance du système pour l'entretien.	Prévoir les problèmes d'approvisionnement et établir immédiatement un bon système d'approvisionnement logistique. Se procurer les fournitures et produits essentiels sur le marché local et par des canaux privés.

2.6 Système d'information de gestion de la santé (SIGS)

Les registres de la maternité et de l'accouchement sont les registres clés des services de SOU. Parfois, ils sont combinés en un même registre. Au minimum, on doit y préciser l'âge de la mère, le type d'accouchement, les complications obstétricales, le traitement, le résultat pour la mère, le résultat de la naissance (vive, mortinaissance) et le poids à la naissance.

On doit établir un résumé mensuel afin de réunir des données sur les services fournis. Il est important de contrôler le nombre de complications obstétricales traitées (hémorragie, arrêt de progression et ralentissement du travail, prééclampsie et éclampsie, complications de l'avortement et septicémie post-partum) et les césariennes effectuées, de façon à observer les changements dans l'utilisation des services de SOU et les « besoins satisfaits ». On peut ajouter aux données recueillies d'autres éléments, par exemple le nombre de transfusions sanguines et de procédures d'aspiration manuelle intra-utérine, en fonction des interventions du programme. Dans la mesure du possible, travailler avec les systèmes de collecte des données du ministère de la Santé et les modifier. Si le ministère de la Santé n'a pas de système, élaborer un système de collecte des données de concert avec les partenaires locaux et promouvoir l'adoption des outils de collecte des données par le système local de soins de santé. Nous donnons aux Annexes 5a et 5b un exemple de registre de maternité et de formulaires mensuels de rapports sommaires.

Si le registre des maternités précise les principales complications obstétricales traitées et si l'on dispose de données sur le bassin démographique et le taux brut de natalité, les questionnaires de programmes doivent suivre de routine l'évolution des « besoins satisfaits ».

2.7 Mécanismes de recours

On doit offrir en permanence (24/7) un système de renvois d'urgence englobant les complications obstétricales. Dans la mesure du possible, on doit utiliser un établissement de recours du pays d'accueil, appuyé de manière à répondre aux besoins des réfugiés. Si cela n'est pas possible, on doit prévoir un établissement de recours approprié propre aux réfugiés. Dans l'un et l'autre cas, l'établissement d'un service de renvois ouvert 24/7 exige le soutien du système de santé local, des collectivités et des ONG. Voici, en bref, les activités requises pour fournir un système complet d'aiguillage :

- ◆ appuyer le personnel de l'hôpital local ou de district et les représentants gouvernementaux;
- ◆ veiller à ce qu'une sage-femme et(ou) un médecin soit toujours sur appel;
- ◆ organiser le transport et l'approvisionnement en combustible/carburant;
- ◆ organiser le transport sécuritaire des patientes et des travailleurs de la santé;
- ◆ fournir un système de communications, par téléphone ou par radio;
- ◆ renseigner les femmes enceintes, les accoucheuses et les membres de la collectivité pour qu'ils puissent reconnaître les signes de danger de la grossesse et de l'accouchement et aiguiller vers les établissements de santé les femmes présentant des complications obstétricales, par exemple hémorragie, infection, éclampsie, arrêt de progression ou ralentissement du travail et complications d'un avortement non sécuritaire;
- ◆ promouvoir la création de comités/ programmes communautaires d'urgence pour obtenir des fonds et assurer le transport afin d'éviter un retard du deuxième type.

2.8 Faire participer les collectivités

La population de personnes réfugiées et déplacées peut participer à la planification, à la prestation et à l'utilisation des services de SOU. Cela offre non seulement l'occasion d'appuyer la structure sociale en place et les organisations et les ressources humaines disponibles, mais on veille également ainsi à ce que les programmes et services conçus répondent aux besoins de la population de personnes réfugiées et déplacées.

Voici quelques moyens par lesquels on peut appuyer indirectement la santé génésique :

- ❖ appuyer les familles et les clans afin qu'ils demeurent ensemble le plus possible afin que les femmes et les filles ne soient pas laissées sans le soutien et la protection des hommes contre la violence;
- ❖ amorcer une approche sexospécifique dans tous les programmes afin de veiller à ce que les femmes, les filles et les groupes marginalisés ne soient pas défavorisés par la façon dont l'aide est offerte¹⁴.

Il existe d'autres façons plus directes d'appuyer les personnes et les collectivités pour qu'elles se protègent elles-mêmes sur le plan de la santé génésique pendant un conflit armé, notamment :

- ❖ identifier et appuyer les structures en place de prestation des services;
- ❖ identifier les travailleurs de la santé ayant une formation en matière d'accouchement sanitaire, de premiers soins obstétricaux et de soins obstétricaux d'urgence; les appuyer à l'aide de matériel et de fournitures et fournir au besoin une formation supplémentaire;
- ❖ fournir à toutes les femmes enceintes des trousseaux d'accouchement sanitaire et leur enseigner comment les fabriquer à l'aide des produits locaux et comment les utiliser; avec les travailleurs de la santé de la collectivité, dégager d'autres réponses aux besoins en matière de santé génésique auxquels on peut satisfaire à l'aide des ressources communautaires en place;
- ❖ identifier et appuyer, par l'entremise des groupes de femmes autochtones, les moyens qu'utilisent traditionnellement les femmes pour se protéger des diverses formes de violence sexospécifique;
- ❖ appuyer les femmes ou les couples qui souhaitent éviter la grossesse pendant les périodes de danger et d'instabilité en identifiant, à l'aide des femmes et des hommes de la collectivité, des méthodes de distribution de contraceptifs garantissant une accessibilité maximale pendant le conflit (p. ex., par l'entremise de bénévoles/ travailleurs de la santé communautaire, par le canal des groupes de femmes et par des débits commerciaux privés);
- ❖ identifier, d'une manière analogue, des débits pour la distribution des condoms et la diffusion des messages de prévention des ITS/ du VIH/sida;
- ❖ assurer la promotion aux niveaux local, national et international pour une plus grande sensibilisation aux risques de violence sexuelle en temps de conflit et de violence sexuelle en tant que violation des droits de la personne;
- ❖ inclure la population d'accueil locale dans les services afin d'éviter les tensions entre la population déplacée et la collectivité locale.

Ressources :

- ❖ *Community COPE: Building Partnership with Community to Improve Health Services*, EngenderHealth. Tirant parti du processus COPE en établissement, le manuel est conçu afin d'aider les surveillants et le personnel des sites de prestation des services à établir des ponts avec les membres de la collectivité. Donner des outils, des kits d'entrevues et de discussions en groupes, des exercices participatifs et un guide de visites et des outils pour analyser et placer par priorités les solutions aux problèmes dégagés ainsi que les guides pour orienter le personnel sur place et les meneurs locaux dans le processus (www.EngenderHealth.org).

¹⁴ *Reproductive health during conflict and displacement*. OMS, no réf. WHO/RHR/00.13

- ◆ *Integrating Reproductive Health into NGO Programs Volume 2: Safer Motherhood for Communities*, Joyce V. Lyons, Jenny A. Huddart et Donna S. Bjerregaard – projet SEATS : 1999. Ce guide aide les ONG établies à appuyer les collectivités pour l'évaluation, l'organisation et la mise en œuvre de stratégies de « maternité sûre ». On y trouve, à l'intention des organisations, des orientations concernant l'accès aux ressources du système de santé officiel, mais on se concentre avant tout sur les interventions adéquates au niveau de la collectivité.

2.9 Liens avec d'autres programmes

Tout en veillant à la mise en place des SOU, le personnel doit établir des liens et effectuer la coordination avec d'autres programmes, selon les besoins établis d'après les priorités et l'épidémiologie locales.

2.9.1 Soins prénataux

Le Groupe de travail technique de l'OMS¹⁵ qui a publié son rapport en 1994 reconnaissait qu'il fallait au *minimum* quatre visites prénatales, prévues à des moments précis de la grossesse, pour atteindre le niveau essentiel de soins prénataux recommandés. Le contenu et la qualité des soins prénataux sont aussi importants que le nombre de visites. Le nombre, l'échéancier et le contenu des visites prénatales devraient correspondre à ce qui suit :

Première visite à la fin du quatrième mois (16 semaines) :

Pour dépister et traiter l'anémie, dépister et traiter la syphilis, dépister les facteurs de risque et les pathologies médicales les plus faciles à régler en début de grossesse, amorcer une prophylaxie au besoin (p. ex., anémie, paludisme) et commencer à préparer le plan individualisé d'accouchement.

Deuxième visite au sixième ou septième mois (24 à 28 semaines) et

Troisième visite au huitième mois (32 semaines) :

Dépister la prééclampsie, les grossesses multiples et l'anémie et préciser davantage le plan individualisé d'accouchement.

Quatrième visite au neuvième mois (36 semaines) :

Préciser la position foetale/présentation et actualiser le plan individualisé d'accouchement.

Remarque : Le counseling et le dépistage volontaires (CDV) et la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme pendant la grossesse devraient être amorcés si la prévalence est élevée ou s'il y a un risque accru de transmission.

Identification et gestion des facteurs de risque et des complications

Il n'est pas possible de prévoir le risque de complication obstétricale chez une femme enceinte¹⁶.

Toutefois, il existe des situations imposant un suivi plus attentif car elles peuvent être précurseurs de complications. Mentionnons par exemple une personne de très petite taille, maternité à un âge très jeune, grossesses multiples et position/présentation anormales. Pour nombre de ces facteurs (p. ex., l'âge), on ne peut rien faire pour modifier le facteur de risque. Toutefois, moyennant un supplément d'attention et de soins, on peut prévenir la survenance d'une complication ou la déceler et la gérer tôt.

¹⁵ Rapport d'un groupe de travail technique, 1994 – OMS/FRH/MSM/96.8.

¹⁶ *Programmes pour la maternité sans danger : options et problèmes* – Centre pour la population et santé familiale, School of Public Health, Université Columbia, 1991.

2.9.2 Soins aux nouveau-nés

Aider chaque femme des soins prénataux à préparer un plan individuel d'accouchement

- ◆ Prévoir la date d'accouchement
- ◆ Prévisions concernant le lieu de l'accouchement et l'accoucheuse ou l'accoucheur
- ◆ Connaître les signes de danger des principales complications obstétricales
- ◆ Argent et transport disponibles pour l'aiguillage vers un établissement de recours
- ◆ Personnes qui apporteront leur aide en cas d'urgence, notamment la nuit
- ◆ Nom et lieu de l'établissement de santé où aller

Les décès dans les 28 premiers jours de vie ou dans la période néonatale représentent approximativement les deux tiers des cas de mortalité infantile et le tiers des décès chez les moins de cinq ans. On estime à 4 millions le fardeau annuel global de morts néonatales, en plus de 4 millions de bébés morts à la naissance. Les infections, la mort apparente du nouveau-né et la prématurité sont les principales causes de morts néonatales. En majorité (98 p. 100), ces décès se produisent dans les pays en développement et 40 p. 100 à 70 p. 100 d'entre eux ont à l'origine une insuffisance de poids à la naissance. D'autres facteurs sont étroitement liés à la mortalité et à la morbidité néonatales, par exemple le manque d'attention à l'alimentation de la mère, le paludisme et les infections chez la mère pendant la grossesse, une piètre préparation de la mère pour amorcer et allaiter exclusivement son nourrisson et une planification inadéquate de la naissance, y compris en cas d'urgence.

La synergie entre les soins maternels et néonataux est de plus en plus reconnue comme nécessaire et logique. Puisque, pour la plupart, les mortalités néonatales ont lieu dans la période suivant immédiatement l'accouchement, améliorer la disponibilité et la qualité des soins obstétricaux constitue un moyen efficace de réduire la mortalité néonatale. La FAC sur les SOU et la modernisation des établissements de santé doivent intégrer l'aspect néonatalité.

La règle 2/3

Plus de 7 millions de nouveau-nés meurent entre 0 et 12 mois.

- ◆ Près des deux tiers des décès de nouveau-nés se produisent dans le premier mois de la vie.
- ◆ Parmi ceux qui meurent dans le premier mois de la vie, près des deux tiers meurent dans la première semaine.
- ◆ Parmi ceux qui meurent dans la première semaine, près des deux tiers meurent dans les premières 24 heures de vie.

Causes de mortalité néonatale

- ◆ Infections – 32 p. 100
- ◆ Mort apparente du nouveau-né et traumatisme – 29 p. 100
- ◆ Complications dues à une naissance prématurée – 24 p. 100
- ◆ Malformations congénitales – 10 p. 100

Dans près des trois quarts des morts néonatales, l'insuffisance de poids à la naissance est un facteur de risque sous-jacent.

Soins essentiels du nouveau-né

- ◆ soins préventifs de base du nouveau-né : avant et pendant la grossesse, pratiques d'accouchement sanitaire, contrôle de la température, soins des yeux et du cordon, allaitement hâtif et exclusif sur demande nuit et jour;
- ◆ dépistage hâtif des problèmes ou signes de danger (en priorité, la septicémie et la mort apparente du nouveau-né) et modalités adéquates d'aiguillage et de transport;
- ◆ traitement des problèmes clés : septicémie et mort apparente du nouveau-né.

Dans les contextes d'urgence, il est absolument essentiel de renforcer la capacité individuelle et communautaire d'améliorer la SMN au niveau de la collectivité :

- ◆ *Promouvoir* un continuum de soins entre le ménage et l'hôpital.
- ◆ *Comprendre* les valeurs et les comportements sociaux et culturels afin de promouvoir les meilleures pratiques thérapeutiques avec des ressources limitées pendant les situations d'urgence, par exemple l'allaitement et la méthode de la mère kangourou (peau à peau).
- ◆ *Promouvoir* la participation de l'homme dans les soins au nouveau-né.

Toute accoucheuse compétente devrait recevoir une formation en réanimation des nouveau-nés. Un ballon de type Ambu, un aspirateur nasal et deux doigts permettent de réanimer la majorité des nouveau-nés en état de mort apparente dans les milieux pauvres en ressources.

◆ 2.9.3 Paludisme pendant la grossesse

Le paludisme pendant la grossesse (PPG) est associé à un résultat défavorable tant pour la mère que pour le bébé. Voir *Tableau 10*.

Tableau 10. Principaux effets du paludisme chez les femmes enceintes

Dans les zones de transmission stable (endémique)	Dans les zones de transmission instable (saisonnnière)
<ul style="list-style-type: none">◆ Insuffisance de poids à la naissance : 8 % à 14 %◆ Retard de croissance intra-utérine : 13 % à 70 %◆ Prématurité : 8 % à 36 %◆ Mort du nouveau-né : 3 % à 8 % ou 75 000 à 200 000 décès par année◆ Anémie maternelle : 2 % à 15 % d'anémie maternelle grave augmente le risque de décès chez la mère	<ul style="list-style-type: none">◆ Paludisme sévère avec complications au système nerveux central◆ Anémie◆ Avortement (premier trimestre)◆ Insuffisance de poids à la naissance◆ Naissance prématurée (infection au troisième trimestre)◆ Mortinaiance◆ Décès de la mère

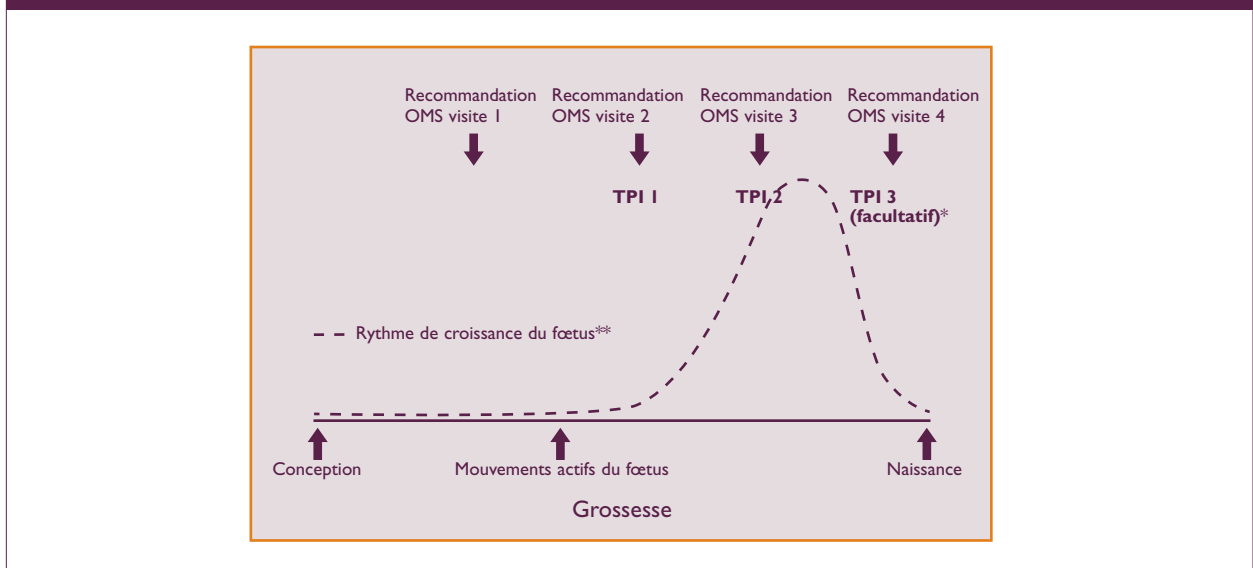
Le Bureau régional de l'Afrique¹⁷ de l'OMS (AFRO) recommande trois interventions clés concernant le PPG : traitement préventif intermittent; moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide et prise en charge efficace des cas.

¹⁷ OMS, Bureau régional de l'Afrique, Cadre stratégique sur le PPG, 2004.

I. Traitement préventif intermittent (TPI)

- ◆ Au moins deux doses de TPI, commençant au deuxième trimestre. L'antipaludique offrant le maximum d'efficacité et de sécurité et le mieux étudié pour le TPI est la sulphadoxine-pyriméthamine. Le TPI est recommandé dans les zones de transmission stable du paludisme dans la région africaine de l'OMS.
- ◆ La troisième dose est recommandée dans les zones à forte prévalence du VIH (>12 %).
- ◆ Chimio prophylaxie hebdomadaire à la chloroquine non recommandée;
 - ◆ faible conformité
 - ◆ accroît la résistance aux médicaments
- ◆ LE TPI à la sulphadoxine-pyriméthamine N'EST PAS recommandé dans les zones où la transmission est faible ou instable.

Figure 3. Tableau du TPI, Bureau régional de l'Afrique de l'OMS, 2004



2. Moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)

- ◆ L'utilisation des MII pendant la grossesse dans les zones de transmission stable offre une protection appréciable à la mère, et à l'enfant qui dort sous la moustiquaire avec la mère. D'après une étude menée au Kenya (*AJT MH 2003*), les chercheurs ont constaté ceci :
 - ◆ Diminution de 38 p. 100 de l'incidence de parasitémie paludéenne;
 - ◆ 47 p. 100 de réduction de l'incidence d'anémie paludéenne grave;
 - ◆ 28 p. 100 de réduction de la prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance (IPN).

3. Prise en charge des cas de paludisme et d'anémie

La trousse de soins prénataux doit comprendre le diagnostic et le traitement du paludisme à l'aide de médicaments antipaludiques sûrs et efficaces pour les femmes enceintes. De plus, il est recommandé que les femmes enceintes reçoivent un supplément de fer/d'acide folique pour prévenir l'anémie et fassent l'objet d'un dépistage de l'anémie et d'une prise en charge au besoin.

Médicaments considérés comme sûrs pendant la grossesse :

- ◆ Chloroquine – tous les trimestres
- ◆ Amodiaquine – tous les trimestres
- ◆ Quinine – tous les trimestres
- ◆ Proguanil – tous les trimestres
- ◆ Sulphadoxine-pyriméthamine – deuxième et troisième trimestres

2.9.4 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Le counseling et le dépistage volontaires (CDV) du VIH pour toutes les femmes enceintes dans les cliniques prénatales et la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH doivent être en place immédiatement, particulièrement dans les populations à forte prévalence du VIH. Dans les salles de travail, on devrait disposer de tests de dépistage rapide du VIH.

Afin de réduire le risque de transmission périnatale, voici les interventions recommandées :

- ◆ Utiliser le partogramme : son utilisation appropriée améliorera la prise en charge du travail et réduira le risque de transmission du VIH dû à un ralentissement du travail.
- ◆ La toilette vaginale peut réduire le risque de septicémie puerpérale et néonatale et peut également avoir des répercussions sur la transmission du VIH en cas de rupture des membranes pendant plus de quatre heures. Il faut veiller à appliquer la solution appropriée afin d'éviter d'endommager la muqueuse du canal génital.
- ◆ Éviter la rupture artificielle des membranes (RAM) : les cas de membranes rompues pendant plus de quatre heures sont associés à un risque accru de transmission du VIH. Par conséquent, on doit réserver la RAM aux cas de souffrance fœtale ou de progression anormale.
- ◆ Éviter l'épisiotomie de routine.

De plus, les fournisseurs de soins de santé qui assistent à l'accouchement doivent appliquer les précautions universelles afin d'éviter la transmission du VIH de la femme enceinte infectée aux fournisseurs et d'un fournisseur infecté à la femme enceinte.

Plusieurs années d'expérience dans la mise en œuvre de programmes PTME ont permis de réunir suffisamment de preuves sur les régimes médicamenteux les plus efficaces, la résistance résultant de certains régimes, leurs effets secondaires et la faisabilité des divers régimes dans des milieux différents. Les recommandations les plus récentes de l'OMS, en 2004, concernant la PTME et s'appliquant aux contextes d'urgence sont reproduites au *Tableau 11*¹⁸.

¹⁸ Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource - limited settings. Recommendations for a public health approach, OMS, février 2004

Tableau 11. Régime thérapeutique antirétroviral

Situation critique	Recommandation
<p>Femme enceinte infectée par le VIH, sans indication de traitement aux antirétroviraux</p>	<p>Régime privilégié <i>Femme</i> Zidovudine (ZDV) dès la 28^e semaine ou dès que possible par la suite; poursuivre à la même dose pendant le travail. De plus, la femme devrait recevoir une dose unique de névirapine (NVP) au début du travail.</p> <p><i>Nourrisson</i> Dose unique de névirapine et zidovudine pendant une semaine</p> <p>Autre régime <i>Femme</i> Dose unique de NVP au début du travail</p> <p><i>Nourrisson</i> Dose unique de NVP</p>

2.10 Surveillance et évaluation

Pour qu'un système de surveillance soit possible à la fois concernant l'état de santé et la prestation des services de SOU, il faut définir, pour le programme des objectifs et des indicateurs mesurables et les mécanismes de collecte, d'analyse et d'utilisation des données. Les **indicateurs de processus de l'ONU**, complétés par d'autres indicateurs liés à la gestion, à la prestation des services, à la qualité des soins, à la participation communautaire et à d'autres activités devraient être utilisés pour la surveillance des programmes de SOU dans les situations d'urgence. En majorité, ces indicateurs ont été inclus dans l'évaluation initiale. Les reprendre dans les systèmes de suivi périodique et les évaluations de mi-étape et terminale permettra de faire ressortir les progrès du programme et de dégager les secteurs à améliorer.

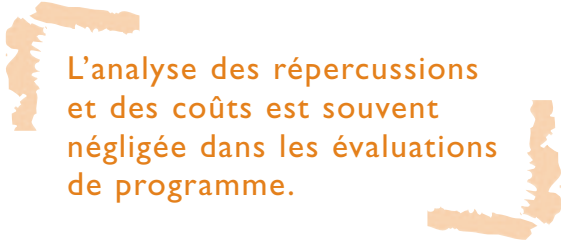
Indicateurs clés à surveiller :

Population :	Changements et mouvements dans la population de réfugiés
Nombre de cas :	Nombre de cas nouveaux et réguliers aux soins prénataux, nombre de personnes assistant aux séances de CDV/PTME, nombre d'accouchements et nombre de complications obstétricales traitées dans les établissements de santé, nombre de complications obstétricales réacheminées vers d'autres établissements
Qualité des soins :	Taux de létalité des principales complications obstétricales, pourcentage d'accouchements où on a utilisé le partogramme, disponibilité de lignes directrices cliniques, satisfaction des clientes
Fournitures et médicaments :	Pour les patientes en clinique externe, contrôle des infections, soins prénataux, accouchements normaux et avec complications, contraceptifs, réanimation néonatale
Gestion :	Surveillance facilitative, travailleurs de la santé formés/recyclés

Voici les sources utilisables pour la collecte des données de surveillance :

- ◆ Rapports quotidiens sur les soins prénataux, les accouchements, les complications obstétricales et les césariennes;
- ◆ Rapports mensuels sommaires;
- ◆ Registres et journaux du magasin;
- ◆ Registres concernant les aiguillages, les décès, le laboratoire, la pharmacie et la banque de sang;
- ◆ Autres éléments, par exemple l'observation des services de SOU (p. ex., gestion du deuxième et du troisième stades du travail), entrevue d'informateurs clés de la collectivité, entrevue des fournisseurs des soins de santé, discussion en groupe avec les femmes, entrevue aux soins prénataux et entrevue de sortie post-natale;

On peut mener un programme officiel d'évaluation à mi-étape et à la fin du projet. L'équipe d'évaluation doit comporter des ressources internes et externes. L'évaluation doit s'efforcer de préciser les objectifs et la mise en œuvre du programme, les résultats et les répercussions, la zone géographique et la population de bénéficiaires, le coût, les expériences et les leçons, ainsi que les recommandations. Très souvent, les évaluations de programme ne comportent pas expressément d'analyse des coûts.



L'analyse des répercussions
et des coûts est souvent
négligée dans les évaluations
de programme.

Outils

- ◆ *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux*, UNICEF, OMS et FNUAP, 1997. On trouve dans ces lignes directrices les définitions des indicateurs de processus de l'ONU, les normes minimales sur la couverture et l'utilisation des services de SOU et la façon de calculer les indicateurs de processus de l'ONU.
- ◆ *Maternal and Newborn Standards and Indicators Compendium*, USAID et Care, décembre 2004. Ce document est conçu pour aider les concepteurs de programmes à sélectionner les éléments et les actions essentiels des interventions qu'ils ont choisies et sélectionner les indicateurs appropriés. Le document est également utile pour évaluer l'efficacité du programme par le suivi et l'évaluation et établir des protocoles et outils de prestation du service. Il porte sur cinq domaines : préconception/ inter-conception, prénatal, travail et accouchement, soins post-partum et soins du nouveau-né.
http://www.coregroup.org/working_groups/safe_motherhood_checklists-1.pdf.
- ◆ Manuel sur la supervision facilitative (Facilitative Supervision) d'AVSC 1999 (document de travail). Il s'agit d'un manuel sur la surveillance facilitative comportant une description d'un système de gestion dans lequel les surveillants, à tous les paliers de l'établissement de santé, se concentrent sur les besoins du personnel qu'ils supervisent. Cette approche privilégie le mentorat, le règlement conjoint des problèmes et la communication bilatérale entre le superviseur et les personnes supervisées. Le document comprend des exercices d'auto-apprentissage. (2001)
- ◆ *Suivi et évaluation – La santé reproductive en situations de réfugiés : Manuel de terrain inter-organisations*, HCR, 1999. Le document contient ce qui suit : cadre stratégique du système; démarche en huit étapes pour la surveillance et le suivi; aperçu des sources de données; indicateurs de SR à diverses phases d'une situation d'urgence; taux de référence et ratios pour les indicateurs SG; exemple de feuille de travail pour les rapports mensuels SG. www.unhcr.org ou www.rhrc.org.

- ◆ *Supervision facilitante : composante essentielle de systèmes de santé reproductive de bonne qualité*, AVSC International, New York, 1999. On y décrit la façon dont un établissement de santé ou une institution peut passer d'un système de surveillance classique à une stratégie davantage axée sur la facilitation ou le règlement commun des problèmes, de façon à garantir une amélioration continue de la qualité des services en santé reproductive. Pour commander : www.engenderhealth.org/pubs.
- ◆ Susan Purdin – *Design, Monitoring and Evaluation of Reproductive Health Services in Refugee Situations: Training Modules for the Health Team*, cédérom, 2005. The Reproductive Health Response in Conflict Consortium. Disponible par courriel à info@rhrc.org.
- ◆ Anne Paxton, Deborah Maine et Nadia Hijab, *AMDD Workbook, Using the UN Process Indicators of EmOC services. Questions and Answers*, Université Columbia, mai 2003. Le manuel comporte un chapitre de questions et réponses pratiques concernant les préoccupations courantes touchant les indicateurs de processus de l'ONU et les méthodes de calcul. Il est particulièrement précieux pour les personnes qui mènent pour la première fois des évaluations de base des SOU. Commander du site Web de l'AMDD, Université Columbia : <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/>.

Autres lectures :

- ◆ The Magpie Trial Collaboration Group. 2002, « Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomized placebo-controlled trial », *The Lancet* 359 (9321), 1^{er} juin 2002 : 1877-1890.
- ◆ *Managing Maternal and Child Health Programmes: A Practical Guide*, OMS. Le guide comprend une description d'une vaste gamme de stratégies et d'interventions utilisables pour améliorer la gestion des programmes de santé de la mère et de l'enfant dans les pays en développement. (bookorders@who.ch)
- ◆ W. J. Prendiville, D. Elbourne, S. McDonald, « Active versus expectant management in the third stage of labour », *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, n° 3, Art. n° CD000007. DOI: 10.1002/14651858.CD000007.
- ◆ F. Forna, A. M. Gülmezoglu, « Surgical procedures to evacuate incomplete abortion. », *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, n° 1, Art. n° CD001993. DOI: 10.1002/14651858.CD001993.
- ◆ D. R. Elbourne, W. J. Prendiville, G. Carroli, J. Wood, S. McDonald, « Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour », *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, n° 4, Art. n° CD001808. DOI: 10.1002/14651858.CD001808.
- ◆ F. Smill, G. J. Hofmeyr, « Antibiotic prophylaxis for cesarean section », *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, n° 3, Art. n° CD000933. DOI: 10.1002/14651858.CD000933.
- ◆ V. Flenady, J. King, « Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term. », *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, n° 2, Art. n° CD001807. DOI: 10.1002/14651858.CD001807.



Annexes

Liste des ressources

2. Services de maternité

Instructions : Répondre aux questions suivantes d'après les discussions avec les fournisseurs de soins de santé et l'examen des registres, journaux et autres dossiers de l'établissement.

No	Question	Réponse	
1	Y a-t-il suffisamment de lits pour la charge actuelle de clientes en gynécologie/ obstétrique?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2	Quel est l'état des lits? (Une seule réponse)	<input type="checkbox"/> La plupart en bon état <input type="checkbox"/> Réparations mineures nécessaires pour la plupart <input type="checkbox"/> Réparations majeures ou remplacement pour la plupart	
3	Les clientes en obstétrique et gynécologie sont-elles dans une autre salle que les autres femmes hospitalisées?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Salle de maternité/ des femmes : s'il y a plus d'une salle, se concentrer sur les lits en obs./gynéco.			
4	Est-ce propre?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5	Est-ce bien éclairé pendant le jour (lumière naturelle)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6	Y a-t-il des lampes de travail pour la nuit?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
7	Est-ce surpeuplé? (patientes et visiteurs)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
8	Y a-t-il des toilettes fonctionnelles pour la salle?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
9	Les toilettes sont-elles propres?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
10	Utilise-t-on des rideaux ou d'autres moyens de protection de la vie privée pendant les examens?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
11	Y a-t-il des ventilateurs de plafond ou autres moyens de ventilation?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
12	Dispose-t-on de couvertures ou de chauffage pour les climats froids?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
13	Les lits vides sont-ils propres et prêts pour la patiente suivante?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
14	Qui fournit la lingerie pour les patientes?	Hôpital <input type="checkbox"/>	Famille <input type="checkbox"/>
15	Qui fournit la nourriture pour les patientes?	Hôpital <input type="checkbox"/>	Famille <input type="checkbox"/>
16	Dans le cas des femmes non accompagnées, l'hôpital fournit-il la nourriture?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
17	Comment qualifieriez-vous l'interaction fournisseur/ patiente dans la salle?	<input type="checkbox"/> Froide/indifférente <input type="checkbox"/> Punitif/hargneuse <input type="checkbox"/> Chaude/aidante <input type="checkbox"/> Observation non possible	
	Globalement, comment décririez-vous l'état de la salle? .. le confort des patientes et des aides?		
Salle de travail/ d'accouchement :			
18	Y a-t-il suffisamment de tables d'accouchement pour le nombre actuel de patientes?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
19	Est-ce propre?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
20	L'éclairage est-il adéquat pour les procédures?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
21	A-t-on une toilette fonctionnelle?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
22	Les toilettes sont-elles propres?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
23	Utilise-t-on des rideaux ou d'autres moyens pour protéger la vie privée?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

No	Question	Réponse		
24	Les tables d'accouchement sont-elles propres et prêtes pour les patientes suivantes?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
25	A-t-on établi une organisation pour les fournitures et l'équipement? (c.-à-d. chariots ou armoires désignés)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
26	Les fournitures et l'équipement sont-ils faciles d'accès?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
27	A-t-on un stock de médicaments d'urgence?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
28	Le stock de médicaments d'urgence est-il facile d'accès?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
29	Les fournisseurs de soins de santé utilisent-ils de routine le partogramme pour suivre le travail et l'accouchement?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
30	Effectue-t-on de routine l'une ou l'autre des procédures suivantes pendant l'accouchement?	Épisiotomie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
31		Rasage	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
32		Lavement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
33	Globalement, comment décririez-vous l'état de la zone de travail et d'accouchement?			
Paiement des services				
34	Exige-t-on un paiement officiel avant l'entrée dans l'établissement? (c.-à-d. frais d'inscription)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
35	En cas d'urgence, exige-t-on le paiement avant de soigner une femme?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
36	En cas d'urgence, exige-t-on le paiement/ l'achat des médicaments ou autres fournitures avant de soigner la femme?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
37	Parmi les coûts possibles qui suivent, lequel est le plus élevé pour la femme et sa famille?	Frais d'admission <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Honoraires pour les interventions <input type="checkbox"/> Paiement du personnel <input type="checkbox"/> Nourriture		
Veillez établir estimativement les coûts suivants, y compris les honoraires, les paiements, les médicaments, etc., que doivent payer les patientes et leurs familles, en consultation avec le personnel :				
38	Quel est le coût d'un accouchement vaginal normal?			
39	Quel est le coût d'une césarienne?			
40	Quel est le coût d'une transfusion sanguine?			
41	Quel est le coût d'un accouchement aux forceps ou par aspiration?			
42	Quel est le coût d'une AMIU?			
43	Préciser de quelle façon les coûts et honoraires sont récupérés dans l'établissement? (c.-à-d. paiements officiels ou officieux, paiements requis avant le traitement ou après, etc.)			

Services 24 heures

Instructions : Répondre aux questions suivantes après en avoir discuté avec les fournisseurs de soins de santé. Pour confirmer les réponses, examiner les registres ou dossiers des cas traités. Le faire hors des heures de travail.

				Dans la NÉGATIVE, quels sont les jours et heures de service?	Quelle est la durée estimative du délai d'attente en dehors des heures de service?
44	Les services pour le travail et l'accouchement sont-ils offerts 24 heures par jour tous les jours dans l'établissement?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
45	La salle d'opération de l'établissement est-elle disponible pour les interventions 24 heures par jour, tous les jours?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
46	Dispose-t-on, dans cet établissement, de médicaments pour les procédures de SOU 24 heures par jour, tous les jours?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
47	Offre-t-on dans l'établissement des services de laboratoire pour les transfusions 24 heures par jour, tous les jours?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
48	Dispose-t-on à cet établissement d'une réserve de sang pour les transfusions, 24 heures par jour, tous les jours?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
49	Offre-t-on dans l'établissement des services d'anesthésie 24 heures par jour, tous les jours?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		

Fonctions de SOU

Instructions : Les données qui suivent doivent être recueillies par l'examen des registres et dossiers de l'établissement (p. ex., registre de la salle de maternité, journal des accouchements, registre général des admissions, etc.)

A-t-on effectué les procédures suivantes au moins une fois au cours des trois derniers mois?		Réponse	
F1	Antibiotiques par voie parentérale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
F2	Ocytotiques par voie parentérale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
F3	Sédatifs/ anticonvulsifs par voie parentérale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
F4	Extraction manuelle du placenta	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
F5	Enlèvement des suites (p. ex., aspiration manuelle intra-utérine)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
F6	Accouchement vaginal assisté (p. ex., ventouse obstétricale)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
F7	Transfusion sanguine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
F8	Césarienne	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<p>Si vous avez répondu oui à toutes les questions (F1 à F8), l'établissement fournit des SOU complets.</p> <p>Si vous avez répondu oui aux questions F1 à F6, mais non à F7 et(ou) F8, l'établissement fournit des SOU de base.</p> <p>Si vous avez répondu non à l'une ou l'autre des questions F1 à F6, l'établissement ne fournit pas de SOU.</p>		<p>F9. Statut actuel concernant les SOU :</p> <p><input type="checkbox"/> SOU complets</p> <p><input type="checkbox"/> SOU de base</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de SOU</p>	
F10	Au cours du dernier mois, combien de cas d'obstétrique a-t-on aiguillé :	À l'établissement?	
F11		De l'établissement?	

3. Matériel et fournitures

Voici une liste de fournitures conçue pour savoir si l'établissement dispose des articles élémentaires requis pour les soins obstétricaux d'urgence et les accouchements normaux. Le choix des articles vise à permettre d'identifier l'état de préparation à effectuer ces fonctions dans certains secteurs d'un établissement; l'objet n'est pas de dresser un inventaire exhaustif du matériel et des fournitures.

Cocher la case si l'article inscrit se trouve dans la zone observée (ou à proximité, selon le cas).

Dans le cas du matériel, vérifier s'il est en état de fonctionner. Peut-être voudrez-vous également savoir s'il y a eu rupture de stock de ces articles dans les derniers mois (à inclure dans la partie observations, à la fin de la section).

Article		Zone des soins actifs/ intervention ²⁰	Salle d'accouchement	Salle d'opération
Prévention des infections				
S1	◆ Eau courante			
S2	◆ Savon			
S3	◆ Antiseptiques, p. ex., bétadine, chlorhexidine			
S4	◆ Gants stériles			
S5	◆ Gants non stériles			
S6	◆ Vêtements de protection non stériles (p. ex., tabliers/ manteaux de caoutchouc)			
S7	◆ Contenant de décontamination			
S8	◆ Javellisant ou poudre javellisante			
S9	◆ Solution désinfectante préparée			
S10	◆ Contenant pour déchets ordinaires			
S11	◆ Contenant couvert pour déchets contaminés			
S12	◆ Contenants antiperforation pour objets pointus			
S13	◆ Support Mayo (ou l'équivalent pour créer un plateau/ champ stérile)			
Articles de base				
S14	◆ Brassard de tensiomètre et stéthoscope			
S15	◆ Haricot, plateau à placenta			
S16	◆ Ouate, gaze			
S17	◆ Trousses de réparation de déchirures			
S18	◆ Solution IV, tubulures et aiguilles			
S19	◆ Aiguilles et seringues (10 à 20 cc)			
S20	◆ Transport des patientes – p. ex., fauteuil roulant, civière roulante, hamac			
S21	◆ Couvertures			

Matériel et fournitures (suite) ►

²⁰ La zone des soins actifs désigne tout endroit où les procédures obstétricales d'urgence peuvent être effectuées, hors de la salle d'accouchement ou de la salle d'opération.

3. Matériel et fournitures (suite)

Article		Zone des soins actifs/ intervention ²⁰	Salle d'accouchement	Salle d'opération
Antibiotiques				
S22	◆ Ampicilline			
S23	◆ Gentamycine			
S24	◆ Métronidazole			
S25	◆ Autres (dresser la liste)			
Anticonvulsifs				
S26	◆ Sulfate de magnésium			
S27	◆ Gluconate de calcium			
S28	◆ Diazépam (Valium)			
S29	◆ Hydralazine/labétanol/nifédipine (antihypertenseurs)			
Médicaments utérotoniques				
S30	◆ Ocytocine			
S31	◆ Ergométrine			
S32	◆ Misoprostol			
Accouchement par voie basse assisté				
S33	◆ Ventouse obstétricale			
S34	◆ Forceps			
Élimination des suites				
S35	◆ Aspiration manuelle intra-utérine (AMI), seringues et canules			
S36	◆ Curettes, dilateurs			
S37	◆ Instruments pour intervention pelvienne (c.-à-d. spéculum, tenaculum, sonde)			
Césarienne				
S38	◆ Trousse d'instruments stériles pour césarienne			
S39	◆ Sutures – diverses dimensions – 0, 2-0, 3-0			
S40	◆ Appareil à succion			
S41	◆ Champs opératoires, blouses stériles			
S42	◆ Lampe – ajustable, sans ombre			

Article		Zone des soins actifs/ intervention ²⁰	Salle d'accouchement	Salle d'opération
Anesthésie et réanimation				
S43	◆ Anesthésiques locaux, p. ex., lignocaïne			
S44	◆ Appareil d'anesthésie et agent par inhalation			
S45	◆ Kétamine			
S46	◆ Médicaments et fournitures pour anesthésie rachidienne			
S47	◆ Oxyde nitreux			
S48	◆ Cylindre à oxygène, masque, tubulures			
S49	◆ Matériel de réanimation, c.-à-d. sac Ambu, voies aériennes buccales			
Fournitures pour nouveau-né				
S50	◆ Serviettes propres et sèches			
S51	◆ Injecteur à poire propre			
S52	◆ Sac Ambu			
S53	◆ Fournitures pour cordon (pinces/ fil à ligature/ ciseaux)			
Fournitures de gestion de la douleur				
S54	◆ Analgésiques par voie orale – paracétamol			
S55	◆ Analgésiques par voie parentérale			
S56	◆ Narcotiques par voie parentérale – c.-à-d., péthidine, morphine			
S57	◆ Naloxone, prométhazine			
Transfusion sanguine — pour ces articles, il faudra visiter le laboratoire				
S58	◆ Sacs de sang			
S59	◆ Aiguilles et tubes pour transfusion			
S60	◆ Réactifs pour dépistage sanguin			
S61	◆ Microscope			
S62	◆ Réfrigérateur			
Observations sur le matériel et les fournitures :				

4. Personnel

Remplir la section qui suit concernant le personnel de l'établissement. Inscrire S.O. si l'une des professions ne s'applique pas à l'établissement ou au pays.

Profession		Nombre de postes	Nombre d'employés travaillant dans l'établissement dans le dernier mois	Y avait-il au moins une personne en fonction et présente 24 heures par jour?		Nombre d'années de formation avant d'exercer
P1	Obstétricien/gynécologue			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P2	Médecin			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P3	Infirmière autorisée/ sage-femme			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P4	Sage-femme inscrite			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P5	Infirmière autorisée			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P6	Infirmière inscrite			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P7	Infirmière clinique inscrite			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P8	Clinicien			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P9	Clinicien autorisé			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P10	Aide-infirmière/préposée			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P11	Anesthésiste/médecin			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P12	Anesthésiste – non-médecin			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P13	Technicien de laboratoire			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P14	Pharmacien			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P15	Y a-t-il des stagiaires travaillant dans l'établissement?			Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
P16	Type de programme de formation/d'équipe?					
P17	Quelles sont leurs responsabilités dans l'établissement pendant la formation?					
P18	Y a-t-il un gardien ou un contrôleur d'accès lorsqu'ils sont en service dans l'établissement? (cocher ce qui s'applique)			<input type="checkbox"/> Le jour <input type="checkbox"/> La nuit <input type="checkbox"/> Les fins de semaine <input type="checkbox"/> Pas de gardien/contrôleur d'accès		
P19	Combien de médecins ont la formation aux SOU?					
P20	Combien d'infirmières et de sages-femmes ont la formation aux SOU?					
P21	Qui est responsable de la gestion de l'établissement? S'il y a plus d'une personne, expliquer brièvement leurs responsabilités.					
P22	À votre avis, le personnel travaille-t-il en équipe (pour réagir à des urgences)?			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
P23	À votre avis, les gestionnaires appuient-ils le personnel?			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

5. Systèmes d'information

De façon à saisir l'intégrité de l'information consignée à l'établissement, demander au personnel de préciser *toutes* les sources d'information sur les femmes présentant des complications obstétricales et admises dans l'établissement.

Voici certaines sources possibles d'information :

- ◆ registre général des admissions
- ◆ registre des accouchements
- ◆ registre de la salle de maternité
- ◆ registre de la salle des femmes
- ◆ registre de la salle d'opération
- ◆ registre de gynécologie
- ◆ registre des avortements (registre des soins post-avortement)
- ◆ dossiers individuels des patientes
- ◆ registre de planification familiale
- ◆ registre des congés
- ◆ registre des décès/de la morgue

À partir des registres les *plus souvent* utilisés pour consigner les complications obstétricales, répondre aux questions suivantes :

Articles		Réponse	
1	Les formulaires ou registres sont-ils à la portée du personnel?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2	Sont-ils bien tenus et à jour?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3	Les colonnes sont-elles toutes remplies?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4	Y a-t-il duplication de l'information entre divers registres?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5	A-t-on prévu une colonne pour inscrire les diagnostics dans les registres clés?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6	Remplit-on de routine cette colonne?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
7	Le registre a-t-il une colonne pour le traitement fourni à la femme?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
8	Le registre a-t-il une colonne pour le résultat du traitement (femme vivante ou décédée)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
9	Sait-on clairement quels sont les cas de complications obstétricales?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
10	Le personnel fait-il périodiquement un examen ou une analyse des dossiers?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
11	Qui est responsable de remplir ces dossiers/registres?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
12	Ces dossiers sont-ils remplis au fil de la survenance des événements (24/7) ou à des moments en particulier (p. ex., à la fin du quart)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Observations sur la collecte des données et les registres :			

6. Sommaire des cas de l'établissement

	Jan.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Jul.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total de l'année
Indicateurs de processus													
Nombre d'admissions en obstétrique													
Nombre d'accouchements													
Nombre de césariennes													
Intervalle entre l'admission et le traitement (intervention finale)													
Mortalités maternelles – causes directes													
Hémorragie													
Travail sans progrès ou ralenti													
Rupture de l'utérus													
Septicémie post-partum													
Prééclampsie/éclampsie													
Complications de l'avortement													
Grossesse ectopique													
Autres (préciser)													
TOTAL													
Mortalités maternelles – causes indirectes													
Paludisme													
VIH/sida													
Anémie													
Tuberculose													
Autres (préciser)													
TOTAL													

	Jan.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Jul.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total de l'année
Complications obstétricales (traitées) – causes directes													
Hémorragie													
Travail sans progrès/ralenti													
Rupture de l'utérus													
Septicémie post-partum													
Prééclampsie/éclampsie													
Complications de l'avortement													
Grossesse ectopique													
Autres (préciser)													
TOTAL													
Complications obstétricales (traitées) – causes indirectes													
Hépatite infectieuse													
Paludisme													
VIH/sida													
Anémie													
Tuberculose													
Autres (préciser)													
TOTAL													

7. Connaissance et recommandations de traitement du fournisseur de soins concernant les décès maternels et néonataux

Cet outil doit être utilisé par le fournisseur de soins de santé dans tout service chargé de la majorité des accouchements, de façon à mesurer le niveau « le plus élevé » de compétence.		
P1	District	Date et heure de l'examen du dossier
P2	Nom de l'établissement	
P3	Type d'établissement Hôpital = 1, H/C = 2, dispensaire = 3, foyer de soins = 4, clinique = 5	ENTRER LE CODE
P4	Administration de l'établissement (Gouv. = 1, mission = 2, privée = 3)	ENTRER LE CODE
P5	Quelles sont vos qualifications? Cocher une réponse appropriée ✓	<input type="checkbox"/> 1. Obstétricien/gynécologue <input type="checkbox"/> 2. Médecin <input type="checkbox"/> 3. Clinicien <input type="checkbox"/> 4. Infirmière autorisée <input type="checkbox"/> 5. Sage-femme autorisée <input type="checkbox"/> 6. Sage-femme inscrite <input type="checkbox"/> 7. Infirmière/sage-femme inscrite <input type="checkbox"/> 8. Infirmière en santé communautaire autorisée <input type="checkbox"/> 9. Infirmière en santé communautaire inscrite <input type="checkbox"/> 10. Baccalauréat en soins infirmiers <input type="checkbox"/> 11. Autre (préciser) :
P6	Sexe du fournisseur	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Dans les questions suivantes, ne pas lire à haute voix les options, mais cocher les réponses spontanées et demander des précisions.		
P7	Quels sont les aspects clés de soins prénataux de qualité?	<input type="checkbox"/> 1. Quatre visites complètes <input type="checkbox"/> 2. Veiller à ce que la femme ait un plan individuel d'accouchement <input type="checkbox"/> 3. Prévenir les maladies et favoriser la santé <input type="checkbox"/> 4. Dépister les maladies existantes et gérer les complications <input type="checkbox"/> 5. Favoriser un accouchement sécuritaire <input type="checkbox"/> 6. Promouvoir l'allaitement maternel
P7a	Offrez-vous des soins prénataux ciblés?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
P8	¿Quand, pour la dernière fois, étiez-vous présent à un accouchement? Cocher une seule réponse appropriée ✓	<input type="checkbox"/> 1. Jamais <input type="checkbox"/> 2. Dans la semaine écoulée <input type="checkbox"/> 3. Dans le mois écoulé <input type="checkbox"/> 4. Dans les 6 derniers mois <input type="checkbox"/> 5. Il y a 6 mois ou plus
P9	Comment avez-vous constaté que la patiente était en travail? (Autoriser les réponses multiples) Cocher les réponses spontanées ✓	<input type="checkbox"/> 1. Contractions utérines régulières <input type="checkbox"/> 2. Dilatation du col <input type="checkbox"/> 3. Expulsion du bouchon muqueux <input type="checkbox"/> 4. Rupture des membranes/perde des eaux <input type="checkbox"/> 5. Autre (préciser) :

Adapter la liste à la situation locale

Aspects essentiels
Si les variables **1, 2** et **3** sont toutes mentionnées, inscrire **I** dans la case ci-dessous.
Inscrire **0** si **moins** que les trois éléments essentiels ont été inscrits.

Si **jamais**, mettre fin à l'entrevue

Signes essentiels
Si les variables **1, 2** sont toutes deux mentionnées, inscrire **I** dans la case qui suit.
Inscrire **0** si **moins** que les deux éléments essentiels sont inscrits.

P10	Quelles sont les observations ou suivis que vous effectuez normalement? Cocher les réponses spontanées ✓ <i>(Autoriser les réponses multiples)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Surveiller la courbe du rythme cardiaque du fœtus <input type="checkbox"/> 2. Évaluer le degré de modelage du crâne fœtal <input type="checkbox"/> 3. Évaluer la dilatation du col <input type="checkbox"/> 4. Évaluer la descente de la tête <input type="checkbox"/> 5. Surveiller les contractions utérines <input type="checkbox"/> 6. Surveiller la tension artérielle de la mère <input type="checkbox"/> 7. Surveiller le rythme respiratoire de la mère <input type="checkbox"/> 8. Surveiller la température de la mère <input type="checkbox"/> 9. Surveiller le pouls de la mère <input type="checkbox"/> 10. Contrôler les urines <input type="checkbox"/> 11. Autre (préciser) :	Mesures essentielles Si les variables 1, 2, 3, 4, 5 et 6 sont toutes mentionnées, inscrire 1 dans la case qui suit. Inscrire 0 si moins que les six variables essentielles sont mentionnées. <input type="checkbox"/>
P11	Où consignez-vous normalement ces observations?	<input type="checkbox"/> 1. Sur un partogramme <input type="checkbox"/> 2. Dans les notes sur la patiente <input type="checkbox"/> 3. Partogramme et notes sur la patiente <input type="checkbox"/> 4. Sur la fiche prénatale <input type="checkbox"/> 5. Sur un bout de papier <input type="checkbox"/> 6. Autre (préciser) :	Mesure essentielle Si la variable 1 est mentionnée, inscrire 1 dans la case qui suit. Inscrire 0 si la variable 1 n'est pas mentionnée. <input type="checkbox"/>
P12	La dernière fois que vous avez assisté à un accouchement, quels sont les soins que vous avez donnés immédiatement au nouveau-né?	<input type="checkbox"/> 1. La tête sortie, essuyer le visage, le nez, la bouche <input type="checkbox"/> 2. Soins du cordon (couper avec un instrument stérile, à 4 à 6 cm du nombril) <input type="checkbox"/> 3. S'assurer que le bébé respire <input type="checkbox"/> 4. Protection thermique <input type="checkbox"/> 5. Allaitement commencé dans l'heure <input type="checkbox"/> 6. Évaluer/examiner le nouveau-né dans l'heure <input type="checkbox"/> 7. Pesée du bébé <input type="checkbox"/> 8. Prophylaxie oculaire	Mesures essentielles Si 1, 2, 3, 4 sont toutes mentionnées, inscrire 1 dans la case ci-dessous. Inscrire 0 si on mentionne moins que les quatre mesures essentielles. <input type="checkbox"/>
P13	Si une femme se présente et a une hémorragie importante ou fait une hémorragie après l'accouchement, quels signes recherchez-vous? Cocher les réponses spontanées ✓ <i>(Autoriser les réponses multiples)</i> <i>(Chercher à savoir s'il y a autre chose.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Utérus non contracté <input type="checkbox"/> 2. Signes de choc (étourdissements, tension artérielle basse) <input type="checkbox"/> 3. Importance du saignement externe <input type="checkbox"/> 4. Rétention des suites/du placenta <input type="checkbox"/> 5. Vérifier si la vessie est pleine <input type="checkbox"/> 6. Lésions du canal génital <input type="checkbox"/> 7. Signes d'anémie <input type="checkbox"/> 8. Autre (préciser) :	Signes essentiels Si les variables 1, 2, 3, 4 et 5 sont toutes mentionnées, inscrire 1 dans la case. Inscrire 0 si on mentionne moins que les cinq signes essentiels. <input type="checkbox"/>
P14	Si une femme se présente et a une hémorragie importante ou fait une hémorragie après l'accouchement, quelles mesures prenez-vous? Cocher les réponses spontanées ✓ <i>(Autoriser les réponses multiples)</i> <i>(Demander s'il y a autre chose)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Massage du fond de l'utérus <input type="checkbox"/> 2. Vider la vessie de la patiente <input type="checkbox"/> 3. Donner de l'ergométrine IM ou IV (ocytocine) <input type="checkbox"/> 4. Commencer les liquides par intraveineuse <input type="checkbox"/> 5. Prélever du sang pour l'hémoglobine et l'épreuve de compatibilité croisée <input type="checkbox"/> 6. Vérifier s'il y a des déchirures <input type="checkbox"/> 7. Extraction manuelle des suites <input type="checkbox"/> 8. Aiguiller en consultation <input type="checkbox"/> 9. Relever le pied du lit <input type="checkbox"/> 10. Autre (préciser) :	Mesures essentielles Si les variables 1, 2, 3 et 4 sont toutes mentionnées, inscrire 1 dans la case. Inscrire 0 si on mentionne moins que les quatre mesures essentielles. <input type="checkbox"/>

Connaissance et recommandations de traitement du fournisseur de soins concernant les décès maternels et néonataux (suite) ►

7. Connaissance et recommandations de traitement du fournisseur de soins concernant les décès maternels et néonataux (suite)

<p>PI5</p>	<p>La femme que vous venez d'accoucher fait une rétention du placenta; que faites-vous? Cocher les réponses spontanées ✓ <i>(Autoriser les réponses multiples)</i> <i>(Demander s'il y a autre chose)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Vider la vessie <input type="checkbox"/> 2. Appliquer une traction contrôlée sur le cordon <input type="checkbox"/> 3. Répéter l'ocytocine <input type="checkbox"/> 4. Procéder à l'extraction manuelle du placenta <input type="checkbox"/> 5. Donner des liquides par IV <input type="checkbox"/> 6. Prendre les signes vitaux pour dépister un choc et agir <input type="checkbox"/> 7. S'assurer que l'utérus est bien contracté <input type="checkbox"/> 8. Déterminer le groupe sanguin et la compatibilité croisée <input type="checkbox"/> 9. Préparer pour l'opération <input type="checkbox"/> 10. Aiguiller en consultation <input type="checkbox"/> 11. Autre (préciser) : 	<p>Mesures essentielles Si les variables 1, 2, 3 et 4 sont toutes mentionnées, inscrire 1 dans la case. Inscrire 0 si on mentionne moins que les quatre mesures essentielles. <input type="checkbox"/></p>
<p>PI6</p>	<p>Si une femme se présente souffrant de malaise général 48 heures après l'accouchement, quels signes recherchez-vous? Cocher les réponses multiples spontanées ✓ <i>(Demander s'il y a autre chose)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Pouls élevé <input type="checkbox"/> 2. Fièvre élevée <input type="checkbox"/> 3. Choc septique (pouls indécélable) <input type="checkbox"/> 4. Utérus sensible sous-involuté <input type="checkbox"/> 5. Lochie dégageant une mauvaise odeur <input type="checkbox"/> 6. Abdomen sensible 	<p>Signes essentiels Si les variables 1, 2, 3, 4 et 5 sont toutes mentionnées, inscrire 1 dans la case. Inscrire 0 si on mentionne moins que les cinq signes essentiels. <input type="checkbox"/></p>
<p>PI7</p>	<p>Si une femme se plaint de malaises 48 heures après l'accouchement, que faites-vous? Cocher les réponses spontanées ✓ <i>(Demander s'il y a autre chose)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Commencer les liquides par IV <input type="checkbox"/> 2. Administrer des antibiotiques par voie parentérale avant l'aiguillage vers un médecin ou hôpital <input type="checkbox"/> 3. Administrer des analgésiques/antipyrétiques <input type="checkbox"/> 4. Prélever du sang pour dépistage et amorcer une prophylaxie antipaludéenne dans les zones endémiques <input type="checkbox"/> 5. Faire la palpation de l'abdomen <input type="checkbox"/> 6. Examiner les lochies, le périnée et les seins <input type="checkbox"/> 7. Aiguiller en consultation 	<p>Mesures essentielles Si les variables 1, 2, 3 et 4 sont toutes mentionnées, inscrire 1 dans la case. Inscrire 0 si on mentionne moins que les quatre mesures essentielles. <input type="checkbox"/></p>
<p>PI8</p>	<p>Quels signes de danger recherchiez-vous si une femme enceinte se présente et qu'on soupçonne un paludisme sévère? Cocher les réponses spontanées ✓ <i>(Autoriser les réponses multiples)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Température élevée (plus de 38° C) <input type="checkbox"/> 2. Confusion/coma <input type="checkbox"/> 3. Pâleur <input type="checkbox"/> 4. Jaunisse (yeux jaunes) <input type="checkbox"/> 5. État du fœtus <input type="checkbox"/> 6. Étourdissements <input type="checkbox"/> 7. Douleurs dans les articulations <input type="checkbox"/> 8. Déshydratation 	<p>Signes essentiels Si les variables 1, 2, 3 et 4 sont toutes mentionnées, inscrire 1 dans la case. Inscrire 0 si on mentionne moins que les quatre mesures essentielles. <input type="checkbox"/></p>
<p>PI9</p>	<p>Si une femme, à la visite prénatale, présente des signes de paludisme sévère, que devez-vous faire immédiatement? Cocher les réponses spontanées ✓ <i>(Autoriser les réponses multiples)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Procéder immédiatement à l'admission <input type="checkbox"/> 2. Amorcer le tableau des signes vitaux <input type="checkbox"/> 3. Quinine et dextrose en IV <input type="checkbox"/> 4. Lamelle de sang pour MPS <input type="checkbox"/> 5. Contrôler l'hémoglobine <input type="checkbox"/> 6. Aiguiller en consultation 	<p>Mesures essentielles Si les variables 1, 2 et 3 sont toutes mentionnées, inscrire 1 dans la case. Inscrire 0 si on mentionne moins que les trois mesures essentielles. <input type="checkbox"/></p>

Soins du nouveau-né			
P20	<p>Quels sont les signes de mort apparente du nouveau-né?</p> <p>Cocher les réponses spontanées ✓ (Autoriser les réponses multiples) (Demander s'il y a autre chose)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Rythme cardiaque inférieur à 100 battements/minute <input type="checkbox"/> 2. Respiration haletante <input type="checkbox"/> 3. Flexion musculaire légère <input type="checkbox"/> 4. Réflexes faibles ou absents <input type="checkbox"/> 5. Coloration bleue ou pâleur	<p>Signes essentiels</p> <p>Si les variables 1, 2, 3, 4 et 5 sont toutes mentionnées, inscrire 1 dans la case.</p> <p>Inscrire 0 si on a mentionné moins que les cinq signes essentiels. <input type="checkbox"/></p>
P21	<p>Si un nouveau-né ne respire pas dès la naissance, que feriez-vous?</p> <p>Cocher les réponses spontanées ✓ (Autoriser les réponses multiples)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Éliminer des voies aériennes le sang et le mucus <input type="checkbox"/> 2. Sécher et envelopper le bébé dans un linge chaud et propre <input type="checkbox"/> 3. Placer sous une source de chaleur rayonnante <input type="checkbox"/> 4. Assister la respiration à l'aide d'un sac Ambu <input type="checkbox"/> 5. Faire un massage cardiaque <input type="checkbox"/> 6. Faire une succion s'il y a méconium	<p>Mesures essentielles</p> <p>Si les variables 1, 2, 3, 4 et 5 sont toutes mentionnées, inscrire 1 dans la case.</p> <p>Inscrire 0 si on a mentionné moins que les cinq mesures essentielles. <input type="checkbox"/></p>
P22	<p>Quels sont les signes et symptômes d'une infection chez le nouveau-né (septicémie)?</p> <p>Cocher les réponses spontanées ✓ (Autoriser les réponses multiples) (Demander s'il y a autre chose)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Allaitement insuffisant ou nul <input type="checkbox"/> 2. Hypothermie ou hyperthermie <input type="checkbox"/> 3. Agitation et irritabilité <input type="checkbox"/> 4. Difficulté respiratoire <input type="checkbox"/> 5. Il peut y avoir des foyers d'infection dans la gorge, sur la peau et les yeux <input type="checkbox"/> 6. Absence de source apparente d'infection	<p>Signes essentiels</p> <p>Si les variables 1, 2, 3 et 4 sont toutes mentionnées, inscrire 1 dans la case.</p> <p>Inscrire 0 si on a mentionné moins des quatre signes essentiels. <input type="checkbox"/></p>
P23	<p>Si un nouveau-né présente des signes d'infection, quelles mesures prenez-vous?</p> <p>Cocher les réponses spontanées ✓ (Autoriser les réponses multiples) (Demander s'il y a autre chose)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Poursuivre l'allaitement au sein, complété par du lait maternel extrait, au moyen d'un tube naso-gastrique (NG) au besoin <input type="checkbox"/> 2. Garder le bébé au chaud <input type="checkbox"/> 3. Maintenir les voies aériennes dégagées <input type="checkbox"/> 4. Commencer les antibiotiques et envoyer en consultation <input type="checkbox"/> 5. Expliquer la situation/le problème à la mère ou à la personne soignante	<p>Mesures essentielles</p> <p>Si les variables 1, 2, 3 et 4 sont toutes mentionnées, inscrire 1 dans la case.</p> <p>Inscrire 0 si on a mentionné moins des quatre mesures essentielles. <input type="checkbox"/></p>
P24	<p>Si le nouveau-né fait moins de 2,5 kg, quels autres soins fournissez-vous?</p>	<input type="checkbox"/> 1. Garantir la protection thermique (peau à peau, etc.) <input type="checkbox"/> 2. Fournir un soutien supplémentaire à la mère pour établir et maintenir l'allaitement <input type="checkbox"/> 3. Surveiller étroitement le bébé les premières 24 heures <input type="checkbox"/> 4. Veiller à prévenir l'infection <input type="checkbox"/> 5. Surveiller la capacité de succion <input type="checkbox"/> 6. Aiguiller vers l'hôpital	<p>Mesures essentielles</p> <p>Si les variables 1, 2, 3 et 4 sont toutes mentionnées, inscrire 1 dans la case qui suit.</p> <p>Inscrire 0 si on a mentionné moins que les quatre mesures essentielles. <input type="checkbox"/></p>
P25	<p>Quelles sont les interventions qui ne sont plus menées de routine pendant le travail et l'accouchement?</p>	<input type="checkbox"/> 1. Rupture artificielle des membranes <input type="checkbox"/> 2. Épisiotomie <input type="checkbox"/> 3. Rasage <input type="checkbox"/> 4. Succion de routine des nouveau-nés <input type="checkbox"/> 5. Bain du bébé dans les 24 heures <input type="checkbox"/> 6. Compression intermittente du cordon <input type="checkbox"/> 7. Lavement	<p>Mesures essentielles</p> <p>Inscrire 1 dans la case si au moins 3 mesures sont mentionnées.</p> <p>Inscrire 0 si moins de 3 mesures sont mentionnées. <input type="checkbox"/></p>

Connaissance et recommandations de traitement du fournisseur de soins concernant les décès maternels et néonataux (suite) ►

7. Connaissance et recommandations de traitement du fournisseur de soins concernant les décès maternels et néonataux (suite)

P26	Quelles mesures prendriez-vous en matière de PTME pendant le travail et l'accouchement?	<input type="checkbox"/> 1. Administrer de la NVP au début du travail si la patiente est séropositive au VIH <input type="checkbox"/> 2. Offrir un test de dépistage si le statut sérique est inconnu <input type="checkbox"/> 3. Administrer de la NVP au nourrisson	Mesures essentielles Si les variables 1, 2 et 3 sont toutes trois mentionnées, inscrire I dans la case qui suit. Inscrire 0 si on a mentionné moins que les trois mesures essentielles. <input type="checkbox"/>
Soins post-avortement			
P27	Quelles sont les complications immédiates d'un avortement non sécuritaire?	<input type="checkbox"/> 1. Septicémie <input type="checkbox"/> 2. Saignements <input type="checkbox"/> 3. Blessures aux organes génitaux <input type="checkbox"/> 4. Choc <input type="checkbox"/> 5. Autre	Essentiel Si les variables 1, 2, 3 et 4 sont toutes mentionnées, inscrire I dans la case. Inscrire 0 si on n'a pas mentionné au moins les quatre éléments essentiels.
P28	Si une femme présente des complications résultant d'un avortement incomplet ou non sécuritaire, que faites-vous? Cocher les réponses spontanées ✓ (Autoriser les réponses multiples) (Demander s'il y a autre chose)	<input type="checkbox"/> 1. Évaluer l'écoulement sanguin (quantité du saignement vaginal) <input type="checkbox"/> 2. Évaluer les signes vitaux <input type="checkbox"/> 3. Amorcer l'irrigation par IV <input type="checkbox"/> 4. Amorcer les antibiotiques <input type="checkbox"/> 5. Procéder à une AMIU (aspiration manuelle intra-utérine) <input type="checkbox"/> 6. Procéder à un examen vaginal <input type="checkbox"/> 7. Faire une dilatation-curetage classique <input type="checkbox"/> 8. Fournir du counseling <input type="checkbox"/> 9. Aiguiller en consultation	Mesures essentielles Si les variables 1, 2, 3, 4 et 5 sont toutes mentionnées, inscrire I dans la case. Inscrire 0 si on a mentionné moins que les cinq mesures essentielles.
P29	Quels renseignements donnez-vous aux patientes traitées pour des complications suivant un avortement incomplet ou non sécuritaire? Cocher les réponses spontanées ✓ (Autoriser les réponses multiples)	<input type="checkbox"/> 1. Renseignements sur la prévention des ITS/du VIH <input type="checkbox"/> 2. Prévention du cancer du col/du sein <input type="checkbox"/> 3. Conseils et services en planification familiale <input type="checkbox"/> 4. Renseignements sur la prévention de la stérilité <input type="checkbox"/> 5. Renseignements en matière de soutien social <input type="checkbox"/> 6. Conséquences de l'avortement <input type="checkbox"/> 7. Autres (préciser) :	
Violence fondée sur le sexe pendant la grossesse et viol			
P30	Dans le cas d'une femme ayant subi une mutilation génitale féminine (MGF), quels sont les risques potentiels pendant le travail?	<input type="checkbox"/> 1. Déchirures génitales <input type="checkbox"/> 2. Arrêt de progression du travail <input type="checkbox"/> 3. Fistules obstétricales <input type="checkbox"/> 4. Mort apparente du nouveau-né <input type="checkbox"/> 5. Traumatisme de la naissance pour le bébé	
P31	À quand remonte la dernière fois où vous avez vu une femme présentant des complications dues à une MGF pendant le travail?	<input type="checkbox"/> 1. la semaine dernière <input type="checkbox"/> 2. au cours du mois dernier <input type="checkbox"/> 3. dans les derniers six mois <input type="checkbox"/> 4. dans l'année écoulée <input type="checkbox"/> 5. jamais	
P32	Si une femme se présente dont le travail est excessivement prolongé en raison d'une MGF, quelle mesure prenez-vous?	<input type="checkbox"/> 1. Faire une épisiotomie <input type="checkbox"/> 2. Surveiller à l'aide du partogramme <input type="checkbox"/> 3. Aiguiller vers le médecin ou l'hôpital <input type="checkbox"/> 4. Ouvrir les infibulations <input type="checkbox"/> 5. Reconstruire la vulve	

P33	Si une femme se présente à la clinique prénatale et que vous constatez des signes de mauvais traitements, que cherchez-vous?	<input type="checkbox"/> 1. Saignement vaginal <input type="checkbox"/> 2. Signes de choc (pouls rapide, TA basse) <input type="checkbox"/> 3. Abdomen tendu et sensible <input type="checkbox"/> 4. Mouvements fœtaux réduits <input type="checkbox"/> 5. Détresse fœtale <input type="checkbox"/> 6. Rythme cardiaque fœtal absent <input type="checkbox"/> 7. Troubles émotionnels
P34	Si une femme qui a été violée se présente, que faites-vous?	<input type="checkbox"/> 1. Lui conseiller d'aller voir la police <input type="checkbox"/> 2. Remplir le formulaire de police <input type="checkbox"/> 3. Pré-counseling et post-counseling concernant le VIH <input type="checkbox"/> 4. Conseils pour la prévention de la grossesse <input type="checkbox"/> 5. Fournir un contraceptif d'urgence <input type="checkbox"/> 6. Prophylaxie anti-VIH post-exposition <input type="checkbox"/> 7. Collecte de spécimens <input type="checkbox"/> 8. Documentation sur les constatations de l'examen <input type="checkbox"/> 9. Autre (préciser) :
Formation		
P35	Avez-vous appris au collègue ou par votre expérience ou au cours de la formation médicale continue ou la formation en cours d'emploi de quelle façon : <i>Lire la liste à haute voix et cocher la case en cas de réponse affirmative ✓</i>	<input type="checkbox"/> 1. Fournir des soins prénataux ciblés <input type="checkbox"/> 2. Utiliser les partogrammes pour gérer le travail <input type="checkbox"/> 3. Extraction manuelle du placenta <input type="checkbox"/> 4. Perfusion par IV <input type="checkbox"/> 5. Prise du rythme cardiaque <input type="checkbox"/> 6. Administrer du MgSO ₄ pour gérer l'éclampsie ou la prééclampsie <input type="checkbox"/> 7. Réanimation des adultes/nouveau-nés <input type="checkbox"/> 8. Dépistage du cancer du col <input type="checkbox"/> 9. Compression bimanuelle de l'utérus (externe) <input type="checkbox"/> 10. Compression bimanuelle de l'utérus (interne) <input type="checkbox"/> 11. Suture des épisiotomies (réparation) <input type="checkbox"/> 12. Suture des lacérations vaginales <input type="checkbox"/> 13. Suture des lacérations cervicales <input type="checkbox"/> 14. Suture des lacérations de 3 ^e ou 4 ^e degré <input type="checkbox"/> 15. Utilisation de la ventouse obstétricale <input type="checkbox"/> 16. Aspiration manuelle intra-utérine <input type="checkbox"/> 17. Autre (préciser) :
P36	Avez-vous utilisé ces techniques au cours des trois derniers mois? <i>Lire à haute voix et cocher les réponses affirmatives ✓</i>	<input type="checkbox"/> 1. Soins prénataux ciblés <input type="checkbox"/> 2. Utilisation des partogrammes pour suivre le travail <input type="checkbox"/> 3. Enlèvement manuel du placenta <input type="checkbox"/> 4. Mise en place de perfusions IV <input type="checkbox"/> 5. Vérification du rythme cardiaque <input type="checkbox"/> 6. Administration de MgSO ₄ pour la gestion de l'éclampsie/ prééclampsie <input type="checkbox"/> 7. Compression bimanuelle de l'utérus (externe) <input type="checkbox"/> 8. Compression bimanuelle de l'utérus (interne) <input type="checkbox"/> 9. Suture des épisiotomies (réparation) <input type="checkbox"/> 10. Suture des lacérations vaginales <input type="checkbox"/> 11. Suture des lacérations cervicales <input type="checkbox"/> 12. Suture des lacérations de 3 ^e ou 4 ^e degré <input type="checkbox"/> 13. Utilisation de la ventouse obstétricale <input type="checkbox"/> 14. Aspiration manuelle intra-utérine <input type="checkbox"/> 15. Autre (préciser) :

Annexe 2. Matériel, fournitures et médicaments essentiels

Infrastructure

- ◆ Électricité ou génératrice
- ◆ Approvisionnement en eau
- ◆ Logements du personnel
- ◆ Téléphone/appels radio/téléphone mobile
- ◆ Ambulance

Prévention des infections

- ◆ Eau courante
- ◆ Savon
- ◆ Antiseptique (p. ex., bétadine, chlorhexidine)
- ◆ Gants stériles
- ◆ Gants non stériles
- ◆ Vêtements protecteurs non stériles (tablier/ manteau imperméable)
- ◆ Contenant de décontamination
- ◆ Javellisant ou poudre javellisante
- ◆ Solution désinfectante préparée
- ◆ Contenant à déchets ordinaires
- ◆ Contenant couvert pour déchets contaminés
- ◆ Contenants antiperforations pour objets pointus
- ◆ Support Mayo (ou l'équivalent pour l'établissement d'un plateau/ champ stérile)

Articles de base

- ◆ Brassard de tensiomètre et stéthoscope
- ◆ Haricot, plateau à placenta
- ◆ Ouate, gaze
- ◆ Trousse de réparation de lacérations
- ◆ Solution IV, tubes et aiguilles
- ◆ Aiguilles et seringues (10 – 20 cc)
- ◆ Transport des patientes – p. ex., fauteuil roulant, civière roulante, hamac
- ◆ Lits obstétricaux, lits prénataux et postnataux
- ◆ Couvertures

Antibiotiques

- ◆ Ampicilline
- ◆ Gentamycine
- ◆ Métronidazole

Anticonvulsifs

- ◆ Sulfate de magnésium
- ◆ Gluconate de calcium
- ◆ Diazépam (Valium)
- ◆ Hydralazine/labétalol/nifédipine (antihypertenseurs)

Utérotoniques

- ◆ Ocytocine
- ◆ Ergométrine
- ◆ Misoprostol

Accouchement par voie basse assisté

- ◆ Ventouse obstétricale
- ◆ Forceps

Enlèvement des suites

- ◆ Aspiration manuelle intra-utérine – seringues et canules
- ◆ Curettes, dilateurs
- ◆ Instruments pour intervention pelvienne (c.-à-d. spéculum, tenaculum, sonde)

Césarienne

- ◆ Trousse d'instruments stériles pour césarienne
- ◆ Sutures – dimensions diverses – 0, 2-0, 3-0
- ◆ Appareil à succion
- ◆ Champs opératoires, jaquettes
- ◆ Appareil d'éclairage – ajustable, sans ombre

Anesthésie et réanimation

- ◆ Anesthésiques locaux, p. ex., lignocaïne
- ◆ Appareil à anesthésie et agents d'inhalation
- ◆ Kétamine
- ◆ Médicaments et fournitures pour anesthésie rachidienne
- ◆ Oxyde nitreux
- ◆ Cylindre à oxygène, masque, tubes
- ◆ Fournitures pour réanimation, c.-à-d. sac Ambu, conduits pour intubation

Fournitures pour nouveau-nés

- ◆ Serviettes propres et sèches
- ◆ Injecteur à poire propre
- ◆ Sac Ambu
- ◆ Fournitures pour le cordon (pinces/ ligatures/ ciseaux)

Fournitures pour gestion de la douleur

- ◆ Analgésiques par voie orale – paracétamol
- ◆ Analgésiques par voie parentérale
- ◆ Narcotiques par voie parentérale – p. ex., péthidine, morphine
- ◆ Naloxone, prométhazine

Transfusion sanguine

- ◆ Sacs de sang
- ◆ Aiguilles et tubes pour transfusion
- ◆ Réactif de dépistage sanguin
- ◆ Microscope
- ◆ Réfrigérateur

Contraceptifs

Méthodes de barrière

- ◆ Condoms (masculins et féminins)
- ◆ Diaphragmes avec spermicide (nonoxinol)

Hormonaux

- ◆ Implants sous-cutanés (p. e., Norplant)
- ◆ Contraceptifs oraux combinés à faible dose
- ◆ Progestine seule comme contraceptif par voie orale
- ◆ Acétate de médorogestérone-dépôt (injectable)

Dispositif intra-utérin

- ◆ Dispositif contenant du cuivre

Annexe 2a. Kits médicaux préconditionnés, UNICEF

Kits médicaux		Coût estimatif (USD), en 2004
9975020	Trousse de premiers soins A	19,29
9902217	Kit de sage-femme, 1-médicaments	191,83
9902218	Kit de sage-femme, 2-matériel	147,37
9902219	Kit de sage-femme, 3-renouvelables	388,76
9902220	Kit de sage-femme, 1a supplémentaire-médicaments	12,84
9908300	Kit de chirurgie obstétricale, supplément 1-médicaments	1517,81
9908303	Kit de chirurgie obstétricale, supplément 1a-médicaments	1517,81
9908301	Kit de chirurgie obstétricale, supplément 2-matériel	855,14
9908302	Kit de chirurgie obstétricale, supplément 3-renouvelables	1850,81
9908400	Kit de réanimation, de base	388,53
9908200	Stérilisation, kit C	441,20
9910000	Instruments chirurgicaux, procédures abdominales/ ENSEMBLE	157,05
9910001	Instruments chirurgicaux, chirurgie de base/ ENSEMBLE	63,94
9910002	Instruments chirurgicaux, curetage/ ENSEMBLE	50,58
9910003	Instruments chirurgicaux, accouchement/ ENSEMBLE	5,91
9910005	Instruments chirurgicaux, pansements/ ENSEMBLE	3,15
9910007	Instruments chirurgicaux, embryotomie/ ENSEMBLE	47,56
9910006	Instruments chirurgicaux, examen/suture/ vag./cervic./ ENSEMBLE	27,56
9910004	Instruments chirurgicaux, suture/ ENSEMBLE	5,43

Kit de sage-femme, I-médicaments

Spécifications techniques

Ce kit répond aux exigences de base en matière de médicaments pour faciliter environ 50 accouchements normaux.

Remarque : Les médicaments exigeant des autorisations d'importation et(ou) la chaîne frigorifique sont conditionnés séparément.

Consulter le numéro de catalogue **9902220** – Kit de sage-femme, supplémentaire Ia – médicaments.

Contenu/description du kit :

- 5 x 1505040 – Amoxicilline, 250mg, caps./comp./ PAQ-1000
- 2 x 1555650 – Métronidazole, 250mg, comp./PAQ-1000
- 20 x 1510000 – Tétracycline, onguent ophtalmique, 1 %/tube-5g
- 5 x 1555205 – Lidocaïne inj., 1%, amp. de 50mL/carton X-5
- 1 x 1564326 – Chlorure de sodium inj., 0,9%, 500mL avec néces. perfus./carton X-20
- 1 x 1552106 – Glucose inj., 5%, 500mL é/ néces. perfus./carton-20
- 1 x 1560811 – Complexe lactat de sodium inj., 500mL avec néces. perfus./carton-20
- 1 x 1543805 – Eau pour injection, 10mL amp./carton-50
- 2 x 1531505 – Solution concentrée de chlorhexidine, 5%/bouteille-1000 mL
- 5 x 1553105 – Solution povidone-iode, 10 %/bouteille-500 mL
- 1 x 0584005 – Bandes pour tests, analyses d'urine, gluc/prot/PAQ-100
- 5 x 1550020 – Sel ferreux + acide folique 60 + comp. 0,4mg/PAQ-1000
- 1 x 1559360 – Sulfate de magnésium inj., 500mg/mL amp. 10mL/carton-100

Kit de sage-femme, 2 – matériel

Spécifications techniques

Le kit contient le matériel médical de base (investissement initial) pour une salle d'accouchement et (ou) une salle de maternité.

Contenu/description du kit :

- 1 x 0683200 – Sphygmomanomètre (adulte), anéroïde
- 1 x 0686000 – Stéthoscope, biauriculaire, complet
- 2 x 0686500 – Stéthoscope obstétrical, Pinard
- 2 x 0567000 – Ruban à mesurer, encouché vinyle, 1,5m/5 pieds
- 2 x 0211000 – Bassin, haricot, acier inox, 825mL
- 2 x 0279000 – Plateau, à pansements, acier inox, 300 x 200 x 30mm
- 2 x 0225000 – Bol, acier inox, 600mL
- 2 x 0216000 – Bol rond, acier inox, 4L
- 2 x 0214020 – Bol rond, polypropylène, 6L
- 2 x 0333500 – Pot pour forceps/pinces, polyprop., 180mm, sans couvercle
- 2 x 0334200 – Pot, thermomètre, polyprop., 11cm, sans couvercle
- 2 x 0722500 – Pinces, à pansements, Cheron, 250mm
- 4 x 0270000 – Plateau à instruments, acier inox, 225 x 125 x 50mm, avec couvercle
- 2 x 0514000 – Brosse à mains, plastique
- 2 x 0361020 – Alèze, plastique, 90 x 180cm
- 2 x 0305000 – Tablier protecteur, plastique
- 2 x 0385000 – Tourniquet de latex, 75cm
- 5 x 0575000 – Serviettes-pagnes, 430 x 500mm

- 1 x 0557000 – Balance pour nouveau-né, à ressorts, 5kg x 25g
- 1 x 0557200 – Selle à utiliser avec 0557000 et 0557100
- 5 x 4460000 – Stylos à bille, bleus
- 2 x 4410001 – Cahiers d'exercice, A5, lignés 8mm, 48 pages

2 x 9910003 – Instruments chirurgicaux, accouchement/ ENSEMBLE :

Contenu de l'ensemble :

- 1 x 0770500 – Ciseaux, Mayo, 140mm, courbés, mouss.
- 1 x 0774700 – Ciseaux, gynéco., 200mm, courbés, mouss.
- 2 x 0726000 – Pince hémostatique, Kocher, 140mm, bouts droits

2 x 9910004 – Instruments chirurgicaux, suture/ ENSEMBLE :

Contenu de l'ensemble :

- 1 x 0773550 – Ciseaux, Deaver, 140mm, courts, pointus/ courbés
- 1 x 0743600 – Porte-aiguille, Mayo-Hegar, 180mm, droit
- 1 x 0726000 – Pince hémostatique, Kocher, 140mm, bouts droits
- 1 x 0745500 – Poignée de scalpel, n° 4
- 1 x 0737000 – Pince à tissus, standard, 145mm, bouts droits
- 1 x 0759820 – Sonde à deux pointes, 145mm

Accessoires/ pièces de rechange/ consommables

À remarquer que le ou les articles qui suivent sont recommandés comme partie d'une trousse, mais doivent être commandés séparément :

- 10 x 0481052 – Thermomètre, clinique, 35°C à 42°C

Kit de sage-femme, 3-renouvelables

Spécifications techniques

Le kit répond aux exigences de base des fournitures médicales renouvelables (consommables) pour faciliter environ 50 accouchements normaux. Pour la plupart, les articles sont stériles et jetables.

Contenu/description du kit :

- 20 x 0552000 – Pains de savon de toilette, 110g, emballés
- 25 x 0328501 – Gants chirurgicaux, grandeur 7, stériles, jetables, en paires
- 25 x 0329501 – Gants chirurgicaux, grandeur 8, stériles, jetables, en paires
- 25 x 0330102 – Gants gynécologiques, grandeur 7,5, stériles, jetables, en paires
- 2 x 0330011 – Gants d'examen, latex, taille moyenne, jetables/carton de 100
- 2 x 0566005 – Ruban ombilical, 3mm x 50m, non stériles
- 50 x 0322010 – Cathéter urétral, CH12, stériles, jetables
- 50 x 0319000 – Extracteurs de mucus, 20mL, stériles, jetables
- 50 x 0374015 – Tubes à succion, CH10, L50cm, stériles, jetables
- 25 x 0374025 – Tubes à succion, CH14, L50cm, stériles, jetables
- 10 x 0366010 – Seringues d'alimentation, 50mL, coniques, stériles
- 1 x 0564013 – Fil de suture résorbable, DEC3, aiguille 3/8 50mm, rond/carton X-36
- 1 x 0564004 – Fil de suture résorbable, DEC2, aiguille 3/8, 26mm, tri/carton-36
- 50 x 0709220 – Canules, courtes IV, 20 G, stériles, jetables

50 x 0744400 – Aiguilles pour cuir chevelu, 21 G, stériles, jetables
 100 x 0523055 – Compresses de gaze, 10 x 10cm, stériles/PAQ-5
 5 x 0523005 – Compresses de gaze, 10 x 10cm, non stériles/PAQ 100
 10 x 0503010 – Ruban adhésif, Z.O., 2,5cm x 5m
 1 x 0782413 – Seringues, jetables, Luer, 10mL, stériles/carton-100
 1 x 0782205 – Seringues, jetables, Luer, 2mL, stériles/carton-100
 1 x 0747432 – Aiguilles, jetables, 21 G x 1,5 po, stériles/carton-100
 1 x 0747420 – Aiguilles, jetables, 19 G x 1,5 po., stériles/carton-100
 5 x 0519600 – Ouate, 500g, rouleau, non stérile
 1 x 0782208 – Boîte de sécurité pour seringues, aiguilles usagées, 5L/carton-25
 5 x 0572510 – Couvertures de survie, 220 x 140cm
 5 x 0521425 – Enveloppes de plastique, 10 x 15cm, PAQ-100
 100 x 0746510 – Lames de scalpel, stériles, jetables, n° 22

Kit de sage-femme, supplémentaire Ia – médicaments

Spécifications techniques

Le kit contient des médicaments pouvant nécessiter des autorisations d'importation (psychotropes) ou des médicaments entreposés à des températures déterminées (chaîne frigorifique).

Vous reporter à la directive d'approvisionnement : CF/SD/2004-002 – commande de narcotiques ou de psychotropes.

Remarque : Le kit complète le Kit de sage-femme I – médicaments, portant le numéro de catalogue **9902217**.

Contenu/description du kit :

5 x 1562020 – Salbutamol, inh. oral, 0,1 mg/ds 200 ds
 5 x 1545300 – Ocytocine inj., 10 UI, amp. 1mL/carton-10
 1 x 1543625 – Diazépam inj., 5mg/mL, amp. de 2 mL/carton-10

Kit de chirurgie obstétricale, supplémentaire I, médicaments

Spécifications techniques

Ce kit couvre les besoins essentiels de médicaments pour faciliter en moyenne 50 accouchements avec complications, notamment césariennes, laparotomies et autres chirurgies d'urgence mineures.

Remarque : Les médicaments qui nécessitent des autorisations d'importation ou une chaîne frigorifique sont conditionnés séparément.

Mentionner le Kit de chirurgie obstétricale supplémentaire Ia – médicaments, portant le numéro de catalogue **9908303**.

Contenu/description du kit :

32 x 1505098 – Ampicilline poudre/inj., fioles de 500mg/carton-25
 21 x 1551960 – Gentamicine inj., 40mg/mL, amp. de 2mL/carton-50
 10 x 1543805 – Eau pour injection, amp. de 10mL/carton-50
 3 x 1555680 – Métronidazole inj., 500mg/fioles de 100mL/carton-50
 20 x 1545200 – Méthylergom inj., 0,2mg/mL, amp. de 1mL/carton-10
 5 x 1514010 – Atropine inj., 1mg/mL, amp. de 1mL/carton-10
 1 x 1523005 – Dexaméthasone inj., 4mg/mL, amp. de 1mL/carton-50

- 20 x 1555205 – Lidocaïne inj., 1%, fioles de 50mL/carton-5
- 20 x 1555280 – Lidocaïne inj., 2%, fioles de 50mL/carton-5
- 10 x 1555290 – Lidocaïne 5% + gluc. 7,5% inj., amp. de 2mL/carton-10
- 12 x 1552416 – Hydralazine poudre/inj., amp. de 20mg/carton-5
- 3 x 1555650 – Métronidazole 250mg, comp./PAQ-1000
- 20 x 1505048 – Amoxicilline, caps./comp. de 500mg/PAQ-100
- 2 x 1555965 – Paracétamol comp. de 500mg/PAQ-1000
- 2 x 1544400 – Doxycycline comp. de 100mg/PAQ-1000
- 20 x 1546315 – Érythromycine, comp. de 250mg/PAQ-100
- 20 x 1555700 – Ciprofloxacine, comp. 250mg/PAQ-10
- 30 x 1510000 – Onguent ophtalmique de Tétracycline à 1%/tube-5g
- 15 x 1552106 – Glucose inj. à 5%, 500mL avec néces. à perfusion/carton-20
- 15 x 1564326 – Chlorure de sodium inj. à 0,9%, 500mL avec néces. à perfusion/carton-20
- 30 x 1531505 – Chlorhexidine conc. solub. à 5%/bout.-1 litre
- 30 x 1553105 – Povidone-iodine en sol. à 10%/bout.-500mL
- 3 x 1560811 – Lactate de sodium comp. inj., 500mL, avec néces. à perfusion/carton-20
- 1 x 0584005 – Bandelettes réactives, analyse d'urine, du gluc., des prot./PAQ-100
- 6 x 1588360 – Purificateur d'eau (NaDCC), comp. 1,67g/PAQ-200
- 1 x 1559360 – Sulfate de magnésium inj., 500mg/mL, amp. de 10mL/carton-100

Kit de chirurgie obstétricale, supplémentaire Ia – médicaments

Spécifications techniques

Le kit contient certains médicaments pouvant nécessiter une autorisation d'importation (psychotropes et narcotiques) ou des médicaments à entreposer à des températures particulières (chaîne frigorifique).

Mentionner la directive d'approvisionnement : commande de narcotiques ou de psychotropes CF/SD/2004-002.

Remarque : Ce kit est complémentaire au Kit de chirurgie obstétricale supplémentaire I – médicaments, portant le numéro de catalogue 9908300.

Contenu/description du kit :

- 3 x 1532305 – Kétamine inj., 50mg/mL, fioles de 10mL/carton-25
- 10 x 1562020 – Salbutamol, inh. oral, 0,1mg/ds, 200 ds
- 1 x 1545300 – Ocytocine inj., 10 UI, amp. de 1mL/carton-10
- 5 x 1543625 – Diazépam inj., 5mg/mL, amp. de 2mL/carton-10
- 6 x 1555950 – Sulfate de morphine inj., 10mg/mL, 1mL/carton-1
- 2 x 1569650 – Naloxone inj., 400mcg/mL, amp. de 1mL/carton-10
- 20 x 1560600 – Quinine inj., 300mg/mL, amp. de 2mL/carton-10
- 10 x 1560610 – Quinine, 300mg, comp./PAQ-100

Kit de chirurgie obstétricale, supplémentaire 2, matériel

Spécifications techniques

Le kit comprend les **ensembles d'instruments chirurgicaux (investissement initial) pour une salle d'accouchement et(ou) une salle d'opération.**

Contenu/description du kit :

1 x 0791500 – Ventouse obstétricale, Bird, manuelle, compl./ensemble

1 x 9910000 – Instruments chirurgicaux, procédures abdominales/ensemble :

Contenu de l'ensemble :

- 4 x 0712200 – Pinces à champ, Backhaus, 130 mm
- 1 x 0724000 – Pince hémostatique, Kelly, 140 mm, courb.
- 2 x 0726000 – Pinces hémostatiques, Kocher, 140 mm, droit.
- 2 x 0728000 – Pinces hémostatiques, Pean/Roch, 200 mm, courb.
- 2 x 0728015 – Pinces hémostatiques, Pean/Roch, 240 mm, courb.
- 6 x 0730000 – Pinces hémostatiques, Halst-Mosq, 125 mm, courb.
- 1 x 0725000 – Pince hémostatique, Mixer, 230 mm
- 1 x 0721000 – Pince à pansements, standard, 155 mm, droit.
- 1 x 0722200 – Pince à pansements, standard, 250 mm, droit.
- 1 x 0722500 – Pince à pansements, Cheron, 250 mm
- 2 x 0728670 – Pinces intestinales, Doyen, 230 mm, courb.
- 2 x 0741500 – Pinces utérines, Phaneuf, 215 mm, courb.
- 1 x 0740000 – Pince utérine, Duplay, 280 mm, courb.
- 2 x 0738000 – Pinces à tissus, Allis, 150 mm
- 1 x 0736500 – Pince à tissus, Babcock, 200 mm
- 2 x 0739100 – Pinces à tissus, Duval, 230 mm
- 1 x 0737000 – Pince à tissus, standard, 145 mm, droit.
- 1 x 0737700 – Pince à tissus, standard, 250 mm, droit.
- 1 x 0743600 – Porte-aiguille, Mayo-Hegar, 180 mm, droit.
- 1 x 0767800 – Écarteur abdominal, Collin, 3 lames
- 1 x 0767500 – Écarteur abdominal, Balfour, 3 lames
- 1 x 0768960 – Écarteurs de Farabeuf, deux extrémités, 180 mm, paire
- 1 x 0745500 – Poignée de scalpel, n° 4
- 1 x 0771350 – Ciseaux, Metzger/Nelson, 180 mm, courb., mouss.
- 1 x 0771450 – Ciseaux, Metzger/Nelson, 230 mm, courb., mouss.
- 1 x 0770600 – Ciseaux, Mayo, 170 mm, courb., mouss.
- 1 x 0770800 – Ciseaux, Mayo, 230 mm, courb., mouss.
- 2 x 0779700 – Spatules abdominales flexibles, 270 mm
- 1 x 0760800 – Tube à succion, Yankauer, 270 mm
- 1 x 0720000 – Pince à agrafes, pose/enlèvement, Michel
- 1 x 0781000 – Clips de suture, Michel, 3 mm x 14 mm/carton-1000
- 1 x 0225000 – Bol, acier inox, 600 mL

1 x 9910002 – instruments chirurgicaux, curetage/ensemble :

Contenu de l'ensemble :

1 x 0718210 – Dilatateurs utérins, Hegar, d-e, 3-4 à 17-18 mm

1 x 0722500 – Pince à pansements, Cheron, 250 mm

1 x 0742400 – Pince Museux, 240 mm, courb.

1 x 0768400 – Écarteur vaginal, Doyen, 45 x 85 mm

1 x 0779500 – Écarteur vaginal, Auvard, 38 x 80 mm

1 x 0715300 – Curette, Simon, 6 mm, tranch.

1 x 0713000 – Curette, Sims, 8 mm, mouss.

1 x 0714300 – Curette, Sims, 7 mm, tranch.

1 x 0714700 – Curette, Sims, 9 mm, tranch.

1 x 0715200 – Curette, Sims, 12 mm, tranch.

1 x 0775200 – Hystéromètre, Martin, 320 mm

1 x 0777500 – Spéculum vaginal, Graves, 95 x 35 mm

1 x 0237000 – Bol, acier inox, 180 mL

2 x 9910006 – Inst. chirurg., exam/sut, vag./cervic./ensemble :

Contenu de l'ensemble :

1 x 0770600 – Ciseaux Mayo, 170 mm, courb., mouss.

1 x 0743600 – Porte-aiguille, Mayo-Hegar, 180 mm, droit.

2 x 0768400 – Écarteurs vaginaux, Doyen, 45 x 85 mm

1 x 0777000 – Spéculum vaginal, Graves, 75 x 20 mm

1 x 0777500 – Spéculum vaginal, Graves, 95 x 35 mm

1 x 0778000 – Spéculum vaginal, Graves, 115 x 35 mm

2 x 0722500 – Pinces à pansements, Cheron, 250 mm

1 x 9910007 – Inst. chirurg., embryotomie/ensemble :

Contenu de l'ensemble :

1 x 0712700 – Cranioclaste, Braun, 420 mm

1 x 0759700 – Perforateur, Smellie, 250 mm

1 x 0774700 – Ciseaux de gynécologie, 200 mm, courb., mouss.

1 x 0731000 – Crochet de décollation, Braun, 310 mm

Kit de chirurgie obstétricale, supplémentaire 3, renouvelables

Spécifications techniques

Le kit couvre les besoins de base en matériel médical renouvelable (consommables) pour faciliter en moyenne 50 accouchements avec complications, y compris césariennes, laparotomies et autres chirurgies mineures d'urgence. Pour la majorité, les articles sont stériles et jetables.

Contenu/description du kit :

- 50 x 0374010 – Cathéters à succion, CH08, L50 cm, stér., jeta.
- 50 x 0374015 – Cathéters à succion, CH10, L50 cm, stér., jeta.
- 50 x 0374025 – Cathéters à succion, CH14, L50 cm, stér., jeta.
- 10 x 0366010 – Seringues d'alimentation, 50mL, conique, stér.
- 50 x 0323010 – Sondes urétérales, CH14, stér, jeta.
- 50 x 0322010 – Sondes urétérales, CH12, stér, jeta.
- 50 x 0323302 – Sondes de Foley, CH14, stér, jeta.
- 100 x 0330500 – Sacs collecteurs d'urine, 2000 mL
- 100 x 0709210 – Cathéters courts à IV, 18 G, stér., jeta.
- 100 x 0709220 – Cathéters courts à IV, 20 G, stér., jeta.
- 50 x 0709225 – Cathéters courts à IV, 22 G, stér., jeta.
- 50 x 0709230 – Cathéters courts à IV, 24 G, stér., jeta.
- 100 x 0744300 – Aiguilles pour veine du cuir chevelu, 25 G, stér., jeta.
- 50 x 0744400 – Aiguilles pour veine du cuir chevelu, 21 G, stér., jeta.
- 10 x 0782413 – Seringues jeta. Luer, 10 mL, stér./carton-100
- 2 x 0782405 – Seringues jeta. Luer, 5 mL, stér./carton-100
- 15 x 0782205 – Seringues jeta. Luer, 2 mL, stér./carton-100
- 15 x 0747432 – Aiguilles jeta., 21 G x 1,5», stér./carton-100
- 5 x 0747452 – Aiguilles jeta., 23 G x 1», stér./carton-100
- 5 x 0747420 – Aiguilles jeta., 19 G x 1,5», stér./carton-100
- 100 x 0748100 – Aiguilles à péridurale, 22 G (0,7 x 90 mm), stér., jeta.
- 20 x 0503010 – Ruban adhésif, Z.O., 2,5 cm x 5 m
- 5 x 0504000 – Ruban adhésif, Z.O, perforé, 10 cm x 5 m
- 200 x 0523055 – Gazes à compresses, 10 x 10 cm, stér./PAQ-5
- 20 x 0523005 – Gazes à compresses, 10 x 10 cm, non stér./PAQ-100
- 10 x 0519600 – Ouate, 500 g, rouleau, non stér.
- 5 x 0566005 – Pansements ombilicaux, 3 mm x 50 m, non stér.
- 10 x 0552000 – Savons de toilette, 110 g, emballé
- 10 x 0514000 – Brosses de lavage chirurgical des mains, plastique
- 5 x 0305000 – Tabliers de protection, plastique
- 5 x 0361020 – Alèzes, plastique, 90 x 180 cm
- 5 x 0572510 – Couvertures d'urgence, 220 x 140 cm
- 100 x 0328501 – Gants chirurgicaux, 7, stér., jeta., paires
- 200 x 0329001 – Gants chirurgicaux, 7,5, stér., jeta., paires
- 200 x 0329901 – Gants chirurgicaux, 8,5, stér., jeta., paires
- 5 x 0330011 – Gants d'examen, latex, moy., jeta./carton-100

- 5 x 0330012 – Gants d'examen, latex, grands, jeta./carton-100
- 100 x 0330102 – Gants de gynéco., 7,5, stér., jeta., paires
- 6 x 0564004 – Suture résorb., DEC2, aiguille 3/8, 26 mm, triang./carton-36
- 2 x 0564010 – Suture résorb, DEC1, aiguille 1/2, 18 mm, ronde/carton-36
- 4 x 0564012 – Suture résorb, DEC3, aiguille 1/2, 30 mm, ronde/carton-36
- 2 x 0564013 – Suture résorb, DEC3, aiguille 3/8, 50 mm, ronde/carton-36
- 4 x 0564020 – Suture résorb, DEC4, aiguille 3/8 36 mm, triang./carton-36
- 2 x 0564030 – Suture résorb, DEC3, rouleau/carton-36
- 4 x 0565011 – Suture non résorb., DEC3, aiguille 3/8 30 mm, triang./carton-36
- 200 x 0746510 – Lames de scalpel, stér., jeta., n° 22
- 2 x 0782208 – Boîtes de sécurité pour seringues usagées/aiguilles, 5L/carton-25
- 10 x 0521425 – Enveloppes de plastique, 10 x 15 cm/PAQ-100

Kit de base pour réanimation

Spécifications techniques

Le kit comprend le matériel de base pour faciliter la réanimation dans tout type d'environnement, notamment en urgence.

Contenu/description du kit :

- 1 x 0760640 – Pompe d'aspiration, à pied
- 1 x 0845000 – Réanimateur, manuel, nouveau-né/enfant
- 1 x 0845001 – Réanimateur, manuel, adulte
- 2 x 0700700 – Conduits aériens Guedel, caoutchouc, nouveau-né, 54 mm
- 2 x 0700800 – Conduits aériens Guedel, caoutchouc, nouveau-né, 67 mm
- 2 x 0700900 – Conduits aériens Guedel, caoutchouc, adulte, 82 mm

Kit de stérilisation C

Spécifications techniques

Le kit comprend le matériel de base de stérilisation vapeur pour les installations de stérilisation infaillible dans tout type d'environnement, y compris les situations d'urgence.

Contenu/description du kit :

- 1 x 0170000 – Poêle à pétrole, un brûleur, à pression
- 1 x 0156000 – Stérilisateur à vapeur, 39 L
- 1 x 0983400 – Chronomètre, 60 min x 1 min
- 1 x 0558100 – Indicateur DVT à point de contrôle/PAQ-300
- 2 x 0106000 – Tambours cylindriques, 165 mm de diamètre
- 2 x 0107700 – Tambours cylindriques, 260 mm de diamètre
- 2 x 0108000 – Tambours cylindriques, 290 mm de diamètre
- 1 x 0726000 – Pince hémostatique, Kocher, 140 mm, droite

Instruments chirurgicaux, ensemble de curetage

Spécifications techniques

L'ensemble doit être considéré comme faisant partie d'un investissement minimal dans un établissement de santé ayant des services chirurgicaux/obstétricaux. L'établissement doit disposer d'un environnement totalement fonctionnel avec salle d'opération, salles de stérilisation et de réanimation et un personnel formé.

La pince de Muzeux est préférée à la pince de Pozzi car, malgré les apparences, elle est moins traumatique. Les valves (écarteur vaginal) permettent un meilleur accès que le spéculum sur le col. Attention aux perforations si vous utilisez l'hystéromètre pour des curettes tranchantes et fenêtrées.

Contenu/description du kit :

- I x 0718210 – Dilatateurs utérins, Hegar, d-e, 3-4 à 17-18 mm
- I x 0722500 – Pince à pansements, Cheron, 250 mm
- I x 0742400 – Pince utérine de Museux, 240 mm, courb.
- I x 0768400 – Valve vaginale, Doyen, 45 x 85 mm
- I x 0779500 – Valve vaginale, Auvard, 38 x 80 mm
- I x 0715300 – Curette utérine Simon, 6 mm, tranch.
- I x 0713000 – Curette, Sims, 8 mm, bouts arrondis
- I x 0714300 – Curette, Sims, 7 mm, tranch.
- I x 0714700 – Curette, Sims, 9 mm, tranch.
- I x 0715200 – Curette, Sims, 12 mm, tranch.
- I x 0775200 – Hystéromètre de Martin, 320 mm
- I x 0777500 – Spéculum vaginal, Graves, 95 x 35 mm
- I x 0237000 – Bol, acier inox, 180 mL

Ensemble pour accouchement par ventouse obstétricale

0791500 – Ventouse obstétricale, Bird, manuelle, ensemble complet

Spécifications techniques

Ventouse obstétricale à pompe manuelle.

La ventouse obstétricale doit être facile d'utilisation (assemblage et nettoyage) et sécuritaire.

La ventouse obstétricale peut être totalement démontée, est facile à nettoyer, à désinfecter et à stériliser (toutes les pièces doivent être passées à l'autoclave à 121°C).

Annexe 2b. Kit de santé reproductive du FNUAP

Le FNUAP a mis au point un kit de santé reproductive en situation d'urgence, de concert avec d'autres, et à utiliser dans les situations de réfugiés. Il se compose de 12 sous-kits que l'on peut commander séparément.

Kit prévu pour le niveau établissement de soins de santé primaires/centre de santé : population de 10 000 pendant trois mois

- 0 Formation et administration
- 1 Condoms
- 2 Kits d'accouchement sanitaire
- 3 Gestion des victimes de viol
- 4 Contraceptifs oraux et injectables
- 5 Médicaments contre les ITS

Prévu pour le niveau centre de santé ou établissement de recours : population de 30 000 pendant trois mois

- 6 Kit d'accouchement pour sage-femme professionnelle
- 7 Insertion de DIU
- 8 Gestion des complications d'avortements non sécuritaires
- 9 Suture de déchirures cervicales et vaginales
- 10 Accouchement par ventouse obstétricale

À l'usage du niveau de l'établissement de recours : population de 150 000 pendant trois mois

- I1A Centre de recours, chirurgie (matériel réutilisable)
- I1B Centre de recours, chirurgie (consommables et médicaments)
- I2C Transfusion (dépistage du VIH pour les transfusions sanguines)

Annexe 3. Liste des modèles anatomiques pour la formation en soins obstétricaux d'urgence

Modèles	No d'article	Quantité	Coût	Total
Simulateur de naissance avancé (Gaumard)	S500	2	500 \$	1 000 \$
Fœtus de bébé, cordon ombilical et placenta pour accouchement par ventouse obstétricale (Gaumard)	S500.1	1	75 \$	75 \$
Mannequin de formation, ponction lombaire	S411	1	695 \$	695 \$
Modèle de fœtus (Health Edco)	79814	1	54 \$	54 \$
Modèle de bassin en tissu (Health Edco)	79808	1	76 \$	76 \$
Modèle de bassin en vinyle (Health Edco)	54058	1	52 \$	52 \$
Modèle de placenta/cordon/amnios/chorion (Health Edco)	79807	1	44 \$	44 \$
Mannequin de nourrisson pour RCR (Health Edco)	84369	2	89,95 \$	179,90 \$
Masque protecteur/poumons de remplacement pour mannequin de nourrisson pour RCR (Health Edco)	84368	2	24,95 \$	49,90 \$
Illustration 3D sur chevalet, dilatation cervicale (Health Edco)	79738	1	98 \$	98 \$
Tête pour intubation, adulte (Health Edco)	54305	1	948 \$	948 \$
Total pour les modèles				3 271,80 \$

Personnes ressources :

Gaumard

14700 SW 136th Street

Miami, FL 33196

Tél. : 1-800-882-6655 (aux É.-U.)

305-971-3790 (ailleurs dans le monde)

Télec. : 305-667-6085

Web : www.gaumard.com

Courriel : sima@gaumard.com

Health Edco

C.P. 21207

Waco, TX 76702

Tél. : 1-800-299-3366 poste 295

Télec. : 888-9977-7653

Web : www.healthedco.com

Annexe 4. Guide d'animation pour les groupes de discussion²¹

Introduction

Le guide qui suit a été préparé afin d'interviewer les femmes de la collectivité concernant les services dont elles disposent en cas d'urgence obstétricale. Vous y trouverez des questions permettant d'évaluer comment les femmes perçoivent les établissements locaux de santé et d'autres facteurs influant sur l'utilisation des services de SOU. Idéalement, pour tenir des groupes de discussion, il faut disposer d'un animateur et d'une personne prenant des notes, mais ne prenant pas part à la discussion.

Pour chaque établissement recensé à l'aide des instruments précédents, on doit tenir des groupes de discussion dans au moins deux collectivités de la zone de desserte de l'établissement, de préférence dans une collectivité proche de l'établissement et une autre qui en est plus éloignée.

Les questions du guide sont conçues pour imprimer un point de départ aux discussions. L'animateur doit aborder tous les thèmes du guide de discussion, mais pas nécessairement suivre un ordre particulier. La discussion doit se dérouler aussi naturellement que possible et les membres du groupe peuvent soulever certains thèmes. L'animateur doit être à l'affût des indices des membres du groupe, posant des questions sur les thèmes que ces personnes soulèvent pendant la discussion. Nous avons ajouté certaines questions exploratoires pour faciliter le travail de l'animateur.

Déontologie

Consentement éclairé : Chaque personne a le droit de refuser de participer à un groupe de discussion ou de mettre fin à sa participation à n'importe quel moment. L'animateur du groupe de discussion doit respecter ce droit.

Protection des renseignements personnels : Les personnes doivent comprendre que la participation à un groupe de discussion est une activité totalement volontaire et que, même après le début des discussions, elles peuvent librement quitter. Il est important que les groupes de discussion se déroulent de manière à ce que tous les participants se sentent à l'aise et capables de parler ouvertement et honnêtement.

Confidentialité : Tous les participants doivent convenir, au début de la discussion, que tout ce qui est discuté doit demeurer dans le groupe et ne pas être abordé à l'extérieur.

Aucun renseignement d'identification ne doit être conservé dans les notes ou les transcriptions. Cela peut entraîner la nécessité de supprimer les noms s'ils ont été utilisés au cours de la discussion.

Qui doit participer au groupe de discussion?

Trouver un informateur clé de la collectivité (enseignant, dirigeante d'un groupe de femmes ou autre dirigeant de la collectivité) pour vous aider à identifier les femmes à inviter à participer au groupe de discussion. Le groupe doit se composer avant tout de femmes mariées en âge de procréer. Essayer d'inclure des femmes d'âges différents afin que le groupe compte des jeunes mamans et des mamans plus âgées. Les autres membres du groupe de discussion peuvent être des femmes plus âgées ayant des filles et des brus en âge de procréer et des femmes qui assistent aux accouchements dans la collectivité. Au total, le groupe de discussion doit compter de 8 à 12 femmes de la collectivité, représentant des familles différentes. Si la collectivité est très hétérogène (p. ex., plus de groupes ethniques ou personnes manifestement de strates sociales différentes), on doit envisager la tenue de deux ou de plusieurs groupes de discussion, chacun avec des femmes de sous-groupes analogues. Si on peut tenir plus d'un groupe de discussion dans la collectivité, envisager de séparer les femmes plus âgées et plus jeunes afin que les plus jeunes puissent parler plus librement.

²¹ Préparé par AMDD, Université Columbia.

Objet

Dégager les obstacles à l'utilisation des établissements locaux de santé pour le traitement des complications obstétricales d'urgence.

QUESTIONS DE DISCUSSION

A. Reconnaître les complications obstétricales

1. Nommer quelques choses qui peuvent mal tourner lorsqu'une femme accouche.

Question exploratoire : Ces problèmes sont-ils dangereux pour la femme?

2. Comment savez-vous à quel moment le problème est devenu grave?

[Répéter pour chacune des complications mentionnées.]

B. Obtenir des soins en cas de complications obstétricales

3. Que faire si une femme éprouve l'un de ces problèmes?

Questions exploratoires : Qui peut l'aider [dans la collectivité]?

Où doit-elle d'abord être emmenée?

4. Quels sont les problèmes à surmonter pour qu'elle puisse demander des soins?

Questions exploratoires : De quelle façon doit-elle être transportée? Où trouvera-t-elle l'argent?

C. Perceptions concernant l'établissement de santé

5. Qu'avez-vous entendu dire à propos de l'hôpital local (donner le nom de l'établissement)?

6. Les gens y sont-ils bien soignés?

Question exploratoire : L'établissement a-t-il ce qu'il faut pour traiter les urgences obstétricales?

7. Les soins à cet hôpital se sont-ils améliorés ces dernières années?

8. Quelles raisons y aurait-il d'aller là?

9. Quelles raisons y aurait-il de ne pas aller là?

10. À quel autre endroit pourriez-vous vous adresser/emmener une femme qui a un problème?

11. Y a-t-il, dans la région, d'autres établissements de santé où vous pourriez emmener une femme qui a un problème?

12. Quels sont les coûts que suppose le fait de se rendre à l'hôpital?

Questions exploratoires : De quelle façon la famille obtiendra-t-elle l'argent pour cela? Que faire si la famille ne peut obtenir l'argent?

13. Que disent les gens à propos du personnel de l'établissement?

14. S'y sent-on à l'aise?

15. Est-ce sécuritaire?

16. Les médecins et les infirmières respectent-ils les patientes?

D. Prise de décision concernant les soins obstétricaux

17. Qui prend la décision de demander de l'aide pour une femme si elle a des problèmes à l'accouchement?

Question exploratoire : Qui sont les autres décideurs (p. ex., si le mari n'est pas à la maison)?

18. Qui est consulté dans ce genre de décision?

19. Quels sont les facteurs qui influent sur la décision d'aller à un établissement de santé?

Questions exploratoires : Argent? Transport? Selon que le médecin est un homme ou une femme?

Risque que la femme ou le bébé meure? Lequel de ces facteurs fait que vous irez plus probablement?

Lequel de ces facteurs fait qu'il est moins probable que vous irez?

Points de résumé pour les rencontres en groupe de discussion (à remplir par la personne dirigeant l'entrevue)

1. Quelles sont les complications obstétricales que reconnaissent la majorité des femmes du groupe?
2. Y a-t-il d'autres complications obstétricales que quelques personnes seulement ont mentionnées et qui ne semblent pas généralement reconnues?
3. Quelle est la première réaction de la collectivité à une urgence obstétricale?
4. Quels sont les obstacles mentionnés par le groupe concernant la recherche de soins?
5. De quelle façon la collectivité perçoit-elle les soins dispensés à l'établissement de santé local offrant des soins obstétricaux d'urgence?
6. Qu'a-t-on dit de positif à propos de l'hôpital et du personnel?
7. Qu'a-t-on dit de négatif à propos de l'hôpital et du personnel?
8. La collectivité était-elle au courant des services de SOU offerts par l'établissement?
9. Qui décide principalement, au cours des urgences obstétricales?
10. Quels sont les principaux facteurs influant sur la prise de décision concernant la question d'aller ou de ne pas aller à un établissement de santé?
11. Globalement, le groupe estimait-il que l'établissement est un bon endroit où se rendre pour obtenir de l'aide en cas de problèmes obstétricaux?

Annexe 5a. Sommaire mensuel : soins prénataux et maternité (peut être adapté aux conditions locales)

Pays :

Nom de l'établissement :

Mois :

Année :

Soins prénataux	
Nombre total de femmes inscrites aux soins prénataux	
Nombre de nouveaux cas	
Nombre de cas de suivi	
Nombre de femmes qui ont reçu du fer/de l'acide folique	
Nombre de femmes qui ont reçu un TPI contre le paludisme (Fansidar)	
Nombre de femmes qui ont reçu un filet moustiquaire	
Nombre de femmes qui avaient une carte de soins prénataux	
Nombre de femmes qui ont préparé un plan individuel d'accouchement	
Nombre de femmes qui ont reçu un vaccin contre le tétanos	
CDV/PTME	
Nombre de femmes qui ont reçu du CDV	
Nombre de femmes qui ont reçu un test de dépistage du VIH	
Nombre de femmes dont le test est séropositif	
Nombre de femmes qui ont reçu la névirapine à prendre à la maison	
Nombre de mères séropositives au VIH qui ont accouché à l'établissement	
Nombre de mères au statut inconnu, avec épreuve de dépistage rapide dans la salle de travail	
Nombre de mères séropositives au VIH qui ont reçu de la névirapine	
Nombre de bébés de mères séropositives au VIH qui ont reçu de la névirapine	
Maternité	
Nombre d'admissions en obstétrique	
Nombre d'accouchements dans l'établissement	
Nombre de césariennes	
Nombre de complications obstétricales traitées	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ralentissement ou arrêt de la progression du travail ◆ Hémorragie ◆ Complications de l'avortement ◆ Septicémie post-partum ◆ Prééclampsie et éclampsie ◆ Rétention du placenta ◆ Rupture de l'utérus 	
Nombre de naissances vives dans l'établissement	
Nombre de mortinaissances dans l'établissement	
Nombre de décès maternels dans l'établissement	
Nombre de décès néonataux dans l'établissement	

Provenance des photos :

Photographies courtoisie de Photoshare

Couverture :

© 2003, Asem Ansari/ ICDDR. Une grand-mère participe aux soins du nourrisson de sa petite-fille au Bangladesh. Le bébé de cette mère adolescente était le premier-né dans la cohorte d'étude MINIMAT à Matlab, Bangladesh. Quatre mille mères ont été suivies lors de leur grossesse et bénéficient d'interventions nutritives pour prévenir l'insuffisance de poids à la naissance.

Photo de couverture, 2^e série, de gauche :

© 2002, Ambre Murard. Une jeune nomade nourrit son frère nouveau-né à la bouteille, dans les pâturages tibétains. Lorsque les femmes nomades n'ont pas suffisamment de lait pour allaiter, elles nourrissent leur enfant de lait animal. Malheureusement, en raison du manque d'hygiène, la bouteille servant à nourrir le bébé devient une porteuse de germes et une arme mortelle contre l'enfant.

Photo de couverture, inséré 3, de gauche :

© 1994, James Williams/CCP. Cinq femmes descendant la route en portant des nourrissons dans leurs bras.

Page 2 en haut :

© 1999, Anne Palmer/CCP. Une femme tient dans ses bras son nourrisson, à une clinique de santé familiale de Jakarta, Indonésie.

Les images de Photoshare des présentes servent uniquement à des fins d'illustration; on ne saurait y voir le moindre indice en matière d'état de santé, d'attitudes, de comportements ou d'actions de la part des personnes qui figurent sur les photographies.

Inséré photo de couverture 1 de gauche :

Joanne Omang

Page 2, en haut :

Raghua Rai, au nom de David and Lucille Packard Foundation.

Page 2, en bas :

Rick Maiman, au nom de David and Lucille Packard Foundation.

Inséré photo de couverture 4, de gauche :

Bennett, P., CRDI.

Pour nous rejoindre

Contact au RHRC Consortium

Pour plus de renseignements sur le Reproductive Health Response in Conflict Consortium, visiter notre site Web à www.rhrc.org.

Pour commander des exemplaires

Le Guide pratique d'intégration des soins obstétricaux d'urgence dans les programmes d'aide humanitaire est disponible en direct à l'adresse www.rhrc.org ou en version imprimée en s'adressant à info@rhrc.org.

www.rhrc.org ◀◀◀◀

