



SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATAUX D'URGENCE

Guide pour la réalisation des Enquêtes Rapides

SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATAUX D'URGENCE

Guide pour la réalisation des Enquêtes Rapides

TABLE DES MATIÈRES

Sigles et Abréviations	6
Remerciements	7
Préface du Directeur Régional	8
Préambule	11
Première Partie : Généralités sur les Enquêtes SONU	12
1. Introduction	14
2. Importance de l'évaluation des SONU	15
3. Objectifs des ER-SONU	16
4. Résultats attendus des ER-SONU	17
5. Envergure et des ER-SONU	17
6. Enjeux de la carte sanitaire obstétricale dans la mise en œuvre des SONU	18
6.1. Enjeux sanitaires	18
6.2. Enjeux politiques et socio-économiques	20
7. Limites des ER-SONU	21
Deuxième Partie : Conduite Des Enquêtes Rapides SONU	22
1. Phase préparatoire	24
1.1 Plaidoyer et mobilisation des ressources	24
1.2 Mise en place des organes de pilotage de l'évaluation	24
1.3 Élaboration des termes de références de l'ER SONU	25
1.4 Sélection du consultant ou de l'institution spécialisée	25
1.5 Élaboration du protocole de l'évaluation	26
1.6 Mobilisation des ressources nécessaire pour la réalisation de l'évaluation (Budget)	26
1.7 Information officielle des responsables des structures centrales et déconcentrées du Ministère de la santé	27

2.	L'enquête proprement dite	28
2.1	Adaptation du questionnaire	28
2.2.	Recrutement et Formation des agents de collecte des données (enquêteurs) et des superviseurs	28
2.3	Collecte des données dans les formations sanitaires	29
2.4	Qualités nécessaires à la conduite d'entretiens	31
2.5	Règles générales de la collecte des données	32
2.6	Vérification et Saisie des données	34
2.7	Analyse des données et rédaction du rapport d'évaluation	34
3.	Phase de restitution des résultats et leur utilisation pour la prise de décision et la planification	35
Troisième Partie : Orientations sur le remplissage du questionnaire		36
1.	Identification de l'établissement et de l'infrastructure	38
1.1.	Identification de l'établissement	38
1.2.	Matériel et infrastructure	38
1.3.	Services de base disponibles dans la FS	39
2.	Ressources humaines	39
2.1.	Disponibilité du personnel	40
2.2.	Provision des fonctions signalétiques SONU et autres services essentiels en SMN	40
3.	Disponibilité des médicaments, équipements médicaux	41
3.1.	Disponibilité des médicaments et fongibles	41
3.2.	Disponibilité de matériel médico-technique, consommables et autres produits	41
4.	Récapitulatif des données de la formation sanitaire	41
4.1.	Registres et sources des données	42
4.2.	Récapitulatif des données relatives aux indicateurs SONU et d'autres indicateurs au niveau de l'établissement	42
4.3.	Qualité des données des registres	54
5.	Fonctions signalétiques sonu et autres services essentiels en SMN	54
Annexes		56
Annexe 1 : Texte proposé pour présenter l'évaluation des besoins et l'équipe		56
Annexe 2 : Tableau récapitulatif des étapes de conduite de l'ER-SONU		58
Annexe 3 : Exemple de protocole er SONU		60
Annexe 4 : Exemple d'agenda de l'ER-SONU		68
Annexe 5 : Proposition de budget ER-SONU		70

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACD	Agent de Collecte de Données
ACT	Artemesin Combined Therapy
AMDD	Averting Maternal Death and Disability
AQ	Assurance Qualité
C.U.E	Code Unique de l'Etablissement
EB	Evaluation des Besoins
ER	Evaluation Rapide
FASFAF	Fédération des Associations de Sages-Femmes d'Afrique Francophone
FOSA	Formation Sanitaire
IRSS	Institut de Recherche en Sciences de la Santé
MS	Ministère de la Santé
NU	Nations Unies
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
SAGO	Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
UNFPA	Fonds de Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des nations Unies pour l'enfance
FOSA	Formation sanitaire

REMERCIEMENTS

Le développement du présent Guide des Enquêtes rapides en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) a été rendu possible grâce au soutien technique et financier de l'UNFPA, le Fonds des Nations Unies pour la population.

Nous tenons à remercier particulièrement tous les collègues du Bureau régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, ainsi que nos collègues du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et de la Société Africaine de Gynéco-Obstétrique (SAGO) pour leur expertise et leur apport incommensurable dans la revue et la finalisation du guide ainsi que des outils de collecte et d'analyse des données.

Nos remerciements vont à l'endroit de tous les partenaires et experts qui ont pris part à l'Atelier technique de révision du questionnaire d'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence qui s'est tenu à Nouakchott, Mauritanie, du 16 au 20 mars 2015.

UNFPA-WCARO adresse ses remerciements particuliers aux personnes suivantes, ayant grandement contribué à l'élaboration et à la finalisation de ce guide. Il s'agit de :

Dr Nestor Azandégbé, UNFPA-WCARO Dakar

Fensoa Ratesimanetrimanana, UNFPA-WCARO, Dakar

Dr Sosthène Dougrou, UNFPA-WCARO, Dakar

Dr Norbert Coulibaly, UNFPA-WCARO, Dakar

Dr Rostand Njiki, UNFPA, Tchad, N'Djamena

Dr Seydou Bélemviré, UNFPA Burkina Faso, Ouagadougou

Dr El Moustapha Attigh, UNFPA, Mauritanie, Nouakchott

Dr Dahada Ould El Joud, AMDD Nouakchott

Dr Halima Mouniri, AMDD Rabat, Maroc

Dr Alain Prual, UNICEF-WCARO Dakar

Pr René X.Perrin, SAGO, Cotonou

Mme Dieneba Koné, FASFAF Bamako

Mme Augusta Traoré, Ministère Santé, Burkina Faso, Ouagadougou

Mr Thierno Dieng, CEFORÉP, Dakar

Dr Mohamed Diadhiou, CEFORÉP, Dakar

PRÉFACE DU DIRECTEUR RÉGIONAL

1. Mortalité
maternelle,
estimations de
l'OMS, UNFPA,
UNICEF, Banque
mondiale, OMS
Genève, 2014

La région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre enregistre les indicateurs de santé reproductive, maternelle et néonatale les plus préoccupants dans le monde. Malgré une réduction appréciable de 43 pour cent dans la mortalité maternelle¹ entre 1990 et 2013, son niveau en 2017 reste inacceptable et s'élève à 679 pour 100.000 naissances vivantes.² Le taux de mortalité néonatale est aussi élevé (45 pour 1000 naissances vivantes). La région a également le plus fort indice synthétique de fécondité³ dans le monde (en moyenne 5,2 enfants par femme) atteignant 5,8 au Tchad, 5,9 au Mali et 7,5 au Niger. En moyenne, moins d'une femme enceinte sur deux accouche en présence d'un personnel de santé qualifié et seulement 12 pour cent d'entre elles qui ont besoin de soins d'urgence pour elles-mêmes et leurs nouveau-nés les reçoivent effectivement.

2. <http://www.unfpa.org/world-population-dashboard>

Pour faire face à cette situation très préoccupante, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le programme Averting Maternal Death and Disability (AMDD), et Columbia University, se sont investis depuis 1999 pour appuyer les pays dans les domaines de la planification, du financement et la réalisation d'évaluation des besoins en SONU (EB/SONU) et l'utilisation des résultats pour orienter les décisions au niveau programmatique et les réformes des politiques de santé. En 2009, ces agences onusiennes ont conjointement publié le livre sur le Monitoring des Soins Obstétricaux d'Urgence et AMDD a développé des outils pour la conduite des EB/SONU. La même année, et suite à deux ateliers régionaux d'orientation (l'un francophone tenu à Ouidah, Bénin, et l'autre anglophone tenu à Accra, Ghana), presque tous les pays de la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ont réalisé leur EB/SONU entre 2010 et 2014. Chaque pays a ainsi mis en place des interventions bien informées par les données de l'EB/SONU en vue d'améliorer la survie de la mère et du nouveau-né.

3. <http://www.unfpa.org/world-population-dashboard>

A la lumière des expériences et leçons apprises des premières EB/SONU en l'occurrence leur coût relativement élevé pour les budgets des pays et la difficulté de mobilisation des ressources pour les renouveler, il est apparu nécessaire de développer des outils plus concis et plus pratiques qui répondent davantage aux besoins de planification et de suivi régulier de l'offre des SONU. Ainsi depuis 2015 un processus très participatif a été engagé par le Bureau régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre en collaboration avec les autres partenaires pour le développement des outils d'évaluation rapide des SONU (ER-SONU). Ces outils constitués du questionnaire d'ER-SONU et d'un guide d'utilisation ont été validés en 2016 par l'ensemble des acteurs à l'issue de deux ateliers organisés l'un à Ouagadougou, Burkina Faso du 6 au 8 avril 2016 pour les pays francophones et l'autre à Abuja, Nigeria du 10 au 12 mai 2016 pour les pays anglophones.

Je me réjouis de l'aboutissement de ce travail qui permet de mettre à la disposition des pays de la région et au-delà un outil à la fois simple, efficace et moins onéreux pour le suivi de la performance de leurs programmes de santé maternelle et néonatale et le développement des SONU.

43%**RÉDUCTION DANS LA MORTALITÉ
MATERNELLE ENTRE 1990 ET 2013**

679**TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE EN 2017
POUR 100.000 NAISSANCES VIVANTES**

45**TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE EN 2017
POUR 1000 NAISSANCES VIVANTES**

Au regard du rôle central des SONU dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et donc dans la démarche engagée par les pays du continent pour la capture du dividende démographique, j'invite tous les partenaires, à soutenir les efforts des gouvernements dans l'utilisation de ces outils pour développer et mettre en œuvre des réseaux de structures SONU performants en vue d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en cohérence avec le Plan d'action de Maputo 2016-2030 de l'Union Africaine, la stratégie en matière de santé 2016-2030 de l'Union africaine, la Feuille de route de l'Union africaine sur le dividende démographique, la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescente et Objectifs de développement durable.

Mabingue NGOM

Directeur régional de l'UNFPA pour
l'Afrique de l'Ouest et du Centre

PRÉAMBULE

Pourquoi ce guide ER-SONU

La rédaction de ce guide et des documents qui lui sont annexés, répond à un double objectif :

- ➔ expliquer l'intérêt des enquêtes SONU dans l'allocation des ressources pour améliorer l'offre de services en santé maternelle et néonatale ;
- ➔ fournir un support méthodologique pour réaliser pas à pas, en équipe une enquête rapide SONU-SONU

Ce guide ne propose pas de dispositifs « clé en main ». Il met l'accès sur la l'analyse critique des données recueillies, leur interprétation ainsi que sur leur usage pour une meilleure prise de décision.

Pour répondre à des besoins...

Devant la multiplicité et la complexité de certains outils, nous avons fait écho à un besoin ressenti et au niveau tant des instances décisionnelles (ministères) qu'opérationnelles (districts et formations sanitaires).

...et aussi à une demande

Du personnel de santé et des acteurs des systèmes de santé, à la recherche d'un outil pratique et moins contraignant qui permette de cerner rapidement la situation des formations sanitaires au regard de leurs capacités à fournir les SONUB et C dans leurs aires géographiques respectives.

...Il s'agit donc d'une offre qui répond à la fois à un besoin et une demande.

A qui s'adresse ce guide ?

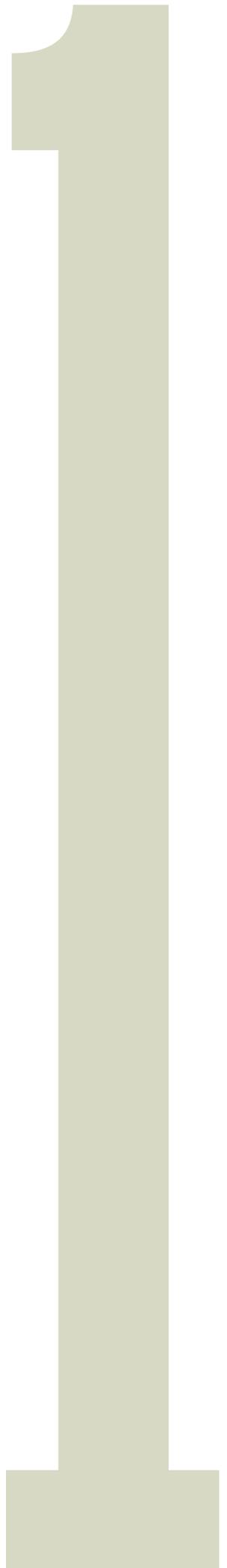
Le présent guide s'adresse, et peut être utilisé par toute personne ou entité impliquée dans un processus de décision, de gestion et de prestation des services au sein des systèmes de santé tant au niveau local, régional et niveau national.

Il peut s'agir de l'administration centrale (ministère, Programmes nationaux de santé de la reproduction), des structures décentralisées (communes, districts sanitaire, direction départementale et régionale), d'organisation de la société civile (ONGs, OBC, OBF, réseaux d'ONGs, plateformes de réseaux), de structures opérationnelles (hôpitaux, centres de Santé), bailleurs de fonds etc.



PREMIÈRE PARTIE

GÉNÉRALITÉS SUR LES ENQUÊTES SONU



1

Introduction

La mortalité maternelle demeure un véritable problème de santé publique, et ceux en dépit de la baisse notable ces dernières années (44 pour cent). En effet à l'échelle mondiale plus de 830 femmes environ meurent chaque jour de causes évitables liées aux complications de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum. La quasi-totalité de ce nombre se trouvent au niveau des pays en voie de développement, et au sein de ces derniers des disparités énormes existent aussi bien entre les pays qu'au sein du même pays. Presque toutes les causes de la mortalité maternelle sont évitables avec des moyens abordables.

Les principales causes de mortalité maternelle demeurent les hémorragies, surtout celles du postpartum, les infections, l'éclampsie, etc.

Il est important de signaler que la mortalité et morbidité maternelles influent négativement sur la santé du nouveau, mais également sur l'avenir des enfants, des familles et de la société en générale, d'où l'importance de se donner les moyens de réduire ce fléau.

La mortalité néonatale et globalement périnatale est un réel problème de santé publique dans le monde entier. La mortalité infantile et néonatale ont elles aussi connues des baisses considérables, mais demeurent des préoccupants, surtout au niveau des pays en voie de développement, ici aussi avec des disparités régionales et intra pays.

Près de 99 pour cent de la mortalité néonatale se produit au niveau des pays en voie de développement.

En 1990 la mortalité néonatale représentait 40% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, contre 45 pour cent actuellement.

La dimension néonatale est très peu prise en considération aussi bien dans les programmes de santé globaux qu'au niveau des pays. L'une des principales causes de cette soit disant "négligence" est que la néonatalogie est très peu prise en considération par les programmes de lutte contre la mortalité maternelle et les programmes de lutte contre la mortalité infantile, le nouveau-né est un peu oublié entre les deux, tandis que la logique de santé publique plaide pour l'inverse, que les deux stratégies se chevauchent au niveau du nouveau-né qui est inséparable de la mère.

Les principales causes de mortalité néonatales sont, i) l'asphyxie à la naissance, ii) les infections iii) les complications liées aux naissances prématurées. Il faut noter que plus de la moitié des naissances voir plus se termine par le décès dans les premières 24 heures de la vie et 75 pour cent au cours de la première semaine de vie.

La mortalité périnatale est aussi souvent négligée au niveau des stratégies nationales de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

Les ODD ont aussi maintenu la priorité à la santé de la mère et du nouveau objectif 3, ainsi dans la même lancée que les OMD 4 (réduire la mortalité infantile) et 5 (améliorer la santé maternelle), l'UNFPA continue à mettre l'accent sur l'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né, en particulier par le renforcement des soins obstétricaux et néonataux

d'urgence, le repositionnement de la planification familiale et le renforcement des ressources humaines pour la santé maternelle et néonatale. Devant ces défis, les pays ont un important besoin de développement de leurs capacités dans le domaine des analyses situationnelles, de la planification stratégique, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des programmes, du renforcement des capacités des ressources humaines, etc. Dans le contexte de la régionalisation de l'UNFPA, ce renforcement des capacités nécessite une collaboration entre le Bureau régional de l'UNFPA et les structures de formation et de recherche en santé de la reproduction afin de fournir un appui technique aux pays, en augmentant ainsi son réseau d'experts et d'institutions dans les domaines sus cités.

La mise à disposition des pays de la région d'outils flexibles et d'utilisation facile pour l'évaluation rapide et efficace des SONU permettra de lever l'obstacle majeur rencontré par ces pays pour mesurer l'efficacité et les changements quantitatifs et qualitatifs opérés dans l'offre des SONU. Les résultats de ces ER en SONU permettent également la planification et la mise en œuvre des actions basées sur des bases scientifiques.

2

Importance de l'évaluation des SONU

La disponibilité des SONU constitue une mesure de la capacité de réponse du système de santé face aux complications obstétricales et néonatales directes et indirectes, voie essentielle pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Le fait d'avoir une image claire des fonctions essentielles et autres indicateurs des SONU aide à identifier les lacunes, à planifier et à mettre en œuvre les interventions qui s'imposent. Dans plusieurs pays, les ministères de la santé disposent de peu de données nationales fiables de référence, relative à la capacité des établissements en terme de SONU, et n'ont pas non plus assez d'informations ni sur les fonctions essentielles qui sont assurées ni sur les endroits où elles le sont. D'autres informations non moins importantes méritent d'être recueillies, comme celles relatives aux ressources humaines, aux médicaments, aux contraceptifs, aux intrants, à la qualité des registres etc.

L'évaluation des besoins qui est proposée fournira des données de base avec lesquelles on peut mesurer le progrès réalisé en termes de renforcement des prestations de services dispensées aux femmes enceintes et aux nouveau-nés. Ces informations sont indispensables pour la planification, l'attribution des ressources et l'appui au développement des ressources humaines (formation, déploiement et rétention). Elles serviront également au développement d'outils de plaidoyer qui vont être utiles à la révision et à la modification des politiques de santé. De même, ces outils seront utiles pour la négociation avec les partenaires techniques et financiers (PTFs), mais plus important, ils serviront à la planification et à la mise en œuvre.

L'ER-SONU utilise un questionnaire allégé, divisé en cinq parties qui sont décrits en détail ci-dessous. Ce questionnaire sera administré par des équipes de collecte des données qui se rendront dans tous les établissements de la région/province où elles seront affectées. Cette étude, dite « transversale », donnera une image des conditions actuelles dans chaque établissement. Une fois les données de tous les établissements réunies, on obtiendra une image des conditions qui prévalent dans l'ensemble du pays.

3

Objectifs des ER-SONU

Objectif général

L'évaluation rapide des SONU a pour objectif de déterminer la capacité existante des établissements sanitaires à prodiguer aux femmes et à leurs nouveau-nés les soins nécessaires à leur survie en cas de complications survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou la période du postpartum. L'évaluation consiste à collecter, analyser et interpréter des données relatives à la disponibilité des soins d'urgence dans les maternités d'un pays ou d'une zone géographique donnée, afin de générer des informations pouvant guider les politiques, la planification et l'identification des priorités dans le cadre du renforcement du système de santé.

Objectifs spécifiques

- ➔ Faire l'état des lieux des infrastructures utilisées pour délivrer les SONU ;
- ➔ Déterminer la situation des fonctions signalétiques SONU de base (SONU-B) ;
- ➔ Déterminer la situation des fonctions signalétiques SONU complets (SONU-C) ;
- ➔ Déterminer la situation des autres services essentiels liés à la santé maternelle et néonatale ;
- ➔ Apprécier la répartition géographique des maternités SONU-B et SONU-C ;
- ➔ Faire l'état des ressources humaines travaillant dans le domaine des SONU ;
- ➔ Déterminer la disponibilité des médicaments, matériel médical, consommables et autres produits de santé maternelle et néonatale etc.



4

Résultats attendus des ER-SONU

Il est attendu de toute ER-SONU qu'elle produise un rapport qui permette de disposer d'informations fiables et actualisées sur les besoins en SONU afin d'orienter la prise de décision aux différents niveaux du système de santé.

De façon pratique, les différents responsables centraux et déconcentrés du système de santé disposeront des données factuelles pour la planification annuelle de leurs interventions dans le domaine des SONU en termes de :

- ➔ Renforcement des infrastructures
- ➔ Réorganisation des services
- ➔ Renforcement des ressources humaines (affectation, formations, supervisions etc.)
- ➔ Renouvellement de certains équipements
- ➔ Assurance qualité des prestations de services etc.

5

Envergure et des ER-SONU

La méthode scientifique, l'expérience montrent qu'il est préférable de faire un recensement (enquête exhaustive) national jusqu'à un certain niveau de la pyramide sanitaire, par exemple les formations sanitaires qui doivent délivrer des SONU Complets, ou SONU de base, les hôpitaux (nationaux, régionaux/provinciaux et district). L'échantillonnage ne permet pas de disposer de données permettant la planification précise par structure, il permet seulement une inférence statistique à son environnement, ce qui permet d'avoir une idée plus générale des SONU.

Bien sûr les pays différent en matière de population, d'étendu du territoire, etc.

Par exemple des pays peu denses en population et avec une bonne accessibilité peuvent faire un recensement national des formations sanitaires (FOSA) qui font des accouchements et qui peuvent être améliorées pour délivrer les SONU de base ou complets. Des pays très peuplés et vaste comme le Nigeria peuvent considérer chaque état fédéral comme un pays.

Dans tous les cas, le champ de l'évaluation et la méthode d'échantillonnage des formations sanitaires doivent faire l'objet d'un protocole d'étude validé par les institutions compétentes.

6

Enjeux de la carte sanitaire obstétricale dans la mise en œuvre des SONU

6.1 Enjeux sanitaires

Les établissements de soins

L'accessibilité aux soins pour le plus grand nombre, la qualité des soins, l'implantation rationnelle des structures sont autant d'éléments qui ne devraient pas être négligés dans les politiques sanitaires. Le constat est que les acteurs favorisent soit une meilleure réponse en termes d'accessibilité, soit une meilleure qualité de soins, alors que les deux sont liées.

C'est au nom de la sécurité qu'apporte une formation sanitaire que les populations revendiquent souvent la proximité d'un centre de soins.

La distance géographique est parfois considérée à tort comme un frein à l'accès aux soins, même si cette distance est différemment appréciée selon les catégories sociales. Cette approche de planification basée essentiellement sur l'accessibilité géographique peut être source d'erreur d'appréciation des besoins réels en termes de couverture sanitaire des populations.

Un des objectifs de l'accès universels aux soins de santé qui est d'accroître l'accessibilité géographique pour améliorer l'accès aux soins des populations, en est une illustration.

Cela suppose en effet une multiplication des structures de soins, sans pourtant qu'on ait la garantie qu'elle entraînerait mécaniquement une augmentation de l'utilisation.

Mieux prendre en compte les besoins réels de santé

↳ *Renoncer à l'approche quantitative de la planification fondée essentiellement sur l'offre*

Jusqu'à un passé récent, le pilotage et l'allocation des ressources au secteur de la santé ont privilégié une approche institutionnelle. En d'autres termes, afin d'estimer les besoins d'une population, les décideurs se sont essentiellement fondés sur l'offre de soins existante.

Le principe de départ en économie de la santé est que c'est l'offre qui crée la demande et par conséquent le besoin l'inverse, étant considéré comme négligeable. Aussi selon ce postulat, plus l'offre de soins sera importante et plus la population aura recours au système de soins, sans que cela soit forcément justifié ni du point de vue épidémiologique, ni du point de vue économique et culturel (acceptabilité de certains soins).

Or, là où une réduction de l'offre de soins a été mise en œuvre, elle n'a pas entraîné une réduction systématique et mécanique de la demande.

De fait, plusieurs ont montré qu'il n'y a pas nécessairement de relation évidente entre l'accessibilité géographique et le taux de fréquentation.

Corollaire de ce constat, et en ce qui concerne la faiblesse de la fréquentation, il ne s'agit pas de renverser la situation par la multiplication de nouvelles constructions de formations sanitaires. Les structures de santé doivent aller au-devant des populations dans une approche clientéliste.

La planification sanitaire devra suffisamment intégrer les besoins de santé des populations qui restent tout de même difficiles à évaluer.

↳ *Une meilleure évaluation des besoins*

Pour les activités cliniques, hospitalières, gynéco-obstétricales, chirurgicales et médicales, le nombre de lits souhaitable par zone est évalué en divisant le nombre total de journées d'hospitalisation dans chacun de ces services par le nombre de jours dans l'année multiplié par le taux d'occupation des lits, fixé arbitrairement (cf. *Normes du district sanitaire au Togo*).

Pour une évaluation plus fine des besoins, cette base de calcul devrait être adaptée à chaque structure en fonction de l'utilisation réelle et des caractéristiques propres (contexte géographique, démographique, épidémiologique et socio-économique).

↳ *La prise en compte de la dimension communautaire de la santé*

Malgré l'instauration d'outils de planification sans cesse améliorés (Plan National de Développement Sanitaire, Plans Régionaux et Plans de Districts), la diversité des besoins de la population en matière de soins obstétricaux est encore mal appréhendée et surtout faiblement prise en compte dans l'organisation de l'offre des soins. De nombreux déterminants sociaux, économiques, éducationnels, souvent interdépendants, influencent de façon directe ou indirecte l'état de santé des populations et la demande en soins exprimée par celles-ci.

Les évolutions constatées peuvent légitimement leur être imputable en tant que causes et conséquences. Ces données socio-économiques et éducationnelles déterminant les choix et les attitudes doivent être prises en compte dans la mise en œuvre des politiques de santé.

La géographie de la santé, une dimension incontournable

Les caractéristiques démographiques, géographiques, les moyens de communication et l'aménagement du territoire doivent être intégrés dans la réalisation de la carte sanitaire obstétricale en lien avec les SONU.

Elles permettront de définir les aires réelles d'attraction, c'est-à-dire le périmètre de recrutement des clients autour d'une formation sanitaire donnée. Elles permettent également de mesurer, toutes choses égales par ailleurs, les difficultés ou les facilités d'accès à une formation sanitaire.

Cependant, à elles seules, elles ne pourraient présager d'une utilisation ou non, par les populations de l'aire de responsabilité concernée.

En effet, la logique voudrait que les patients se rendent dans la formation sanitaire la plus proche de leur lieu de résidence. Mais la réalité est tout autre et très complexe, tant les raisons évoquées sont multiformes.

6.2 Enjeux politiques et socio-économiques

Les enjeux locaux

Les formations sanitaires sont perçues à tort ou à raison comme un signe de prestige et d'histoire commune d'une communauté donnée.

Les formations sanitaires qu'elles soient publiques ou privées participent à la cohésion sociale et sont un acteur essentiel des économies locales et de la vie sociale. Sources d'emplois, symbole de sécurité sanitaire ou de développement communautaire (au même titre que les écoles), témoins d'une identité (sentiment d'appartenance), autant d'éléments qui font qu'une population reste parfois très attachée à « son » centre de santé ou à « son » hôpital.

Les formations sanitaires constituent parfois une pièce maîtresse de la stratégie des élites locales. Le soutien et l'engagement de ces dernières dans les opérations de construction, de réhabilitation et d'équipements s'avèrent déterminants. Mais, inversement, leur opposition peut s'avérer fatale au déroulement du projet. Toutes ces dimensions sont à prendre en compte lors des allocations des ressources par les partenaires au développement surtout dans le cadre de la mise à niveau des formations sanitaires dans le cadre des SONU.

Il convient donc de bien les informer sur la finalité des ER-SONU et de la cartographie sanitaire obstétricale et de les associer aux prises de décision en matière d'orientation stratégique dans chacune des aires de santé concernée.

Les enjeux en termes de décentralisation des politiques de santé

L'idée qui a sous-tendu les politiques de décentralisation au moyen de la déconcentration en matière de santé est, qu'en donnant davantage de responsabilités aux acteurs locaux, la capacité d'innovation, l'expérimentation ainsi que l'émergence de nouvelles formes d'organisation s'en trouveront stimulées.

Il est plus productif et pertinent, au plan régional, d'impliquer et de fédérer les acteurs, alors qu'au plan national, les résistances et les corporatismes peuvent être exacerbés.

L'approche régionale et surtout celle basée sur le développement des districts sanitaires apparaît comme un palier complémentaire dans la maîtrise des risques et d'objectivation des dépenses allouées au secteur de la santé.

C'est aussi le lieu, à travers cette approche, de susciter des comparaisons entre districts d'une même région et entre régions d'un même pays afin de tirer le meilleur parti des enseignements.

Les régions et les districts semblent être mieux placés que le niveau national (du fait de son éloignement) pour adapter les solutions aux contextes locaux et traiter la dimension régionale des politiques de santé, dans le cadre du plan directeur défini au niveau central en concertation avec les partenaires au développement.

Les enjeux en termes d'implication du plus grand nombre

La mise en place des COGES ou des Comités d'Hygiène et de Santé inspirée par les recommandations de l'Initiative de Bamako, combinée à l'existence des structures de développement à base communautaire (CVD etc.) sont autant de gages d'une plus grande implication des communautés à la prise en charge de leurs problèmes de santé.

Ces instances, ainsi que les collectivités décentralisées (mairies, conseils départementaux et conseils régionaux) devraient contribuer, aux côtés des responsables sanitaires locaux, à la mise en œuvre des politiques de santé et à la définition des priorités en matière de soins préventifs et promotionnels.

Le niveau local est le plus adapté,- à condition d'être formé- pour imaginer et mettre en œuvre une sensibilisation aux enjeux de la santé et participer à des actions de proximité dans la communauté.

L'amélioration de la performance du système de santé dans sa fonction essentielle de délivrer des soins de qualité au plus grand nombre et de manière efficiente (objectif de la carte sanitaire), suppose d'agir sur l'ensemble des éléments évoqués ci-dessus.

7

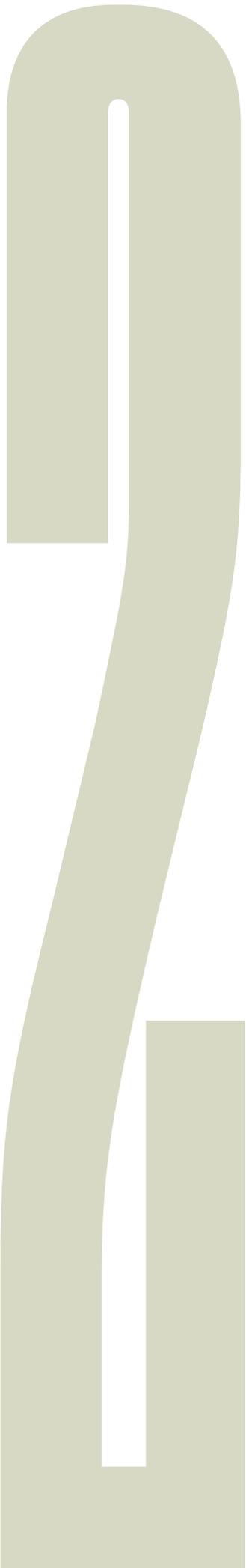
Limites des ER-SONU

Comme son nom l'indique, ce type d'évaluation vise rendre disponibles dans des délais très courts (trois mois) des données actualisées et fiables sur les besoins en SONU afin d'orienter la planification et la prise de décision. C'est un outil très flexible qui peut s'utiliser à des échelles géographiques plus ou étendues (nationale, régionale ou même district) selon les besoins du pays ou de l'entité sanitaire concernée. Les limites de l'ER-SONU doivent être appréhendées sous ces angles.

Les résultats d'une ER-SONU réalisée à un niveau sub-national ne peuvent pas être extrapolés à l'échelle nationale. Ils sont uniquement valables pour la zone concernée par l'étude.

Sur le plan thématique, l'ER-SONU comporte à dessein un nombre limité d'items à évaluer par rapport aux outils initiaux. Les bénéficiaires (comme c'est le cas souvent) peuvent avoir à posteriori le sentiment d'un goût inachevé par rapports à des indicateurs dont ils ont besoin mais que l'enquête n'aurait pas pris en compte.

Au plan méthodologique, les limites de l'ER-SONU (comme toute étude du reste) réfèrent aux limites consenties dans le protocole de l'évaluation et qui peuvent être en rapport par exemple avec l'échantillonnage des formations sanitaires.



DEUXIÈME PARTIE

CONDUITE DES ENQUÊTES RAPIDES SONU

Le processus d'évaluation rapide des besoins en SONU comprend essentiellement trois phases :

- ➔ Une phase préparatoire
- ➔ L'enquête proprement dite
- ➔ La restitution des résultats et leur utilisation pour la prise de décisions et la planification

1 Phase préparatoire

1.1 Plaidoyer et mobilisation des ressources

La préparation de l'ER-SONU commence par le plaidoyer et la mobilisation des ressources. De préférence, toutes les parties prenantes doivent adhérer et contribuer chacune en fonction de ses moyens afin de faire de cette activité une activité fédératrice de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, et une porte d'entrée pour le renforcement du système de santé.

Une équipe de l'ER-SONU doit être mise en place afin de coordonner, non seulement le plaidoyer et la mobilisation des ressources mais également de suivre le déroulement de tout le processus, jusqu'à la planification, la mise en œuvre et la restitution des résultats. Afin de mieux suivre le processus, un point focal de l'ER-SONU devrait être désigné au sein du département ministériel en charge de l'activité.

L'une des premières tâches de l'équipe nationale est d'étudier l'envergure de l'ER-SONU, de laquelle dépendent la rédaction du protocole, les termes de référence (TDRs) de l'étude, les termes de référence du consultant, le budget et le calendrier.

1.2 Mise en place des organes de pilotage de l'évaluation

La réalisation de l'ER-SONU nécessite l'activation et/ou la mise en place des organes en charge de la coordination de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale dans le pays. Il s'agit selon les cas :

- ➔ D'un Comité de pilotage
- ➔ Du Comité technique chargé de préparer les rapports et autres documents techniques à l'appréciation du Comité de pilotage
- ➔ Une Équipe technique restreinte composée selon les cas du Consultant international, des consultants nationaux, d'un data manager et toute autre personne ressource nécessaire pour faire partie de cette équipe

1.3 Élaboration des termes de références de l'ER-SONU

La rédaction des TDRs est une étape clé dans le processus de réalisation de l'ER-SONU. Ce document doit contenir entre autres (liste non exhaustive) :

- ➔ Une introduction/contexte ;
- ➔ La justification de l'ER-SONU ;
- ➔ Les objectifs de l'évaluation ;
- ➔ L'envergure de l'évaluation (nationale, sub-nationale...) ;
- ➔ L'approche choisie pour la réalisation de l'évaluation (recours à des consultants indépendants ou institution spécialisée) ;
- ➔ Les différentes étapes de l'évaluation (adaptation de l'outil, formation des enquêteurs/superviseurs, enquête sur le terrain, validation et saisie des données, assurance qualité des données, analyse des données, rédaction du rapport, validation du rapport, dissémination, planification et mise en œuvre) ;
- ➔ La durée de l'étude ;
- ➔ Le budget et les sources de financement, etc

1.4 Sélection du consultant ou de l'institution spécialisée

Pour une réelle appropriation des résultats de l'évaluation il est capital que celle-ci soit réalisée sous le leadership du Ministère de la santé. Cependant, l'expérience montre que la contractualisation avec une institution ou des consultants indépendants permet une exécution plus efficace, plus efficiente et plus diligente de l'évaluation.

Quel que soit l'option choisie (contractualisation avec une institution ou des consultants indépendants), il est primordial de définir clairement les critères de sélection, les rôles et responsabilités de l'organe qui sera sélectionné pour la réalisation de l'étude. La contractualisation sera faite conformément aux procédures de passation de marché en vigueur. Celles-ci peuvent s'appliquer entièrement et ou en partie à des volets spécifiques de l'évaluation dépendamment de la structuration du budget et des sources de financement.

Les critères les plus importants dans la sélection des consultants sont entre autres : l'expérience dans la réalisation d'enquêtes et évaluations similaires, en particulier la maîtrise des méthodes et techniques d'évaluation, des analyses quantitatives et qualitatives, la compétence en réalisation de base de données, la maîtrise des logiciels spécialisés communément utilisés dans les évaluations (Epi Info, EpiData, CsPro, SPSS...), le développement de masques de saisies des données, les fichiers de contrôle à la saisie, la possibilité de mobiliser des agents de saisies expérimentés, l'assurance de la qualité et la compé-

tence en plan d'analyse et tabulation des données. À cela il faut ajouter la capacité à mobiliser des agents de collecte de données compétents et expérimentés dans la collecte de données au niveau des structures de santé, leur formation et suivi sur le terrain etc. Il est nécessaire d'avoir au moins un expert en santé publique dans l'équipe, de préférence avec expérience avérée en SONU.

Le test du questionnaire de l'ER-SONU au niveau de trois pays (Niger, Tchad, Cameroun) a montré l'efficacité et l'efficacité du consultant individuel ou bureau d'études, plus facile à mobiliser à « gérer », avec des modalités administratives plus simplifiées etc.

1.5 Élaboration du protocole de l'évaluation

La rédaction d'un protocole d'évaluation pour l'ER en SONU est primordiale. C'est le document qui décrit toute la méthode de travail de façon scientifique et qui servira de document de référence pour l'exécution de l'étude. Il se recoupe en grande partie avec les TDRs de l'étude, mais il est plus spécifique. Les TDRs de l'évaluation et ceux destinés au recrutement des consultants sont élaborés par le département ministériel responsable de l'évaluation alors que le protocole de l'étude peut être proposé par le consultant et validé par le Comité de pilotage de l'évaluation. Le protocole doit comporter un planning et le budget détaillés de l'évaluation.

— Voir en annexe les principales parties d'un protocole de recherche.

1.6 Mobilisation des ressources nécessaire pour la réalisation de l'évaluation (budget)

Le budget dépend essentiellement du nombre de structures à enquêter, des distances entre les structures etc. Deux approches peuvent orienter l'élaboration du budget détaillé d'une ER-SONU :

- ➔ **Budget fixe** : Sur la base d'un budget global disponible dans le plan de travail annuel, le consultant identifié développe le protocole d'évaluation qui précise la portée possible de l'étude en fonction du budget disponible.
- ➔ **Portée de l'évaluation fixe** : Le consultant développe le protocole de l'évaluation en fonction des termes de références élaborés par la structure gouvernementale et ses partenaires qui définissent la portée de l'évaluation (nationale ou su-nationale). Cette approche peut occasionner des gaps de financement une fois le protocole validé et nécessiter des actions de mobilisation de ressources additionnelles pour combler le gap.

— Voir en annexe un exemple de budget.

1.7 Information officielle des responsables des structures centrales et déconcentrées du Ministère de la santé

Avant le début de l'enquête, il est important d'informer par voie officielle toutes les parties prenantes au niveau central et déconcentré de l'administration nationale et sanitaire :

- ➔ Autorités locales: gouverneurs de région, préfets, sous-préfets, maires des communes
- ➔ Responsables sanitaires: directeurs, centraux, régionaux, départementaux, de districts, directeurs (généraux) des hôpitaux, et responsables des formations sanitaires périphériques.

Ces dispositions administratives facilitent l'introduction des enquêteurs auprès des structures sanitaires pour la collecte des données et leur assurent une couverture à la fois administrative et sécuritaire.



2

L'enquête proprement dite

2.1 Adaptation du questionnaire

La version générique du questionnaire de l'évaluation rapide des besoins en SONU est une version adoptée et validée par les 23 pays de la région de l'Afrique de l'ouest et du centre de l'UNFPA. Elle doit être adaptée au niveau des pays avant de lancer l'évaluation. Cet exercice d'adaptation est souvent organisé par l'équipe technique du pays. Il est fortement recommandé que l'équipe d'adaptation comporte au moins un gynécologue obstétricien, un pédiatre, une sage-femme, un épidémiologiste/biostatisticien, un spécialiste de programme de SR/PF. En outre, l'exercice d'adaptation doit respecter le principe de base de l'évaluation rapide, à savoir que c'est une étude consacrée aux urgences obstétricales et néonatales, dont la durée de réalisation complète ne doit pas dépasser trois mois et dont le budget ne doit pas dépasser les 100.000 US dollars. Il est capital que l'outil adapté de même que les TdR et le protocole soient dûment validés par le comité de pilotage. La validation de ces outils permet au consultant de poursuivre les autres étapes de l'évaluation.

2.2 Recrutement et formation des agents de collecte des données (enquêteurs) et des superviseurs

Il est important d'accorder une attention particulière au recrutement des enquêteurs. Bien que cette activité soit sous la responsabilité du consultant, les membres du comité technique doivent en assurer le suivi et apporter leur appui à la résolution des éventuels problèmes qui peuvent en résulter.

Les membres des équipes de collecte des données doivent bénéficier d'une formation à la compréhension approfondie et à l'utilisation du questionnaire. Cette formation insistera sur les points clés du questionnaire de façon à garantir que tous leurs utilisateurs comprennent et interprètent les instructions de la même manière. Cette formation qui dure entre trois et quatre jours (y compris le pré-test de l'outil sur le terrain), doit porter sur les points suivants :

- ➔ Introduction et justification de l'ER-SONU ;
- ➔ Discussion de la méthodologie de l'étude, de l'éthique de la recherche et des comportements appropriés dans le cadre de ces études ;
- ➔ Formation sur les compétences clés de la collecte des données, dont les techniques d'entretien, d'observation et de collecte et extraction de données ;
- ➔ Formation théorique et pratique à l'administration du questionnaire ;
- ➔ Exercices pratiques dans des établissements de soins et de commentaires (feedback) sur l'expérience de terrain ;

- ➔ Évaluation des agents de collecte des données avant et après la formation ;
- ➔ Discussion du programme de collecte des données, de la composition et répartition des équipes, et des aspects logistiques du travail de terrain, des modalités de communication et remontée des données collectées.
- ➔ Des sessions spécifiques seront réservées aux superviseurs pour mettre l'accent sur les techniques de suivi, de supervision et de vérification ainsi que les modalités pratiques d'organisation de la supervision des enquêteurs.

L'évaluation des enquêteurs au cours de la formation permet de retenir la liste définitive des agents qui seront chargés de la collecte des données sur le terrain. Les moins performants seront remerciés à l'issue de la formation.

2.3 Collecte des données dans les formations sanitaires

La collecte des données commence immédiatement après la formation des enquêteurs et des superviseurs. À l'issue de la formation, les équipes de collecte des données doivent être envoyées sur le terrain au niveau des régions/provinces pour visiter toutes les formations sanitaires sélectionnées et recueillir les données à l'aide du questionnaire. Cette étape de l'enquête sur le terrain requiert une bonne organisation des équipes, superviseurs nationaux, une bonne coordination de l'enquête, une bonne préparation logistique etc.

Organisation du temps de la visite de l'établissement

Les équipes doivent veiller à ne pas interrompre le cours normal des prestations de soins pour éviter de mettre la vie des patients en danger, et respecter scrupuleusement la confidentialité entre prestataires et patients.

À son arrivée, l'équipe doit en premier lieu rencontrer le directeur ou toute autre personne responsable de la formation sanitaire. Le superviseur (chef) de l'équipe doit :

- ➔ Expliquer le but de la visite ;
- ➔ Présenter les agents de collecte des données ;
- ➔ Présenter la lettre autorisant l'étude ;
- ➔ Obtenir la permission de commencer la collecte des données ;
- ➔ Déterminer si le responsable sera en mesure, au cours de la journée, de présenter à l'équipe le personnel dont l'intervention sera sollicitée et d'identifier les diverses parties de l'établissement, le cas échéant.

— Voir en annexe pour un exemple de texte proposé pour présenter l'équipe et son objectif.

REMARQUE

Le remplissage de la partie n°4 du questionnaire qui porte sur le récapitulatif des données de l'établissement est celle qui prend le plus de temps. Il est conseillé à la ou les personnes chargées de remplir cette partie du questionnaire de commencer juste après les présentations au responsable de l'établissement.

Responsabilités et attentes du superviseur de l'équipe de collecte des données

Toutes les équipes auront un (superviseur) chef d'équipe qui sera chargé de suivre de près le travail des agents de collecte des données, de veiller à ce que toutes les items soient correctement remplis et de manière consistante. Il est également chargé de répondre aux questions éventuelles posées par les enquêtés et participe à la collecte des données.

C'est au superviseur de l'équipe qu'il incombe de tenir la liste de tous les établissements visités, des dates des visites, et de consigner les remarques importantes. Cette liste des établissements aidera le superviseur à garder un suivi des numéros des établissements qu'il leur aura attribué au moment de la visite. Le numéro de l'établissement est inscrit au début du questionnaire et il fait partie du code d'identification de l'établissement (C.I.E.), qui est un code d'identification unique.

Le superviseur de l'équipe communique avec le coordonnateur de l'ER-SONU au niveau central et le tient au courant des déplacements de l'équipe, du nombre d'établissements visités, des problèmes rencontrés, etc.

Avant de quitter un établissement, le superviseur de l'équipe devra veiller à ce que tous les membres de l'équipe se réunissent pour faire le point de ce qui a été réalisé dans cet établissement, vérifier que toutes les parties du questionnaire ont été bien remplies.

Le superviseur de l'équipe a également pour tâche d'apporter son concours à chaque membre de l'équipe. Il conseille, clarifie et apporte des réponses aux questions difficiles en contactant le coordonnateur de terrain. Il veille également à ce que tous les membres de l'équipe s'acquittent bien de leurs tâches. En définitive, c'est le superviseur de l'équipe qui est responsable de la qualité des données recueillies par son équipe.

Responsabilités et attentes de l'agent de collecte des données

La tâche de l'agent de collecte des données consiste à recueillir des informations sur l'établissement qui soient aussi fidèles et précises que possible. Il est supposé prendre note des données conformément aux directives contenues dans le présent guide, aux instructions contenues dans le questionnaire et aux enseignements dispensés pendant la formation.

Son rôle l'amène à poser de nombreuses questions, à écouter, à observer et à enregistrer les données. En revanche, il n'est pas dans ses attributions d'enseigner, de critiquer ou de conseiller. Si on lui demande des conseils, l'agent de collecte des données peut faire des suggestions mais sa tâche de loin la plus importante consiste à prendre note de ce qu'il voit ou de ce qu'on lui dit.

Les agents de collecte des données acquerront ou amélioreront leurs compétences sur la base d'un inventaire des compétences récapitulées dans le tableau ci-dessous. Ces compétences sont discutées plus en détail pendant la formation.

2.4 Qualités nécessaires à la conduite d'entretiens

1. Se comporter de manière professionnelle.

2. Savoir écouter.

3. Saisir les données et réponses, et les enregistrer conformément aux directives stipulées dans le guide.

4. Fournir des informations factuelles suivant les besoins.

5. Faire preuve de comportements appropriés à l'esprit de l'étude et de bonnes aptitudes de communication.

6. Utiliser de manière appropriée la communication non verbale.

7. Reconnaître les problèmes verbaux et non verbaux, et faire face aux difficultés qui se présentent.

Qualités d'observation

8. Consigner les observations de façon objective.

Qualités nécessaires à la collecte et l'extraction des données

9. Déterminer la source ou les sources appropriées d'informations ; ne pas négliger les sources importantes.

 10. Reconnaître les incohérences internes et les résoudre chaque fois que possible.

 11. Enregistrer avec précision les informations dans le questionnaire, conformément aux directives stipulées.
-

2.5 Règles générales de la collecte des données

Il existe plusieurs règles générales qui doivent être respectées lorsqu'on complète le questionnaire. Ces règles doivent être rappelées lors de la formation des enquêteurs et des superviseurs. Elles sont décrites ci-dessous.

Règle générale n° 1 : Chaque question doit avoir une réponse

En général, chaque question a une seule réponse et aucune question ne devrait être laissée sans réponse. Une question ne peut être omise que lorsque les instructions précisent qu'il faut « passer à... » (voir Règle générale n° 2). Quand une question reste sans réponse alors qu'elle devrait en avoir une, il est impossible d'interpréter l'espace laissé vide. Par exemple, on ne peut pas savoir si vous avez oublié de poser la question, si les informations nécessaires à la réponse faisaient défaut ou si la personne interrogée ne connaissait pas la réponse, etc.



Règle générale n° 2 : Ne sauter les questions que lorsque les instructions l'exigent

De temps à autre, on vous demandera de sauter une ou plusieurs questions en fonction de la réponse fournie par la personne interrogée. Ces *questions filtres* sont généralement indiquées dans les colonnes situées à l'extrême droite, à la suite d'une question ou dans la première ligne d'un tableau. Sauf indication contraire, il faut toujours passer à la question suivante.

Règle générale n° 3 : Entourer le code qui correspond à la réponse

Entourez le code qui correspond à la réponse donnée. Il ne faut ni entourer la réponse ni désigner le code par une croix. Celle-ci pourrait masquer le code et le rendre difficile à lire lors de la saisie des données.

Règle générale n° 4 : Ne pas lire les réponses à voix haute à la personne interrogée

En Règle générale, pendant la conduite d'un entretien, on ne doit pas lire les réponses à la personne interrogée. Il faut se limiter à la lecture de la question et écouter la réponse **spontanée** qui sera donnée par la personne interrogée. Entourez alors le code qui correspond à la réponse.

Règle générale n° 5 : Suivre les instructions données en italiques et entre parenthèses

Les instructions données à l'agent de collecte des données figurent généralement en italiques et, dans certains cas, entre parenthèses. Les instructions en italiques figurent à plusieurs endroits : 1) au début de chaque partie du questionnaire, 2) au début de certaines sections et 3) à la suite de certaines questions.

Règle générale n° 6 : Préciser les réponses de la catégorie « Autre »

Si aucun code ne correspond à la réponse donnée, il faut entourer le chiffre qui correspond à l'option « Autre » et écrire la réponse dans l'espace réservé à cet effet.

Règle générale n° 7 : Noter « ne sait pas » ou « information non disponible »

La majorité des questions auront une réponse. Dans certains cas, la réponse sera peut-être « Ne sait pas » ou, si vous examinez des documents, « Information non disponible ». Dans certains cas, il y aura un code préétabli pour « Non applicable » et « Pas d'information ». Vous devez renseigner ou entourer le code qui convient.

Règle générale n° 8 : Vérifier la complétude du remplissage (toutes les parties) du questionnaire avant de quitter la formation sanitaire

Cette étape est cruciale au cours de la collecte des données sur le terrain. Elle évite de devoir revenir une seconde fois dans la même formation sanitaire pour compléter des données manquantes importantes ; ce qui occasionnerait également des dépenses supplémentaires.

Encadre réservé aux remarques

À la fin du questionnaire il y a un encadré réservé aux remarques. Cet encadré doit être utilisé pour noter des informations pouvant être utiles pour la compréhension des réponses, pour savoir pourquoi une question est laissée sans réponse, pour donner des explications si quelque chose semble incohérent, ou pour tout autre sujet nécessitant plus d'explications.

2.6. Vérification et saisie des données

La vérification des questionnaires remplis est de la responsabilité du consultant et son équipe. Il s'agit non seulement de vérifier leur complétude mais aussi la qualité du remplissage. Cette vérification précède la répartition des questionnaires par agent de saisie. Avant de commencer la saisie des données, les précautions ci-après doivent être prises par le consultant:

- ➔ Développer un masque de saisie sécurisé, incluant les contrôles nécessaires pour minimiser les erreurs de saisie
- ➔ Former les agents de saisie à l'utilisation correcte du masque de saisie
- ➔ Réunir le matériel informatique nécessaire pour la saisie des données
- ➔ Mettre en place au besoin un dispositif permettant une double saisie des données.

Pendant la saisie des données, le consultant devra assurer une supervision rapprochée des agents de saisie afin de leur apporter les appuis nécessaires en cas de besoin.

2.7. Analyse des données et rédaction du rapport d'évaluation

Une fois les données entièrement saisies, il revient au consultant et son équipe de procéder à leur analyse suivant un programme d'analyse préalablement élaboré et à la rédaction du rapport. Les analyses permettent de générer des tableaux et des illustrations sous formes de graphiques et de cartes ou autres. Le premier draft du rapport doit être soumis au comité pour amendements avant sa finalisation et soumission au comité de pilotage pour validation/adoption.

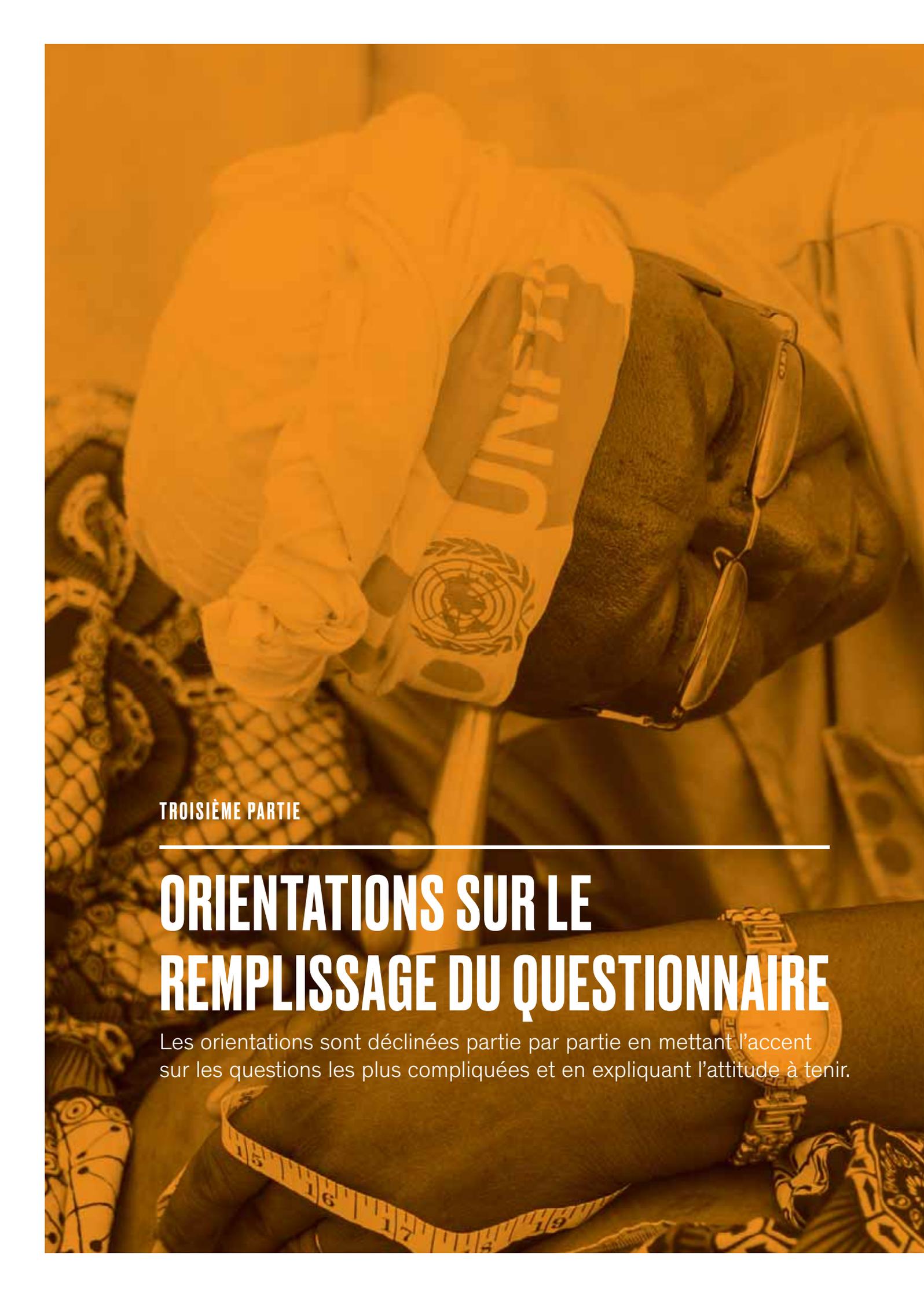
Cette étape peut prendre également du temps dépendamment de la disponibilité des personnes ressources chargées de lire et amender le rapport et aussi l'organisation de l'atelier de validation/adoption du rapport. La validation/adoption du rapport est une étape importante qui marque l'adhésion des bénéficiaires aux résultats obtenus et par conséquent leur utilisation pour la prise de décisions et la planification.

3

Phase de restitution des résultats et leur utilisation pour la prise de décision et la planification

L'étape ultime de l'ER-SONU est de disposer d'informations fiables et actualisées sur les besoins en SONU afin d'orienter la prise de décision aux différents niveaux du système de santé. De façon pratique, les différents responsables centraux et déconcentrés du système de santé disposeront des données factuelles pour la planification annuelle de leurs interventions dans le domaine des SONU :

- ➔ Renforcement des infrastructures
- ➔ Réorganisation des services
- ➔ Renforcement des ressources humaines (affectation, formations, supervisions etc.)
- ➔ Renouvellement de certains équipements
- ➔ Assurance qualité des prestations de services etc.



TROISIÈME PARTIE

ORIENTATIONS SUR LE REPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE

Les orientations sont déclinées partie par partie en mettant l'accent sur les questions les plus compliquées et en expliquant l'attitude à tenir.



© UNFPA, Ollivier Girard

FOR

1

Identification de l'établissement et de l'infrastructure

Section 1.1 : Identification de l'établissement

Instructions : Le chef d'équipe de collecte des données doit remplir cette section dès que l'équipe arrive dans l'établissement et avant l'entretien avec le responsable de l'établissement. Inscrire le Code Unique de l'Etablissement (C.U.E.) sur chaque page avant que l'équipe ne commence à recueillir les données.

Le Code Unique de l'Etablissement (C.U.E) doit être précisé dans l'unité GPS quand les coordonnées sont inscrites dans l'appareil. Prendre les coordonnées GPS au portail d'entrée de l'établissement.

Mentionner le nom de l'enquêteur et noter la date du remplissage du questionnaire.

A l'arrivée le chef d'équipe doit présenter les objectifs de l'évaluation rapide, introduire l'équipe au *responsable de l'établissement* et lui adresser les questions ci-dessous :

- ➔ **Question 1.** Milieu où se trouve la FS (urbain ou rural) : la définition du milieu rural pose souvent problème et parfois rends cette donnée inutilisable lors de l'analyse des données. Nous recommandons de bien la définir avec des critères clairs aux enquêteurs/superviseurs afin que son analyse puisse être valable et utile.
- ➔ **Question 2.** Type de Formation Sanitaires (FS) : s'assurer que cette question a bien été adapté au contexte national, bien définir les niveaux.
- ➔ **Question 3.** Type d'organisme exploitant : pareil que pour la question 2 (Q2).

Section 1.2 : Matériel et infrastructure

Lire pour votre interviewé « *Je voudrais vous poser quelques questions sur la capacité et l'infrastructure de l'ensemble de cette formation sanitaire* ».

- ➔ **Question 4.** La Formation Sanitaire dispose-t-elle des salles suivantes : bien définir chacune des modalités de « a » à « 1 »
- ➔ **Question 5.** Combien de lits sont-ils réservés exclusivement aux parturientes du service d'obstétrique : ne pas compter les lits spécifiques à la gynécologie ni les lits en stock, par exemple.
- ➔ **Question 9.** Cette FS dispose-t-elle de source permanente d'électricité pour fonctionner ? ici l'essentiel est la permanence de l'électricité, la source importe peu (secteur, groupe électrogène, solaire...)

- **Question 11.** Cette FS dispose-t-elle d'une source d'eau salubre pour fonctionner ? Ici la source d'eau n'est pas forcément potable, mais aussi l'eau ne doit pas être de mauvaise qualité, l'objectif principal étant l'hygiène et la lutte contre l'infection. L'eau provenant des sources suivantes peut être considérée comme salubre : Eau courante ; Eau de forage, de fontaine ou d'un puits muni d'une margelle de protection contre les eaux de ruissellement)
- **Question 12.** Cette FS dispose-t-elle de toilettes fonctionnelles que les parturientes peuvent utiliser dans la maternité ? Il s'agit de toilettes accessibles aux parturientes et non pas celles du personnel de la structure.

Section 1.3 : Services de base disponibles dans la FS

Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant les services de base qu'offre cette formation sanitaire

- **Question 13.** Cette FS offre-t-elle les services ci-après : ici il s'agit de l'offre de services, ne pas confondre avec la question 4.

2

Ressources humaines

Instructions : Posez les questions sur l'**effectif général du personnel** au responsable de l'établissement ou à l'administrateur. Si cette personne ne peut pas répondre à vos questions, adressez-vous au responsable de la maternité. Concernant **la disponibilité du personnel 24 heures sur 24** et sur **le personnel chargé d'assurer des SONU et autres services essentiels, renseignez-vous auprès** du responsable de la maternité. Si cette personne ne détient pas toutes les informations, adressez-vous à la personne responsable du bloc opératoire.

Les enquêteurs doivent obtenir une réponse à la première question "Ce type de personnel travaille-t-il actuellement dans cette FS", puis poser les 2 questions suivantes pour la première catégorie de personnel de santé avant de passer à la catégorie suivante. Quand vous entamer "**la disponibilité 24 h sur 24**", renseignez-vous uniquement sur les professionnels qui sont employés en ce moment dans cette FS. Comme dans le cas de la première section, il faut lire le tableau de haut en bas pour chaque catégorie de personnel. La réponse à la première question déterminera les colonnes à remplir dans toutes les sections suivantes.

Inclure le personnel médical temporaire qui est agréé ainsi que les professionnels (mais pas les étudiants en médecine et les infirmières et sage femmes stagiaires).

À la page suivante, commencez par encercler ou souligner chaque catégorie d'agents de santé qui est actuellement employée dans cette FS. Ceci devrait vous aider à vous rappeler qu'il ne faut **pas poser de questions** aux professionnels qui ne travaillent pas en ce moment dans la FS.

Section 2.1 : Disponibilité du personnel

2.1.1 Dotation générale en personnel

Disponibilité 24H/24 7j/7 du personnel

Vous devez en premier répondre à la question 14 (Ce type de personnel est-t-il en fonction actuellement dans cette FS ?), après avoir noté les catégories de personnel présents, cochez en vertical toutes les cases dont le personnel n'est pas disponible en ce moment, ceci vous permettra de ne plus répondre pour ces catégories.

Toute cette partie relative au personnel se remplit de **haut en bas**.

Pour les questions de 20 à 23, de garde veut dire que la personne est physiquement présente dans la structure sanitaire, ou juste à côté, par contre d'astreinte veut dire qu'il est par exemple à son domicile ou un endroit bien connu et qu'on peut l'appeler en cas d'urgence.

Cette distinction est importante car la personne d'astreinte nécessite un certain temps pour arriver à la structure pour prendre en charge une urgence.

Section 2.2 : Provision des fonctions signalétiques SONU et autres services essentiels en SMN

Instruction : Pour chaque type de personnel en fonction actuellement dans la FS, demander à votre interviewé si il/elle prodigue les fonctions essentielles et autres services relatifs à la santé maternelle et néonatale ci-après.

Pour les questions 24 à 40, notez que s'il y'a plusieurs personnes dans la catégorie et qu'une seule réponde oui, la réponse à la question est "oui".



3

Disponibilité des médicaments, équipements médicaux

Section 3.1 : Disponibilité des médicaments et fongibles

Instructions : Au moment de la visite de la FS, poser les questions ci-après et vérifier par l'observation.

Pour les questions 41 à 50, faites attention aux sauts de questions, voir la dernière colonne à droite "Si non, passez à".

Section 3.2 : Disponibilité de matériel médico-technique, consommables et autres produits

Pour les questions 51 à 58 donner le nombre ou répondre par **oui** ou **non**. Chaque pays devra définir et expliquer aux enquêteurs la définition précise des boîtes et kits.

4

Recapitulatif des données de la formation sanitaire

Instructions : Ces données serviront à la mesure des indicateurs SONU et autres indicateurs de la santé de la mère et du nouveau-né. Consulter la/les sources d'information disponibles dans la FS et préciser le nombre de cas pour chaque catégorie et pour chaque mois. Le cas échéant, demander l'aide au responsable de la FS pour des éclaircissements



Section 4.1 : Registres et sources des données

Instructions : Demandez d'abord, si les registres ci-dessous sont utilisés dans cette FS pour les soins maternels et néonataux. Demandez s'il y a d'autres registres non mentionnés et ajoutez-les à la liste. Pour chaque support, répondez aux questions suivantes sur le remplissage et la mise à jour des données.

Section 4.2 : Récapitulatif des données relatives aux indicateurs SONU et d'autres indicateurs au niveau de l'établissement

Instructions : Préciser le nombre de cas pour chaque catégorie et pour chaque mois de la période/année considérée.

Remarque sur les rapports statistiques périodiques des établissements :

L'expérience nous a appris que les rapports statistiques (mensuels, trimestriels ou annuels) ne sont pas nécessairement une source fiable de données pour les besoins de cette section. Utilisez toujours les sources de données primaires (registre, dossier de la patiente/ parturiente etc.)

Objectif de cette section :

- ➔ Recueillir les données nécessaires au calcul des indicateurs des SONU et d'autres indicateurs importants. Les informations réunies à l'aide de ce formulaire serviront à démontrer l'utilisation, le fonctionnement et la qualité des SONU et d'autres services fournis dans cet établissement.
- ➔ Déterminer si les données utilisées pour calculer les indicateurs fondés sur cette partie sont complètes et en évaluer la qualité.

La partie 4 est conçue dans la perspective de la collecte d'informations sur une période de 12 mois. Cette période, fixe, s'applique à tous les établissements.

Extraction des données

La première étape de l'extraction des données consiste à identifier les registres, les cahiers ou les dossiers présents dans l'établissement qui contiennent les renseignements recherchés. Expliquez au directeur médical ou à l'infirmière en chef le type d'informations dont vous avez besoin.

Il est souhaitable de se mettre à deux pour remplir cette partie, surtout au niveau des grands établissements de santé : une personne lit le registre et l'autre compte ou marque les résultats, comptez le nombre de cas puis calculez le total mensuel pour chaque item. Enfin, indiquez le total mensuel dans la case pertinente. Écrivez 0 si aucun cas n'est signalé dans les registres.

Tous les établissements sanitaires n'offrent pas tous les services, par exemple, la plupart des centres de santé n'offrent pas de chirurgie obstétricale. Dans un tel cas, le collecteur de données doit inscrire dans la ligne des césariennes « 0 » pour chaque mois.

Pour maximiser votre efficacité, familiarisez-vous d'abord avec le titre des colonnes dans les registres et les cahiers de soins, et notez les colonnes qui contiennent les informations dont vous avez besoin. Toutefois, il n'est pas suffisant de lire les colonnes de haut en bas (verticalement) ; vous devez aussi lire les lignes (horizontalement), une case à la fois. Souvent, vous découvrirez des renseignements multiples dans une même ligne. Par exemple, le même registre peut vous donner des informations sur le nombre d'accouchements par voie basse, accouchements assistés, naissances d'enfants mort-nés, certaines complications obstétricales et certaines références vers un autre établissement etc.

Prévoyez suffisamment de temps pour remplir cette partie. Il est fortement recommandé d'assigner deux personnes pour travailler ensemble sur cette section surtout pour les grandes structures. La fatigue s'installe facilement quand on travaille sur les données de cette section et il est important de rester vigilant.

Dans la mesure du possible, faites appel au personnel de l'établissement pour passer en revue les registres, les cahiers de soins et les dossiers. Faites-lui au moins savoir que vous lui seriez très reconnaissant de son aide pendant la phase de collecte des données, au cas où vous auriez des questions, par exemple sur la signification des abréviations, etc.

➔ **Plus d'un registre est utilisé et des informations se recoupent.**

Dans cette situation, vous devez toujours choisir le registre le plus complet et l'utiliser. Pour déterminer celui qui est le plus complet, vous pourriez examiner un certain item dans un registre, par exemple compter le nombre de femmes séropositives pour le VIH, et faire la même démarche dans l'autre registre (ou les autres registres). Le registre qui contient le nombre le plus élevé de cas est le plus complet. L'expérience nous a appris que le registre du bloc opératoire est la source de données la plus complète et la plus fiable en ce qui concerne le nombre d'accouchements par césarienne.

↳ **Plus d'un registre est utilisé mais les informations ne se recoupent pas.**

Il est possible que vous trouviez deux registres différents (voire plus) qui sont utilisés pour consigner des informations apparemment identiques, mais les deux groupes de femmes visés ne se recoupent pas. Par exemple, nous avons constaté dans un pays que les urgences liées à un avortement étaient consignées dans un registre, alors que les complications liées à un avortement et non associées à une urgence étaient répertoriées dans un autre. Le registre que vous devrez utiliser sera fonction du renseignement que vous cherchez. Dans certains cas, il vous faudra peut-être compter le nombre de cas dans chaque registre et les ajouter pour obtenir le nombre réel de cas.

Il est extrêmement important de parler au personnel pour comprendre l'utilisation qui est faite des registres. Toutefois, l'expérience nous a appris que tous les membres du personnel ne comprennent pas nécessairement ce qui est documenté dans chaque registre. Dans ce cas, il est essentiel d'effectuer des vérifications croisées (par exemple, le nom des femmes, les dates d'admission et l'âge des patientes) pour réduire le comptage double ou incomplet.

Définitions et conseils

↳ **Accouchements (questions 82–86)**

Nombre d'accouchements spontanés par voie basse : C'est le nombre d'accouchements normaux par voie basse, y compris les accouchements par le siège ou présentation de la face, qui ont eu lieu dans l'établissement. Note sur les accouchements par le siège : s'ils sont enregistrés séparément, rajoutez-les ici, mais vous devez vérifier qu'ils ne sont pas déjà inclus dans les accouchements normaux ou par césarienne. N'oubliez pas qu'il faut compter le nombre d'accouchements (c'est-à-dire, le nombre de femmes) et **non** le nombre de naissances (c'est-à-dire d'enfants).

Nombre d'accouchements assistés par ventouse : Il s'agit d'accouchements au cours desquels un prestataire se sert d'une ventouse pour faciliter la naissance du bébé.

Nombre d'accouchements assistés par forceps : Il s'agit d'accouchements au cours desquels un prestataire se sert d'un forceps pour faciliter la naissance du bébé.

Nombre d'accouchements par césarienne : Comptez tous les accouchements par césarienne, que cette intervention soit pratiquée en urgence **ou** qu'elle ait été programmée. Inclure les césariennes qui ont été motivées par l'état de la mère ou celui du fœtus. Les indications concernant les césariennes qui sont dans le registre utilisé pour compter les césariennes le sont souvent pour les cas de complications sévères listées dans les lignes 24 à 33. C'est ici le cas où il est nécessaire de cocher deux fois pour la même femme : une fois pour noter la césarienne et une seconde pour noter la complication.

Nombre de laparotomies pour cause de rupture utérine : Il ne faut **pas** compter toutes les laparotomies, mais uniquement celles qui sont consécutives à la rupture de l'utérus. Ceci est une autre situation où vous devez comptabiliser l'accouchement **et** la complication qui est la rupture utérine.

↳ **Soins après avortement (SAA) et planification familiale (questions 87–89)**

Nombre de cas de soins après avortement : Pour les besoins de la collecte des données, les soins après avortement (SAA) concernent le traitement d'urgence d'avortements incomplets pratiqués par aspiration électrique ou aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), par dilatation et curetage (D&C), ou par dilatation et évacuation (D&E). Vous devez inclure les grossesses non-évolutives ou avortements inévitables, mais pas d'avortement.

REMARQUE

Cette ligne ne doit pas inclure les femmes qui ont été admises parce qu'elles souffraient de complications graves consécutives à un avortement pratiqué dans des conditions à risque ou spontané, telles qu'une hémorragie, des signes d'infection et/ou une perforation de l'utérus. Les femmes présentant des complications graves liées à un avortement doivent être comptabilisées dans la ligne 31.

Nombre de femmes quittant l'établissement avec une méthode moderne de planification familiale après un avortement : Dans ce cas et le suivant (période du post-partum), nous nous intéressons seulement aux méthodes contraceptives modernes, qu'elles soient temporaires ou permanentes (pilules, produits injectables, implants, DIU, préservatifs, diaphragmes ou stérilisation). En outre, nous ne voulons compter que les femmes qui quittent l'établissement avec un contraceptif. Celles qui bénéficient d'un counselling et qui sont orientées vers une clinique de planification familiale ne doivent pas être incluses, à moins que vous puissiez vérifier qu'elles ont effectivement reçu une méthode contraceptive avant de rentrer chez elles.

Nombre de femmes quittant l'établissement avec une méthode moderne de planification familiale (PF) après un accouchement : Voir les instructions ci-dessus (femmes quittant l'établissement avec une méthode moderne de planification après un avortement). Il faut inclure les cas de femmes qui ont bénéficié d'une ligature des trompes à leur demande, après un accouchement par césarienne ou par voie basse. Cette information sera probablement consignée dans le registre du bloc opératoire.

➔ **Complications obstétricales directes (lignes 90–99)**

Les complications obstétricales directes sont celles qui sont directement dues à la grossesse, à l'accouchement ou à la période du post-partum. Ci-dessous sont notés quelques conseils généraux ou spécifiques à chaque complication directe. Reportez-vous au Tableau 1, Définitions des principales complications obstétricales directes graves (à la fin de ce chapitre) pour les définitions opérationnelles des complications obstétricales directes acceptées à l'échelle internationale. Vous devez utiliser les registres et les cahiers dont vous disposez, même s'ils ne sont pas très détaillés. Par exemple, si vous voyez la mention DCP (disproportion céphalo-pelvienne), cette donnée doit être incluse dans la catégorie « travail prolongé/dystocique ». Le fait de savoir si le diagnostic du clinicien est exact dépasse le cadre de cette évaluation des besoins.

Conseils et critères généraux qui s'appliquent à toutes les complications obstétricales directes

- Rappelez-vous qu'il faut compter le nombre de femmes ayant des complications obstétricales et **non** le nombre de complications obstétricales.
- Pour qu'un cas soit retenu et inclus dans la partie 4, il faut que la femme ait été enceinte au moment de l'admission, qu'elle ait été enceinte peu de temps avant ou qu'elle ait accouché récemment.
- Ne comptez que les femmes dont l'état était suffisamment grave pour nécessiter une intervention ou l'administration d'un médicament visant à assurer leur survie, et celles qui ont été orientées vers un autre établissement après stabilisation de leur état. Il faut également inclure les femmes qui présentaient une complication obstétricale à leur arrivée dans l'établissement, mais qui sont décédées avant d'être traitées.
- Si un registre contient deux diagnostics pour une même patiente, retenez seulement le plus grave. Par exemple, si une femme enceinte est admise pour cause d'hémorragie et de rupture utérine, le principal diagnostic est celui de la rupture utérine. Si vous n'êtes pas sûr de quelle complication choisir, consultez le personnel de l'établissement, et/ou le superviseur de l'équipe de collecte des données.
- Si une femme a une complication obstétricale directe et une complication indirecte, c'est la complication directe qui sera comptabilisée.

- Si une femme présentant une complication quelconque a été admise dans l'établissement et a reçu un traitement, mais a été ultérieurement orientée vers un autre établissement, il faut la compter au nombre des patientes du premier établissement. Il est possible qu'elle soit comptée une deuxième fois dans l'hôpital de référence où elle a été traitée de manière définitive, mais l'important est de savoir combien chaque établissement accueille de femmes qui présentent des complications à leur arrivée ou après. Dans un tel cas, il est acceptable de compter le même cas deux fois et, si cela s'avère nécessaire, ce problème pourra être réglé pendant la phase de l'analyse des données.
- En l'absence de diagnostic, appliquez les critères suivants pour déterminer les cas qui doivent être inclus :
 - Registres faisant état de signes ou symptômes clairs, par exemple saignements, hypertension, fièvre accompagnée de pertes, convulsions, etc.
 - Les femmes admises sans diagnostic (ou sans indices évocateurs d'un diagnostic, comme par exemple des signes ou symptômes graves) et qui n'ont reçu aucun traitement avant d'être orientées vers un autre établissement doivent être exclues.

Nombre d'hémorragies de l'antépartum (HAP) : Les mentions « placenta prævia » ou « décollement prématuré du placenta » peuvent être consignée comme des complications dans le registre de la salle d'accouchement ou comme des complications ayant motivé une césarienne. Pour vérifier cette complication, il est recommandé de consulter le registre du bloc opératoire, ou celui des orientations vers d'autres établissements, si l'établissement n'est pas équipé pour pratiquer des interventions chirurgicales.

Nombre d'hémorragies du post-partum (HPP) : Vous pourrez trouver cette complication dans le registre de la salle de travail/d'accouchement ou dans celui du bloc opératoire si une intervention chirurgicale s'est révélée nécessaire.

Nombre de cas de rétention du placenta : La rétention du placenta n'est pas nécessairement associée à une hémorragie dans l'établissement même mais il est probable que la femme aura perdu une quantité importante de sang. Dans certains pays, les cas de rétention du placenta sont consignés dans des registres exclusivement réservés à cette fin.

Travail prolongé/dystocique : La première ou la deuxième phase du travail peut se trouver prolongée. La disproportion céphalo-pelvienne est souvent un facteur de travail dystocique (de même que la présentation transverse, présentation du front ou présentation de la face). Cette complication peut être associée à un accouchement assisté ou par césarienne.

Rupture utérine : C'est dans le registre du bloc opératoire que vous pourriez trouver les diagnostics les plus fiables de rupture utérine.

Infection sévère du post-partum : Un état fébrile et des douleurs abdominales pourraient être des signes révélateurs.

Pré-éclampsie sévère/éclampsie : L'hypertension et la présence de protéines dans les urines sont les diagnostics d'une pré-éclampsie sévère, de même qu'une tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 110 mmHg ou une protéinurie supérieure ou égale à 3 après 20 semaines de gestation. Les convulsions sont un signe d'éclampsie. Or, comme dans ces cas la terminaison rapide de la grossesse est souhaitable, le registre du bloc opératoire ou celui des orientations vers un autre établissement sont une bonne source d'informations à consulter. Ne comptez pas les cas de hypertension artérielle gravidique s'ils ne sont pas assez sévères pour être appelé **pré-éclampsie sévère/éclampsie**.

Complications graves de l'avortement : Les complications graves de l'avortement regroupent les signes d'infection sévères et/ou l'hémorragie. Elles peuvent survenir suite à un avortement provoqué ou spontané. Il convient de faire une distinction entre les femmes avec des complications graves de l'avortement et celles dont les complications sont moins graves. Les femmes dont les complications sont moins graves doivent être comptabilisées dans la question 87 (cas SAA). Les complications de l'avortement (plus ou moins graves) peuvent être répertoriées dans des registres différents, tels les registres du service des urgences, les registres du service de gynécologie, les cahiers de soins des interventions mineures ou les registres spécialement réservés aux avortements. Parfois, ces registres ne donnent pas suffisamment de détails pour qu'on puisse distinguer les complications graves de celles qui le sont moins. Il n'est pas rare que les complications de l'avortement soient consignées dans des cahiers de soins/registres sans que le terme « avortement » soit mentionné, comme par exemple en utilisant des termes comme « saignements lors de la grossesse », « hémorragie lors de l'accouchement » ou simplement « saignement » ou « hémorragie ». D'autres termes, comme « traumatisme vaginal ou cervical » et/ou « présence d'objets étrangers dans le vagin ou le col de l'utérus » sont parfois utilisés. Les avortements du premier trimestre en clinique sont généralement effectués par aspiration, et parfois par dilatation et curetage (D&C), alors que ceux du deuxième trimestre et du début du troisième trimestre sont généralement effectués par dilatation et évacuation (D&E).



Grossesse extra-utérine : C'est une autre complication qui sera probablement consignée dans le registre du bloc opératoire puisque le traitement recommandé est une intervention chirurgicale (en général une laparotomie).

Autres complications obstétricales directes : Cette catégorie doit inclure rupture prématurée des membranes, post-maturité, césarienne antérieure, procidence du cordon et grossesses multiples, et menace d'accouchement prématuré ainsi que toute autre complication qui peut être considérée « directe ».

↳ **Complications obstétricales indirectes (questions 100–104)**

Les causes indirectes sont les complications « qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse ».⁴ Souvent, il est encore plus difficile de trouver les dossiers ou les registres des femmes enceintes qui sont venues se faire soigner et ont été admises pour cause de complication obstétricale indirecte. Les complications indirectes les plus courantes sont énumérées ci-dessous et dans le module 4.

Paludisme : Recherchez les cas de femmes enceintes et atteintes de paludisme dans le registre de la maternité ou ceux des services de médecine interne.

Complication liée au VIH/SIDA : Les registres de la PTME pendant le travail et l'accouchement ou pendant les soins anténatals seront peut-être disponibles. L'expérience a révélé que ces registres ne sont pas toujours complets puisque certains incluent les résultats des tests effectués dans le cadre des soins anténatals, alors que d'autres donnent les tests et les résultats au moment de l'accouchement. Parfois, les cas de femmes séropositives pour le VIH sont mis en évidence par un marqueur de couleur différente dans le registre de la salle d'accouchement. Demandez au personnel comment on identifie les femmes séropositives dans le système d'information de l'établissement.

Anémie sévère : Les cas de femmes atteintes d'anémie modérée ou sévère pourraient être très difficiles à déceler dans les registres. La documentation des transfusions sanguines pourrait être une source d'informations.

Hépatite : Comme celles atteintes de paludisme, les femmes enceintes atteintes d'hépatite peuvent avoir été enregistrées dans la maternité ou dans les services de médecine.

Autres complications indirectes : Cette catégorie inclut la typhoïde, la tuberculose (TB), les cardiopathies, le diabète (y compris le diabète gestationnel), ainsi que toute autre complication qui peut être considérée indirecte.

4. OMS. Classification internationale des maladies, CIM-10, Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2004.

↳ Décès maternels dus à des causes obstétricales directes (questions 105–114)

C'est la définition de l'OMS qui doit prévaloir :

5. Ibid.

« Le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais non pour une cause accidentelle ou fortuite. »⁵

Pour déterminer la cause du décès maternel, rappelez-vous aux définitions des causes obstétricales qui figurent au Tableau 1 à la fin de ce chapitre. Pour les besoins de l'évaluation, si le décès d'une femme est attribuable à la fois à une cause directe et à une cause indirecte, c'est la cause directe qui l'emporte. Si une cause primaire et une cause secondaire figurent dans les registres, choisissez la cause primaire du décès (la pathologie à l'origine de la cause du décès).

Les décès maternels sont parfois difficiles à relever dans les registres de certains établissements. Dès lors, il est important de se renseigner auprès de plus d'une personne et de consulter le plus grand nombre possible de sources.

Comptez seulement les décès maternels qui surviennent dans l'établissement où vous vous trouvez (autrement dit, ne comptez pas les décès maternels survenus dans la communauté).

Les décès maternels peuvent être une question délicate à aborder avec les agents de santé. Il peut être utile de leur expliquer que vous n'êtes pas là pour passer leur performance en revue. Pour qu'ils se sentent plus à l'aise, vous pourriez peut-être trouver quelque chose de positif à dire sur leur établissement (en notant par exemple le nombre de femmes qu'ils sont en mesure de traiter, etc.).

Autres décès maternels dus à des causes directes : Cette catégorie pourrait inclure les suicides, les décès liés à une anesthésie ou les embolies (encore qu'une autopsie, rarement pratiquée, soit désirable pour déterminer que l'embolie est bien la cause de décès).

↳ Décès maternels dus à des causes obstétricales indirectes (lignes 114–119)

Les causes indirectes les plus courantes de décès maternels regroupent, entre autres, le paludisme, le sida, l'anémie et l'hépatite.

Autres décès maternels dus à des causes indirectes : Cette catégorie regroupe, entre autres, la typhoïde, la tuberculose, les cardiopathies, le diabète (y compris le diabète gestationnel), ainsi que d'autres causes qui peuvent être considérées indirectes.

↳ Décès maternels dus à des causes inconnues (question 120)

C'est ici que doivent être comptabilisés les décès maternels auxquels aucune cause n'a été attribuée.

↳ Résultats pour les nouveau-nés (naissances dans l'établissement) (questions 121–128)

Si les registres contiennent suffisamment de détails, nous pourrions enregistrer plusieurs résultats.

Naissances vivants, supérieur ou égale à 2,5 kg

Nouveau-nés de faible poids à la naissance : Conformément à la définition internationale, il s'agit d'enfants dont le poids à la naissance est inférieur à 2,5 kg. Ne comptez que les naissances vivantes. Les mort-nés de faible poids seront comptabilisés séparément.

Mort-nés : C'est un décès fœtal qui survient après 28 semaines de gestation. Les bébés mort-nés peuvent être classés en deux groupes : les mort-nés frais et les mort-nés macérés.

- Un mort-né frais correspond en général à un décès survenu en intrapartum. Souvent, le rythme cardiaque du fœtus a été décelé au moment de l'admission. On suppose que le décès s'est produit dans les 12 heures précédant l'accouchement. Comptez et inscrivez le nombre de mort-nés frais pesant moins de 2,5 kg et le nombre de ceux pesant 2,5 kg ou plus.
- Un mort-né macéré est un bébé sans vie à la naissance et dont la peau n'est pas intacte. On suppose que le décès est survenu au moins 12 heures avant l'accouchement.
- Quand il n'est pas possible de déterminer si le mort-né est frais ou macéré, et que le poids à la naissance n'est pas connu, il faut inscrire le décès dans la question 128.

↳ Décès néonataux très précoces (questions 129–131)

Décès néonataux très précoces : Il s'agit des décès qui surviennent dans les 24 heures suivant l'accouchement. Ces enfants sont nés vivants mais ils sont morts au cours des premières 24 heures de leur existence. Pour les décès néonataux très précoces nous comptons tous les enfants qui ont ces critères, peu d'importe s'ils sont nés dans l'établissement ou non. Les principales causes de décès néonataux très précoces regroupent

l'asphyxie, la prématurité/le faible poids à la naissance et les anomalies congénitales. Beaucoup de femmes quittent la maternité avec leur nouveau-né dans un délai de 24 heures. Il est donc possible que certains nouveau-nés décèdent à domicile et ne soient pas comptés.

L'expérience nous a appris aussi que les nouveau-nés malades sont souvent orientés vers un établissement qui dispense des soins néonataux plus élevés. Si vous vous trouvez dans un hôpital ou centre de référence, vous devez faire attention à l'âge de l'enfant au moment du décès. L'enfant pourrait n'avoir passé que six heures à l'hôpital avant de décéder, mais s'il avait déjà plus de 24 heures à son arrivée il ne doit **pas** être compté.

Comme dans le cas des mort-nés, il faut classer le nombre de décès très précoces en deux catégories : les nouveau-nés pesant moins de 2,5 kg à la naissance et ceux qui pesaient 2,5 kg et plus. Quand le poids à la naissance n'est pas précisé, les décès néonataux très précoces doivent être enregistrés dans la ligne 64.

Table 1. Définitions des principales complications obstétricales directes graves⁶

1. Hémorragie

Antépartum

- Saignements abondants avant et pendant le travail : placenta prævia, décollement prématuré du placenta

Post-partum (n'importe quel signe de ce qui suit)

- Saignements qui nécessitent un traitement (par exemple, perfusion, médicaments utérotoniques ou transfusion sanguine)
- Rétention du placenta
- Saignements abondants consécutifs aux déchirures (du vagin ou du col)
- Saignements vaginaux de plus de 500 ml après l'accouchement
- Plus d'une serviette hygiénique trempée de sang en cinq minutes

2. Rétention du placenta

- Saignements abondants avant et pendant le travail : placenta prævia, décollement prématuré du placenta

3. Travail dystocique ou prolongé

Travail anormal comprenant l'une des caractéristiques suivantes :

- Première phase du travail prolongée (>12 heures)
- Deuxième phase du travail prolongée (>1 heure)
- DFP Disproportion foeto-pelvienne et utérus cicatriciel
- Présentation anormale : transverse, du front ou de la face



4. Rupture utérine

Rupture utérine avec des antécédents de travail prolongé/bloqué lorsque les contractions utérines se sont soudainement arrêtées. Abdomen douloureux (la douleur peut diminuer après la rupture de l'utérus). La patiente pourrait être en état de choc en raison des saignements internes ou vaginaux.

5. Infection sévère du post-partum

Température de 38 degrés centigrade ou plus survenant plus de 24 heures après l'accouchement (avec au moins deux prises de température puisque le travail peut à lui seul provoquer de la fièvre) et avec l'un des signes ou symptômes suivants : bas-ventre douloureux, pertes vaginales purulentes et fétides (lochies), utérus douloureux à la pression, utérus mal contracté, antécédents de saignements vaginaux abondants (écarter la possibilité du paludisme).

6. Pré-éclampsie sévère et éclampsie

Pré-éclampsie sévère

- Pression diastolique supérieure ou égale à 110 mmHG ou protéinurie supérieure ou égale à 3 après 20 semaines de gestation. Divers signes et symptômes : maux de tête, hyper-réflexe, vision floue, oligurie, douleurs épigastriques, œdème pulmonaire.

Éclampsie

- Convulsions. Pression diastolique supérieure ou égale à 90 mmHG après 20 semaines de gestation ou protéinurie supérieure ou égale à 2. Les signes et les symptômes de la pré-éclampsie sévère peuvent être présents

7. Complications de l'avortement

- Hémorragie due à un avortement, nécessitant une réanimation avec mise sous perfusion, transfusion sanguine ou l'administration d'agents utérotoniques
- Infection sévère due à un avortement (y compris perforation et abcès pelvien)

8. Grossesse extra-utérine

Saignements internes consécutifs à une grossesse hors de l'utérus. Bas-ventre douloureux et choc possible suite aux saignements internes. Retard des règles ou test de grossesse positif.

6. Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé, UNFPA, UNICEF, AMDD. Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Genève : Organisation mondiale de la Santé, UNFPA, UNICEF, AMDD ; 2009

Section 4.3. Qualité des données des registres

Deux aspects de la qualité des données sont évalués : il faut vérifier si toutes les colonnes sont remplies et si le registre est à jour. Faites de votre mieux pour répondre à ces questions. Le registre est à jour si les dernières informations qu'il contient sont récentes. Dans la plupart des cas, cela signifie que la date de la dernière entrée est celle du jour de la visite dans l'établissement ou la veille.

5

Fonctions signalétiques sonu et autres services essentiels en SMN

Méthodes de collecte des données : Entretiens, exploitation des registres et observation.

Répondez aux questions de ce formulaire en interrogeant le personnel de la maternité et des autres services, en dépouillant les registres de l'établissement et en vous aidant d'observations.

Important : Nous nous intéressons à la pratique de ces fonctions dans le contexte des **urgences obstétricales et néonatales**. Par exemple, l'administration d'antibiotiques par voie parentérale à une patiente pour un abcès sur le bras, et non pour une raison liée à la grossesse, n'illustre pas la pratique d'une fonction SOU

Au niveau de cette partie, faites attention aux sauts des questions (colonne de droite).

Pour la question 153: Est-ce que la FS a pratiqué la méthode de Kangourou au cours des 3 derniers mois ? Bien définir au niveau des pays ce que l'on entend par méthode Kangourou, il y'a souvent confusion au niveau de cette question.

Synthèse de la visite de l'établissement

Au terme de chaque visite, les membres de l'équipe doivent se réunir pour discuter de la qualité et complétude des données recueillies et s'assurer que toutes les questions ont été remplies entièrement, correctement et de manière consistante.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le chef de l'équipe (superviseur) doit passer en revue le questionnaire afin de cerner les questions ou les sections qui n'ont pas été remplies ou qui ont été mal remplies. Les membres de l'équipe peuvent également échanger les questionnaires entre eux pour vérifier mutuellement leur travail, s'assurer que le questionnaire est complet et identifier toutes les parties qui n'ont pas été correctement remplies. Il faut s'assurer que tous les problèmes identifiés ont été résolus avant de quitter l'établissement. Cela peut nécessiter de poser des questions supplémentaires au personnel ou de demander à consulter une fois de plus les registres.

Puisque les membres de l'équipe auront eu des discussions avec divers membres du personnel et qu'ils auront passé en revue des données provenant de sources diverses, les réponses enregistrées manqueront peut-être de cohérence d'une partie à l'autre.

REMARQUES GÉNÉRALES

Instructions : Veuillez consigner dans cet encadré toutes les informations/re-marques que vous jugez utiles pour la compréhension et/ou l'analyse des données collectées.



Annexe 1 : Texte proposé pour présenter l'évaluation des besoins et l'équipe

Modifier ce texte pour l'adapter à votre pays

Ce texte vous est proposé à titre de référence quand vous faites les présentations à votre arrivée dans un établissement. Il aborde les points les plus importants qui doivent être expliqués au responsable. N'hésitez pas à l'utiliser tel quel ou en partie, en l'adaptant à votre façon de vous exprimer.

Bonjour. Je m'appelle _____. Je suis le superviseur de l'équipe qui a été affectée dans cette région pour recueillir des informations sur les établissements sanitaires qui serviront à évaluer la disponibilité et la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. C'est un sujet important parce que trop de femmes et de nouveau-nés meurent pendant la grossesse et l'accouchement. Cette évaluation aidera le gouvernement à cibler ses investissements dans les soins de santé de manière à prévenir les décès maternels et néonataux dus aux complications obstétricales. Cette évaluation est mise en œuvre par **[CITER LE NOM DE L'AGENCE]**, en liaison avec trois agences jumelles des Nations Unies (l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA).

Le principal objectif de l'évaluation est de collecter des informations pour que nous puissions suivre les progrès du pays en termes d'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence. En outre, les résultats de l'évaluation auront un rôle critique pour guider la politique sanitaire et la planification d'interventions destinées à renforcer le système de soins.

Cette évaluation nationale est la **[PREMIÈRE/DEUXIÈME]** du genre dans ce pays. Avec nos collègues, nous allons recueillir des informations auprès de **[AJOUTER LE NOMBRE ICI]** établissements publics et privés sur l'ensemble du territoire, y compris les hôpitaux et centres de santé.

Nous aurons besoin de nous entretenir avec les principaux responsables de cet établissement et de passer en revue les registres et les cahiers de soins pour recueillir des informations sur divers services obstétricaux et néonataux.

Nous vous serions très reconnaissants de votre participation. Nous vous assurons la confidentialité de votre identité et de vos réponses. Ni l'identité des patients ni celle des clients ne seront mentionnées parmi les informations que nous recueillerons, et toutes les informations serviront exclusivement au but que nous venons de mentionner. Seuls les coordonnateurs qui supervisent cette enquête auront accès aux données. Vos réponses et les informations auxquelles vous nous donnerez accès seront strictement confidentielles et personne d'autre que nous ne les verra. Notre visite dure en général moins d'une journée dans un centre de soins et jusqu'à deux jours peut-être dans un hôpital.

La participation à cette évaluation revêt un caractère strictement volontaire et vous pouvez, vous et votre personnel, choisir de ne pas répondre à certaines questions, voire de ne répondre à aucune. Nous espérons toutefois que vous et votre personnel y participerez pleinement car votre point de vue est important.

Avez-vous des questions à nous poser au sujet de cette enquête ? Pour tout renseignement complémentaire sur cette évaluation, vous pouvez contacter **[AJOUTER LE NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER]**. Pourriez-vous nous présenter au personnel chargé de la gestion pour que nous puissions commencer la collecte des informations ? Je vous remercie.

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des étapes de conduite de l'ER-SONU

Étapes	Tâches / activités	Date/ durée	Responsable	Assurance qualité UNFPA WCARO
Elaboration des TDRs l'étude	Elaboration draft des TDRs		MS	
Mise en place du Comité de pilotage	Note de service MS	Note officielle	MS	
Mise en place du Comité Technique et du point focal de l'étude	Note de service MS	Note officielle	MS	
Recrutement des consultants	TdR Recrutement	Contrats de consultance	MS/PTF	
Élaboration du Protocole de l'étude	Protocole de l'étude Validation du protocole	2-3 jours	Consultants Comité technique	Optionnel
Mobilisation des ressources (budget de l'évaluation)	Révision du budget et de l'agenda	1/2 journée	Comité technique	
Adaptation des outils de collecte	Adaptation des outils de collecte des données	1 jour	Consultants Comité technique	
Recrutement des enquêteurs Identification des superviseurs	Recrutement selon la procédure recommandée Identification des superviseurs	Fonction de la procédure	MS/PTF	
Formation des superviseurs et des enquêteurs	Formation des superviseurs et enquêteurs pré-test de l'outil de collecte des données	3-4 jours	MS Consultants PTF	Consultant international 8-10 jours



Étapes	Tâches / activités	Date/ durée	Responsable	Assurance qualité UNFPA WCARO
Préparation de la logistique	Organisation des équipes de collecte sur le terrain, axes de collecte... Mobilisation de la logistique	1 jour	MS Consultants	Optionnel Pour superviser le lancement de l'enquête
Collecte de données	Déploiement des équipes sur le terrain Supervision Monitoring de la transmission des questionnaires remplis	10 / 15 jours	Consultants/ Equipe/ d'enquête	
Confection des masques de saisie et des fichiers de contrôle à la saisie	Confection des masques de saisie et des fichiers de contrôle à la saisie	2 jours	Consultants	
Saisie des données	— Recrutement des agents de saisie des données — Formation des agents de saisie — Supervision de la saisie des données	6-8 jours	Consultant s Agents de saisie	Double saisie
Apurement des données, plan d'analyse	Apurement des données Plan d'analyse	14 jours	Consultants/ Comité technique	Consultant international 3 jours/Peut se faire à distance
Analyse des données et rédaction du draft	— Traitement et exploitation des données — Rédaction du rapport provisoire	21 jours	Consultants	Consultant international 3-4 jours Optionnel
Partage du rapport provisoire avec les membres des comités techniques et principales parties prenantes pour commentaires	Lecture et amendements	8 jours	Comité technique Comité de pilotage PTF	Consultant international 3 jours Peut se faire à distance
Validation technique du rapport	— Prise en compte des amendements — Organisation d'un atelier de validation technique du rapport	3-4 jours	Consultants Comité technique PTF	Consultant international 3-4 jours
Dissémination du rapport de final l'étude	Dissémination du rapport de final l'étude (atelier)	1-2 jours	MS	— Au niveau central — Au niveau déconcentré

La durée globale ne doit pas dépasser les trois mois, cette période peut être beaucoup plus courte en fonction des pays

Annexe 3 : Exemple de protocole ER-SONU

1. Contexte sanitaire du pays

Tableau 1 : Indicateurs socio-sanitaires “pays”

Tableau 2: Indicateurs des Nations Unies relatifs aux SONU

Justification de l'évaluation des besoins en SONU

La disponibilité des SONU constitue une mesure de la capacité de réponse du système de santé face aux complications obstétricales et néonatales directes, voie essentielle pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Le fait d'avoir une image claire des fonctions essentielles aide à identifier les lacunes, à planifier et à mettre en œuvre les interventions qui s'imposent. Dans plusieurs pays, le ministère de la santé dispose de peu de données nationales fiables de référence relative à la capacité des établissements en terme de SONU, et n'a pas non plus beaucoup d'informations ni sur les fonctions essentielles qui sont assurées ni sur les endroits où elles le sont.

L'évaluation rapide des besoins en SONU qui est proposée fournira des données de base avec lesquelles on peut mesurer le progrès réalisé en termes de renforcement des prestations de services dispensées aux femmes enceintes, pendant l'accouchement et après ainsi qu'aux nouveau-nés. Ces informations sont indispensables pour la planification, l'attribution des ressources et l'appui au développement des ressources humaines (formation, déploiement et rétention). Elles serviront également au développement d'outils de plaidoyer qui vont être utiles à la révision et à la modification des politiques de santé. De même, ces outils seront utiles pour la négociation avec les partenaires techniques et financiers (PTF) et plus encore pour la planification et la mise en œuvre.

2. Objectifs de l'évaluation des besoins

Objectif général

L'évaluation rapide des SONU a pour objectif de déterminer la capacité existante des établissements sanitaires à prodiguer aux femmes et à leurs nouveau-nés les soins nécessaires à leur survie en cas de complications survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou la période du postpartum. L'évaluation consiste à collecter, analyser et interpréter des données relatives à la disponibilité des soins d'urgence dans les maternités d'un pays ou d'une zone géographique donnée, afin de générer des informations pouvant guider les politiques, la planification et l'identification des priorités dans le cadre du renforcement du système de santé.

Plus spécifiquement, elle vise à :

- ➔ Faire l'état des lieux des infrastructures utilisées pour délivrer les SONU ;
- ➔ Déterminer la situation des fonctions signalétiques SONU de base (SONU-B) ;
- ➔ Déterminer la situation des fonctions signalétiques SONU complets (SONU-C) ;
- ➔ Déterminer la situation des autres services essentiels liés à la santé maternelle et néonatale ;
- ➔ Apprécier la répartition géographique des maternités SONU-B et SONU-C ;
- ➔ Faire l'état des ressources humaines travaillant dans le domaine des SONU ;
- ➔ Déterminer la disponibilité des médicaments, matériel médical, consommables et autres produits de santé maternelle et néonatale etc.

3. Méthodologie

Conception de l'étude

Il s'agit d'une enquête transversale, rétrospective et descriptive aux niveaux des établissements qui assurent les accouchements (précisez le niveau de soins à enquêter).

La méthode de collecte de données était une combinaison de l'observation directe, le dépouillement des registres des maternités et des blocs opératoires et les interviews des prestataires et des responsables des formations sanitaires.

Champ de l'étude et Échantillonnage

Le champ de l'étude portera sur :

A préciser selon les pays, ceci est un exemple.

- ➔ Tous les hôpitaux (nationaux, régionaux/provinciaux) qui pratiquent des accouchements ;
- ➔ Tous les centres de santé ;
- ➔ Toutes Les cliniques privées et semi publiques qui pratiquent des accouchements ;

Les formations sanitaires enquêtées seront de préférence géo référenciées, afin de pouvoir produire des cartes avec les indicateurs et fonctions et autres services.

Tableau 3 : Nombre d'établissements sélectionnés pour l'étude, par type d'établissement et par région

Toutes régions/provinces vont constituer le champ de l'enquête. Les hôpitaux, centres de santé et cliniques privées ou semi publiques sont d'office retenus pour l'enquête (à modifier en fonction du pays).

Outils et techniques de collecte des données

Les outils de collecte des données sont :

- ➔ Le questionnaire
- ➔ Le guide de réalisation de l'ER-SONU

- **Equipes de collecte des données**
- **Recrutement des enquêteurs**
- **Identification des superviseurs**
- **Formation des agents de collecte des données et des superviseurs (chefs d'équipe)**

La formation se déroulera à (lieu), les membres des équipes seront sélectionnés parmi les personnels médical et para médical ayant une grande expérience dans la réalisation des enquête. Les équipes de collecte des données se composent de deux à quatre personnes, dont une aura la responsabilité supplémentaire d'être le superviseur (chef d'équipe). Les superviseurs et les agents de la collecte des données seront formés ensemble avec une session supplémentaire conçue spécialement pour les superviseurs.

Équipes soit personnes seront formées. Pour assurer une formation de qualité et limiter les participants à nombre raisonnable, la durée de la formation sera de 3 à 4 jours dont le pré-test. La formation portera sur les objectifs de l'ER, un background sur les SONU, les techniques standards d'interview, comportement approprié de l'interviewer, compétences en communication, compréhension détaillée de la façon de compléter le questionnaire, et des travaux pratiques en salle. Des séances didactiques permettront de discuter minutieusement les définitions des complications obstétricales, de consulter de multiples registres et de voir l'équipement au cas où les participants ne le connaîtraient pas très bien. Les participants auront l'occasion de faire des exercices pratiques en salle de classe et dans des établissements situés à proximité du lieu de formation (pré-test). Le coordonnateur, les facilitateurs et les formateurs seront disponibles à résoudre les problèmes qui pourraient se poser à la dernière minute et qui peuvent être liés aux questionnaires ou à la logistique.

Enfin, chaque agent de collecte des données recevra un guide de formation qui fournit des explications exhaustives et des définitions pour chaque et ce, de façon à uniformiser la compréhension des questions à poser et des réponses possibles. Ceci devrait contribuer à améliorer la consistance des données.

Collecte des données et organisation du travail de terrain

Il est prévu que la collecte des données prendra au moins deux semaines
(*adapter par pays*)

La supervision de la collecte des données sera assurée par (*à préciser par pays*).

Tâches du coordonnateur/coordonnateur de la gestion des données :

1. Élaborer le plan provisoire des visites dans les établissements de chaque région/province. C'est un point à revoir avec chaque équipe pendant l'atelier de formation. Ceci suppose que l'on dispose d'une liste récente de tous les hôpitaux, centres de santé et cliniques privées qui pratiquent les accouchements.
2. S'assurer que les aspects logistiques du travail de terrain ont été réglés – que chaque équipe dispose d'un nombre suffisant de questionnaires vierges, de planchettes à pince, de crayons, de quoi payer les indemnités journalières, de lettres officielles d'introduction qui seront envoyées à tous les Médecins directeurs de régions/provinces sanitaires et à tous les directeurs des hôpitaux etc. pour les exhorter à collaborer. Ces derniers devront informer également le personnel des structures de santé sélectionnées pour l'évaluation.
3. Veiller à la qualité des données. Par exemple pour assurer la complétude et l'organisation des données, des enveloppes ou classeurs doivent être remis aux enquêteurs afin de protéger les questionnaires et éviter qu'ils ne soient perdus. Sur l'enveloppe, écrire le nom de la région/province, du département et de l'établissement.
4. Contacter régulièrement les chefs d'équipe pour suivre l'évolution des progrès et aider à résoudre les problèmes techniques ou logistiques.
5. Agir en liaison avec les points focaux dans les institutions des NU.
6. Faire quelques visites sur le terrain pour superviser le travail, en particulier si des équipes relativement peu performantes sont identifiées.
7. Compiler les journaux de bord tenus par les chefs d'équipe et dans lesquels ceux-ci prennent note des difficultés auxquelles ils se heurtent, des problèmes qu'ils ont résolus et des incidents ou des anecdotes concernant les établissements. Ces informations pourraient présenter de l'intérêt pour l'enquête et pour ses organisateurs.

Il est important que le coordonnateur ait de solides compétences en matière d'administration du personnel et qu'il soit bien organisé. Le fait d'avoir de l'expérience dans le domaine de la conduite d'enquêtes de grande envergure.

Tâches du superviseur :

1. Accompagner systématiquement l'équipe, coordonner la collecte journalière des données et les entretiens à organiser dans chaque établissement. Les décisions qui seront prises en la matière pourraient tenir compte des compétences particulières des agents de la collecte des données. Certaines personnes sont peut-être particulièrement habiles quand il s'agit de diriger un entretien, alors que d'autres se distinguent davantage quand il s'agit de compter, de déchiffrer, de dépouiller les registres et les cahiers à la manière d'un détective, comme le veut par exemple la section 4. Le superviseur doit connaître suffisamment bien l'équipe pour savoir à qui confier telle ou telle tâche afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles.
2. Apporter son concours en matière de collecte des données.
3. Apporter son concours aux autres agents de collecte des données pour tout ce qui touche aux questions techniques.
4. Apporter son concours sur le terrain pour tout ce qui touche aux questions logistiques, par exemple en matière d'hébergement, de déplacements, d'approvisionnement en questionnaires vierges, de fournitures pour écrire, etc.
5. Passer en revue tous les formulaires de chaque établissement pour vérifier qu'ils sont complets et, le cas échéant, noter sur les formulaires ou sur l'enveloppe tout écart par rapport aux instructions.
6. Organiser les enveloppes et les formulaires qu'elles contiennent pour s'assurer que chaque document est à sa place.
7. Remettre les enveloppes au coordonnateur de l'étude au fur et à mesure que les formulaires sont complétés ou à chaque fois que c'est possible, compte tenu de la nécessité des déplacements et des questions de logistique.
8. Contacter régulièrement le coordonnateur de l'enquête pour faire le point sur les problèmes et les progrès observés. Chaque chef d'équipe doit avoir un téléphone portable et une carte SIM et des unités.
9. Elle/il présentera l'équipe au directeur de l'établissement, lui expliquera les objectifs de l'évaluation et sollicitera sa permission pour commencer la collecte des données dans l'établissement. Chaque superviseur doit être muni d'une **lettre d'introduction**, mais il **faut contacter le directeur de l'établissement avant l'arrivée de l'équipe** pour l'informer de la mission de cette dernière.
10. Préparer un rapport court pour le coordonnateur sur les incidents qui ont pu survenir, les problèmes rencontrés, et des anecdotes ou des observations concernant l'établissement visité et qui pourraient présenter de l'intérêt pour l'enquête et ses organisateurs.

Tâches de l'agent de collecte des données

Rôle et Responsabilités :

- Participer avec succès à la formation des agents de collecte des données comme prévu dans le contrat;
- Tester les outils de collecte des données
- Compléter les instruments de collecte des données de manière aussi précise que possible en choisissant bien les interviewés, en vérifiant l'existence réelle de certains équipements et autres articles, en passant en revue les dossiers, les registres et les cahiers et en interrogeant le personnel médical et paramédical sur ses connaissances;
- Participer effectivement comme membre de l'équipe de collecte des données

Les agents de collecte des données doivent connaître l'environnement clinique et avoir une bonne compréhension des services liés aux SONU. Les ACD peuvent être des paramédicaux (infirmiers/ères, sage-femme...), mais peuvent aussi être des médecins. Une expérience antérieure en collecte de données serait très bénéfique.

Gestion des données

La saisie des données sera réalisée par une d'agents de saisie ayant une expérience dans ce domaine. Le personnel qui sera chargé de la saisie des données devra étudier en détail les formulaires avant d'être finalisés car ils pourraient avoir un avis technique sur le format des questionnaires. Idéalement, les masques de saisie doivent être finalisés juste après que les premières équipes finissent la séance pratique de sorte que la saisie des données puisse commencer peu de temps après le lancement du travail de terrain.

Il faudra absolument faire une double saisie pour assurer une meilleure consistance des données. Les masques de saisie peuvent être créés à l'aide du logiciel EPIDATA/CSPRO, des outils de saisie et de gestion des données à la fois souples et puissants. Les fichiers seront ensuite exportés dans des fichiers SPSS aux fins d'analyse.

L'informaticien ou le gestionnaire de données fournira la base de données aux Bureau régional UNFPA WCARO pour vérifier la consistance des données et ensemble, résoudre les problèmes identifiés. Idéalement, les bases de données seront envoyées sous forme électronique à l'analyste initial et le suivi sera effectué pour résoudre les questions non encore résolues et passer en revue l'analyse préliminaire.

Analyse des données et rédaction du rapport

Sur la base de rapports antérieurs, un plan d'analyse préliminaire sera développé par le consultant national avec l'appui du comité technique. En général, l'analyse décrira les caractéristiques des établissements sanitaires au niveau national et elle fera ressortir les variations observées à l'échelon de la région/province, d'un établissement à un autre et dans chaque établissement, d'un service à un autre, la capacité fonctionnelle des établis-

sements ainsi que la disponibilité et l'étendue des services évalués. L'analyse préliminaire sera effectuée par le consultant national avec l'appui du comité technique. Une fois les données apurées, les fichiers seront distribués aux fins d'analyse. Il est prévu, que les consultants produisent les données selon un plan d'analyse pré établi.

Les consultants rédigeront premier rapport (draft) en tenant compte des résultats préliminaires et des commentaires et suggestions des membres du comité technique du pays et des autres parties prenantes. Une fois que les commentaires et les suggestions sont intégrés, le rapport est validé et devient alors définitif. La validation du rapport par l'organe compétent est essentielle. Elle traduit l'acceptation par les autorités nationales des résultats de l'évaluation.

Diffusion du rapport

Une fois le rapport finalisé, les résultats seront diffusés à l'échelle nationale et au niveau décentralisé idéalement, des articles doivent être publiés dans des revues scientifiques.

4. Utilisation des résultats possibles de l'évaluation

Au niveau national

Les informations recueillies seront essentielles à la planification et à l'action/mise en œuvre. L'évaluation va déterminer les raisons de l'absence des fonctions essentielles dans chaque établissement enquêté et agrégés par région/province et départements. Ces raisons seront liées aux ressources humaines, à la formation, à la supervision, à l'infrastructure de base, à la gestion et à la sous-utilisation de l'établissement. L'identification des établissements qui n'offrent pas une ou deux fonctions essentielles faciliterait le choix des priorités eu égard à la réhabilitation de ces établissements. L'absence chronique de certaines fonctions essentielles pourrait refléter l'existence de politiques qui régissent la prise en charge des complications obstétricales et néonatales telle qu'on l'envisageait au moment de la création du système de santé ; or, ces politiques gagneraient à être révisées à la lumière des changements continus basés sur l'évidence. Ainsi, les résultats de l'enquête pourraient guider la révision des politiques dans des domaines tels que la distribution des médicaments, la redistribution des tâches parmi le personnel et les curricula de formation (formation continue et formation de base).

Pour faciliter la planification, on procédera à la **cartographie de la disponibilité des services** à l'aide du système d'information géographique (SIG) tous les établissements visités seront répertoriés pour indiquer quelles sont les fonctions essentielles qui ont été assurées par l'établissement pendant la période de collecte de données de référence.

Au niveau local

Les données seront utiles pour la planification opérationnelle annuelle au niveau des régions/provinces et au niveau des départements et même au niveau des formations sanitaires (fiches de renseignements).

Ces données serviront aussi à déterminer / cartographier le caractère adéquat et équitable de la répartition des services, à montrer aux cadres de direction, à tous les niveaux, si les interventions qui sauvent la vie sont dispensées ou non.

5. Rôles et responsabilités des partenaires

Dans le cadre de leur mandat de coopération avec le gouvernement pour atteindre les ODD, les partenaires au développement contribueront au suivi de la disponibilité des services liés aux SONU et au suivi des progrès enregistrés.

Ils apporteront leur appui technique et financier à la réalisation des ER-SONU. A ce titre, ils sont impliqués à toutes les étapes du processus et font partie intégrante des organes de pilotage de l'évaluation.

Tâches des partenaires :

- Participer aux ateliers de formation et à toutes les autres réunions liées à l'ERB en SONU.
- Surveiller les progrès du travail de terrain, ce qui pourrait nécessiter des visites des sites aux fins de contrôle de la qualité.
- Participer au financement, à la planification et à la mise en œuvre.
- Apporter l'assistance nécessaire à la planification de l'enquête et à l'échantillonnage.
- Rencontrer l'équipe cadre du pays ainsi que d'autres parties prenantes pour discuter l'évaluation rapide des besoins en matière de SONU.
- Aider à la préparation du « protocole » ou des termes de référence de l'enquête qui seront utilisés dans les négociations et recrutement.
- Aider à finaliser les instruments de collecte des données.
- Participer aux ateliers de formation des ACD et des superviseurs, y compris la supervision de l'enquête sur le terrain.
- participer à l'élaboration du plan de l'analyse, participer à l'épuration des données, à l'analyse préliminaire et finale et à l'élaboration du rapport.
- Apporter l'assistance nécessaire pour la présentation du rapport final et pour la rédaction d'articles destinés à la publication dans les revues spécialisées.
- Appuyer dans toutes autres activités selon la demande du ministère de la santé et de ses partenaires.

Annexe 4 : Exemple d'agenda de l'ER-SONU

	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sep.	Oct.	Nov.	Déc.
Atelier d'adaptation des outils de collecte des données	•									
Prise en compte des remarques des participants	•									
Partage aux pairs des modules simplifiés		•	•							
Atelier planification, méthode et outils au niveau du pays sélectionné pour l'enquête pilote				•						
Elaboration des fichiers de saisie et de contrôle à la saisie					•					
Sélection des agents de collecte des données et des superviseurs					•					
Formation des agents de collecte des données et pré-test					•					
Sélection et formation des agents de saisie de données					•					



	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sep.	Oct.	Nov.	Déc.
Impression des outils de collecte, logistique, administration						•				
Collecte des données (enquête)						•				
Saisie des données						•				
Contrôle de qualité des données						•				
Plan d'analyse, analyse, tabulation des données							•			
Rédaction du rapport provisoire							•			
Lecture du rapport provisoire pour avis et commentaires							•			
Prise en compte des commentaires et rapport final							•			
Validation du rapport							•			
Dissémination du rapport et planification opérationnelle								•		
Activités de mise en œuvre des activités								•	•	•

Annexe 5 : Proposition de budget ER-SONU

Activité	Nombre de personnes/items	Nombre de jours	Coût unitaire	Coût total
Réunion d'adaptation des questionnaires et du protocole				
Transport				
Reprographie questionnaire et manuels				
Kits				
Location salle/restauration				
Formation des enquêteurs (ces)/superviseurs et pré-test				
Reprographie questionnaire et manuels				
Perdiems enquêteurs				
Location salle/restauration				
Transport équipes pré-test				
Kits enquêteurs et superviseurs				
Enquête				
Impression questionnaires Structures				
Impression questionnaires patientes				
Enquêteurs perdiems				
Perdiems Chef d'équipe				
Agents de saisie perdiems (y compris la formation)				
Location véhicules enquêtes				
Carburant véhicules enquête (forfait)				
Kits enquêteurs superviseur (sacs)				
Cartes téléphoniques enquêteurs/superviseur				



Activité	Nombre de personnes/items	Nombre de jours	Coût unitaire	Coût total
Honoraires consultants				
Consultant principal				
Consultant national informaticien				
Réunion de validation du rapport/Planification				
Perdiems participants intérieur				
Location salle (hôtel)				
Transport participants				
Kits participants				
Impression du rapport définitif & reliure				
Frais de gestion				
Total				
Total général				
Total US\$				

Annexe 6 : Le questionnaire

QUESTIONNAIRE DE L'ER DE SONU

CUE: |_|_|_|_|_|

1 IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE L'INFRASTRUCTURE

1.1 Identification de l'établissement

Instructions: Le chef d'équipe de collecte des données doit remplir cette section dès que l'équipe arrive dans l'établissement et avant l'entretien avec le responsable de l'établissement. Inscrire le CUE sur chaque page avant que l'équipe ne commence à recueillir les données.

Numéro de l'équipe	Numéro de l'établissement	Code unique de l'établissement
_ _	_ Nombre ordinal (commencer à 01)	_ _ _ N° de l'équipe (2 chiffres) + N° de l'établissement (2 chiffres)
Nom de l'établissement		
Région		District de santé
Code de la région		Code du district
_ _		_ _
_ _ _ _ _ _ _ N° tel. De l'établissement		_ _ _ _ _ _ _ Population desservie par l'établissement

Le CUE doit être précisé dans l'unité GPS quand les coordonnées sont inscrites dans l'appareil. Celles-ci doivent être également indiquées ci-dessous. Prendre les coordonnées GPS au portail d'entrée de l'établissement.

Coordonnées géographiques	
Latitude (degrés décimaux)	Longitude (degrés décimaux)
_ _ . _ _ _ _ (N ou S)	_ _ . _ _ _ _ (E ou O)
Élévation	Exactitude
_ _ _ mètres	± _ _ mètres

Nom de l'enquêteur: _____

Date (jj/mm/aaaa): |_|_|_|_|

1/16

Instructions : Présenter les objectifs de l'ER, introduire l'équipe au responsable de l'établissement et lui adresser les questions ci-dessous :

Catégorie		Réponse
1.	Milieu où se trouve la FS (urbain ou rural)	Urbain 1 Rural 2
2.	Type de Formation Sanitaires FS (encrer la réponse choisie)	Hôpital national, maternité nationale 1 Hôpital régional 2 Hôpital de district 3 Centre de santé 4 Cliniques privées 5 Autre (à préciser) 6
3.	Type d'organisme exploitant (encrer la réponse choisie)	Public 1 Privé (à but lucratif) 2 Privé confessionnel 3 Autre (à préciser) : 4

1.2 Matériel et infrastructure

Lire pour votre interviewé « Je voudrais vous poser quelques questions sur la capacité et l'infrastructure de l'ensemble de cette FS. »

Catégorie		Réponse	
4.	La FS dispose-t-elle des services suivants : (lire chaque item et encrer la réponse appropriée)	Oui	Non
	a. Salle de travail	1	0
	b. Salle d'accouchement	1	0
	c. Même salle pour l'accouchement et le travail	1	0
	d. Salle de suites de couches	1	0
	e. Bloc opératoire	1	0
	f. Unité de soins du nouveau-né	1	0
	g. Espace de premiers soins au nouveau-né	1	0
	h. Espace pour la pratique de la méthode Kangourou	1	0
	i. Banque/dépôt de sang	1	0
	j. Laboratoire	1	0
	k. Laboratoire et banque/dépôt de sang dans une même salle	1	0
	l. Salle de CPN	1	0
5.	Combien de lits sont-ils réservés exclusivement aux parturientes du service d'obstétrique ? (inscrire le nombre)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
6.	Combien de tables d'accouchement existe-t-il dans cette FS? (inscrire le nombre)	<input type="text"/> <input type="text"/>	
7.	Combien de tables chauffantes pour nouveau-né y a-t-il dans cette FS? (inscrire le nombre)	<input type="text"/> <input type="text"/>	



QUESTIONNAIRE DE L'ER DE SONU

CUE | | | | |

8.	Existe-t-il un pèse-bébé fonctionnel dans la salle d'accouchement et/ou dans l'espace de premiers soins au nouveau-né ?	Oui 1 Non 0
9.	Cette FS dispose-t-elle de source permanente d'électricité pour fonctionner ?	Oui 1 Non 0
10.	Cette FS dispose-t-elle de source alternative d'électricité pour fonctionner ?	Oui 1 Non 0
11.	Cette FS dispose-t-elle d'une source d'eau salubre pour fonctionner ?	Oui 1 Non 0
12.	Cette FS dispose-t-elle de toilettes fonctionnelles que les parturientes peuvent utiliser dans la maternité ?	Oui 1 Non 0

1.3 Services de base disponibles dans la FS

À présent, poser des questions concernant les services de base que prodigue cette FS.

Catégorie		Réponse	
13.	Cette FS offre-t-elle les services ci-après ? (lire chaque item et encrer la réponse appropriée)	Oui	Non
	a. La CPN recentrée	1	0
	b. Les soins post-natals	1	0
	c. La chirurgie obstétricale (ex. la césarienne)	1	0
	d. L'anesthésie générale	1	0
	e. Rachianesthésie	1	0
	f. Soins obstétricaux d'urgence 24/7	1	0
	g. Soins néonataux d'urgence 24/7	1	0
	h. SAA	1	0
	i. Contraception aux femmes après un avortement	1	0
	j. Moyens d'évacuation des urgences obstétricales et néonatales	1	0
	k. Moyen de communication (téléphone fixe, flotte, radio)	1	0

2 RESSOURCES HUMAINES

Instructions

- Posez les questions sur l'**effectif général du personnel** au responsable de l'établissement ou à l'administrateur. Si cette personne ne peut pas répondre à vos questions, adressez-vous au responsable de la maternité. Concernant **la disponibilité du personnel 24 heures sur 24** et sur **le personnel chargé d'assurer des SONU et autres services essentiels, renseignez-vous auprès** du responsable de la maternité. Si cette personne ne détient pas toutes les informations, adressez-vous à la personne responsable du bloc opératoire.
- Les enquêteurs doivent obtenir une réponse à la première question " Ce type de personnel travaille-t-il actuellement dans cette FS ", puis poser les 2 questions suivantes pour la première catégorie de personnel de santé avant de passer à la catégorie suivante. Quand vous entamer " **la disponibilité 24 h sur 24** ", renseignez-vous uniquement sur les professionnels qui sont employés en ce moment dans cette FS. Comme dans le cas de la première section, il faut lire le tableau de haut en bas pour chaque catégorie de personnel. La réponse à la première question déterminera les colonnes à remplir dans toutes les sections suivantes.
- Inclure le personnel médical temporaire qui est agréé ainsi que les professionnels (mais pas les étudiants en médecine et les infirmières et sage femmes stagiaires).
- À la page suivante, commencez par encercler ou souligner chaque catégorie d'agents de santé qui est actuellement employée dans cette FS. Ceci devrait vous aider à vous rappeler qu'il ne faut **pas poser de questions** aux professionnels qui ne travaillent pas en ce moment dans la FS.

2.1 Disponibilité du personnel

2.1.1 Dotation générale en personnel

	Question	Obstétricien/ Gynécologue	Pédiatre	Médecin généraliste	Chirurgien	Médecin Formé en chirurgie (SONUC) obst.	Sage-femme	IDE accoucheur	Infirmière	Aide soignant	Anesthésiste	Technicien de laboratoire	Autres personnels
14.	Ce type de personnel est-il en fonction à l'heure actuelle dans cette FS ?	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0
15.	Combien d'employés sont actuellement en fonction dans cette FS ? (Inscrire leur nombre)												



QUESTIONNAIRE DE L'ER DE SONU

CUE | | | | |

	Question	Obstétricien/ Gynécologue	Pédiatre	Médecin généraliste	Chirurgien	Médecin Formé en chirurgie (SONUC) obst	Sage-femme	IDE accoucheur	Infirmière	Aide soignant	Anesthésiste	Technicien de laboratoire	Autres personnels
16.	Combien de bénévoles* sont actuellement en fonction dans cette FS ? (Inscrire leur nombre)	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0	Oui 1 Non 0
17.	Combien de prestataires employés dans cette FS ont été formés en SONUB ?												
18.	Combien de prestataires employés dans cette FS ont été formés en SONUC ?												
19.	Combien de prestataires employés dans cette FS ont été formés aux soins immédiats au nouveau-né ?												

* Diplômés non rémunérés actuellement

2.1.2 Disponibilité 24H/24H 7j/7j du personnel

Ce type de personnel est-il accessible et disponible en cas d'urgence obstétricale et néonatale 24/24 et 7/7 ?

	Jours	Obstétricien/ Gynécologue	Pédiatre	Médecin généraliste	Chirurgien généraliste	Médecin CCD	Sage-femme	Infirmière	Anesthésiste	Technicien de laboratoire
20.	L au V de jour ?	De garde 1 D'astreinte 2 Non 0								
21.	L au V de nuit ?									
22.	S, D et jours fériés de jour ?									
23.	S, D et jours fériés de nuit ?									

5/16

2.2 Provison des fonctions signalétiques SONU et autres services essentiels en SMN

Instructions : Pour chaque type de personnel en fonction actuellement dans la FS, demander à l'interviewé s'il/si elle prodigue les fonctions essentielles et autres services relatifs à la SMN ci-après .

	Fonctions essentielles et autres services	Obstétricien/ Gynécologue		Pédiatre		Médecin		Chirurgien généraliste		Médecin CCD		Sage-femme		Infirmière		Anesthésiste	
		Oui	1	Oui	1	Oui	1	Oui	1	Oui	1	Oui	1	Oui	1	Oui	1
		Non	0	Non	0	Non	0	Non	0	Non	0	Non	0	Non	0	Non	0
24.	Administration d'antibiotiques par voie parentérale																
25.	Administration d'agents utérotoniques par voie parentérale																
26.	Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale																
27.	Extraction manuelle du placenta																
28.	AMIU																
29.	Accouchements assistés par ventouse																
30.	Accouchements assistés par forceps																
31.	Réanimation du nouveau-né avec ballon et masque																
32.	Transfusion sanguine																
33.	Pratique de la chirurgie obstétricale (césarienne)																
34.	Accouchement normal répondant aux normes d'accouchement assisté par un personnel qualifié																
35.	Administration de corticostéroïdes en cas de MAP																
36.	Administration d'autres utérotoniques (ex. Misoprostol) par voie sublinguale, rectale ou vaginale																
37.	Pratique d'anesthésie générale et/ ou rachianesthésie																
38.	Soins immédiats aux nouveau-nés																
39.	Soins prénatals recentrés																
40.	PF																

3 DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS ET ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

3.1 Disponibilité des médicaments et fongibles

Catégorie		Réponse		Aller à....
41.	Antibiotiques injectables	Oui	Non	Si non, passez à Q.42
41.1	Gentamycine	1	0	
41.2	Métronidazole	1	0	
41.3	Ampicilline injectable	1	0	
42.	Antiseptiques et autres produits pour le nouveau-né	Oui	Non	Si non, passez à Q.43
42.1	Chlorhexidine	1	0	
42.2	Pommade/collyre ophtalmique	1	0	
42.3	Vit K1	1	0	
43.	Anticonvulsivants	Oui	Non	Si non, passez à Q.44
43.1	Sulfate de magnésium	1	0	
43.2	Gluconate de calcium	1	0	
43.3	Diazépam	1	0	
43.4	Phénobarbital (nouveau-né)	1	0	
44.	Antihypertenseurs	Oui	Non	Si non, passez à Q.45
44.1	Nifédipine	1	0	
45.	Uterotoniques	Oui	Non	Si non, passez à Q.46
45.1	Ocytocine	1	0	
45.2	Misoprostol	1	0	
45.3	Ergometrine	1	0	
46.	Produit pour la prévention de l'accouchement prématuré	Oui	Non	Si non, passez à Q.47
46.1	Corticostéroïdes	1	0	



QUESTIONNAIRE DE L'ER DE SONU

CUE | | | | |

47.	Antipaludéens	Oui	Non	Si non, passez à Q.48
47.1	ACT	1	0	
47.2	Sulfadoxine Pyriméthamine	1	0	
47.3	Sels de quinine	1	0	
48.	Contraceptifs	Oui	Non	Si non, passez à Q.49
48.1	Oraux	1	0	
48.2	DIU	1	0	
48.3	Implant	1	0	
48.4	Injectable	1	0	
48.5	Préservatif	1	0	
49.	Antirétroviraux	Oui	Non	Si non, passez à Q.50
49.1	ARV pour la mère	1	0	
49.2	ARV pour le nouveau-né	1	0	
50.	Produits de prévention de l'infection (vérifier par l'observation directe)	Oui	Non	Si non, passez à Q.51
50.1	Savon pour lavage des mains	1	0	
50.2	Gants	1	0	
50.3	Produits de décontamination (eau de javel, autres)	1	0	

3.2 Disponibilité de matériel médico-technique, consommables et autres produits

Instructions : Au moment de la visite de la FS, poser les questions ci-après et vérifier par l'observation si besoin.

Catégorie	Réponse
51. Combien de boîtes d'accouchement complètes/utilisables sont disponibles dans cette FS ?	
52. Combien de boîtes de césarienne complètes/utilisables sont disponibles dans cette FS ?	
53. Combien de kits d'accouchement sont disponibles dans cette FS ?	
54. Combien de kits de césarienne sont disponibles dans cette FS ?	
55. Est-ce que la FS dispose d'un stérilisateur fonctionnel (en état de marche) ?	Oui 1 Non 0
56. Est-ce que la FS dispose de matériel de réanimation du nouveau-né : masque, ballon et matériel d'aspiration (aspirateur et sonde) ?	Oui 1 Non 0
57. Est-ce que la FS dispose d'une table chauffante pour le nouveau-né ?	Oui 1 Non 0
58. Est-ce que la FS dispose d'oxygène au moment de la visite ?	Oui 1 Non 0

4 RÉCAPITULATIF DES DONNÉES DE LA FS

Instructions : Ces données serviront à la mesure des indicateurs SONU et autres indicateurs de santé de la mère et du nouveau-né. Consultez la/les sources d'information(s) disponibles dans la FS et précisez le nombre de cas pour chaque catégorie/mois. Si vous avez besoin d'éclaircissements, demandez au responsable de la FS.

4.1 Registres et sources des données

Instructions : Demander d'abord si les registres ci-dessous sont utilisés dans cette FS pour les soins maternels et néonataux. Demander s'il y a d'autres registres non mentionnés et les ajouter à la liste

Registres et sources des données				
Ce registre est-il utilisé dans la FS ?		Oui	Non	Non applicable
59.	a. Registre d'accouchement	1	0	2
60.	b. Registre du bloc opératoire	1	0	2
61.	c. Registre des décès maternels	1	0	2
62.	d. Registre de la CPN	1	0	2
63.	e. Registre de la CPON	1	0	2
64.	f. Registre de SAA	1	0	2
65.	g. Autre (préciser) _____	1	0	2
Toutes les colonnes du registre sont remplies ?		Oui	Non	Information non disponible
66.	a. Registre d'accouchement	1	0	9
67.	b. Registre du bloc opératoire	1	0	9
68.	c. Registre des décès maternels	1	0	9
69.	d. Registre de la CPN	1	0	9
70.	e. Registre de la CPON	1	0	9
71.	f. Registre des SAA	1	0	9
72.	g. Autre (préciser)	1	0	9



QUESTIONNAIRE DE L'ER DE SONU

CUE | | | | |

Les données sont-elles à jour sur ces registres et supports d'information ?		Oui	Non	Information non disponible
73.	a. Registre d'accouchement	1	0	9
74.	b. Registre du bloc opératoire	1	0	9
75.	c. Registre des décès maternels	1	0	9
76.	d. Registre de la CPN	1	0	9
77.	e. Registre de la CPON	1	0	9
78.	f. Registre des SAA	1	0	9
79.	g. Autre (préciser).....	1	0	9

4.2 Données relatives aux indicateurs SONU et autres indicateurs

Instructions : Préciser le nombre de cas pour chaque catégorie ou mois pour la période/l'année considérée..

		Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Soins prénatals													
80.1.	CPN 1												
80.2.	CPN 4												
Soins postnatals													
81.	CPON (1 ^{ère} CPON après la sortie)												
Accouchements													
82.	Accouchements spontanés (Accouchement normal par voie basse)												
83.	Accouchements assistés par ventouse												
84.	Accouchements assistés par forceps												
85.	Césariennes (d'urgence ou programmées)												
86.1.	Laparotomies pour rupture utérine												
86.2.	Laparotomies pour autres indications												



SAA et PF										
87.	Nombre d'avortements NON compliqués pris en charge									
88.	Femmes quittant la FS avec une méthode moderne de PF après un avortement									
89.	Femmes quittant la FS avec une méthode PF après un accouchement									
Complications obstétricales directes										
90.	HAP									
91.	HPP									
92.	Rétention du placenta									
93.	Travail prolongé/dystocique									
94.	Rupture utérine									
95.	IPP									
96.	Pré-éclampsie/éclampsie									
97.	Complications de l'avortement (hémorragie et/ou infection sévère)									
98.	Grossesse extra-utérine									
99.	Autres complications obstétricales directes*									
Complications obstétricales indirectes										
100.	Paludisme									
101.	Complication liée au VIH/SIDA									
102.	Anémie sévère									
103.	Hépatite									
104.	Autres complications indirectes**									
Décès maternels dus à des causes obstétricales directes										
105.	HAP									
106.	HPP									
107.	Rétention du placenta									
108.	Travail prolongé/dystocique									
109.	Rupture utérine									



* Exemples d'autres complications directes : rupture prématurée des membranes, MAP post-maturité, césarienne antérieure, procdence du cordon et grossesses multiples.

** Exemples d'autres complications indirectes : typhoïde, cardiopathies, diabète (y compris le diabète gestationnel), TB, etc.

4.3 Qualité des données des registres

Question	Les colonnes du registre sont-elles toutes remplies ?			données sont-elles à jour ?		
	Oui	Non	Information non disponible	Oui	Non	Information non disponible
132. Sur la base d'observations, que peut-on conclure du registre de la salle d'accouchement ?						
133. Sur la base d'observations, que peut-on conclure du registre du bloc opératoire ?						

5 FONCTIONS SIGNALÉTIQUES SONU ET AUTRES SERVICES ESSENTIELS EN SMN

Catégorie	Réponse	Passer à...
Fonction essentielle 1 : Administration d'antibiotiques par voie parentérale		
134.	Des antibiotiques ont-ils été administrés par voie parentérale dans cette FS au cours des 3 derniers mois ? Oui 1 Non 0	
Fonction essentielle 2 : Administration d'utéro-toniques		
135.	Des utéro-toniques/ocytociques ont-ils été administrés par voie parentérale dans cette FS au cours des 3 derniers mois ? Oui 1 Non 0	Si non, passez à Q.138
136.	Si des utéro-toniques/ocytociques ont été administrés par voie parentérale dans cette FS au cours des 3 derniers mois, de quel type d'utéro-toniques s'agissait-il ? (encercler la réponse appropriée) Ocytocine 1 Ergométrine 2 Les deux 3 Autre (à préciser) 4	
137.	Le Misoprostol est-t-il été utilisé dans cette FS pour des indications obstétricales ? Oui 1 Non 0	
Fonction essentielle 3 : Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale		
138.	Des anticonvulsivants ont-ils été administrés par voie parentérale dans cette FS au cours des 3 derniers mois ? Oui 1 Non 0	Si non, passez à Q.140
139.	Si des anticonvulsivants ont été administrés par voie parentérale dans cette FS au cours des 3 derniers mois, de quel type s'agissait-il ? (lire chaque option et entourer la réponse appropriée) Sulfate de magnésie 1 Diazépam 2 Les deux 3 Phénobarbital 4 Autre (à préciser) 5	
Fonction essentielle 4 : Extraction manuelle du placenta		
140.	Une délivrance artificielle et révision utérine ont-elles été pratiquées dans cette FS au cours des 3 derniers mois ? Oui 1 Non 0	
Fonction essentielle 5 : Évacuation des produits résiduels		
141.	L'évacuation des produits résiduels a-t-elle été pratiquée dans cette FS au cours des 3 derniers mois ? Oui 1 Non 0	Si non, passer à Q.143
142.	Si l'évacuation des produits résiduels a été pratiquée dans cette FS au cours des 3 derniers mois, quelle méthode a été utilisée ? (Lire chaque option et encercler la réponse appropriée) Aspiration intra-utérine ... 1 Dilatation et curetage (D&C) 2 Curage digital (D&E) 3 Misoprostol 4	
Fonction essentielle 6 : Accouchement assisté par voie basse		
143.	L'accouchement assisté par voie basse (ventouse ou forceps) a-t-il été pratiqué dans cette FS au cours des 3 derniers mois ? Oui 1 Non 0	Si non, passer à Q. 145
144.	Si l'accouchement assisté par voie basse a été pratiqué au cours des 3 derniers mois, quel instrument a été utilisé ? (Entourer la réponse choisie) Ventouse 1 Forceps 2 Les deux 3	



Fonction essentielle 7 : Réanimation du nouveau-né			
145.	La réanimation du nouveau-né avec ballon et masque a-t-elle été pratiquée dans cette FS au cours des 3 derniers mois ?	Oui1 Non0	
Fonction essentielle 8 : Chirurgie obstétricale (césarienne)			
146.	Une césarienne a-t-elle été pratiquée dans cette FS au cours des 3 derniers mois ?	Oui1 Non0	Si non, passer à Q. 148
147.	Quel type d'anesthésie est utilisé actuellement quand une césarienne est pratiquée ?(Lire chaque option à haute voix et entourer la réponse Oui ou Non)	Générale1 Spinale/épidurale2 Kétamine3 Autre (préciser)4	
Fonction essentielle 9 : Transfusions sanguines			
148.	Une transfusion sanguine a-t-elle été pratiquée au cours des 3 derniers mois ?	Oui1 Non0	Si non, passer à Q. 150
149.	Si une transfusion sanguine a été pratiquée au cours des 3 derniers mois, indiquer l'origine du sang transfusé : (Entourer la/les réponse(s) appropriée(s))	Banque centrale du sang1 Banque du sang dans la FS2 Don de sang (parent/ami)3 Autre (préciser)4	
Autres services liés à la santé de la mère et du nouveau-né			
150.	Est-ce que le personnel pratique de manière systématique la GATPA ?	Oui1 Non0	
151.	Un partogramme a-t-il été utilisé dans cette FS au cours des 3 derniers mois ? (Vérifier par l'examen d'un partogramme)	Oui1 Non0	
152.	Est-ce que votre formation a pratiqué un traitement par corticostéroïde en cas de MAP*moins de 34 semaines d'aménorrhée ainsi qu'au cours des 3 derniers mois ?	Oui1 Non0	
153.	Est-ce que la FS a pratiqué la méthode kangourou au cours des 3 derniers mois ?	Oui1 Non0	
154.	Est-ce que la FS a prodigué au cours des 3 derniers mois une contraception aux femmes après l'avortement ?	Oui1 Non0	



**BUREAU RÉGIONAL POUR
L'AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE**

Route du King Fahd Palace,
Almadies – PO Box 21090 Dakar

www.unfpa.org
wcaro.unfpa.org
@UNFPA_WCARO