



**PROGRAMME DE LA SANTÉ MATERNELLE
ET MATERNITÉ SANS RISQUE**

**LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES:
ÉVALUATION, DÉVELOPPEMENT ET
MOBILISATION DE SOINS DE QUALITÉ**

Rapport d'un atelier collectif
pré-congrès OMS/CISF/UNICEF
Vancouver, Canada, 7-9 mai 1993



Organisation mondiale de la Santé
Division de la Santé de la Famille
Genève

REMERCIEMENTS

Nous exprimons nos sincères remerciements à la Présidente de la Confédération internationale des Sages-Femmes (CISF), Mme Carol Hird, pour le rôle directeur qu'elle a joué dans la promotion de l'Atelier pré-congrès et à Mme Lee Saxell, Directrice exécutive de l'Association des Sages-Femmes de Colombie britannique pour l'organisation de l'atelier et l'accueil des participantes et des animatrices.

Les travaux préparatifs de l'atelier ont été effectués par les représentants de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Dr Barbara Kwast, Mme Agnès Jacobs, le Dr Robert Johnson et Mme Friederike Wittgenstein, ainsi que par la Secrétaire générale et la Directrice de la CISF, Mmes Joan Walker et Margaret Peters.

Des remerciements particuliers sont adressés à Mme Rosemary Jenkins, qui a établi le document de base de l'atelier.

Nous remercions également la Présidente de l'atelier, Sœur Anne Thompson et les deux rapporteurs des sessions plénières, Mmes Rosemary Jenkins et Mary Ellen Stanton, ainsi que le Dr Duangvadee Sungkhobol et Mmes Angela Kamara, Evelyn Issacs et Holliday Tyson, qui ont rempli le rôle d'animatrices de groupes, et Mme Helga Schweitzer, Directrice adjointe de la CISF, qui a rédigé le résumé final de l'atelier.

Nous exprimons également notre reconnaissance aux 40 participantes venues de 22 pays pour leurs contributions constructives et enthousiastes.

Les frais de voyage ont été pris en charge par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). Nous remercions, en outre, le Royal College of Midwives et l'American College of Nurse-Midwives de leurs contributions.

Organisation mondiale de la Santé, 1996

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

TABLE DES MATIERES

1. DECLARATION DE L'ATELIER.....	1
2. RAPPORT DE L'ATELIER	3
2.1 Introduction.....	3
2.2 Finalité	4
2.3 But et objectifs	4
2.4 Déroulement de l'atelier	5
2.5 Progrès réalisés sur la voie de la maternité sans risque	6
2.6 Exposé sur la qualité des soins.....	7
2.7 Etapes de l'évaluation de la qualité	7
2.8 Choix d'indicateurs de la maternité sans risque	8
2.9 Collecte de données	8
2.10 Discussions de groupe.....	10
2.11 Plans d'action individuels.....	11
2.12 Action de suivi	12
2.13 Résumé.....	12
3. METHODES POUR EVALUER, AMELIORER, MAINTENIR ET CONTROLER LA QUALITE DES SOINS OBSTETRICAUX.....	14
3.1 Principes généraux régissant la collecte de données.....	14
3.1.1 But de la collecte de données.....	15
3.1.2 Choix d'instruments de mesure adaptés.....	15
3.1.3 Sources d'informatio.....	18
3.1.4 Collecte d'informations.....	19
3.1.5 Mode de présentation des informations recueillies	20
3.2 Fiche modèle de collecte de données sur la qualité des soins obstétricaux prodigués par les sages-femmes	22
3.2.1 Définition du problème.....	24
3.2.2 Information de base.....	27
3.2.3 Mesure.....	28
3.2.4 Resultats.....	30
3.2.5 Action.....	32
3.3 Modèle d'assurance de la qualité pour les soins obstétricaux prodigués par les sages-femmes	34
3.3.1 Etablissement de la liste des besoins des clients	34
3.3.2 Etablissement du cahier des charges	36
3.3.3 Mise en œuvre (Etape 3. Figure 1).....	37
3.3.4 Evaluation (Etape 4. Figure 1).....	37
3.3.5 Révision de la liste des besoins des clients	38
3.3.6 Conclusion.....	38
Annexe A Liste des participantes et des animatrices.....	39
Annexe B Ordre du jour.....	44
Annexe C Fiches vierges de collecte de données sur la qualité des soins obstétricaux prodigués par les sages-femmes (à photocopier ou à reproduire).....	46
Annexe D Aides visuelles - principes régissant l'évaluation de la qualité.....	59

1. DECLARATION DE L'ATELIER

Les participantes de l'Atelier CISF/OMS/UNICEF

Rappelant :

- La déclaration d'action issue de l'Atelier pré-congrès CISF/OMS/UNICEF, tenu à La Haye les 21 et 22 août 1987, sur la santé maternelle et la sage-femme : perspective mondiale, WHO/MCH/87.5.
- La déclaration d'action issue de l'Atelier pré-congrès CISF/OMS/UNICEF, tenu à Kobé les 5 et 6 octobre 1990, sur la formation des sages-femmes : action pour la maternité sans risque, WHO/MCH/91.3.
- Les résolutions 42.27 (1989) et 45.5 (1992) de l'Assemblée mondiale de la Santé sur le renforcement de la profession d'infirmière et de sage-femme pour le soutien des stratégies de la santé pour tous.
- Les résolutions 44.42 (1991) et 45.42 (1992) de l'Assemblée mondiale de la Santé sur les femmes, la santé et le développement.
- Les recommandations faites dans le rapport de la première réunion du groupe consultatif mondial OMS sur les soins infirmiers et obstétricaux (Genève, 30 novembre - 2 décembre 1992).

Reconnaissant :

- Qu'un demi-million de femmes, dont 99% dans les pays en développement, meurent chaque année pendant la grossesse ou à l'accouchement.
- Que la contribution des femmes à la société est encore très sous-estimée dans des pays du monde entier et que la plupart d'entre elles ont un accès limité à l'éducation, aux soins de santé et à l'activité économique.
- Que si elles sont suffisamment formées, les sages-femmes pourront allier à la pratique clinique des compétences d'évaluation, d'analyse et de gestion qui leur permettront d'améliorer continuellement la qualité des soins qu'elles dispensent et d'assurer ainsi une maternité sans risque.

Conscientes :

- Que des soins obstétricaux de grande qualité, s'ils sont soumis à une évaluation systématique et améliorés de manière continue, ont le pouvoir de réduire la mortalité et la morbidité maternelles.

Convaincues :

- Que tous les aspects des programmes de santé maternelle et infantile, toutes les modifications qui y sont apportées et toutes les recommandations de la présente déclaration doivent être fondés sur les besoins des femmes.

Recommandent :

- **A la CISF, à l'OMS et à l'UNICEF, en collaboration avec des organisations gouvernementales, non-gouvernementales et professionnelles, d'encourager les pays à prendre les mesures suivantes :**
 1. Adopter une législation si elle fait défaut, ou la revoir si elle existe déjà, de manière à reconnaître l'importance d'une pratique indépendante des sages-femmes et afin que celles-ci ne soient pas soumises à l'autorité d'autres professions pour évaluer et améliorer leur pratique.
 2. Revoir les politiques régissant la pratique des sages-femmes, ainsi que les descriptions de postes, afin de permettre à cette profession de contribuer efficacement à la maternité sans risque.
 3. Revoir ou établir des systèmes de collecte de données et d'information et les mettre au service des sages-femmes afin qu'elles puissent évaluer et améliorer leur pratique en faveur de la maternité sans risque.
 4. Fournir aux sages-femmes un appui technique pour la collecte et l'analyse des données à l'aide desquelles elles pourront améliorer l'impact des soins maternels et infantiles.
 5. Encourager l'utilisation de fiches maternelles tenues à domicile par chaque femme, couvrant les soins maternels, la surveillance post-natale et la planification familiale.
 6. Formuler des directives pour l'amélioration de la pratique clinique dans les services de santé maternelle et infantile et de planification familiale à tous les niveaux.
 7. Financer et soutenir la formation en cours d'emploi destinée à renforcer la capacité des sages-femmes d'évaluer et d'améliorer leur pratique.
 8. Mettre en œuvre des politiques et fournir un soutien pour encourager les sages-femmes exerçant en milieu hospitalier à travailler au sein de communautés définies, de sorte que les femmes puissent consulter directement des sages-femmes qualifiées au fait de leur condition sociale et familiale.
 9. Associer les sages-femmes à l'élaboration de politiques en matière de services de santé maternelle et infantile et de planification familiale aux niveaux national, régional et local.
 10. Encourager et appuyer la création d'équipes pluridisciplinaires dans les services de santé maternelle et infantile et de planification familiale.

- **Aux sages-femmes praticiennes, enseignantes, gestionnaires ou responsables des choix politiques :**
 1. D'évaluer systématiquement leur pratique et celle des sages-femmes qu'elles supervisent afin d'améliorer la prestation des soins et des services.
 2. De consulter les données existantes et de modifier leur pratique en conséquence.
 3. De prendre une part active à la création d'équipes pluridisciplinaires chargées de dispenser des soins maternels et infantiles de qualité.
 4. De prendre une part active à l'élaboration de politiques nationales, régionales et locales en matière de santé maternelle et infantile et de planification familiale.
 5. D'assurer une formation en cours d'emploi et d'aider les autres sages-femmes et les membres des équipes de santé à maîtriser les techniques nécessaires pour évaluer et améliorer la qualité des soins dispensés aux femmes et à leur famille.
 6. De reconnaître les conséquences de leurs propres attitudes sur le bien-être des femmes et sur le recours aux services de santé par celles-ci.
 7. D'exercer dans les communautés qui ont le plus besoin de leurs services, en milieu tant rural qu'urbain.
 8. De s'adresser aux femmes qui ont besoin d'aide et les associer, avec leur famille, à la conception de programmes de soins adaptés assurant une maternité sans risque.

2. RAPPORT DE L'ATELIER

2.1 Introduction

En 1987, La CISF, l'OMS et l'UNICEF ont entamé une collaboration pour donner suite à l'initiative pour la maternité sans risque lancée la même année à Nairobi. Sous les auspices de ces organisations internationales, on s'est appliqué à mobiliser et à soutenir les sages-femmes pour qu'elles se consacrent à des activités contribuant à réduire la mortalité maternelle.

Le premier Atelier pré-congrès CISF/OMS/UNICEF a précédé le vingt et unième Congrès triennal de la Confédération internationale des Sages-Femmes (CISF) tenu à La Haye (Pays-Bas) en 1987. La déclaration d'action issue de cet atelier stipulait que, pour créer les conditions favorables à une réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, des changements majeurs étaient nécessaires dans les domaines suivants :

- le contenu et les méthodes éducatives des programmes de formation de base, complémentaire et continue destinés aux sages-femmes
- le concept de la sage-femme, son rôle et sa fonction dans la société et dans les services de santé

- le déploiement de sages-femmes, ainsi que les installations et le soutien nécessaires pour qu'elles remplissent leur nouveau rôle de façon effective
- la capacité des sages-femmes de rassembler, d'analyser, d'interpréter et d'utiliser des informations afin d'améliorer la prestation de services.

Le deuxième Atelier collectif pré-congrès a eu lieu avant le vingt-deuxième Congrès de la CISF, en 1990 à Kobé (Japon). Le thème en était la formation des sages-femmes. Les principales recommandations de la déclaration d'action étaient les suivantes :

- diffuser le plus largement possible les recommandations de l'atelier
- renforcer les objectifs de la maternité sans risque grâce à la formation des sages-femmes et à des programmes de santé maternelle et infantile
- constituer des comités nationaux d'orientation pour la formation des sages-femmes
- reconnaître les programmes de formation des sages-femmes comme étant distincts de la formation générale en soins infirmiers et privilégier l'enseignement à assise communautaire et l'amélioration des compétences
- constituer des conseils consultatifs nationaux - comprenant des sages-femmes - sur la formation des sages-femmes et les normes de pratique
- établir des protocoles standard pour les urgences obstétricales
- assurer, au niveau national, une formation continue obligatoire pour les sages-femmes et les formatrices de sages-femmes
- créer des alliances entre les sages-femmes et les associations de femmes et de jeunes
- renforcer les moyens de diffusion de l'information de l'OMS et des centres collaborateurs
- organiser des programmes éducatifs d'échange
- développer les matériels pédagogiques
- améliorer le statut économique des sages-femmes
- organiser des ateliers régionaux de formation
- établir des centres régionaux d'information et de coordination pour les soins obstétricaux prodigués par des sages-femmes.

2.2 Finalité

L'Atelier pré-congrès CISF/OMS/UNICEF de 1993 devait servir de tribune aux sages-femmes venues de pays où la mortalité maternelle est excessivement élevée pour qu'elles échangent leurs idées sur les moyens d'assurer une maternité sans risque en évaluant et en améliorant la qualité des soins dispensés aux mères. La liste des participantes et des animatrices et l'ordre du jour figurent respectivement à l'annexe A et B du présent document.

2.3 But et objectifs

2.3.1 But

Dégager les moyens d'évaluer la qualité des soins obstétricaux et entamer un processus d'évaluation que les sages-femmes pourront mettre en œuvre et poursuivre en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales dans le monde entier.

2.3.2 Objectifs spécifiques

À l'issue de l'atelier, les participantes devront être capables :

1. de définir en quoi consistent des soins obstétricaux de qualité.
2. de recenser les éléments indispensables à l'évaluation de la qualité, notamment
 - le choix d'indicateurs;
 - la collecte de données;
 - l'analyse des données.
3. d'utiliser les éléments ci-dessus et de mettre à profit leurs connaissances et leur expérience pour élaborer des indicateurs fondamentaux à l'aide desquels évaluer et améliorer l'impact des soins maternels et infantiles.
4. de s'engager, avec le soutien des représentants régionaux de la CISF et des Conseillers régionaux de l'OMS en soins infirmiers, à mettre en œuvre, suivre, surveiller et évaluer leur propre stratégie d'évaluation de la qualité.
5. d'établir, en vue d'une publication ultérieure, des documents sur cette opération, dont les sages-femmes et d'autres professionnels de la santé pourront s'inspirer pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales.

2.4 Déroulement de l'atelier

Chaque participante s'est vu remettre avant le début de l'atelier un document de base intitulé "La pratique des sages-femmes : évaluation et amélioration de la qualité des soins". Il leur avait été demandé d'apporter des modèles ou des exemples de fiches cliniques et de registres des naissances.

L'atelier a débuté par un discours de motivation. Les animatrices étaient chargées de présenter les thèmes principaux lors des séances plénières. Après chaque séance plénière, les participantes se sont réparties en cinq petits groupes chargés d'examiner chacun la question de l'évaluation de la qualité au regard d'une des causes majeures de mortalité maternelle :

- Hémorragie
- Dystocie
- Anémie
- Hypertension
- Infection

Les participantes ont choisi elles-mêmes le groupe dont elles souhaitaient faire partie. Toutefois, les animatrices ont parfois opéré des changements afin que, dans la mesure du possible, toutes les fonctions - prestataires de services, enseignants, agents de santé communautaires, administrateurs, etc. - soient représentées dans chaque groupe. Elles ont également tenu compte de la diversité géographique. La composition des groupes est demeurée la même tout au long de l'atelier. Chaque

groupe a désigné une animatrice pour toute la durée de l'atelier et choisi un rapporteur qui a fait un compte-rendu à la séance plénière après chaque discussion de groupe.

Les animatrices ont conseillé les participantes sur l'utilisation des instruments de collecte de données et des modèles qu'elles avaient apportés. Elles ont indiqué à celles qui le désiraient comment perfectionner leurs instruments.

Les versions provisoire et définitive de la déclaration d'action de l'atelier ont été établies en séance plénière avec l'aide des rapporteurs et des animatrices. Les participantes ont rédigé des déclarations d'action individuelles au sein de leur groupe.

L'atelier s'est conclu par une séance plénière (résumé des travaux, discours de clôture et d'adieu).

2.5 Progrès réalisés sur la voie de la maternité sans risque

Le Dr Duangvadee Sungkhobol, Infirmière-Administratrice au Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, a prononcé un discours de motivation et situé le thème de l'atelier dans le contexte de la santé maternelle dans le monde d'aujourd'hui. Selon elle, il n'y a pas lieu de se réjouir. Un demi-million de femmes en âge de procréer meurent encore chaque année pendant la grossesse ou en couches, alors que ces décès pourraient être évités. En outre, plus d'un million d'enfants deviennent orphelins chaque année et meurent parfois dans de brefs délais.

Bien que le tableau soit sombre, il existe des raisons d'espérer. Le programme de soins maternels à assise communautaire entrepris à Matlab, au Bangladesh, a démontré que les chances de survie des mères augmentaient considérablement si les sages-femmes étaient affectées dans les villages et bénéficiaient d'une formation, de moyens, d'une supervision et d'un soutien suffisants. Au Sri Lanka, les sages-femmes du secteur public, qui constituent le pilier du système national de prestation de soins de santé, ont joué un rôle déterminant dans la réduction du taux de mortalité maternelle, qui est désormais l'un des plus faibles enregistrés dans tous les pays en développement.

De la même manière, les sages-femmes thaïlandaises ont beaucoup contribué à la réduction de la mortalité maternelle, en partie parce que leur rôle a été élargi dans les stratégies nationales de soins de santé. En Indonésie, le gouvernement prévoit d'affecter une sage-femme dans chaque village afin que toutes les femmes aient accès à un personnel de santé qualifié.

Bien que ces succès aient démontré l'aptitude des sages-femmes à améliorer la santé maternelle, il reste beaucoup à faire pour qu'elles contribuent davantage encore à réduire la mortalité maternelle, objectif premier de la maternité sans risque.

Ces programmes nous enseignent que les clés de la réussite sont la compétence et la motivation du personnel, la qualité et l'organisation des soins, et l'instauration d'un système d'appui suffisant.

2.6 Exposé sur la qualité des soins

Mme Rosemary Jenkins, Directrice des affaires professionnelles au Royal College of Midwives, a présenté un "exposé sur la qualité des soins". L'industrie a été la première à évaluer la qualité de ses produits. Les prestataires de services doivent faire de même. Mme Jenkins a présenté le modèle d'assurance de la qualité des soins obstétricaux (QAMID), qui prévoit les étapes suivantes :

- Recensement des besoins des clients
- Etablissement du cahier des charges
- Mise en œuvre
- Evaluation
- Révision

Les groupes ont établi que des soins de qualité devaient présenter les caractéristiques suivantes :

- Efficaces
- Compétents
- Sûrs
- Accessibles
- Disponibles
- Abordables
- Appropriés et acceptables, d'un point de vue culturel et linguistique.

En outre, des soins de qualité supposent :

- que les prestataires adoptent des attitudes appropriées et possèdent les connaissances et les compétences requises
- un milieu physique propre, notamment l'approvisionnement en eau saine
- un matériel et des médicaments de base adaptés
- un environnement accueillant pour la mère
- des normes de soins agréées
- la responsabilisation des femmes à l'égard de leurs propres soins
- des systèmes permettant de dépister et de soigner certaines complications comme les infections
- la continuité des soins
- l'utilisation de fiches de soins tenues à domicile
- la répartition des tâches entre l'accoucheuse traditionnelle, la sage-femme, le médecin et la mère.

2.7 Etapes de l'évaluation de la qualité

Mme Angela Kamara, Directrice adjointe du Réseau de prévention de la mortalité maternelle, a présenté un exposé intitulé "Premiers jalons sur la voie de l'évaluation de la qualité". Elle a d'abord souligné qu'il fallait fixer le niveau de soins à atteindre, puis décrit les différentes étapes de l'évaluation de la qualité :

- Connaître la communauté et ses besoins

- Evaluer les services, en s'intéressant notamment à l'accessibilité, aux fournitures et au matériel, et à la tenue des registres
- Evaluer la disponibilité et les compétences du personnel
- Evaluer les soins dispensés, en tenant compte de l'opinion des clients

Les groupes ont établi que les informations nécessaires à l'évaluation des pratiques actuelles pouvaient être obtenues à partir des registres de fréquentation des services et des dossiers sur les soins prénatals et post-partum et sur les méthodes de contraception. Les prestataires de soins de santé, mais aussi les travailleurs sociaux, le personnel des unités spécialisées et les employés chargés d'enregistrer les données peuvent réunir des informations aux fins d'évaluation. En complément des sources écrites, on peut recourir à l'observation et aux méthodes de l'interrogatoire ou de la discussion de groupe.

2.8 Choix d'indicateurs de la maternité sans risque

Mme Mary Ellen Stanton, Directrice du département des projets spéciaux à l'American College of Nurse-Midwives a expliqué comment mettre au point des indicateurs de la maternité sans risque. Ceux-ci peuvent être classés selon qu'ils s'appliquent à la politique, à la mise en œuvre, aux résultats, à la couverture, au soutien, ou à l'impact.

Les indicateurs doivent permettre entre autres :

- de déterminer si les cibles ont été atteintes
- de surveiller la mise en place de nouveaux services
- de déterminer les besoins en formation
- d'élever les normes de prestation
- de promouvoir un niveau élevé de prestation pour chaque client

Les indicateurs doivent présenter les caractéristiques suivantes : ils doivent être utiles, intelligibles, orientés vers l'action, valides, fiables et sélectifs, c'est-à-dire fondés sur les problèmes de santé les plus graves et les plus répandus. Leur choix doit tenir compte :

- des problèmes et des préoccupations au niveau local tels que les perçoivent la communauté et les sages-femmes
- du niveau de développement des services de santé
- de la priorité accordée à des activités, des services ou des cibles donnés
- des procédures et des normes de service en vigueur

2.9 Collecte de données

Mme Evelyn Isaacs, Conseillère en soins infirmiers au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a présenté un exposé sur "la collecte de données et le développement des instruments d'évaluation des soins obstétricaux". Un instrument d'évaluation doit servir principalement :

- à aider les planificateurs et les administrateurs de programme à évaluer l'opportunité et l'efficacité des services

- à évaluer la couverture, le contenu, la prestation du personnel, les fournitures et les moyens logistiques, l'efficacité, l'impact et la satisfaction des clients
- à fournir des données valides pour l'action de suivi
- à mettre en évidence les ressources
- à recenser les besoins en formation
- à analyser la prestation de soins coordonnés
- à revoir les plans d'action

Les données peuvent être recueillies grâce à des enquêtes au sein de la communauté, une observation directe de la pratique clinique, des interrogatoires des clients et du personnel, des discussions de groupe, des questionnaires, et grâce à l'analyse des dossiers des patients et des institutions. Tous les membres de l'équipe de santé de district doivent être associés à la mise au point de l'instrument d'évaluation, qui devra tenir compte des priorités suivantes :

- politique générale régissant la pratique des sages-femmes
- couverture de la population par les services existants
- affectation des ressources
- compétences techniques
- satisfaction des clients
- impact sur le comportement et l'état de santé

L'évaluation de la qualité des soins nécessite un soutien et une supervision continus. Des visites sur le terrain ou à domicile permettront de vérifier l'information.

Les groupes ont recensé un grand nombre d'indicateurs portant sur les principales causes de mortalité maternelle. La plupart de ces indicateurs ont été affinés au cours des discussions de groupe selon une méthode insistant sur les points suivants :

- identification de l'indicateur
- définition de l'indicateur
- classement de l'indicateur
- signification précise de l'indicateur
- indication de la provenance des données

Il est apparu qu'aucune série d'indicateurs de la santé maternelle et infantile ne pouvait être préconisée pour toutes les communautés. Les indicateurs doivent donc être choisis en fonction des conditions locales.

2.10 Discussions de groupe

Après chaque exposé, les participantes se sont réunies en groupes. Quelques unes des observations formulées lors de leurs débats sont présentées succinctement ci-après:

- Bien que reconnaissant l'utilité des différentes étapes de l'évaluation de la qualité des soins, les participantes ont fait remarquer qu'elles n'étaient pas toujours respectées, notamment faute de personnel, de moyens d'enregistrement des données, de listes de contrôle et d'une formation suffisante pour accomplir chaque tâche de manière efficace à l'aide d'instruments fiables.
- Il est rare que les communautés, les particuliers et les familles soient associés au processus d'évaluation de la qualité des soins car cet élément est absent des programmes de formation de base des infirmières et des sages-femmes.
- Politique et législation en matière de pratique des sages-femmes font défaut dans de nombreux pays et, lorsqu'elles existent, ont souvent besoin d'être révisées.
- Pour bon nombre des participantes, mettre au point et suivre un plan de surveillance continue et de supervision à l'aide d'indicateurs était un élément nouveau. Après l'exposé sur les indicateurs, les participantes ont estimé que la formation à l'élaboration et à l'utilisation des indicateurs devait figurer au premier rang des priorités.
- Toutes les participantes étaient conscientes de la nécessité de mettre au point un instrument de collecte de données, mais faute de matériel, de fournitures, de registres et de personnel, il s'est souvent avéré difficile de tirer parti des informations recueillies pour améliorer la qualité des soins et des services, et partant, pour mener une action de suivi et prendre des mesures immédiates.
- Les directives sur la pratique des sages-femmes sont parfois inexistantes ou peu réalistes; il faudrait donc renforcer les programmes de formation visant à l'application des directives.
- diffuser le plus largement possible les recommandations de l'atelier Evaluation, développement et mobilisation des ressources et du personnel en faveur de soins de qualité en sont à des stades différents dans tous les pays prenant part à l'atelier.

Les participantes ont donc proposé de prendre les mesures suivantes :

- Analyser de manière approfondie la situation propre à chaque pays en collaboration avec les sages-femmes et le personnel infirmier à différents niveaux des services de santé, en vue d'établir des instruments d'assurance de la qualité et des indicateurs de la qualité des soins et des services.
- Adopter des politiques et établir des définitions de postes dans le domaine des soins obstétricaux prodigués par les sages-femmes ou les réviser comme il convient.
- Aider les pays à mettre au point des indicateurs mesurables.

- Uniformiser le système de documentation afin de disposer de données fiables et utiles à l'aide desquelles élaborer des stratégies d'amélioration de la qualité des soins et des pratiques dans le pays.
- Enseigner aux prestataires de soins de santé de tous les niveaux comment évaluer les prestations du personnel et les services afin de faire face au manque général de moyens matériels pour assurer surveillance continue, supervision et évaluation.
- Rédiger des directives sur la pratique clinique dans les services obstétricaux de tous les niveaux et concevoir et dispenser des programmes de formation (en cours d'emploi ou continue) en fonction des besoins propres aux pays afin d'améliorer les compétences gestionnaires de tout le personnel des services obstétricaux.

2.11 Plans d'action individuels

Chaque participante a rédigé un plan d'action individuel à exécuter une fois de retour dans son pays. Les plans différaient selon l'expérience personnelle et professionnelle des participantes, et selon le cadre sanitaire dans lequel elles travaillent. Voici quelques exemples des mesures prévues dans ces plans :

- organiser des réunions avec les collègues (superviseurs, personnel, faculté, membres d'associations, etc.) pour leur présenter les travaux de l'atelier
- organiser des ateliers/séminaires pour sages-femmes, comprenant :
 - étude du modèle d'assurance de la qualité
 - approche axée sur la solution des problèmes
 - mise en évidence des domaines de la pratique à évaluer
 - choix d'indicateurs
 - mise au point d'instruments d'évaluation
 - méthode pour tenir des registres fiables
 - supervision des dispensateurs de soins de santé afin de contrôler leur prestation
- faire mieux connaître l'initiative pour la maternité sans risque dans chaque pays
- concevoir des programmes pour les accoucheuses traditionnelles prévoyant formation et cours de perfectionnement
- offrir un cadre plus accueillant aux clientes
- agir auprès du gouvernement pour qu'il encourage et incite les sages-femmes à travailler en milieu rural

- distribuer les matériels éducatifs aux collègues et faire traduire certaines publications dans la langue locale
- organiser régulièrement des réunions pour mettre au point des indicateurs et les analyser
- prévoir un enseignement sur la collecte de données, y compris les statistiques, dans les programmes de formation aux soins obstétricaux
- uniformiser les fiches des registres
- mettre en place des systèmes d'information sanitaire indiquant la mortalité et la morbidité et organiser une collecte de données systématique au niveau local
- utiliser les statistiques locales dans les zones où des sages-femmes qualifiées commencent à exercer, et les comparer avec les données nationales sur la base desquelles le gouvernement pourra décider de la politique à mener
- intégrer les travaux de l'atelier dans les programmes nationaux de formation aux soins obstétricaux prodigués par les sages-femmes
- entreprendre une recherche sur les affections maternelles
- assurer le suivi d'un petit groupe d'adolescentes ayant souffert d'affections graves liées à l'accouchement
- promouvoir une pratique fondée sur la recherche documentaire
- encourager la participation communautaire aux soins de santé maternelle et infantile
- formuler des directives pour l'éducation sanitaire
- interroger les femmes sur les problèmes qu'elles ont rencontrés dans les différents services

2.12 Action de suivi

La CISF prendra contact individuellement avec les participantes pour savoir si elles ont réussi à mettre en œuvre leurs plans d'action et si elles ont besoin d'assistance et de soutien. Cette liaison sera assurée par le siège de la CISF, en coordination avec l'OMS. Un condensé des rapports des participantes sera distribué par la CISF à toutes les autres participantes ainsi qu'à tous les intéressés afin d'entretenir la motivation et d'assurer le suivi de l'atelier.

Si possible, les infirmières-administratrices régionales de l'OMS et les représentantes régionales de la CISF assureront un suivi supplémentaire par correspondance ou par des visites d'appui. La CISF, l'OMS et l'UNICEF au niveau mondial, régional et national, ainsi que les ministres de la santé seront tenus informés par la CISF et l'OMS.

2.13 Résumé

Grâce à l'évaluation de la qualité et aux mesures prises consécutivement pour améliorer les soins obstétricaux, les sages-femmes seront bien plus nombreuses à dispenser des soins de qualité d'un bon rapport coût-efficacité et beaucoup plus de femmes et de bébés survivront. Les sages-femmes se voient offrir la possibilité d'améliorer leur prestation, mais aussi d'assumer la pleine responsabilité de leur pratique. Elles se doivent de relever le défi.

3. METHODES POUR EVALUER, AMELIORER, MAINTENIR ET CONTROLER LA QUALITE DES SOINS OBSTETRICAUX PRODIGUES PAR LES SAGES-FEMMES

Venues de 22 pays, les 38 participantes à l'Atelier collectif pré-congrès CISF/OMS/UNICEF de Vancouver ont fourni une information d'une grande richesse. Les documents de base, les exposés, et surtout les discussions, ont été méthodiquement analysés et recoupés pour fournir une orientation pratique sur la mise en place de programmes d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux prodigués par les sages-femmes. Cette orientation se compose de trois chapitres dont les sages-femmes pourront s'inspirer dans des cadres très divers, dans la pratique clinique ou au niveau du district. Chaque chapitre énonce des principes généraux, illustrés, s'il y a lieu, d'exemples dans la pratique clinique. Les trois chapitres sont :

- principes généraux régissant la collecte de données
- fiche modèle de collecte de données sur la qualité des soins obstétricaux prodigués par les sages-femmes
- méthode modèle d'assurance de la qualité à l'intention des sages-femmes

L'évaluation et l'assurance de la qualité sont des principes nouveaux pour beaucoup d'agents de santé, y compris les sages-femmes. On a tenu compte du fait que celles-ci souhaiteraient peut-être se constituer en petits groupes pour assimiler ces principes.

A des fins pédagogiques, quelques uns des principes clés énoncés dans le rapport sont présentés dans un format qui pourra être photocopié ou reproduit sur un transparent de rétroprojecteur (voir annexes C et D).

3.1 Principes généraux régissant la collecte de données

Si elles sont recueillies et analysées comme il convient, les données peuvent renseigner sur l'état actuel des services et sur les tendances futures probables. L'analyse des données permet d'effectuer des comparaisons avec d'autres services et met en évidence les lacunes. Des données qui n'auraient pas été correctement rassemblées peuvent au mieux fournir quelques indications sur l'état actuel des services; au pire, elles peuvent entraîner de mauvais choix politiques.

Les principes généraux à respecter sont les suivants :

- Préciser clairement le but de la collecte d'informations, c'est-à-dire définir le problème.
- Choisir des instruments de mesure (indicateurs) qui fourniront des réponses pertinentes sur le sujet étudié.
- Déterminer la (les) source(s) d'information. Décider des moyens de collecte et désigner les personnes chargées de réunir l'information.
- Décider des moyens d'enregistrement de l'information.
- Choisir la méthode la plus appropriée pour effectuer l'analyse et en enregistrer les résultats.

- Etablir un processus d'information en retour, à l'intention également des personnes chargées de rassembler les données.
- A l'issue de l'analyse de l'information, concevoir un plan d'action clair indiquant les mesures à prendre et les personnes chargées de les appliquer, fixant un calendrier et les méthodes d'évaluation.

3.1.1 *But de la collecte de données*

L'information peut être réunie à tout niveau des services de santé et renforcera l'action entreprise à ce niveau-là. Les données recueillies au niveau des districts renseigneront ainsi sur la prestation des services et du personnel de santé dans chaque district et indiqueront les tendances générales concernant les soins de santé et le degré d'utilisation des ressources. Au niveau des unités, on s'intéressera à l'utilisation des installations, à la disponibilité des ressources, à la dotation en personnel et aux soins prodigués aux patientes. Au niveau des agents de santé, on se renseignera sur les ressources immédiatement disponibles pour mettre en œuvre les plans individuels, sur l'efficacité des soins dispensés aux patientes et sur le soutien fourni au personnel.

Toutefois, certains domaines nécessitent une "collecte verticale" des données, lorsque les services de tous les niveaux influent sur les résultats. C'est le cas s'il s'agit d'une question bien particulière, sur laquelle des changements à tout niveau de service peuvent avoir des retentissements. Ainsi, par exemple, l'évaluation de l'efficacité des mesures de planification familiale exigera-t-elle de rassembler des données au niveau des districts sur la prestation de services, au niveau des unités sur la disponibilité des ressources, et au niveau des agents de santé sur la qualité des soins quotidiens.

La collecte de données a pour but de :

- évaluer le niveau de service
- évaluer les soins cliniques
- évaluer les changements ou la nécessité de changement
- dégager les tendances
- faire des comparaisons
- recenser les besoins en formation
- faire en sorte que les soins soient dispensés à ceux qui en ont réellement besoin

3.1.2 *Choix d'instruments de mesure adaptés*

On désigne aussi les instruments de mesure sous le terme d'indicateurs. La pyrexie est, par exemple, un indicateur d'une maladie éventuelle; le taux de mortalité périnatale est un indicateur de l'efficacité des soins maternels.

Une fois qu'on s'est fixé pour but de surveiller ou d'évaluer une activité donnée, il faut sélectionner les indicateurs les plus adaptés.

LES INDICATEURS PEUVENT ETRE CLASSES DE LA MANIERE SUIVANTE :

i) Indicateurs relatifs à la politique

On s'en sert généralement aux niveaux national et régional pour déterminer si les autorités nationales mettent officiellement en pratique certaines politiques et stratégies, par exemple une politique nationale en faveur de la maternité sans risque.

ii) Indicateurs de mise en œuvre

Souvent utilisés aux niveaux national et régional, ils permettent de savoir dans quelle mesure une politique est appliquée. L'amélioration de la qualité des soins peut dépendre directement de la mise en œuvre de nouvelles activités : de nouveaux programmes de formation peuvent améliorer la qualité des soins prénatals ou faire progresser le pourcentage de sages-femmes travaillant dans des centres de santé qui suivent une formation continue.

iii) Indicateurs des résultats

Ces indicateurs renseignent sur le nombre de services de base assurés pour une population donnée, par exemple le nombre de consultations prénatales suivies ou de vaccinations antitétaniques effectuées.

iv) Indicateurs de la couverture

Ils indiquent la proportion de la population ou de certains groupes de la population qui ont effectivement bénéficié de services de base, par exemple le pourcentage d'accouchements effectués par une personne qualifiée.

v) Indicateurs du soutien

Ils quantifient l'importance du soutien fourni à la prestation de services, par exemple le pourcentage de sages-femmes régulièrement supervisées.

vi) Indicateurs de la qualité

Ils évaluent le degré de conformité d'un service donné aux normes et standards techniques, par exemple le pourcentage de femmes enceintes qui, lors des consultations prénatales, sont soumises à un dépistage de l'anémie et des maladies sexuellement transmissibles et reçoivent un traitement en conséquence.

vii) Indicateurs de l'impact/de l'efficacité

Ils évaluent dans quelle mesure les services assurés contribuent à la réalisation des objectifs, comme la prévention de la morbidité et de la mortalité et l'amélioration de la situation sanitaire.

CARACTERISTIQUES QUE DOIVENT PRESENTER DE BONS INDICATEURS :

De bons indicateurs doivent présenter certaines caractéristiques générales pour fournir des informations pertinentes. Ils doivent être :

i) Intelligibles et utiles

Les professionnels de la santé doivent en comprendre le but, ainsi que les résultats qui leur sont communiqués.

ii) Orientés vers l'action

Un indicateur bien choisi doit inciter à agir. Par exemple, si dans un district, le taux escompté d'hypertension liée à la grossesse est de X%, l'indicateur pertinent pourrait être "X% de recours en cas d'hypertension". Un taux inférieur ou supérieur mènerait à prendre l'une des deux mesures suivantes :

1. Si le taux est supérieur ou inférieur à X%, il faut enquêter sur le diagnostic de la sage-femme, et, si nécessaire, procéder à un réglage de ses appareils ou lui offrir une formation en cours d'emploi pour corriger ses erreurs.
2. Si la pratique de la sage-femme est satisfaisante et que l'estimation de l'hypertension de départ est erronée, il faut modifier l'indicateur.

Toutes les sages-femmes dont la pratique donne des résultats conformes à l'indicateur choisi devraient recevoir systématiquement une appréciation positive.

iii) Propices à une synthèse

On doit pouvoir synthétiser les données de chaque indicateur afin de les communiquer facilement.

iv) Valides et fiables

Un indicateur doit mesurer ce qu'il est censé mesurer et les méthodes de mesure doivent fournir des résultats homogènes, indépendamment de la personne chargée de recueillir les données.

v) Sélectifs

Il convient de choisir les indicateurs qui fournissent les renseignements les plus utiles. Ainsi faut-il choisir pour mesurer l'état de santé de tel groupe de population des indicateurs portant sur les causes de mauvaise santé les plus courantes.

3.1.3 Sources d'information

Le but dans lequel les données sont recueillies déterminera les sources d'information les plus appropriées. Les renseignements peuvent être obtenus au niveau national, local ou du district. Une planification nationale nécessitera des données nationales, tandis que la mise au point d'indicateurs locaux de la qualité des soins exigera des données sur l'état de santé de la population locale.

INFORMATION DISPONIBLE AU NIVEAU NATIONAL

Les modalités de collecte des données nationales diffèrent selon les pays, mais la plupart d'entre eux disposent d'au moins quelques mécanismes fournissant les statistiques de base. S'agissant des naissances et des décès, les données sont généralement obtenues à partir des registres y afférant. Ces données peuvent servir à comparer les résultats entre les pays. Dans certains pays, les données nationales sont réparties par district afin de faciliter la comparaison entre districts.

En règle générale, ces données fournissent les renseignements suivants :

- Taux de natalité
- Poids moyen à la naissance
- Taux de mortalité périnatale et infantile
- Causes principales de mortalité périnatale et infantile
- Causes principales de mortalité maternelle

Les données cliniques nationales fournissent parfois des renseignements plus précis comme le taux d'allaitement au sein, la fréquence des césariennes et du recours aux forceps et le pourcentage d'accouchements normaux. Cependant, ces données ne reflètent pas toujours de manière exacte et exhaustive la situation sanitaire dans le pays, car elles sont parfois incomplètes, erronées ou tout bonnement inexistantes.

INFORMATION DISPONIBLE AU NIVEAU DU DISTRICT

Les données dont il est question ci-dessus peuvent être recueillies au niveau du district; en ce cas, elles doivent s'accompagner de renseignements sur la prestation de services :

- Nombre d'hôpitaux et installations disponibles (par exemple lits, service de radiologie, salles d'opération, banque de sang)
- Nombre de centres de santé et installations/équipements disponibles
- Effectifs, par niveau de formation (par exemple, nombre de sages-femmes et d'accoucheuses traditionnelles)
- Accessibilité aux services (distance et coût du transport, conditions météorologiques, phénomènes saisonniers)
- Fréquence d'utilisation des services

- L'information recueillie au niveau du district devrait également porter sur la population :
- Nombre d'habitants

Répartition géographique de la population

- Statut socio-économique par sexe, par exemple taux d'alphabétisation, pourcentage de la population active
- Culture de la population desservie
- Obstacles à l'accès aux soins

INFORMATION DISPONIBLE AU NIVEAU LOCAL

Au niveau local, il faut rassembler des informations sur la prestation de services et sur la population, comme il a été indiqué plus haut. L'information clinique proviendra des registres tenus par le personnel de santé local, à savoir :

- Archives hospitalières (hôpitaux publics et privés)
- Dossiers établis par les professionnels de la santé
- Fiche maternelle tenue à domicile (telle que celle conçue par l'OMS-WHO/MCH/90.12)
- Les renseignements contenus dans ces dossiers peuvent être utiles pour évaluer l'efficacité des soins pour chaque femme et examiner les cas dans lesquels ils se sont avérés insatisfaisants. S'agissant du personnel du service local, il faudra indiquer les effectifs et le lieu d'affectation, ainsi que les compétences et les besoins en formation.

3.1.4 Collecte d'informations

Pour être efficace, la collecte d'informations doit s'effectuer selon les principes suivants :

- Ne réunir que les informations intéressant l'activité à évaluer
- Décider de la fréquence de la collecte d'informations
- Simplifier la tâche en utilisant le plus souvent possible des listes de contrôle ou des fiches

Il existe plusieurs moyens de rassembler des données et les sages-femmes peuvent utiliser plusieurs sources.

- Les **listes de contrôle** sont utiles pour vérifier que le matériel nécessaire existe ou que le service voulu a bien été assuré.

- Les **interrogatoires** sont particulièrement indiqués pour recueillir des informations auprès des femmes bénéficiant d'un service ou auprès des prestataires. On peut parfois avoir recours à une liste de contrôle préétablie à condition de bien structurer l'entretien.
- Les **statistiques nationales ou de district** peuvent fournir des données de référence auxquelles comparer les données locales.
- La qualité des soins peut également être évaluée à l'aide des **fiches cliniques** et des **analyses de prise en charge des cas**.
- Une **observation directe** des soins dispensés et de l'utilisation des installations fournit des renseignements sur la qualité des services.
- Une **évaluation régulière du travail du personnel** permet de vérifier que les normes sont respectées et met en évidence les besoins en formation.

3.1.5 Mode de présentation des informations recueillies

PRESENTATION FACTUELLE

Certaines informations peuvent être présentées de manière factuelle.

Exemple: Le dispensaire X est équipé d'un sphygmomanomètre
Le dispensaire Y est équipé de deux sphygmomanomètres

POURCENTAGE

Sous cette forme, l'information peut être consignée dans un rapport.

Certaines données gagnent à être exprimées en pourcentage, notamment au niveau du district, où l'on a besoin d'une image globale du niveau de services.

Exemple : 5% des dispensaires ne possèdent qu'un sphygmomanomètre.
25% des dispensaires possèdent deux sphygmomanomètres.
70% des dispensaires en possèdent au moins trois.

TAUX

Aux fins de comparaison avec d'autres localités, hôpitaux, etc., il peut être préférable d'exprimer les données sous la forme d'un taux, c'est-à-dire d'une proportion sur un nombre déterminé de sujets : par exemple, pour la mortalité périnatale, le nombre d'enfants morts-nés et de décès pendant la première semaine de vie pour 1000 naissances, ou le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

FRACTION

Pour faciliter la comparaison, on peut aussi présenter les données sous la forme d'une fraction dont le dénominateur est le nombre total de sujets. Par exemple, dans un hôpital, le nombre de naissances multiples peut être représenté par une fraction du nombre total de naissances. Ainsi, si sur un total de 1000 accouchements par an, on compte 4 naissances multiples, le rapport s'exprimera de la manière suivante :

$$\frac{4}{1000} \text{ ou } \frac{1}{250} \text{ naissances multiples}$$

La fraction est plus utile que le seul numérateur 4. En effet, si un autre hôpital enregistre 4 naissances multiples par an, mais sur un total de 600 accouchements, la fraction sera alors

$$\frac{4}{600} \text{ ou } \frac{1}{150} \text{ naissances multiples}$$

Les données sont donc plus significatives si l'on indique le numérateur et le dénominateur (le numérateur représentant une partie du nombre total de sujets).

$$\frac{\text{naissance de jumeaux}}{\text{nombre totale d' accouchements}} = \frac{4}{2000} = \frac{\text{numérateur}}{\text{dénominateur}}$$

GRAPHIQUE

Reporter les données sur un graphique permet de présenter les tendances sous une forme visuelle. Par exemple, le graphique représentant le taux annuel de natalité indiquera si la natalité augmente ou diminue et donnera donc une idée (mais pas une estimation précise) du volume de travail à anticiper. Une activité peut être présentée sous forme de graphique de manière à signaler à l'attention du personnel les problèmes potentiels, par exemple le nombre de nouveau-nés souffrant de difficultés respiratoires, ou le nombre d'accouchements normaux et assistés. On peut également avoir recours à des graphiques pour représenter l'utilisation des services, par exemple le nombre de consultations prénatales.

LORS DE DISCUSSIONS DE GROUPE PORTANT SUR UN CAS OU UN SUJET PRÉCIS

La présentation des résultats lors d'une discussion de groupe portant sur un cas ou un sujet précis permet d'informer immédiatement le personnel confronté au cas en question.

3.2 Fiche modèle de collecte de données sur la qualité des soins obstétricaux prodigués par les sages-femmes

Les données complexes doivent être recueillies méthodiquement pour se prêter à une analyse et à une évaluation. Il existe de nombreuses méthodes pour ce faire, qui, pour la plupart, prennent en compte les circonstances locales. La fiche modèle présentée ici respecte les principes généraux énoncés dans le chapitre précédent. Elle peut être utilisée telle quelle ou servir de modèle pour une fiche à usage local. Afin d'initier le lecteur à l'utilisation de cette fiche, un exemple très simple concernant la prise en charge de l'anémie pendant la grossesse est fourni à titre d'illustration. Il est accompagné de notes expliquant comment mener à bien chaque étape. Des fiches vierges destinées aux projets conçus localement et accompagnées de notes explicatives au dos sont fournies à la fin du présent rapport (annexe C) et peuvent être librement reproduites.

La fiche d'évaluation de la qualité des soins obstétricaux ayant été conçue de manière à couvrir de nombreux domaines du travail de la sage-femme, il ne sera peut-être pas nécessaire de remplir toutes les rubriques, sans pour autant omettre de remplir toutes celles se rapportant à l'activité que l'on souhaite évaluer.

Les sages-femmes jugeront peut-être utile de se faire aider par quelques collègues pour indiquer les renseignements de base. Cette collaboration est particulièrement recommandée pour définir le problème et élaborer des indicateurs spécifiques de la qualité.

Exemple d'une fiche complétée de collecte de données sur la QUALITE DES SOINS OBSTETRICAUX PRODIGUÉS PAR LES SAGES-FEMMES.

Remarques :

1. L'exemple est théorique, bien que correspondant à une situation courante. Les objectifs et les indicateurs ont été définis en termes généraux (par exemple, "dépistage de l'anémie"), mais rien n'empêche de choisir des indicateurs plus précis, selon le type de soins ou le niveau de services. S'il s'agit de centres de santé et non pas, comme dans l'exemple, de services communautaires, on peut substituer le dosage de l'hémoglobine au dépistage de l'anémie.

2. Tous les indicateurs permettant d'évaluer la qualité des soins et des services liés à la prévention et au traitement de l'anémie n'ont pas été retenus. Si les indicateurs sont trop nombreux, la charge de travail qu'impose la collecte des données et leur analyse sera trop importante, au risque de devoir renoncer à l'évaluation. On n'a utilisé, en l'occurrence, que des indicateurs clés - couverture, qualité et résultats - capables de signaler certains points méritant d'autres recherches. Si, par exemple, la couverture par les suppléments de fer est faible et diminue, il faudra alors peut-être étudier les points suivants :

- fourniture de suppléments de fer
- attitude du personnel concernant l'administration de doses de fer
- fréquentation du service prénatal par les femmes
- prise de conscience de l'importance du supplément ferrique par la communauté

Si le taux d'anémie reste le même, il faudra également vérifier si les femmes respectent le traitement et s'enquérir de leur alimentation.

**FICHES DE COLLECTE DE DONNEES SUR LA QUALITE DES SOINS
OBSTETRICAUX PRODIGUES PAR LES SAGES-FEMMES**

EXEMPLES COMPLÉTÉS

Problème : Énoncez le problème simplement. Ne traitez qu'une question à la fois sinon il vous sera difficile de déterminer les mesures nécessaires pour améliorer les soins. Par exemple :

Vous constatez :

"Le taux d'anémie clinique est trop élevé". Ne soyez pas tenté d'ajouter "et l'hypertension n'est pas dépistée suffisamment tôt".

Faites une fiche distincte pour chaque problème, car vous devrez réunir différents types de données et les analyser séparément. Les mesures que vous devrez adopter au bout du compte seront peut-être différentes pour chaque problème.

Il importe de dégager les faiblesses du service avant de fixer les objectifs. L'information de base qui permettra de cerner ces lacunes devra être réunie avant de décider des objectifs (voir 3.2.2 Information de base). Il ne sera peut-être pas possible de fixer des objectifs pour chaque point faible ou problème. Les objectifs doivent être réalistes. On pourra en fixer d'autres une fois que les premiers auront été atteints.

Les objectifs spécifiques pourront concerner les **activités clés garantissant la qualité des soins** ou la **prestation des services** nécessaires pour résoudre le problème que vous avez mis en lumière.

3.2.1 Définition du problème (exemple de fiche complétée)

PROBLEME

50% des femmes ont un taux d'hémoglobine inférieur à 9 g/dl au début du travail

**OBJECTIFS SPECIFIQUES
POUR LA QUALITE**

- (1) *Ramener à 10% le nombre de femmes souffrant d'anémie clinique à la fin de la grossesse*

- (2) *S'assurer que le taux d'hémoglobine est vérifié au moins une fois pendant la grossesse et à plusieurs reprises si l'on constate une anémie*

- (3) *Faire en sorte que la couverture par les suppléments de fer atteigne 100%*

- (4) *Adresser la patiente à un service de recours si nécessaire*

Population à étudier

Ressources actuelles

Dotation en personnel

Principales faiblesses

Ces rubriques doivent être remplies au regard du problème que vous vous proposez de mesurer. Vous souhaitez peut-être, par exemple, étudier un problème propre à un centre de santé donné ou à tout un district. Vous devrez recenser les effectifs et les ressources pour le lieu que vous étudiez. L'objet de l'évaluation déterminera les autres indications que vous fournirez dans cette section. Ainsi, si l'un de vos objectifs spécifiques est le diagnostic précoce de l'hypertension, vous indiquerez le nombre de sphygmomanomètres, mais omettez de préciser les fournitures en seringues.

Consacrez suffisamment de temps à cette section et, si possible, remplissez-la après avoir consulté vos collègues sur les questions suivantes :

- a) quelles sont les informations pertinentes?
- b) quel est la méthode la plus appropriée pour réunir ces informations?

3.2.2 Information de base (exemple de fiche complétée)

Population à étudier	Lieu . . . <i>Le dispensaire de village</i> Nombre total de sujets. . . <i>800 accouchements par an</i> Facteurs culturels . . . <i>Population indigène - vastes zones de pauvreté</i> Accessibilité aux services . . . <i>80% des femmes y ont accès; 20% habitent à plus de 30 km de distance</i>		
Ressources actuelles	Bâtiments	Hôpital	Centre de santé
		Lits disponibles: <i>20 lits pour femmes enceintes</i>	Salles de consultation . . . <i>2</i> Capacité de la salle d'attente . . . <i>15</i> Locaux réservés au traitement . . . <i>Aucun</i>
	Matériel disponible	Hôpital	Centre de santé . . . <i>Approvisionnement irrégulier en seringues</i>
	Matériel individuel (conservé par le personnel) . . . <i>Sphygmomanomètre ; pas de seringues</i>		
Dotation en personnel	Sages-femmes		Autre personnel
Principales faiblesses	Nombre . . . <i>5 sages-femmes</i> Lieu d'affectation . . . <i>Affectées au dispensaire et travaillant dans la communauté</i> Compétences spécialisées (le cas échéant)		Autre personnel . . . <i>6</i> Statut. . . <i>accoucheuses traditionnelles</i> Lieu d'affectation . . . <i>zones rurales</i> Compétences spéciales
	(1) . . . <i>Approvisionnement irrégulier en seringues</i> (2) . . . <i>Difficulté de transport des échantillons au laboratoire</i> (3) . . . <i>Pas de banque de sang à l'hôpital</i> (4) . . . <i>Doses de fer pas immédiatement disponibles</i>		

3.2.3 Mesure

Notes

Dressez la liste de tous les éléments mesurables qui constituent des soins de bonne qualité s'agissant du problème de santé que vous étudiez. Si possible, discutez-en avec vos collègues. Il n'est pas nécessaire d'établir un indicateur pour chaque rubrique si celle-ci ne se rapporte pas à votre sujet, ni de compter le nombre d'indicateurs que la fiche vous permet d'utiliser. Il est préférable de choisir quelques indicateurs parmi les plus significatifs plutôt qu'un nombre important d'indicateurs moins pertinents. L'évaluation en sera plus aisée et le résultat aussi bon, voire meilleur.

Assurez vous que chacun a compris en quoi consiste l'opération et ce qu'on attend de lui. Déterminez précisément la forme sous laquelle les résultats seront présentés et vérifiez que la méthode choisie convient bien. Par exemple, si vous souhaitez présenter les données sous la forme d'un pourcentage ou d'une fraction, il vous faudra connaître le numérateur et le dénominateur. Si vous envisagez une présentation en graphique pour dégager une tendance, vous devrez réunir des séries de données chronologiques.

Lorsque vous fixez un calendrier pour l'évaluation, prévoyez une deuxième réunion avec ceux de votre groupe qui ont choisi les indicateurs, en vue de discuter ensemble des résultats.

3.2.3 Mesure (exemple de fiche complétée)

INDICATEURS A MESURER								
Catégorie indicateur	Définition		Source d'information	Fréquence de collecte	Dates de la collecte	Responsable	Mode de présentation des résultats	Date de déci-der mesures
Résultats	(a)		N/A					
	(b)							
	(c)							
Couverture	(a)	% recevant un supplément de fer. Définition: (femmes accueillies au centre de santé pour accoucher) <u>Nombre de femmes recevant régulièrement du fer</u> Nombre total de femmes	registres cliniques	tous les 3 mois	1.1.94. 1.7.94. 1.4.94. 1.10.94.	sage-femme X	graphique discussion de cas	1.11.94
	(b)	% soumises au dépistage systématique de l'anémie Définition: (femmes accueillies au centre de santé pour accoucher) <u>Nombre de femmes ayant été soumises au dépistage de l'anémie prénatale</u> Nombre total de femmes						
	(c)							
Appui	(a)		N/A					
	(b)							
	(c)							
Qualité	(a)	% de femmes souffrant d'anémie pendant la grossesse qui ont été soumises à un 2ème dépistage Définition: (femmes accueillies au centre de santé pour accoucher) <u>Nombre de femmes chez qui on a constaté une anémie clinique pendant la grossesse et qui ont été soumises à un 2ème dépistage après traitement prénatal</u> Nombre total de femmes	fiches cliniques	tous les 3 mois	1.1.94 1.7.94 1.4.94 1.10.94	sage-femme X	graphique discussion de cas	1.11.94
	(b)	% de femmes souffrant d'anémie persistante qui n'ont pas bénéficié d'un recours pour traitement adéquat Définition: (femmes accueillies au centre de santé pour accoucher) <u>Nb de femmes dont taux Hb<9 g/dl et qui n'ont pas bénéficié d'un recours pour traitement adéquat</u> Nombre total de femmes dont taux Hb<9 g/dl						
	(c)							
Impact/ Efficacité	(a)	% dont taux Hb>9 g/dl pendant le travail Définition: (femmes accueillies au centre de santé pendant le travail) <u>Nombre de femmes accueillies au centre de santé pendant le travail dont taux HB>9 g/dl</u> Nombre total de femmes	fiches cliniques	tous les 3 mois	1.1.94 1.7.94 1.4.94 1.10.94	sage-femme X	graphique discussion de cas	1.11.94
	(b)							
	(c)							

Cette partie de la fiche vous permet de répertorier un ou plusieurs groupes de statistiques à partir des données que vous avez recueillies. Si le résultat se limite à un chiffre (par exemple "10% souffrent d'anémie"), vous pouvez l'inscrire dans la colonne des résultats. Si les résultats sont présentés en graphique ou en diagramme à bâtons, indiquez le numéro de référence de celui-ci et faites-le figurer au dos de la fiche. Ne confondez pas les colonnes de dates. Par exemple, si un indicateur est mesuré tous les trois mois et un autre tous les six mois, le premier devra apparaître dans chaque colonne, et le second une fois sur deux. Quatre colonnes ont été prévues pour une évaluation trimestrielle, de sorte que la fiche couvre une période d'un an. On peut en ajouter d'autres si l'on effectue des observations locales plus fréquentes.

Cette fiche se présente en trois parties :

Evaluation des résultats

Il vaut mieux effectuer cette opération complexe en commun avec des collègues. L'analyse des résultats obtenus à l'aide des indicateurs et les conclusions à en tirer doivent faire l'unanimité. Indiquez ici les domaines à améliorer.

Information en retour

Il faut dresser la liste des personnes à informer et fixer la date à laquelle les résultats leur seront communiqués. N'omettez aucun de ceux qui ont pris part à la collecte de données : parmi eux figurent peut-être ceux qui devront modifier leur pratique et ils doivent en connaître la raison. Les personnes chargées de recueillir les données feront également mieux leur travail si elles savent quel en est le but.

Application des mesures

Il s'agit de l'étape finale du processus; elle exige une analyse rigoureuse de toutes les informations réunies. Les mesures nécessaires devraient être classées par rang de priorité.

- Désignez la personne chargée d'appliquer chaque mesure
- Veillez à confier des tâches réalisables : il ne sert à rien de charger quelqu'un de prélever régulièrement des échantillons de sang s'il n'y a pas de seringues. En l'occurrence, il faut d'abord assurer l'approvisionnement en seringues pour ensuite prélever des échantillons.
- Nous vous avons recommandé plus haut d'analyser les problèmes séparément; à ce stade, vous devriez confronter les différents plans d'action que vous avez adoptés. Si certaines mesures sont indépendantes les unes des autres, d'autres modifications dans le domaine des soins cliniques ou de la prestation de services peuvent être liées.

3.2.5 Action (exemple de fiche complétée)

A décider avant . . . 1.11.94		
Evaluation des résultats		
<p><i>Principales faiblesses (d'après l'information de base). Il est possible d'améliorer l'approvisionnement en fer et en seringues et d'acquérir un hémoglobinomètre. S'agissant du transport et de la banque de sang, il est nécessaire d'adopter des stratégies à long terme et d'allouer des ressources importantes. On constate une amélioration générale, mais l'action doit être poursuivie</i></p>		
Information en retour communiqué à:		
1) . . . Personnel du dispensaire de village	Date:	
2) . . . accoucheuses traditionnelles	Date:	
Méthode: . . . Tenir des réunions de groupe pour discuter des résultats, avec la participation de représentants du personnel médical, des sages-femmes, des accoucheuses traditionnelles et de l'administrateur de district		
Responsable	Pland'action	Calendrier de mise en oeuvre
Administrateur de district	1 Assurer la fourniture de seringues au dispensaire de village	En 3 mois à partir du 1.11.94.
Ecole de sages-femmes	2 Sensibiliser les étudiantes à la nécessité d'une surveillance et de l'apport supplémentaire en fer Former toutes les sages-femmes à la ponction veineuse	En 3 mois à partir du 1.1.94.
Administrateur de district (contacter l'UNICEF ou organisme semblable)	3 Equiper le dispensaire d'un hémoglobinomètre dès que des fonds seront disponibles	Objectif à long terme mais chercher un financement dès à présent
Sage-femme W	4 Distribuer des doses de fer aux accoucheuses traditionnelles	En 6 mois à compter du 1.11.94

3.3 Modèle d'assurance de la qualité pour les soins obstétricaux prodigués par les sages-femmes¹

Il peut être très utile de suivre une méthode précise pour établir des normes et vérifier qu'elles sont respectées. Pour se faire, on utilise souvent la méthode des "cycles d'assurance de la qualité". La plupart de ces cycles comprennent quatre ou cinq étapes :

- définition de la norme
- choix des mesures à prendre pour appliquer la norme
- mise en œuvre des mesures
- évaluation des résultats

Un atelier organisé à Bruxelles en 1991 a utilisé un instrument d'assurance de la qualité, le Modèle d'assurance de la qualité pour les soins obstétricaux (Quality Assurance Model for Midwifery - QAMID), mis au point par le Royal College of Midwives et l'Unité des soins infirmiers du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Ce modèle s'inspire des écrits de plusieurs spécialistes de l'assurance de la qualité et tient compte des enseignements fournis par les modèles établis dans l'industrie. Il est présenté à la figure 1. Il peut s'appliquer à des projets à grande échelle comme à l'évaluation d'actes cliniques bien définis.

3.3.1 Etablissement de la liste des besoins des clients (Etape 1. Figure 1.)

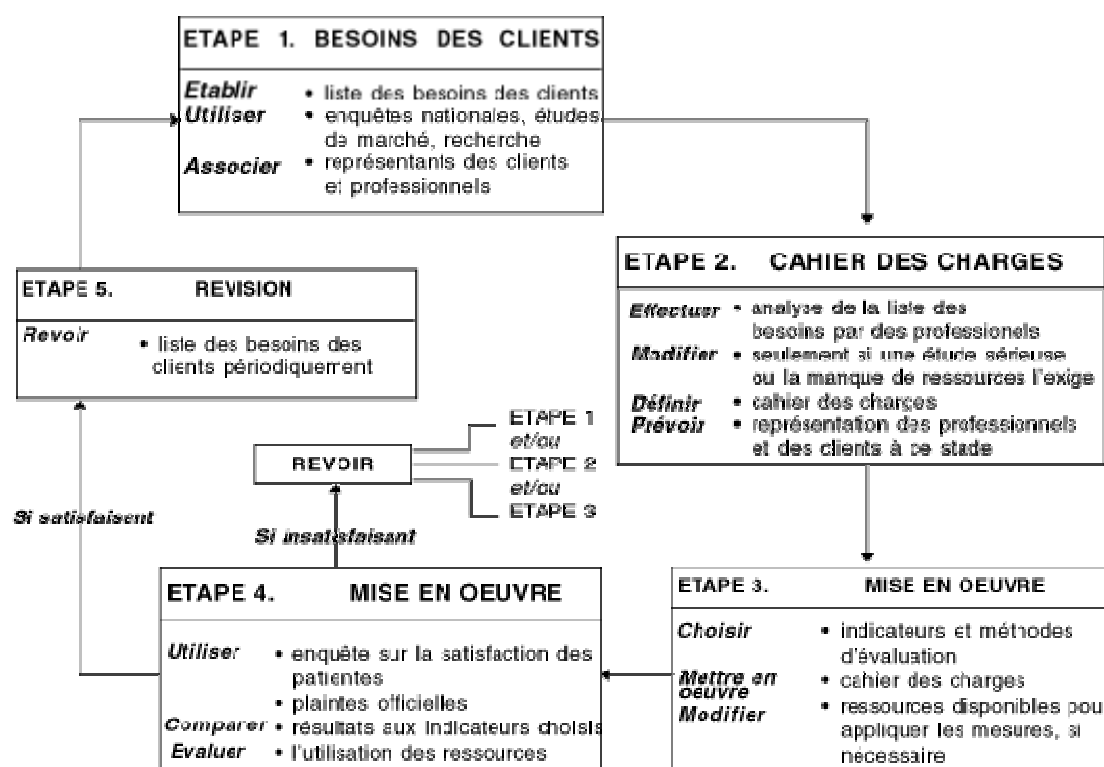
On suggère trois sources d'information qui permettront d'établir d'un commun accord quels sont les besoins des clients concernant un service ou des soins précis. Soulignons qu'il ne faut pas s'attacher aux souhaits d'une patiente en particulier (comme dans un plan de naissance) mais essayer de déterminer à quelles exigences doivent répondre un service, des soins ou un acte de qualité.

1. Sondage pour déterminer les besoins. Cet exercice est analogue aux études de marché effectuées dans le commerce. Le secteur de la santé y a jusqu'à présent rarement eu recours. Il ne faut pas confondre cette étude avec les enquêtes sur la satisfaction des patients, qui permettent une évaluation a posteriori. De tous les services de santé, les maternités semblent les mieux adaptés aux études de marché. La majorité de la population s'adresse un jour ou l'autre à un service de maternité, directement ou indirectement (si l'on compte les hommes), et aura donc certaines attentes à l'égard de ce service. A l'heure actuelle, la clientèle est définie en fonction de l'âge et du sexe, de sorte que les échantillons pourront être choisis dans des groupes bien précis, par exemple les femmes âgées de 15 à 45 ans. Au début, l'étude peut se concentrer sur l'organisation des services. Dans quelle structure prodiguer les soins prénatals? Quel endroit conviendrait le mieux pour dispenser les cours sur les compétences

¹Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (1991) Midwifery Quality Assurance Report on a WHO Workshop EUR/ICP/342 (2) 7197B

parentales? Quelle serait la personne la plus indiquée pour assurer ce cours? La clientèle a-t-elle une préférence concernant le sexe des membres de l'équipe de la maternité?

Figure 1 QAMID : Modèle d'assurance de la qualité pour les soins obstétricaux prodigués par les sages-femmes



2. Recherches. Il faut effectuer une première recherche sur les documents ayant trait au service étudié pour établir, si les renseignements qu'ils contiennent le permettent, quelle est l'opinion des clients à ce sujet. Par exemple, si le programme d'assurance de la qualité porte sur la prestation de soins prénatals, il faudra analyser en premier lieu les documents sur l'accessibilité aux services, sur leur pertinence compte tenu des besoins, sur leur équité et leur convenance.

3. Estimation par les professionnels. Certains aspects des soins et certains résultats peuvent être évalués de manière sûre par les professionnels eux-mêmes. En règle générale, les clients interrogés souhaiteront éviter tout résultat négatif. Pas besoin d'études de marché ou de recherches documentaires coûteuses pour savoir que les femmes souhaitent éviter les infections nosocomiales, les lésions du périnée ou l'accouchement assisté, à plus forte raison la mort. Cette méthode devra cependant être vérifiée avec soin pour ne recueillir que des informations univoques et éviter que le point de vue professionnel ne prévale sur les attentes des clients. Cette étape devra, s'il y a lieu, être effectuée par un groupe pluridisciplinaire qui comprendra des femmes. Les détails pratiques seront réglés au niveau local, mais les femmes devront être suffisamment représentées et disposer d'un pouvoir de décision.

3.3.2 Etablissement du cahier des charges (Etape 2. Figure 1)

Une fois rédigée, la liste des besoins des clients doit être revue par les professionnels, si possible en collaboration avec des représentants des clients. Cette étape s'effectue en deux temps.

1. Analyse de la documentation. A l'aide de documents récents ou sur la base de faits avérés si la documentation est inexistante ou incomplète, le groupe de professionnels devra analyser la liste des besoins des clients. Il devra, à ce stade, s'enquérir de l'efficacité des services. Si, ET SEULEMENT SI, la liste des besoins doit être modifiée pour des raisons de sécurité, il ne faudra opérer qu'un minimum de changements assurant une sécurité optimale. Par exemple, la liste des besoins visera une protection à 100% contre les lésions du périnée. Lors de cette deuxième analyse, on utilisera toutes les informations disponibles (par exemple fréquence d'utilisation des forceps, documentation sur l'épisiotomie, statistiques sur les complications nécessitant une épisiotomie) pour corriger le pourcentage, tout en veillant à ce qu'il demeure aussi élevé que possible.

2. Analyse des ressources. La deuxième tâche à effectuer pour établir le cahier des charges est de déterminer les ressources nécessaires pour satisfaire les besoins des clients. Lorsque les ressources sont limitées, l'introduction d'une nouvelle activité, surtout si celle-ci implique des coûts considérables (par exemple l'anesthésie péridurale), entraînera une réduction dans d'autres domaines (par exemple la dotation en sages-femmes qualifiées). Il faudra déterminer si les avantages qu'offrira le nouveau service compenseront la réduction d'autres services. Si ce n'est pas le cas, il faudra y renoncer.

Les changements nécessaires pour répondre aux besoins des clients pourront être d'un coût abordable mais exigeront une réaffectation des ressources. Une sortie plus précoce de l'hôpital n'augmente pas forcément le volume de travail mais peut nécessiter la réaffectation de sages-femmes dans la communauté. Si cette réaffectation n'est pas immédiatement réalisable, elle pourra faire l'objet d'une planification fondée sur les besoins des clients.

Certaines des mesures passeront non pas par une augmentation des ressources mais par la mise en place de programmes d'enseignement et par l'adoption d'attitudes nouvelles.

A l'issue de cette étape, on disposera d'un cahier des charges reprenant la liste des besoins des clients, modifiée uniquement si les résultats des recherches ou l'insuffisance des ressources l'exigent. Il devra être approuvé par un groupe composé des représentants des professionnels et des clients.

Le cahier des charges doit énoncer les normes auxquelles les services/actes devront être conformes. Les objectifs doivent être mesurables, réalistes et fondés sur les besoins des clients. Par exemple, si l'on part du principe que toutes les femmes souhaitent mettre au monde un enfant vivant et en bonne santé, l'objectif sera : "100% des nouveau-nés vivants et en bonne santé". Cet objectif est certes mesurable et fondé sur les besoins des femmes, mais

de toute évidence irréalizable. Dans le cahier des charges, l'objectif sera modifié sur la base des documents disponibles et des indicateurs sanitaires locaux.

3.3.3 Mise en œuvre (Etape 3. Figure 1)

Certaines des modifications prévues pourront être opérées immédiatement. D'autres seront introduites progressivement. Avant de procéder à la mise en œuvre, il faut définir clairement le processus de changement et accomplir les tâches suivantes :

- analyser la situation présente et déterminer les changements indispensables pour obtenir le résultat voulu. Dans l'exemple donné au point 3.3.2 ci-dessus, on prévoira immédiatement une écoute du cœur fœtal à chaque consultation prénatale, tandis que l'augmentation du nombre de sages-femmes qualifiées se fera progressivement.
- désigner la personne ou le groupe chargés d'appliquer la mesure
- déterminer les responsabilités du personnel requis pour appliquer la mesure
- établir un emploi du temps pour opérer les changements nécessaires
- déterminer les ressources nécessaires et les modalités de gestion
- fixer la méthode et la date de l'évaluation

3.3.4 Evaluation (Etape 4. Figure 1)

A ce stade, on peut avoir recours aux techniques déjà en usage dans les systèmes d'évaluation de la qualité des soins de santé, à savoir l'appréciation par les pairs, la mesure de l'impact, l'analyse des fiches de cas et les enquêtes sur la satisfaction des clients.

Si, à ce stade, les objectifs fixés dans le cahier des charges ne sont pas atteints, le groupe effectuant l'évaluation doit revenir aux étapes 1, 2 et 3.

- Les enquêtes sur la satisfaction des clients reflètent-elles bien leurs besoins? Les personnes sondées sont-elles représentatives de la clientèle? La clientèle a-t-elle changé entre le moment où a été établie la liste des besoins et celui de l'évaluation?
- Les aspirations des professionnels étaient-elles trop ambitieuses? A-t-on mal calculé les ressources disponibles ou ont-elles diminué dans l'intervalle? Les résultats des recherches ont-ils tous été pris en compte? Existait-il des lacunes dans l'information qui ont pu conduire à de fausses hypothèses? Restait-il des incompatibilités entre les besoins des clients et le jugement des professionnels ou entre les méthodes d'évaluation et les ressources disponibles?

- Le programme de mise en œuvre était-il réalisable? Le personnel intéressé a-t-il fait preuve d'un engagement suffisant? D'autres groupes de professionnels exercent-ils des pressions qui rendent difficile tout changement?

Selon les conclusions de l'analyse, il sera peut-être nécessaire de revenir aux étapes précédentes et de modifier les conclusions. Cette opération devrait être effectuée en groupe comme pour les étapes 1, 2 et 3.

3.3.5 Révision de la liste des besoins des clients (Etape 5. Figure 1)

Même si les services et les soins offerts s'avèrent à plusieurs reprises satisfaisants, il faut faire le point régulièrement sur les besoins des clients. Dans l'industrie, dont le présent modèle s'inspire en partie, on tient compte de l'utilité et du désir d'esthétique des produits du consommateur. Ce principe peut s'appliquer aussi aux soins de santé. La "mode" peut intervenir dans les besoins des femmes en matière de soins maternels. Le modèle QAMID doit permettre de tenir compte de ces tendances et si possible, d'y apporter satisfaction tout en garantissant sécurité et utilisation optimale des ressources. Les goûts esthétiques évoluent relativement vite, on devra s'en enquérir tous les deux ou trois ans selon les tendances observées.

3.3.6 Conclusion

Le modèle QAMID consiste à adapter le meilleur système d'assurance de la qualité aux besoins en matière de soins maternels. Contrairement à la plupart des modèles de soins de santé existants, il réserve une place de choix au client, sans nier à aucun stade la nécessité d'une évaluation de la qualité par les professionnels. Il part du principe qu'il est impossible d'offrir une qualité maximale car le coût en serait trop élevé. Il permet néanmoins de prendre des décisions assurant un équilibre entre faisabilité et dépenses en vue de garantir une qualité optimale.

Annexe A Liste des participantes et des animatrices

Mme Nafisa Imam Abdalla
Khartoum Nursing College
P.O. Box 1063
Khartoum
Soudan

Mme Margaret Akpaidem
Safe Motherhood Department
School of Midwifery
St Luke's Hospital
Anua-Uyu
Alura Ibom State
Nigéria

Mme Sita Basnet
Chief
Nursing Division
Ministry of Health
Ram Shah Path
Teku, Kathmandu
Népal

Mme Kim Bopha
c/o SCF (UK)
P.O. Box 2420
Bangkok 10501
Thaïlande

Mme Melody Bovu
Abwatuntora Health Centre
c/o Jan Fitzgerald
V.C.N.E.
Department of Health
Port Vila
Vanuatu

Mme Eugenia Cartojan
Str. Pravat Nr 8
Bl P5, Sc 2, Ap 24
Sect 6
Bucarest
Roumanie
Mme Aurelia Cotorobai
Str. Abrud Nr. 104

Sector 1
Bucarest
Roumanie

Mme Kinley Dema
Sister in Charge
Phuntsholing General Hospital
Phuntsholing
Bhoutan

Mme Phan Thi Hanh
Midwife Teacher
28B Le Loi
Hue City
Viet Nam

Mme Susan Kasai
Nurse-Midwife
P.O. Box 2021
Boroko, National Capital District
Papouasie-Nouvelle-Guinée

Soeur Lekemyelesh Kassa
Head of Delivery Ward
Zewditu Hospital
P.O. Box 145
Addis Ababa
Ethiopie

Mme Patricia Kay
Director
Maternal-Infant Program
Clinica Popular Tiapahtialcalli
Tepoztlan
Morelos 62520
Mexique

Mme Helen Kerr
Midwife Educator
Save the Children Fund (UK)
P.O. Box 2420
Bangkok 10501
Thaïlande

Dr Parveen Azan Khan
H. No. 2A Sahibzada Abdul
Qayum Road
NWFP
Peshawar Cantt
Pakistan

Mme Lucretia G. Koodibetse
Institute of Health Sciences
P.O. Box 985
Gaborone
Botswana

Mme Rosaline Lapan
Nurse-Midwife
P.O. Box 3811
Boroko, National Capital District
Papouasie-Nouvelle-Guinée

Mme Sebalda Leshabari
School of Public Health Nursing
Muhimbili Medical Centre
P.O. Box 65006
Dar Es Salaam
Tanzanie

Mme H. Nur Ainy Madjid
Indonesian Midwives Association
Jalan Johar Baru V/13.D
Jakarta Pusat
Jakarta
Indonésie

Mme Isabel Theodora Makondekwa
Caixa Postal 1492 - C
Luanda
Angola

Mme Maria G. Siliwau Masa
P.O. Box 1630
Boroko, National Capital District
Papouasie-Nouvelle-Guinée

Mme Laurel McCarthy
Director of Nursing
Yarrabah Hospital
19 Smith Street
Yarrabah Qld 4871
Australie

Dr Husna Memon
28/142 Defence Housing Society
Hyderabad Sindh
Pakistan

Mme Boswa Molotsi
Institute of Health Science
P.O. Box 985
Gaborone
Botswana

Mme Stella Mpanda
Faculty of Nursing
P.O. Box 65004
Dar Es Salaam
Tanzanie

Mme Christina Mudokwenyu
10-26 Avenue Famona
Bulawayo
Zimbabwe

Mme Olinda Daniel Mugabe
SMI/CIDADE de Maputo
C.P. 264
Maputo
Mozambique

Dra H. Noertjaja
Center for Health Education
Jl. Hang Jebat III
F.3 Kebayoran Baru
Jakarta Selatan, Indonésie

Mme Margaret O. Nyakuni
Domicilliary Midwifery Services
Mulago Hospital
P.O. Box 7051
Kampala
Ouganda

Rev. Sr. Mary Venard Okolike
School of Midwifery
Bishop Shanahan Hospital
P.O. Box 19
Nsukka
Enugu State
Nigéria

Mme Priscilla Lovia Owusu-Asiedu
St Jude Hospital
P.O. Box 311
Obuasi
Ghana

Mme Clara Pasha
Principal
College of Nursing
Pakistan Institute of Medical Sciences
Islamabad
Pakistan

Mme Florence Quarcoopome
Ghana Registered Midwives Association
P.O. Box 147
Accra
Ghana

Mme Bushra Rashid
Banlaw No. 6 Shamsi Road
Mardan N.W.F.D.
Pakistan

Mme Neang Ren
SCF (UK) Cambodia
P.O. Box 2420
Bangkok 10501
Thaïlande

Mme Guadalupe Trueba
Director
Education Program on Maternal/
Infant Care at CIHIGEW Hospital
Calle 23 #40, Club de Golf Mexico
Mexico 14620, D.F.
Mexique

Mme Teresa A. Vitorino
Instituto de Ciencias de Saude
Direccio Provincial
Nampula
Mozambique

Mme Alina Mihaela Vostinaru
Medical Nurse
9-11 Vidaru Street
Apt 27
Cluj-Napoca-3400
Bucarest
Roumanie

Mme Deki Wangmo
Midwifery Tutor
Royal Institute of Health
Sciences
Thimphu
Bhoutan

ANIMATRICES/ORGANISATRICES

Mme Carol Hird
President, ICM
18-1960 Rufus Drive
North Vancouver
British Columbia
V7J 3L7
Canada

Mme Evelyne W. Isaacs
Responsable régionale, Soins infirmiers
Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de l'Afrique
B.P. No. 6
Brazzaville
Congo

Mme Edna Adan Ismail
Représentante de l'OMS
B.P. 2085
Djibouti
République de Djibouti

Mme Agnès Jacobs
Scientifique
Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse

Mme Rosemary Jenkins
The Royal College of Midwives
15 Mansfield Street
London W1M 0BE
Royaume-Uni

Mme Angela Kamara
Center for Population and FH
60 Haven Avenue 8-3
New York, NY 10032
Etats unis d'Amérique

Mme Margaret H. Peters
Director, ICM
132 Grattan Street
Carlton 3053
Australie

Mme Lee Saxell
2043 Ferndale St.
Vancouver
British Columbia
V5L 1YZ
Canada

Mme Mary Ellen Stanton
American College of Nurse Midwives
1522 K Street N.W.
Suite 1000
Washington, D.C.
Etats unis d'Amérique

Dr D. Sungkhobol
Responsable régionale, Soins infirmiers
Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi 110002
Inde

Soeur Anne Thompson
ICM Treasurer
10 Barley Mow Passage
Chiswick, London W4 4PH
Royaume-Uni

Mme Holliday Tyson
c/o Association of Ontario Midwives
PO Box 85 Station C
Toronto
Ontario
M6J 3M7
Canada

Mme Joan Walker
Secretary General, ICM
10 Barley Mow Passage
Chiswick, London W4 4PH
Royaume-Uni

Mme Friederike Wittgenstein
Division de la Santé de la Famille
Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse

Annexe B Ordre du jour

Vendredi 7 mai

INTRODUCTION

- 9 h 15 **Bienvenue**
- Sœur Anne Thompson
- 9 h 20 **Discours de motivation**
- Dr Duangvadee Sunghkabol
- 9 h 45 Présentation de la présidente et des rapporteurs de l'atelier

SESSION 1 - INTRODUCTION A L'EVALUATION ET A L'AMELIORATION DE LA QUALITE

- 9 h 50 **Exposé sur la qualité des soins**
- Mme Rosemary Jenkins
- 10 h 50 Discussions de groupe
- 14 h 00 **Caractéristiques des soins de qualité**
- Présentations par les groupes

SESSION II - PREMIERES ETAPES DE L'EVALUATION DE LA QUALITE

- 15 h 00 **Premiers jalons sur la voie de l'évaluation de la qualité**
- Mme Angela Kamara
- 15 h 45 Discussions de groupe
- 16 h 45 **Information disponible pour l'évaluation de la qualité**
- Présentations par les groupes
- 17 h 30 Projection vidéo : **Assurer une maternité sans risque partout dans le monde** (Family Care International)

Samedi 7 mai

SESSION III - MISE AU POINT D'INDICATEURS ET D'INSTRUMENTS D'EVALUATION

9 h 30 **Choix d'indicateurs de la maternité sans risque**

- Mme Mary Ellen Stanton

10 h 10 **Collecte de données et développement des instruments d'évaluation des soins obstétricaux prodigués par les sages-femmes**

- Mme Evelyn Isaacs

11 h 00 Discussions de groupe

14 h 00 **Indicateurs proposés pour les principales causes de mortalité maternelle**

- Présentations par les groupes

SESSION IV - PLANS D'ACTION INDIVIDUELS

15 h 45 Elaboration de plans d'action individuels

SESSION V - DECLARATION D'ACTION

16 h 30 Rédaction des versions provisoire et définitive de la déclaration d'action de l'atelier pré-congrès

CLOTURE

17 h 15 **Résumé de l'atelier**

- Mme Helga Schweitzer

17 h 45 **Remarques de conclusion**

- Mme Agnès Jacobs

- Sœur Anne Thompson

17 h 55 **Remerciements**

- Participantes

Annexe C Fiches vierges de collecte de données sur la qualité des soins obstétricaux prodigués par les sages-femmes (à photocopier ou à reproduire)

- Définition du problème
- Information de base
- Mesure
- Résultats
- Action

Problème : Énoncez le problème simplement. Ne traitez qu'une question à la fois sinon il vous sera difficile de déterminer les mesures nécessaires pour améliorer les soins. Par exemple :

Vous constatez :

"Le taux d'anémie clinique est trop élevé". Ne soyez pas tenté d'ajouter "et l'hypertension n'est pas dépistée suffisamment tôt".

Faites une fiche distincte pour chaque problème, car vous devrez réunir différents types de données et les analyser séparément. Les mesures que vous devrez adopter au bout du compte seront peut-être différentes pour chaque problème.

Il importe de dégager les faiblesses du service avant de fixer les objectifs. L'information de base qui permettra de cerner ces lacunes devra être réunie avant de décider des objectifs (voir 3.2.2 Information de base). Il ne sera peut-être pas possible de fixer des objectifs pour chaque point faible ou problème. Les objectifs doivent être réalistes. On pourra en fixer d'autres une fois que les premiers auront été atteints.

Les objectifs spécifiques pourront concerner les **activités clés garantissant la qualité des soins** ou la **prestation des services** nécessaires pour résoudre le problème que vous avez mis en lumière.

DEFINITION DU PROBLEME

PROBLEME

50% des femmes ont un taux d'hémoglobine inférieur à 9 g/dl au début du travail

**OBJECTIFS SPECIFIQUES
POUR LA QUALITE**

(1)

(2)

(3)

(4)

Population à étudier

Ressources actuelles

Dotation en personnel

Principales faiblesses

Ces rubriques doivent être remplies au regard du problème que vous vous proposer de mesurer. Vous souhaiterez peut-être, par exemple, étudier un problème propre à un centre de santé donné ou à tout un district. Vous devrez recenser les effectifs et les ressources pour le lieu que vous étudiez. L'objet de l'évaluation déterminera les autres indications que vous fournirez dans cette section. Ainsi, si l'un de vos objectifs spécifiques est le diagnostic précoce de l'hypertension, vous indiquerez le nombre de sphygmomanomètres, mais omettez de préciser les fournitures en seringues.

Consacrez suffisamment de temps à cette section et, si possible, remplissez-la après avoir consulté vos collègues sur les questions suivantes :

- a) quelles sont les informations pertinentes?
- b) quel est la méthode la plus appropriée pour réunir ces informations?

INFORMATION DE BASE

Population à étudier	Lieu Nombre total de sujets Facteurs culturels Accessibilité aux services		
Ressources actuelles	Bâtiments	Hôpital	
		Lits disponibles: Salles de consultation Capacité de la salle d'attente Locaux réservés au traitement	
	Matériel disponible	Hôpital	
	Matériel individuel (conservé par le personnel)		
Dotation en personnel	Sages-femmes		Autre personnel
	Nombre Lieu d'affectation communauté..... Compétences spécialisées (le cas échéant)		Autre personnel Statut Lieu d'affectation Compétences spéciales
Principales faiblesses	(1) (2) (3) (4)		

Dressez la liste de tous les éléments mesurables qui constituent des soins de bonne qualité s'agissant du problème de santé que vous étudiez. Si possible, discutez-en avec vos collègues. Il n'est pas nécessaire d'établir un indicateur pour chaque rubrique si celle-ci ne se rapporte pas à votre sujet, ni de compter le nombre d'indicateurs que la fiche vous permet d'utiliser. Il est préférable de choisir quelques indicateurs parmi les plus significatifs plutôt qu'un nombre important d'indicateurs moins pertinents. L'évaluation en sera plus aisée et le résultat aussi bon, voire meilleur.

Assurez vous que chacun a compris en quoi consiste l'opération et ce qu'on attend de lui. Déterminez précisément la forme sous laquelle les résultats seront présentés et vérifiez que la méthode choisie convient bien. Par exemple, si vous souhaitez présenter les données sous la forme d'un pourcentage ou d'une fraction, il vous faudra connaître le numérateur et le dénominateur. Si vous envisagez une présentation en graphique pour dégager une tendance, vous devrez réunir des séries de données chronologiques.

Lorsque vous fixez un calendrier pour l'évaluation, prévoyez une deuxième réunion avec ceux de votre groupe qui ont choisi les indicateurs, en vue de discuter ensemble des résultats.

MESURE

INDICATEURS A MESURER								
Catégorie indicateur	Définition		Source d'information	Fréquence de collecte	Dates de la collecte	Responsable	Mode de présentation des résultats	Date de déci-der mesures
Résultats	(a)							
	(b)							
	(c)							
Couverture	(a)							
	(b)							
	(c)							
Appui	(a)							
	(b)							
	(c)							
Qualité	(a)							
	(b)							
	(c)							
Impact/ Efficacité	(a)							
	(b)							
	(c)							

Cette partie de la fiche vous permet de répertorier un ou plusieurs groupes de statistiques à partir des données que vous avez recueillies. Si le résultat se limite à un chiffre (par exemple "10% souffrent d'anémie"), vous pouvez l'inscrire dans la colonne des résultats. Si les résultats sont présentés en graphique ou en diagramme à bâtons, indiquez le numéro de référence de celui-ci et faites-le figurer au dos de la fiche. Ne confondez pas les colonnes de dates. Par exemple, si un indicateur est mesuré tous les trois mois et un autre tous les six mois, le premier devra apparaître dans chaque colonne, et le second une fois sur deux. Quatre colonnes ont été prévues pour une évaluation trimestrielle, de sorte que la fiche couvre une période d'un an. On peut en ajouter d'autres si l'on effectue des observations locales plus fréquentes.

Cette fiche se présente en trois parties :

Evaluation des résultats

Il vaut mieux effectuer cette opération complexe en commun avec des collègues. L'analyse des résultats obtenus à l'aide des indicateurs et les conclusions à en tirer doivent faire l'unanimité. Indiquez ici les domaines à améliorer.

Information en retour

Il faut dresser la liste des personnes à informer et fixer la date à laquelle les résultats leur seront communiqués. N'omettez aucun de ceux qui ont pris part à la collecte de données : parmi eux figurent peut-être ceux qui devront modifier leur pratique et ils doivent en connaître la raison. Les personnes chargées de recueillir les données feront également mieux leur travail si elles savent quel en est le but.

Application des mesures

Il s'agit de l'étape finale du processus; elle exige une analyse rigoureuse de toutes les informations réunies. Les mesures nécessaires devraient être classées par rang de priorité.

- Désignez la personne chargée d'appliquer chaque mesure
- Veillez à confier des tâches réalisables : il ne sert à rien de charger quelqu'un de prélever régulièrement des échantillons de sang s'il n'y a pas de seringues. En l'occurrence, il faut d'abord assurer l'approvisionnement en seringues pour ensuite prélever des échantillons.
- Nous vous avons recommandé plus haut d'analyser les problèmes séparément; à ce stade, vous devriez confronter les différents plans d'action que vous avez adoptés. Si certaines mesures sont indépendantes les unes des autres, d'autres modifications dans le domaine des soins cliniques ou de la prestation de services peuvent être liées.

ACTION

A décider avant		
Evaluation des résultats		
Information en retour communiqué à:		
1)	Date:	
2)	Date:	
Méthode:		
	Plan d'action	Calendrier de mise en oeuvre
Administrateur de district 1		
Ecole de sages-femmes 2		
Administrateur de district (contacter l'UNICEF ou organisme semblable) 3		
Sage-femme W 4		

Annexe D Aides visuelles - principes régissant l'évaluation de la qualité

MATERIEL D'ENSEIGNEMENT

L'évaluation et l'assurance de la qualité sont des principes nouveaux pour beaucoup d'agents de santé, y compris les sages-femmes. On a tenu compte du fait que celles-ci souhaiteraient peut-être se constituer en petits groupes pour assimiler ces principes. A des fins pédagogiques, quelques uns des principes clés sont présentés ci-après dans un format qui pourra être photocopié ou reproduit sur un transparent de rétroprojecteur.

1. Principes généraux régissant la collecte de données
2. Types d'indicateurs
3. Moyens de collecte d'informations
4. Sources d'information
5. Caractéristiques que doivent présenter de bons indicateurs
6. Méthodes de synthèse et de présentation des données

Principes généraux régissant la collecte de données

- Préciser clairement le but de la collecte d'informations, c'est-à-dire définir le problème
- Choisir des instruments de mesure (indicateurs) qui fourniront des réponses pertinentes sur le sujet étudié
- Déterminer la (les) source(s) d'information
- Décider des moyens de collecte et désigner les personnes chargées de réunir l'information
- Décider des moyens d'enregistrement de l'information
- Choisir la méthode la plus appropriée pour effectuer l'analyse et en enregistrer les résultats
- Etablir un processus d'information en retour
- Dégager les mesures à prendre à l'issue de l'analyse et de l'évaluation d'information

Types d'indicateurs

1. Indicateurs relatifs à la politique
2. Indicateurs de mise en oeuvre
3. Indicateurs des résultats
4. Indicateurs de la couverture
5. Indicateurs du soutien
6. Indicateurs de la qualité
7. Indicateurs de l'impact/de l'efficacité

Moyens de collecte de l'information

- Listes de contrôle
- Interrogatoires
- Consultation des données systématiquement recueillies aux niveaux national et du district
- Analyse des registres cliniques
- Observation directe des soins dispensés
- Indicateurs de la qualité

Sources d'information

L'information est disponible à 3 niveaux :

AU NIVEAU NATIONAL

données nationales recueillies systématiquement

AU NIVEAU DU DISTRICT

information sur les services assurés et la population

AU NIVEAU LOCAL

information sur les services locaux, la population locale et les soins cliniques

Caractéristiques que doivent présenter de bons indicateurs

- Intelligibles et utiles
- Orientés vers l'action
- Propices à une synthèse
- Valides et fiables
- Sélectifs

Méthodes de synthèse et de présentation des données

- Présentation factuelle
- Pourcentage
- Taux
- Fraction
- Graphique
- Lors de discussions de groupe portant sur un cas ou un sujet précis