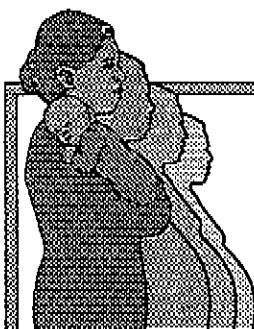


54746

WHO/FHE/MSM/94.14
Distr.: GÉNÉRALE

E: 53199



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

**INDICATEURS POUR LA SURVEILLANCE
DES PROGRÈS RÉALISÉS EN VUE DES
OBJECTIFS FIXÉS POUR LA SANTÉ
MATERNELLE**

Rapport d'un Groupe de Travail technique
Genève, 8-12 novembre 1993



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

© World Health Organization, 1994

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced and translated, in part or in whole, but not for sale nor for use in conjunction with commercial purposes.

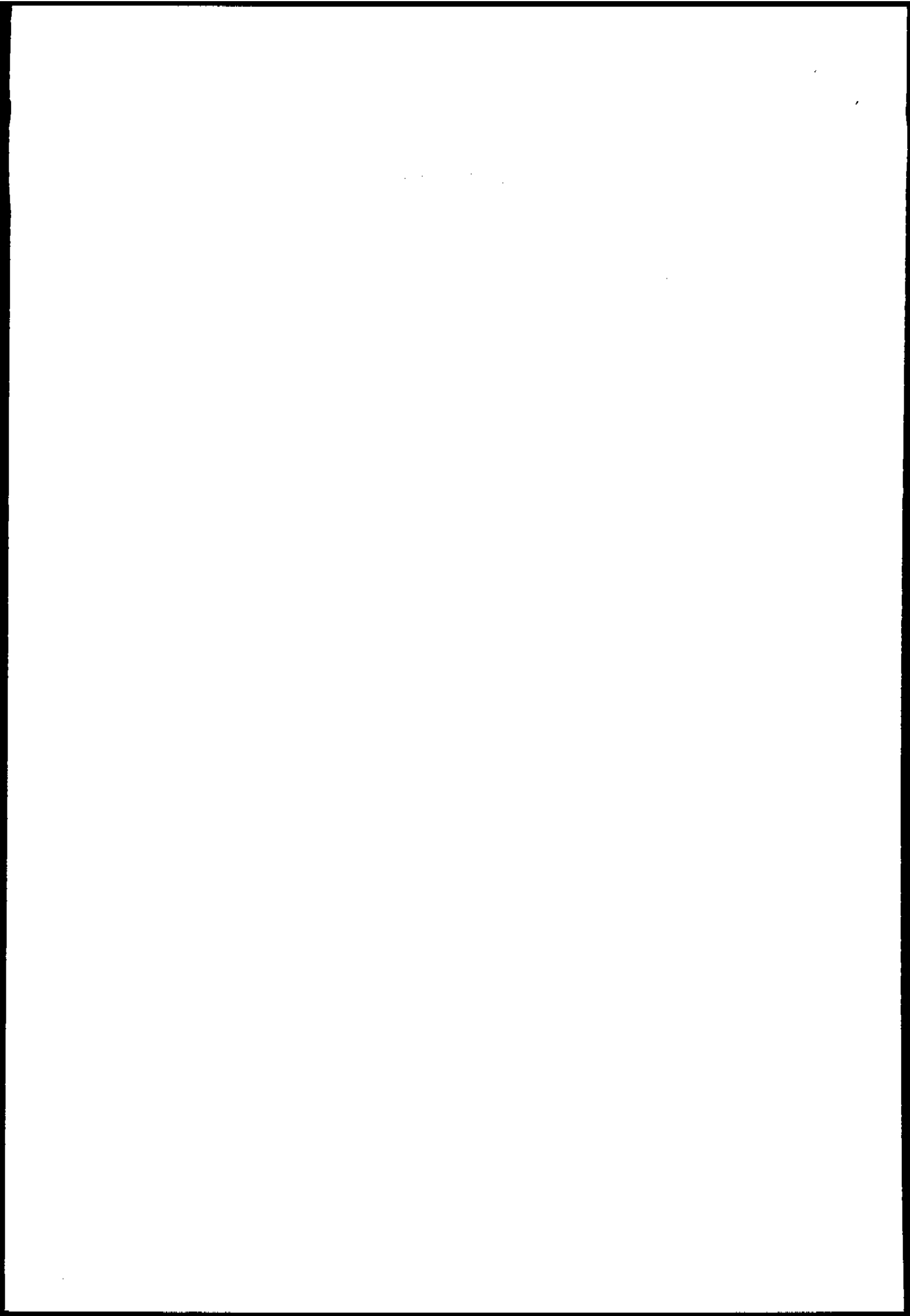
The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

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.	INTRODUCTION	1
2.	GENERALITES	2
2.1	Types d'indicateurs	2
2.2	Choix des indicateurs	3
2.3	Plan retenu pour l'examen des indicateurs	5
3.	INDICATEURS UTILISABLES	7
3.1	Indicateurs proposés lors du Sommet mondial	7
3.1.1	Nombre annuel de décès maternels et ratio de mortalité maternelle ...	7
3.1.2	Proportion de femmes vues au moins une fois pendant leur grossesse par une personne qualifiée.	11
3.1.3	Proportion d'accouchements pratiqués par du personnel de santé qualifié	13
3.1.4	Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux essentiels pour 500 000 habitants	15
3.2	Autres indicateurs proposés pour la surveillance des objectifs fixés en matière de santé maternelle	17
3.2.1	Proportion de complications obstétricales prises en charge dans des établissements dispensant des soins obstétricaux essentiels	17
3.2.2	Césariennes en proportion du total des naissances dans la population	21
4.	INDICATEURS A L'ETUDE	23
4.1	Taux de létalité pour les complications obstétricales directes	23
4.2	Taux de mortalité périnatale	24
4.3	Pourcentage de la population habitant à moins d'une heure de distance d'un centre de santé dispensant des soins obstétricaux essentiels ...	25
5.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	26
5.1	Ordre de priorité des indicateurs	26
5.2	Recommandations	27
5.3	Mesures à prendre	27
Appendice 1	Liste des participants	29
Appendice 2	Mandat	31
Appendice 3	Ordre du jour	32
Appendice 4	Liste des documents de travail	33
Appendice 5	Définition des personnels obstétricaux qualifiés	34
Appendice 6	Cadre d'enquête sur la mortalité maternelle. Liste de questions .	35
Appendice 7	Définition des soins obstétricaux essentiels au centre de santé et à l'hôpital	39
Appendice 8	Indicateurs pour la surveillance des objectifs sanitaires recommandés par le Sommet mondial pour les enfants	40



1. INTRODUCTION

Afin que les interventions destinées à améliorer la santé maternelle aient toutes les chances de succès, il faut savoir si elles sont adéquates, à quel rythme elles sont mises en oeuvre et quel est leur impact. Lors du Sommet mondial pour les enfants, en 1990, l'OMS et l'UNICEF se sont fixé deux objectifs qui intéressent directement la maternité sans risque et ont proposé cinq indicateurs pour la surveillance des progrès réalisés au niveau national, la gestion des programmes et la notification des données au niveau international (Tableau 1)¹. La mise en oeuvre de politiques, de programmes et de services de santé suppose qu'ont été fixés des buts ou objectifs à atteindre et les progrès réalisés vers ces buts sont mesurés à l'aide d'indicateurs. Ils sont le reflet des résultats obtenus et déterminent les orientations à donner aux programmes. La surveillance des progrès accomplis consiste essentiellement à comparer des indicateurs dans le temps et dans différentes populations.

L'OMS et l'UNICEF appuient et encouragent la surveillance des tendances de la situation sanitaire et l'établissement d'indicateurs à cette fin. Ces deux organisations ont adopté un ensemble d'indicateurs que les pays sont invités à utiliser pour suivre les progrès accomplis en vue des objectifs fixés lors du Sommet mondial pour les Enfants. Plusieurs de ces indicateurs concernent la santé des femmes, notamment ceux sur la mortalité maternelle, la couverture des soins prénatals et obstétricaux, l'anémie chez les femmes, l'insuffisance pondérale à la naissance et le recours à la contraception.

Le groupe de travail avait pour mandat d'examiner les seuls indicateurs qui ont directement trait à la mortalité maternelle et à la couverture des soins prénatals et obstétricaux afin de conseiller les pays sur les moyens de les recueillir et de les utiliser. Des conseils sur la collecte des données se rapportant aux autres buts à atteindre dans le domaine de la santé maternelle seront fournis ultérieurement.

Tableau 1. Objectifs et indicateurs pour la santé maternelle

Objectifs	Indicateurs recommandés ¹
(2) "Entre 1990 et l'an 2000 réduire de moitié le taux de mortalité maternelle"	Taux ratio de mortalité maternelle : nombre annuel de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes ² Nombre annuel de décès maternels
(11) "Faire en sorte que toutes les femmes enceintes aient accès aux soins prénatals, qu'elles soient assistées lors de l'accouchement par des personnes formées à cet effet et qu'elles aient accès à des services d'orientation en cas de grossesse à haut risque ou d'urgence obstétricale"	Proportion de femmes vues au moins une fois pendant leur grossesse par une personne qualifiée ² Proportion d'accouchements pratiquée par du personnel de santé qualifié ² Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux essentiels pour 500 000 habitants

Source : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unis pour l'Enfance (UNICEF) *Sommet mondial pour les enfants: indicateurs sanitaires et méthodes de surveillance*. 4 Octobre 1993. Genève

¹ Objectifs et indicateurs recommandés par l'OMS et l'UNICEF pour la surveillance des progrès et la gestion des programmes au niveau national et la notification des données au niveau international.

² Indicateurs également recommandés dans le canevas et format communs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des Stratégies de la Santé pour Tous d'ici l'an 2000.

Afin d'aider les pays à recueillir et à analyser les données nécessaires à la surveillance des progrès réalisés en vue des objectifs fixés pour la santé maternelle, le Programme Santé maternelle et Maternité sans risque a chargé un groupe de travail technique d'examiner les objectifs qui concernent la santé maternelle et la couverture des soins et de formuler des recommandations sur les méthodes à mettre en oeuvre pour la collecte des données.

Ce groupe de travail technique était composé d'experts ayant une expérience de la surveillance des activités en faveur de la santé maternelle et représentait tous ceux qui recueillent des données ou utilisent des indicateurs à tous les niveaux : international, national, sous-national ou programmes. Il s'est réuni à une époque où se dégage un consensus sur le contenu des programmes destinés à améliorer la santé maternelle et l'ensemble des indicateurs jugés essentiels pour suivre les progrès accomplis, et où s'affirme la nécessité de fournir des conseils sur les moyens de recueillir et d'utiliser ces indicateurs.

Les objectifs de la réunion étaient les suivants :

- 1) faire le point des expériences de l'utilisation d'indicateurs de la maternité sans risque pour la surveillance des progrès accomplis au niveau national et la notification des données au niveau international. Notamment, examiner la validité des définitions, des critères, des sources et méthodes de collecte des données et de la présentation des indicateurs);
- 2) à la lumière de ces expériences, proposer éventuellement des améliorations pour la définition des indicateurs ainsi que pour la collecte et la présentation des données;
- 3) étudier les avantages et les inconvénients d'éventuels indicateurs de substitutions pour la surveillance des progrès réalisés en vue des objectifs fixés pour la santé maternelle lors du Sommet mondial pour les Enfants; et
- 4) formuler des recommandations sur un nombre restreint d'indicateurs susceptibles d'être utilisés au niveau sous-national (région et/ou district) pour la surveillance des changements intervenant dans la couverture et la qualité des soins de santé maternelle. Ces recommandations devaient porter sur les mêmes points que ci-dessus, à savoir la validité des définitions, des critères, des sources et des méthodes de collecte des données et des types de présentation.

La liste des participants figure à l'Appendice 1. Le Dr M. Koblinsky et Mme V. Filippi ont été nommées respectivement président et rapporteur. Les documents préparés pour la réunion sont énumérés à l'Appendice 4. Le présent rapport résume les discussions du groupe et présente des suggestions pour un texte supplémentaire à la suite de la réunion.

2. GENERALITES

2.1 Types d'indicateurs

Les planificateurs de l'action de santé ont proposé et utilisé pour les indicateurs différentes classifications et terminologies. Le groupe de travail technique a fait la distinction entre les deux groupes suivants d'indicateurs :

- 1) ceux qui concernent l'impact ou les résultats des programmes de santé maternelle (par exemple le ratio de mortalité maternelle et le nombre de décès maternels);
- 2) ceux qui concernent l'exécution ou les résultats directs et intermédiaires des programmes, exposant le mécanisme de l'impact des interventions. Il s'agit, par exemple, des consultations prénatales au cours de la grossesse et du nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux essentiels pour 500 000 habitants.

Ces deux groupes d'indicateurs fournissent essentiellement des renseignements descriptifs sur les résultats et les activités des programmes de santé maternelle. Ils servent à évaluer une situation plutôt qu'à diagnostiquer des problèmes, même s'ils peuvent aussi être utilisés à cette fin. Dans l'ensemble, les indicateurs actuellement disponibles sont axés sur la mortalité maternelle plutôt que sur la morbidité, les incapacités ou le bien-être. Cela tient essentiellement au manque relatif d'expérience de la conceptualisation et de l'utilisation d'indicateurs de la santé maternelle qui ne concernent pas la mortalité. Les membres du groupe ont fait remarquer qu'il serait bon de tester et d'élaborer des indicateurs qui ne concernent pas seulement la mortalité maternelle tout en reconnaissant que cela ne relevait pas de leur mandat. L'élaboration d'indicateurs politiques qui reflèteraient l'engagement pris par ces décideurs d'assurer des soins obstétricaux essentiels au niveau national a également été évoquée. Enfin, le groupe de travail a également approuvé comme indicateur le taux de prévalence de la contraception qui permet de mieux comprendre certaines questions de santé maternelle et surtout d'interpréter les tendances de la mortalité maternelle. Il ne lui a cependant pas consacré de discussion détaillée et car il ne concerne pas à strictement parler la surveillance de la mortalité ou la couverture des prestations.

2.2 Choix des indicateurs

Le groupe de travail a examiné les indicateurs proposés pour juger de leur adéquation en fonction d'un ensemble de critères conceptuels, scientifiques et contextuels.² Il a ainsi été décidé qu'avant d'approuver un indicateur donné il fallait en préciser la place dans l'enchaînement de cause à effet entre les ressources apportées à l'exécution d'un programme, les résultats obtenus et l'impact final, qu'il ait été ou non scientifiquement prouvé (voir la Fig. 1).

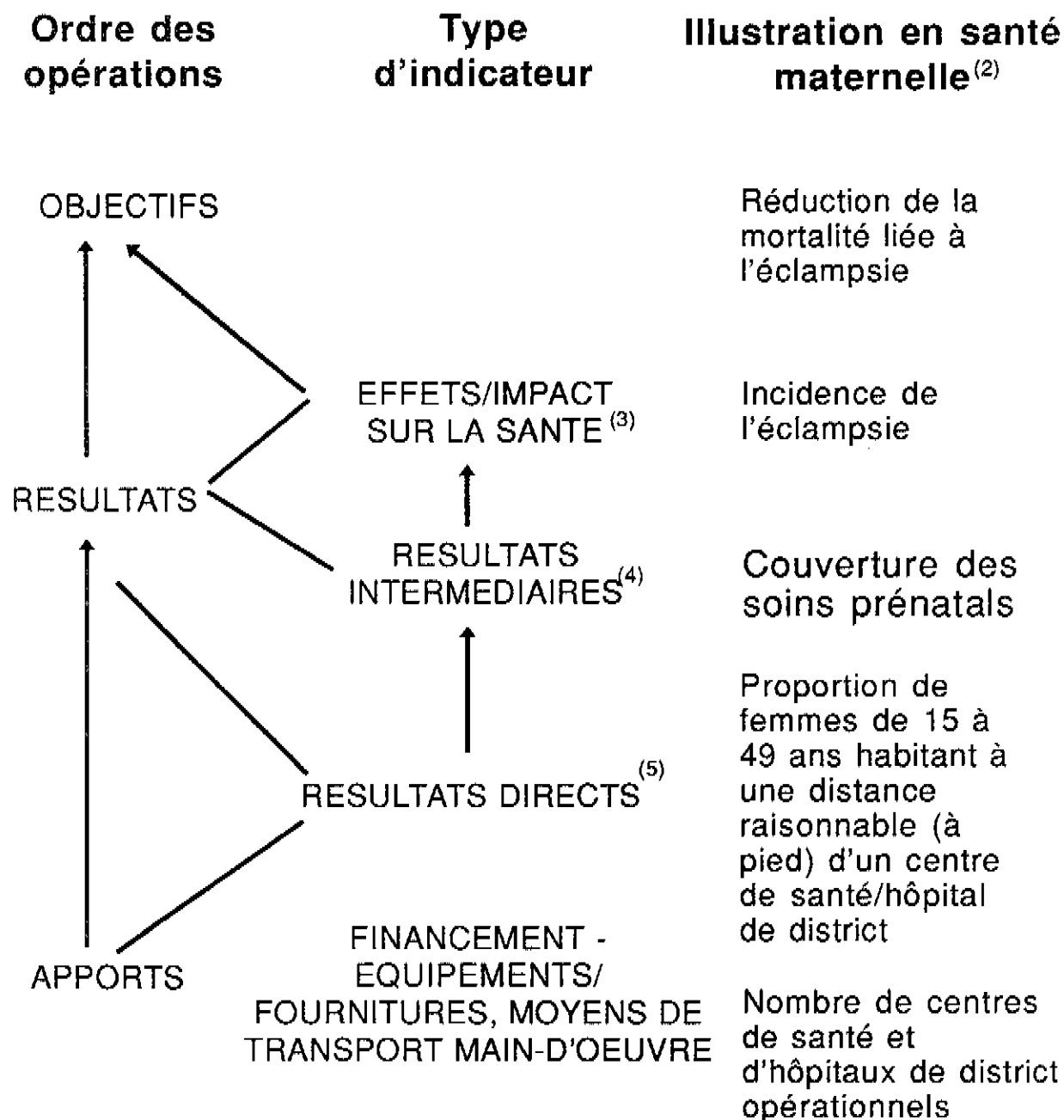
Pour les membres du groupe de travail, il est important de disposer d'un ensemble complémentaire d'indicateurs reflétant les divers aspects d'un programme depuis sa mise en oeuvre jusqu'à son impact final en vue d'une approche plus dynamique de la surveillance. En règle générale, les indicateurs devraient être orientés vers l'action et fournir des orientations pratiques.

Les qualités scientifiques que doivent avoir les indicateurs et en fonction desquelles ils ont été passés en revue sont présentées au Tableau 2.

Le groupe de travail technique est enfin convenu que dans chaque pays, des éléments d'ordre contextuel, par exemple la disponibilité, la portée et la qualité des données, mais aussi l'utilisation que l'on compte faire des indicateurs, influencent le choix et le calcul des indicateurs aux niveaux national et sous-national.

Figure 1.

TYPES D'INDICATEURS CLASSES EN FONCTION DE L'ORDRE LOGIQUE DES OPERATIONS⁽¹⁾



(1) D'après Payne (1985). Voir aussi Murnaghan (1981); Veney et Kaluzny (1984)

(2) Il s'agit ici d'un moyen seulement (planification familiale par exemple) d'atteindre le but fixé et d'un seul exemple de chaque type d'indicateur. D'autres moyens et d'autres indicateurs sont évidemment possibles.

(3) Egalement appelés "résultats sanitaires" dans la littérature.

(4) Egalement appelés "effets intermédiaires" ou "indicateurs d'exécution" dans la littérature.

(5) Essentiellement des indicateurs d'accès et d'acceptabilité (Murnaghan, 1981)

Tableau 2. Qualité scientifique requise des indicateurs sanitaires

Qualité	Définition
Valide	L'indicateur mesure effectivement le phénomène qu'il est censé mesurer
Fiable	L'indicateur donne les mêmes résultats quand il est utilisé plus d'une fois pour mesurer exactement le même phénomène
Spécifique	L'indicateur ne mesure que le phénomène qu'il est censé mesurer
Sensible	L'indicateur reflète les changements concernant le phénomène mesuré
Opérationnel	L'indicateur est mesurable (quantifiable). Des définitions et des normes ont été élaborées et testées.

Sources : Graham, W. J. Health status indicators in developing countries: a selective review. London, Commonwealth Secretariat, 1986.

Murnaghan, J. H. Health indicators and information systems for the year 2000. Annual Review of Public Health, 1981:2, pp. 299-361.

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). A UNICEF guide for monitoring and evaluation. Making a difference? New York, Evaluation Office, UNICEF, 1991.

Veney, J. E. and Kaluzny, A. D. Evaluation and decision-making for health services programs. New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1984.

2.3 Plan retenu pour l'examen des indicateurs

Le groupe de travail technique a décidé d'examiner les indicateurs selon le plan ci-après :

A. L'indicateur concerne-t-il la santé maternelle ou la mortalité maternelle ?

Il s'agit de savoir si l'indicateur est axé i) sur les aspects positifs de la santé maternelle, soit donc le bien-être de la mère ou sur des phénomènes négatifs comme la morbidité et l'incapacité, ou encore ii) sur la mortalité maternelle. La plupart des indicateurs qui ont été examinés au cours de la réunion étaient axés sur la mortalité maternelle.

B. Relation de causalité avec le résultat

Une relation de causalité, pourrait-elle être mise en évidence si des indicateurs de rendement (exécution) sont utilisés pour suppléer à des indicateurs d'impact ?

C. Définition

Cette notion a d'abord été évoquée du point de vue de la clarté de la définition statistique du numérateur et du dénominateur, mais aussi du point de vue du sens effectivement donné à l'indicateur afin d'en faciliter l'interprétation. La validité, la fiabilité et l'utilisation pratique de l'indicateur ont aussi été examinées dans ce contexte (voir le Tableau 2).

D. L'indicateur facilite-t-il la gestion programmatique ?

Le groupe de travail technique a souligné que les indicateurs devraient être orientés vers l'action et fournir des orientations pratiques aux niveaux sous-national, national ou international. Il a par ailleurs jugé inutile de proposer de nouveaux indicateurs qui ne faciliteraient pas la gestion des programmes. Les indicateurs peuvent être établis et utilisés aux échelons suivants : local (c'est-à-dire au-dessous du district), district, national et international. Chaque indicateur est examiné du point de vue de son utilisation à ces différents échelons et de son utilité pour la gestion des programmes.

Etant donné le rôle important que jouent les indicateurs pour déterminer si les buts fixés ont été atteints selon le calendrier prévu, l'aptitude à s'adapter à d'éventuels changements des indicateurs et la périodicité de la collecte des données ont également été évoquées sous cette rubrique.

E. Sources et méthodes de collecte des données

Les données proviennent aussi bien des sources habituelles (registre de l'état civil, systèmes d'information des services de santé) que d'études épidémiologiques rapides par exemple à l'aide de méthodes d'évaluation rapide, d'enquêtes dans les ménages ou de systèmes de surveillance sentinelle. La question de l'utilité de la surveillance sentinelle est très importante, mais le groupe de travail n'a pu y apporter de réponse satisfaisante étant donné le flou qui caractérise actuellement la définition de ces systèmes³ et le manque d'expérience de leur utilisation dans le domaine de la santé maternelle.

F. Présentations recommandés

Le groupe a surtout évoqué le degré de désagrégation requis au niveau sous-national pour mettre en relief les questions d'équité. Des suggestions ont également été faites pour évaluer la portée et la qualité des données.

3. INDICATEURS UTILISABLES

Les indicateurs immédiatement utilisables sont au nombre de huit (Tableau 3). Cinq d'entre eux ont été recommandés par le Sommet mondial pour les enfants et les autres résultent de l'expérience pratique des membres du groupe de travail. Leurs principales caractéristiques sont résumées au Tableau 4.

3.1 Indicateurs proposés lors du Sommet mondial

3.1.1 Nombre annuel de décès maternels et ratio de mortalité maternelle¹

A. Ces indicateurs concernent-ils la santé maternelle ou la mortalité maternelle ?

Ils visent à mesurer les progrès accomplis en vue d'une diminution de la mortalité maternelle.

B. Relation de causalité avec le résultat

Ce sont des indicateurs de la mortalité maternelle.

C. Définitions

Ce sont des indicateurs d'impact ou de résultats sanitaires.

Pour ce qui concerne le numérateur, la dixième *révision de la classification internationale des maladies* (CIM-10) donne trois définitions de la mortalité maternelle : i) une définition du décès maternel semblable à celle qui figure dans la CIM-9; ii) une définition du décès maternel tardif, survenu plus de 42 jours mais moins d'une année après la terminaison de la grossesse; et iii) le décès en rapport avec la grossesse qui survient chez une femme enceinte ou dans les 42 jours qui suivent la terminaison de la grossesse quelle qu'en soit la cause, même annexe et accidentelle.⁴

Au sujet des décès maternels tardifs, le groupe de travail technique a estimé qu'il serait de plus en plus important de les enregistrer à mesure que se développent les pays et que peuvent être mises en oeuvre des techniques de plus en plus perfectionnées permettant de sauver des vies après le délai de 42 jours.

L'un des grands avantages de la catégorie des décès en rapport avec la grossesse est qu'elle évite d'avoir à déterminer les causes du décès, et donc à recueillir des renseignements cliniques très précis. Paradoxalement, cependant, le groupe de travail recommande que, lorsque cela est possible, les décès en rapport avec la grossesse soient enregistrés par cause. Ainsi, faire de la violence une cause conduirait à classer parmi les décès maternels un nombre importants de décès qui, actuellement n'apparaissent pas dans cette catégorie. Les décès par violence sont

¹ Les objectifs du Sommet mentionnent le taux de mortalité maternelle étant entendu que les naissances vivantes constituent le dénominateur. Au sens strict du terme, il s'agit là d'un rapport ou ratio. Le taux de mortalité maternelle utilise comme dénominateur les femmes en âge de procréer. En raison de la confusion qui résulte de l'emploi de ces deux termes, il est toujours très important de préciser quel est le dénominateur utilisé. Dans le présent rapport, le mot "ratio" a toujours été utilisé lorsque les naissances vivantes constituent le dénominateur.

généralement considérés comme accidentels et n'entrent donc pas dans la définition des décès maternels directs ou indirects. Il a été noté que certains hôpitaux utilisaient les décès accidentels afin d'améliorer leurs statistiques. Si ces décès étaient classés dans la rubrique des décès en rapport avec la grossesse, on obtiendrait peut-être une meilleure estimation du ratio de mortalité maternelle dans tel ou tel hôpital.

Aux fins de l'analyse des tendances, le groupe de travail a cependant recommandé que, dans la mesure du possible, la définition du numérateur reste identique dans le temps.

Pour ce qui concerne le dénominateur du ratio de la mortalité maternelle, la règle est d'utiliser le nombre des naissances vivantes. Ainsi qu'il est indiqué ailleurs, cette méthode conduit à sous-estimer le nombre total de femmes enceintes et de parturientes exposées.⁵

D. Ces indicateurs facilitent-ils la gestion des programmes ?

Ils sont extrêmement utiles pour la notification de données aux niveaux national et international. Cela étant, bien qu'ils donnent une idée de l'ampleur du problème, ils n'indiquent pas comment le résoudre. Mesurer de tels indicateurs pour eux-mêmes sans recueillir d'informations supplémentaires ne faciliterait donc pas la gestion programmatique.

Le groupe de travail s'est demandé si le nombre des décès maternels devait être retenu comme indicateur dans la mesure où il n'a pas de dénominateur. Il a recommandé qu'il soit exclu de la série des indicateurs de la maternité sans risque à des fins de surveillance et de comparaison aux niveaux national et international. En revanche, aux niveaux local, du district et des services, ce chiffre attire l'attention sur les décès maternels et peut être utilisé dans des études de cas pour améliorer les activités des programmes. Il faut cependant savoir que lorsque le nombre total des décès maternels est faible - ce qui est le cas lorsque le nombre total des naissances vivantes est faible - il y a inévitablement des fluctuations aléatoires qui compliquent beaucoup toute analyse du numérateur. L'étude du nombre des décès maternels fera apparaître des variations importantes d'une année sur l'autre, même au niveau national (sauf peut-être dans les pays très peuplés où la fécondité et la mortalité maternelle sont élevées). Il sera alors préférable d'examiner les tendances sur la base de moyennes mobiles sur trois ou cinq ans.

Au sujet de la périodicité de la collecte des données, le groupe a noté que ces deux indicateurs ne sont guère sensibles aux changements en raison de la rareté relative des événements mesurés. Dans ces conditions, lorsque les données de routine sont inadéquates, des enquêtes spéciales ne devraient être faites que sur des périodes de cinq ans ou plus.

E. Sources et méthodes de collecte des données

Les sources des données et les méthodes de collecte utilisées pour mesurer les indicateurs de la mortalité maternelle ont fait l'objet de nombreux articles.^{5,6} Pour la surveillance dans la population, les données disponibles au niveau de la communauté sont la meilleure source d'information, et le groupe de travail a fait remarquer que les ratios de mortalité maternelle établis dans les hôpitaux étaient impossibles à interpréter - sauf au niveau national où toutes les naissances et tous

les décès surviennent dans des établissements hospitaliers et sont correctement classés - car il est impossible de savoir dans quelle direction ils peuvent être biaisés.

Afin d'améliorer l'enregistrement des décès maternels, le groupe de travail a recommandé que les pays notifient l'état de grossesse sur les certificats de décès.

F. Présentation recommandée

Afin de faciliter l'interprétation des données, on fournira, chaque fois que possible, des informations supplémentaires sur les points suivants :

- 1) **Lieu du décès :** à domicile, dans un établissement de santé ou lors du transport vers un service de santé.
- *2) **Nombres absolus :** pour le numérateur et le dénominateur, afin de pouvoir calculer la précision de l'estimation.
- *3) **Définition du numérateur :** cas classés selon les définitions du décès maternel, du décès maternel tardif et du décès en rapport avec la grossesse proposées dans la CIM-10 ou codées d'après une version antérieure de la CIM.
- *4) **Définition du dénominateur :** naissances vivantes, ensemble des naissances ou des grossesses. Il serait préférable d'inclure toutes les grossesses dans le dénominateur mais ce nombre des naissances vivantes est plus facile à établir. Là où il sera peut-être difficile d'obtenir le nombre des naissances vivantes, on pourra calculer le total estimatif des naissances sur la base des résultats de recensements de la population totale et des taux bruts de natalité dans une région donnée. Total des naissances attendues = population x taux de natalité.
- *5) **Année de référence et durée :** nombre d'années couvertes par l'estimation et année de référence pour l'estimation.
- *6) **Définition de la population :** population ou sous-groupes de population auquel se réfèrent les données.
- *7) **Source des données :** données recueillies systématiquement (registres de l'état civil, services de santé), études spéciales, relations empiriques ou modèles, etc. Il conviendra de préciser si différentes sources ont été utilisées pour le numérateur et le dénominateur.
- 8) **Qualité des données :** le groupe de travail a reconnu qu'il était important d'avoir une idée de la qualité des informations, notamment à des fins de comparaisons au niveau international, et qu'il faudrait que l'OMS mette au point une approche systématique à cette fin.
- 9) **Nombres absolus à tous les échelons de désagrégation :** les données pourraient être désagrégées par zones urbaines/rurales et région géographique ou administratives. Les nombres absolus devraient être fournis pour le numérateur et le dénominateur.

* Suggéré par la communication de données au niveau international.

Tableau 3 Indicateurs proposés par le Sommet mondial pour les enfants (octobre 1993) et le groupe de travail technique de l'OMS (novembre 1993) pour suivre les progrès réalisés en vue de la réduction de la mortalité maternelle

Cinq indicateurs proposés par le Sommet mondial (OMS et UNICEF)	Huit indicateurs utilisables proposés par le groupe de travail technique	Trois indicateurs à l'étude (groupe de travail technique)
a. Taux de mortalité maternelle : nombre annuel de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes	a. Même indicateur, mais "ratio de mortalité maternelle"	
b. Nombre annuel de décès maternels	b. Même indicateur	
c. Proportion de femmes vues au moins une fois pendant leur grossesse par une personne qualifiée.	c. Proportion de femmes vues au moins une fois pendant leur grossesse par une personne qualifiée pour des raisons liées à la grossesse et adoption d'une nouvelle définition pour le personnel de santé qualifié : en sont exclues les accoucheuses traditionnelles qualifiées et non qualifiées, à l'exception de celles qui ont suivi une formation de longue durée (6-12 mois) et qui sont employées comme agent de santé primaire dans le système de santé, mais continuent à pratiquer des accouchements dans leur communauté.	
d. Proportion d'accouchements pratiqués par du personnel de santé qualifié	d. Même indicateur, mais avec la nouvelle définition du personnel de santé qualifié : en sont exclues les accoucheuses traditionnelles qualifiées et non qualifiées sans exception	
e. Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux essentiels** pour 500 000 habitants	e. Nombre de services de santé dispensant des soins obstétricaux essentiels** pour 500 000 habitants	
	f. Nombre de services au premier niveau de recours de district dispensant des soins obstétricaux essentiels** pour 500 000 habitants	
	g. Proportion de complications obstétricales prises en charge dans des centres de santé et des hôpitaux de district et dispensant des soins obstétricaux essentiels**	
	h. Césariennes en proportion du total des naissances vivantes dans la population	
		i. Pourcentage de la population habitant à moins d'une heure de distance d'un centre de santé dispensant des soins obstétricaux essentiels**
		j. Taux de létalité pour les complications obstétricales directes
		k. Mortalité périnatale

* En raison de l'absence d'un dénominateur et des fluctuations aléatoires à attendre en cas de chiffres peu élevés, cet indicateur devrait être utilisé avec précaution pour l'établissement de comparaisons et l'analyse de tendances.

** Au centre de santé, les éléments essentiels des soins obstétricaux sont : administration d'antibiotiques par voie parentérale, administration d'oxygène par voie parentérale, délivrance artificielle du placenta, évacuation manuelle des produits de la conception qui restent dans l'utérus et accouchement en présence de personnel qualifié. A l'hôpital de district (premier niveau de recours) les éléments essentiels des soins obstétricaux comprennent en outre la chirurgie, l'anesthésie et les transfusions sanguines.

3.1.2 Proportion de femmes vues au moins une fois pendant leur grossesse par une personne qualifiée.

A. Cet indicateur concerne-t-il la santé maternelle ou la mortalité maternelle ?

Cet indicateur concerne la santé maternelle.

B. Relation de causalité avec le résultat

La relation de causalité avec la mortalité maternelle est sans doute faible étant donné le manque de précisions sur la nature et le type des soins dispensés, et compte tenu du débat actuel sur l'efficacité des soins prénatals pour prévenir les décès maternels.^{7,8} En revanche, le lien de causalité avec la santé maternelle est très net.

C. Définition

Il s'agit d'un indicateur de rendement ou d'exécution qui renseigne sur le niveau d'utilisation des soins par les femmes enceintes. Toutefois, comme le type des soins dispensés n'est pas précisé, cet indicateur mesure tous les contacts avec une personne qualifiée au cours de la grossesse, même si c'est pour des raisons qui ne sont pas liées à la grossesse.

Pour que l'indicateur ait une utilité gestionnaire, la nature des soins devrait être définie de façon plus précise. Ainsi serait renforcée la relation avec la santé maternelle et la complémentarité de l'indicateur avec d'autres indicateurs de la maternité sans risques davantage conçus à des fins d'évaluation.

Deux recommandations peuvent être faites. La première serait d'ajouter "pour des raisons liées à la grossesse" à l'énoncé de l'indicateur. Celui-ci serait alors défini comme suit :

"Proportion de femmes vues au moins une fois pendant leur grossesse par une personne qualifiée pour des raisons liées à la grossesse".

La deuxième recommandation, sur la définition du personnel qualifié, serait de n'inclure dans cette catégorie que des médecins (spécialistes ou non) et des sages-femmes, à l'exclusion des accoucheuses traditionnelles formées ou non formées (avec l'exception faite à l'appendice 5 pour les accoucheuses traditionnelles). Ainsi, cet indicateur rendrait mieux compte de la couverture des services prénatals professionnels capables de prendre en charge une grossesse difficile.

Le dénominateur le plus couramment utilisé pour cet indicateur est le nombre des naissances vivantes, qui remplace celui des femmes enceintes. Toutefois, on sous-estime ainsi le nombre total des grossesses en excluant celles dont l'issue est une fausse couche ou un avortement spontané ou provoqué ainsi que les grossesses extra-utérines et molaires. Il a été suggéré d'augmenter de 15 % le nombre total des naissances vivantes pour obtenir le nombre approximatif de femmes enceintes ayant besoin de soins prénatals.⁵

D. Cet indicateur facilite-t-il la gestion des programmes ?

En raison de son faible lien de causalité avec la mortalité maternelle, l'indicateur Sommet mondial/Santé pour tous d'ici l'an 2000 ne présente guère d'utilité pour la gestion des programmes, en particulier lorsque ceux-ci visent essentiellement à sauver des vies plutôt qu'à assurer des soins généraux. Les liens de cet indicateur avec la mortalité et la morbidité périnatales sont par contre beaucoup plus forts, et il pourrait

certainement être utile pour l'évaluation des programmes du point de vue de la santé et de la survie des nouveau-nés. Quoi qu'il en soit, l'adoption de la définition révisée proposée par le groupe de travail technique rendrait cet indicateur plus utile aux fins de la surveillance de la mortalité et de la morbidité maternelles.

Cet indicateur peut être utilisé aux niveaux sous-national (activités locales et de district), national et international. Pour faciliter la planification sanitaire et la gestion des programmes, il faudrait que les informations soient ventilées par subdivisions géographiques ou administratives et les caractéristiques des femmes. Les administrateurs locaux et nationaux pourront préserver l'équité en désagrégeant ces informations en fonction des groupes à haut risque. Au niveau international, il faudrait que les données soient ventilées par type d'habitat (urbain/rural).

Cet indicateur est sensible aux changements. Pour des comparaisons internationales, et compte tenu de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000, la situation devrait être réévaluée tous les trois ans, ce qui n'empêchera pas les pays qui le voudraient de la réévaluer tous les ans. En tout état de cause, les données devraient être recueillies au moins tous les cinq ans.

E. Méthodes de collecte des données

Utilisées telles quelles, les informations recueillies systématiquement par les services de santé sont une mauvaise source de statistiques sur la couverture des prestations. Elles fournissent des données pour le numérateur, mais ne donnent en général pas d'indications sur la population totale ayant besoin de soins (dans le cas de la santé maternelle parce que certaines grossesses et naissances ont lieu en dehors du système de santé) si bien qu'il faut dériver le dénominateur de données provenant d'un recensement et/ou des registres de l'état civil. Autre inconvénient important, les statistiques des services de santé ne concernent souvent pas le secteur privé.

Des enquêtes dans les ménages constituent sans doute le meilleur moyen d'obtenir des informations sur la couverture des prestations et de ventiler les données obtenues en fonction des caractéristiques de ceux qui ne recourent pas au système de santé. L'inconvénient de cette méthode est qu'elle est, en général, une source d'information non continue.

F. Présentation recommandée

Pour la désagrégation des données, on se reportera à la section *D.* dans les cas où l'on utilisera les résultats d'enquêtes, il faudra notifier les nombres absolus et les intervalles de confiance.

On aura recours à des enquêtes démographiques et sanitaires et à d'autres programmes d'étude qui, souvent, recueillent des informations sur les soins maternels pour obtenir des indicateurs concernant uniquement les naissances les plus récentes pour les femmes ayant accouché il y a moins de cinq ans. On évitera ainsi de compter deux fois celles qui ont eu plusieurs enfants et donc de sur-représenter les femmes ayant eu des enfants à intervalles plus rapprochés.⁹

3.1.3 Proportion d'accouchements pratiqués par du personnel de santé qualifié

A. Cet indicateur concerne-t-il la santé maternelle ou la mortalité maternelle ?

Il se rapporte à la fois à la santé maternelle et, dans une moindre mesure, à la mortalité maternelle. Cette dernière serait mesurée avec davantage de précision s'il était précisé dans la définition du personnel de santé qu'en sont exclues les accoucheuses traditionnelles, formées ou non.

B. Relation de causalité avec le résultat

Cet indicateur a, avec la mortalité, une relation plus forte, bien qu'encore relativement faible, que l'indicateur de l'utilisation des soins prénatals évoqué plus haut.

C. Définition

Il s'agit d'un indicateur de résultat intermédiaire ou d'exécution, qui renseigne sur la proportion des accouchements, normaux ou avec complications, pratiqués avec une aide. Dans la mesure où l'indicateur actuel Sommet mondial/Santé pour tous d'ici l'an 2000 (SPT) donne une très large définition du personnel de santé, il peut être considéré comme une mesure composite des différents types de soins prodigués lors de l'accouchement. Le groupe de travail a souligné qu'il ne fallait pas l'interpréter comme revenant à préconiser l'institutionnalisation de la totalité des accouchements, mais plutôt en fonction des taux de couverture cibles et des politiques fixées aux niveaux national et sous-national.

Afin que soit bien précisée la notion d'aide qualifiée, le groupe a recommandé d'utiliser la définition du personnel qualifié arrêtée pour l'indicateur des soins prénatals, mais sans l'exception faite pour les accoucheuses traditionnelles ayant reçu une formation de longue durée (voir l'appendice 5). Le groupe de travail est parti du point de vue que, pour réduire la mortalité maternelle, le personnel de santé "qualifié" doit être capable d'assurer les fonctions obstétricales essentielles correspondant au niveau considéré du système de santé, conformément à la définition donnée par l'OMS. Il ne suffit pas que le personnel de santé qualifié ait les compétences générales nécessaires pour pratiquer un accouchement normal; il doit aussi posséder les compétences requises pour sauver une vie.

Cela étant, une modification de la définition du personnel de santé qualifié pourrait compliquer l'établissement de comparaisons dans le temps et les responsables des programmes sont donc encouragés à préciser quelle définition ils utilisent. Certains voudront peut-être ventiler l'indicateur par catégorie de personnel qualifié (médecin, sage-femme, etc.).

En théorie, toutes les naissances ou accouchements dans la communauté devraient figurer dans le dénominateur. Dans la pratique, seules les naissances vivantes sont généralement utilisées, de sorte que le taux de couverture des soins dispensés à l'accouchement risque d'être surestimé. Lorsque le dénominateur est composé des naissances vivantes seulement, le nombre total des grossesses est sous-estimé puisque sont exclus les fausses couches, les avortements, les grossesses extra-utérines et les grossesses molaires. Il a été suggéré d'appliquer un facteur d'extension de 15 % au

nombre total des naissances vivantes pour obtenir le nombre approximatif des femmes enceintes qui ont besoin de soins.

*Nombre de femmes vues au moins une fois pendant leur
grossesse par une personne qualifiée*

Nombre de naissances vivantes x 1,15

Quoi qu'il en soit, à des fins de comparaisons internationales et de surveillance dans le temps, il est important que les données du dénominateur concernent les naissances vivantes.

D. Cet indicateur facilite-t-il la gestion des programmes ?

Il facilite la gestion des programmes aux niveaux du district, national et international en indiquant si les programmes pour une maternité sans risque ont atteint leurs objectifs en matière de prestations et d'utilisation de services professionnels à l'accouchement. Au niveau international, il faudra tenir compte des différences de formation entre les pays pour interpréter les comparaisons.

Comme cet indicateur est sensible aux changements, il pourra être réévalué tous les ans. Sinon, une réévaluation au bout de trois ans est recommandée conformément à la Stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

E. Sources et méthodes de collecte des données

Elles sont identiques à celles qui sont décrites dans le chapitre précédent. Il a également été suggéré au cours de la réunion de faire figurer la catégorie de personnel et le lieu de l'accouchement sur les certificats de naissance établis dans les pays où les statistiques de l'état civil sont complètes.

F. Présentation recommandée

Il a été proposé que les données soient ventilées par groupes à haut risque et points de contact aux niveaux sous-national et national, par subdivision géographique au niveau national et par zones urbaines/rurales au niveau international. Des ventilations par catégories de personnel de santé qualifié sont également importantes pour l'exécution des programmes.

Les responsables d'enquêtes ont été invités à construire les indicateurs qu'ils notifient pour les soins prodigués lors de l'accouchement en fonction de la nouvelle définition proposée pour le personnel qualifié.

Enfin, lors de l'utilisation des résultats des enquêtes, il conviendra de donner les nombres absolus et les intervalles de confiance afin de faciliter l'interprétation des tendances et des différences.

3.1.4 Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux essentiels pour 500 000 habitants

A. Cet indicateur concerne-t-il la santé maternelle ou la mortalité maternelle ?

Il vise à mesurer les progrès accomplis en vue de la réduction de la mortalité maternelle.

B. Relation de causalité avec le résultat

On peut supposer que le nombre des établissements dispensant des soins obstétricaux essentiels est important pour combattre la mortalité maternelle.

C. Définition

Cet indicateur mesure l'existence des services de santé qui dispensent des soins obstétricaux essentiels.

La notion de soins obstétricaux essentiels a été définie par l'Organisation mondiale de la Santé.¹⁰ Pour faciliter l'utilisation des indicateurs et la collecte des données, le groupe de travail a suggéré que la définition de l'OMS soit scindée en deux parties, dont chacune correspondrait à différents échelons du système de santé. Compte tenu des principes directeurs récemment établis sur les fonctions et les équipements aux niveaux du centre de santé et de l'hôpital,¹¹ il a également été décidé d'utiliser deux indicateurs pour faire la distinction entre les soins obstétricaux essentiels disponibles à chaque échelon. Cette solution faciliterait davantage la gestion des programmes que l'utilisation d'un seul indicateur plus général.

Le groupe de travail a estimé que les prestations disponibles au niveau du centre de santé devraient être au minimum les suivantes :

- 1) administration d'antibiotiques par voie parentérale,
- 2) administration d'ocytocine par voie parentérale,
- 3) administration de sédatifs par voie parentérale en cas d'éclampsie,
- 4) délivrance artificielle du placenta,
- 5) évacuation manuelle des produits de la conception restant dans l'utérus.

L'hôpital de district devrait assurer les prestations ci-dessus plus des services d'anesthésie, de chirurgie et de transfusion sanguine. Ces fonctions essentielles sont vitales pour intervenir contre les cinq grandes causes de décès maternels : infection, hémorragie, éclampsie, accouchement dystocique et avortement.

Le groupe de travail est également convenu qu'il était important que ces indicateurs soient axés sur les établissements effectivement opérationnels plutôt que sur les services théoriquement disponibles. Il a donc été proposé qu'un établissement ne soit considéré comme opérationnel que s'il assurait au moins l'un des éléments essentiels des soins obstétricaux dans les six mois ayant précédé la collecte des données. Les administrateurs des programmes souhaiteront peut-être énumérer séparément les établissements "potentiels" offrant en théorie des soins obstétricaux essentiels mais n'en ayant dispensé aucun au cours des six derniers mois.

Au sujet de la construction des dénominateurs, le groupe de travail s'est demandé s'il ne fallait pas remplacer le chiffre proposé de 500 000 habitants par le nombre des naissances pour se rapprocher davantage de la population exposée, c'est-à-dire des femmes enceintes et des parturientes. Cette idée a cependant été rejetée parce que le nombre d'habitants est normalement utilisé pour la construction des indicateurs de la planification sanitaire. Toutefois, afin de compenser le fait que le nombre annuel des

naissances peut varier sensiblement selon les populations, il serait bon de faire des analyses comparatives entre régions géographiques tout en calculant les taux bruts de natalité.

D. Cet indicateur facilite-t-il la gestion des programmes ?

Les deux nouveaux indicateurs proposés faciliteraient la gestion des programmes aux niveaux national et sous-national et, dans une moindre mesure, au niveau international. Parce que des mesures récapitulatives faites au niveau national peuvent masquer des disparités importantes au niveau sous-national, il est recommandé de désagréger les données par subdivisions géographiques et administratives. En l'absence d'informations sur la densité de la population et l'accessibilité des services de santé (en termes de temps et de distances), ces indicateurs seront utilisés avec prudence au niveau international.

E. Sources et méthodes de collecte des données

Les statistiques de routine des services de santé sont à l'évidence la source d'information à retenir. Pour la collecte des données, on pourra avoir recours aux registres des maternités et à des enquêtes sur les services de santé. Sans doute faudra-t-il mettre au point des formulaires pour faciliter l'exploitation des renseignements figurant dans ces registres des maternités. Pour ce qui est des enquêtes sur les services de santé, les principes directeurs proposés par l'UNICEF¹² donnent des exemples utiles de questionnaires et des suggestions pour des plans d'enquêtes. Le groupe de travail technique a souligné que les données devraient être collectées auprès d'établissements privés et publics assurant des soins obstétricaux essentiels.

L'indicateur pourrait être analysé tous les ans.

F. Présentation recommandée

On se reportera au paragraphe D pour les désagréations proposées. Les données pourraient aussi être ventilées par zones urbaines/rurales, type d'établissement et secteurs privé/public.

L'établissement de cartes serait également utile pour présenter des données au niveau national.

A ce sujet, il serait bon que les administrateurs des programmes sachent dans quelle partie du district il n'existe pas d'établissements capables de dispenser des soins obstétricaux essentiels. Plus important encore, il serait utile, à des fins de planification, de recenser les subdivisions administratives ne possédant pas d'établissements "potentiels" pouvant être rapidement dotés des moyens nécessaires à la prestation de soins essentiels.

3.2 Autres indicateurs proposés pour la surveillance des objectifs fixés en matière de santé maternelle

En plus des deux indicateurs plus précis qu'il a proposé pour mesurer les services de soins obstétricaux essentiels à la place d'un indicateur général, le groupe de travail technique a examiné deux autres indicateurs qui sont immédiatement utilisables. Les deux visent à mesurer le niveau de la prise en charge des complications.

3.2.1 *Proportion de complications obstétricales prises en charge dans des établissements dispensant des soins obstétricaux essentiels*

A. *Cet indicateur concerne-t-il la santé maternelle ou la mortalité maternelle ?*

Son but est de mesurer les progrès accomplis en vue d'une réduction de la mortalité maternelle.

B. *Relation de causalité avec le résultat*

Il existe une relation de causalité bien établie entre la prise en charge des complications dans les services de santé et la diminution de la mortalité et de la morbidité maternelles.

C. *Définition*

Cet indicateur mesure le taux d'utilisation des services obstétricaux essentiels par les femmes présentant des complications lors de la grossesse et de l'accouchement. Ces dernières constituent un groupe cible important pour le Programme Maternité sans risque. Bien qu'étant un indicateur d'exécution, il peut aussi servir à mesurer des résultats sanitaires en raison de ses liens étroits avec la mortalité maternelle.²

Bien que sous une terminologie différente, cet indicateur est recommandé à la fois dans les principes directeurs de l'UNICEF¹² et le dossier mère-enfant de l'OMS.¹¹ Alors que dans le dossier mère-enfant, il est proposé de recueillir des données sur la proportion de complications obstétricales prises en charge dans des services dispensant des soins obstétricaux essentiels, l'UNICEF vise à mesurer les complications vues dans des services de soins obstétricaux essentiels en proportion de la totalité des naissances. Le groupe de travail a défini l'indicateur comme suit :

Complications obstétricales^{a)} reçues dans des services de soins obstétricaux essentiels^{b)} en une année

Nombre estimatif de complications dans la population/année^{c)}

- a) les admissions pour complication obstétricale concernent les cinq grandes causes de décès qui devraient être prises en charge par les centres de santé et les hôpitaux au premier niveau de recours (district);
- b) les services de soins obstétricaux essentiels sont ceux qui sont assurés au centre de santé et à l'hôpital de district;
- c) le taux estimatif des complications est établi à 15 % des naissances vivantes attendues.

La construction de cet indicateur risque de poser quelques problèmes concernant essentiellement i) la collecte d'informations concordantes pour le dénominateur et le numérateur, ii) la justification de l'hypothèse selon laquelle 15 % des naissances entraînent des complications et iii) la définition des complications.

- i) L'idéal serait que les nombres des complications attendues (dénominateur) et des admissions (numérateur) concordent ou soient collationnés. Lors de la collecte des

données, on tiendra compte du fait que certains cas peuvent être extérieurs à la zone desservie par le ou les établissement(s) de santé auquel(s) se réfère le dénominateur. Inversement, des cas peuvent être pris en charge en-dehors de la zone desservie. Il peut aussi arriver que des cas soient comptés deux fois. Des mesures devront être prises pour éviter ce genre de problème.

Il a également été noté que certaines complications pouvaient être correctement prises en charge dans des centres de soins assurant une partie des fonctions obstétricales essentielles.

Le groupe de travail technique s'est demandé s'il fallait utiliser les grossesses, de préférence aux naissances, pour calculer le nombre attendu de complications pour le dénominateur. Il a conclu que, comme pour les autres indicateurs, le calcul du dénominateur serait fait à partir du nombre des naissances vivantes pour des raisons pratiques.

- ii) Si l'on cherche à estimer le nombre des complications attendues, c'est pour déterminer le niveau minimum requis de soins obstétricaux essentiels disponibles. En conséquence, le nombre des admissions pour complications dans les services de soins obstétricaux essentiels ne devrait pas être inférieur au nombre estimatif global de complications dans l'ensemble de la population. Les membres du groupe de travail se sont demandés si l'hypothèse adoptée dans les principes directeurs de l'UNICEF¹² et le dossier mère/enfant¹¹, à savoir que 15 % des naissances vivantes (soit environ 20 % des grossesses) présentent des complications, est valide et quelles sont les preuves de sa validité. Ils sont convenus que ce pourcentage était une estimation comme une autre mais était peut-être trop faible car certaines femmes présentent plusieurs complications. Cette hypothèse devrait être réexaminée lorsque l'indicateur aura été utilisé et que l'on disposera de davantage d'informations sur la prévalence des complications obstétricales. En attendant, on pourra l'utiliser pour établir des estimations de travail.

Le groupe de travail a également noté que si le pourcentage réel des complications était supérieur à 15 %, l'interprétation de l'indicateur serait plus difficile. Il a également fait remarquer qu'il serait possible de faire des comparaisons entre régions et dans le temps sans introduire nécessairement une norme sujette à controverse. La question n'a pas été réglée. Les normes minimales ne devraient être utilisées que pour déterminer de grandes orientations.

L'éventualité de différences dans la proportion des complications entre les pays a également été évoquée. Le groupe de travail est convenu que l'incidence des complications pouvait varier selon les régions. La dystocie, par exemple, risque d'être plus fréquente dans les communautés où les femmes sont petites, ont des enfants jeunes, et où la malnutrition est courante. On sait que l'incidence de l'éclampsie varie selon les régions géographiques et les saisons. En revanche, pour le groupe de travail, l'incidence de l'hémorragie du post-partum devrait être analogue dans différentes communautés, bien que la proportion de cas mortels puisse, elle, accuser des variations considérables en fonction de la prévalence de l'anémie. Quoiqu'il en soit, faute d'estimations locales plus détaillées, il a été convenu que le taux de 15 % pouvait fournir une indication d'ordre général. Dans la pratique, les pays chercheront à établir l'incidence des complications sur le plan local. D'après les estimations de l'OMS, 15 % au moins de toutes les grossesses présentent des complications qui exigent une intervention rapide pour que la mère survive sans être handicapée à vie.¹¹ Cette estimation est très modérée. Une étude faite aux Etats-Unis d'Amérique a montré que les hospitalisations pour complications obstétricales étaient beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense généralement et que pour 100 hospitalisations en rapport avec une naissance, on compte 22,2 hospitalisations pour des complications non liées à

l'accouchement (14,6 complications prénatales et 7,6 complications pour grossesse interrompue)¹³. Cette proportion est sans doute plus élevée encore dans les pays en développement où l'état sanitaire et nutritionnel des femmes est mauvais. Si on ne leur prodigue pas les soins nécessaires, celles qui présentent les complications les plus graves meurent et beaucoup de celles qui survivent souffrent toute leur vie d'ennuis de santé et de différents handicaps.

- iii) Le groupe de travail a enfin évoqué les problèmes que posent la collecte de données sur les complications et l'établissement d'une définition opérationnelle. On trouvera davantage d'informations à ce sujet dans le dossier mère-enfant.¹¹

D. Cet indicateur facilite-t-il la gestion des programmes ?

Il est sans doute très utile au niveau national et sous-national, et surtout à celui du district. Toutefois, il ne devrait pas être utilisé au-dessous de niveau, car il doit faire intervenir des nombres suffisants de services de soins obstétricaux essentiels et de complications.

Les données devraient être recueillies chaque année. Toutefois, étant donné les contraintes observées dans la plupart des pays en développement, il sera dans la pratique difficile d'apporter à court terme des modifications significatives à cet indicateur.

E. Sources et méthodes de collecte des données

Cet indicateur n'ayant été testé qu'au Bangladesh et en Inde, les administrateurs de programmes dans d'autres pays sont invités à vérifier s'il est facile à établir et à faire part de leurs conclusions à ce sujet, en particulier au Secrétariat du programme Santé maternelle et Maternité sans risques de l'OMS.

D'après le groupe de travail, le meilleur moyen de recueillir les données nécessaires sera sans doute de procéder à un échantillonnage des services de santé qui devrait fournir des renseignements de bonne qualité. Avec l'expérience, cet indicateur devrait finir par faire partie intégrante des statistiques notifiées systématiquement par les services de santé.

Tableau 4. Résumé des caractéristiques des indicateurs utilisables de la maternité sans risque

Indicateurs	But de la mesure	Interprétation	Niveau de gestion programmatique	Ventilation	Principales sources de données	Intervalle minimum pour la collecte des données
a) Ratio de mortalité maternelle	Mortalité maternelle	Impact sur la santé	National International	Sans objet	Statistiques de routine si la couverture est bonne	5 ans
b) Nombre annuel de décès maternels	Mortalité maternelle	Impact sur la santé	Services locaux Populations restreintes	Zones urbaines/rurales Subdivisions géographiques et administratives	Statistiques démographiques si la couverture est bonne Service de santé	1 an
c) Proportion de femmes vues au moins une fois pendant leur grossesse par du personnel de santé qualifié pour des raisons liées à la grossesse	Santé maternelle	Taux de couverture (utilisation)	District National International	Catégories de personnel Lieu de contact Zones urbaines/rurales Subdivisions géographiques Caractéristiques des femmes	Enquêtes	1 an
d) Proportion d'accouchements pratiqués par du personnel de santé qualifié	Santé et mortalité maternelles	Taux de couverture (utilisation)	District National International	Catégories de personnel Lieu de contact Zones urbaines/rurales Subdivisions géographiques Caractéristiques des femmes	Enquêtes	1 an
e) Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux essentiels pour 500 000 habitants	Mortalité maternelle	Couverture potentielle (moyens disponibles, opérationnels)	District National	Subdivisions administratives et géographiques Secteur privé/public	Echantillonnage des services de santé Registres des maternités	1 an
f) Nombre des hôpitaux de district dispensant des soins obstétricaux essentiels pour 500 000 habitants	Mortalité maternelle	Couverture potentielle (moyens disponibles, opérationnels)	District National	Subdivisions administratives et géographiques Secteur privé/public	Echantillonnage des services de santé Registres des maternités	1 an
g) Proportion de complications obstétricales prises en charge dans les centres de santé et les hôpitaux de district dispensant des soins obstétricaux essentiels	Mortalité maternelle	Couverture potentielle (moyens disponibles, opérationnels)	District National International	Subdivisions administratives et géographiques Secteur privé/public	Echantillonnage des services de santé Registres des maternités	1 an
h) Césariennes en proportion du total des naissances dans la population	Mortalité maternelle	Couverture (moyens disponibles utilisés)	District National International	Subdivisions administratives et géographiques Secteur privé/public	Services de santé Enquêtes	1 an

* Comme il s'agit d'un nombre absolu sans numérateur, il sera utilisé avec précaution pour des comparaisons et l'analyse de tendances.

3.2.2 Césariennes en proportion du total des naissances dans la population

A. Cet indicateur concerne-t-il la santé maternelle ou la mortalité maternelle ?

Cet indicateur vise à mesurer les progrès accomplis en vue d'une diminution de la mortalité maternelle. Toutefois, le but de la césarienne est parfois de sauver le fœtus, et non pas toujours la santé de la mère d'abord.

B. Relation de causalité avec le résultat

La césarienne, qui fait partie des fonctions obstétricales essentielles, est une intervention qui sauve, particulièrement importante en cas de dystocie. D'après les estimations de l'OMS, les accouchements dystociques sont à l'origine d'environ 8 % des décès maternels directs dans les pays en développement encore que la proportion exacte varie selon les endroits. Il est généralement admis que l'incidence de la dystocie est la plus élevée dans certaines parties d'Afrique pour diverses raisons d'ordre physiologique, social et culturel.

C. Définition

Pour calculer cet indicateur, on divise le nombre de césariennes pratiquées pendant une période donnée par le nombre total de naissances vivantes pendant la même période. Cet indicateur mesure plusieurs éléments, dont la qualité, l'accessibilité, la disponibilité et l'utilisation des soins de maternité. Il complète les informations fournies par l'indicateur sur les services de soins obstétricaux essentiels disponibles pour 500 000 habitants.

Les données du numérateur proviendront des dossiers des services de santé (les seuls à pouvoir pratiquer ce genre d'intervention). Le dénominateur sera le total estimatif des naissances.

Le groupe de travail technique s'est demandé s'il fallait recommander d'interpréter cet indicateur en fonction de normes minimums et maximums acceptables. Les taux de césarienne au niveau national devraient se situer entre 5 et 15 % des naissances¹². Un chiffre inférieur à 5 % signifie qu'une proportion importante des femmes n'a pas accès à des soins chirurgicaux et peut en mourir. Un taux supérieur à 15 % révèle un recours excessif à cette intervention qui n'est alors plus réservée aux cas extrêmes. La césarienne présente aussi un danger pour la mère, puisqu'elle fait courir à celle-ci les risques associés à toute intervention chirurgicale majeure. Au niveau national, cet indicateur devra être interprété avec prudence car il risque de masquer des disparités entre les subdivisions nationales, liées d'une part à l'implantation géographique des services de soins obstétricaux essentiels et d'autre part aux niveaux auxquels sont dispensés ces soins et aux différences entre secteur public et privé.

D. Cet indicateur facilite-t-il la gestion des programmes ?

Il facilite la gestion des programmes au niveau international, national et du district dans la mesure où il permet de savoir si les services capables de pratiquer des interventions qui sauvent sont adéquats. Il peut être calculé tous les ans.

Un taux qui se situerait en-dehors de la fourchette de 5-15 % montrerait que les services existants ou le recours à la césarienne sont inadéquats. Cela étant, un taux situé à l'intérieur de la fourchette peut quand même être révélateur de lacunes. Une augmentation du taux des césariennes rapprochant les 5 % de naissances peut être le signe d'une mode, d'un nombre accru de complications ou d'une amélioration des prestations. Inversement, une diminution de la proportion des césariennes peut être due à toutes sortes de raisons, y compris l'amélioration des soins obstétricaux, une baisse

de l'incidence des complications comme l'éclampsie, ou une diminution des services offerts.

E. Sources et méthodes de collecte des données

Une césarienne est un événement mémorable et la plupart des programmes d'enquêtes importants comme les enquêtes démographiques et sanitaires et Papchild recueillent déjà ce genre d'informations. Les statistiques des services de santé fournissent également des données fiables à ce sujet.

F. Présentation recommandée

Cet indicateur serait plus facile à interpréter s'il était accompagné d'enquêtes plus détaillées, associées à des études de cas, faisant apparaître les raisons du recours à la césarienne et les différences selon les zones géographiques et les types d'établissements.

4. INDICATEURS A L'ETUDE

4.1 Taux de létalité pour les complications obstétricales directes

A. *Cet indicateur concerne-t-il la santé maternelle ou la mortalité maternelle ?*

Il vise à mesurer les progrès accomplis en vue d'une réduction de la mortalité maternelle au niveau des centres de santé.

B. *Relation de causalité avec le résultat*

Il s'agit d'un indicateur de résultats sanitaires.

C. *Définition*

Cet indicateur mesure la qualité des soins dispensés dans les services de santé. C'est un indicateur à usage interne propre à chaque service. Son calcul n'est que faiblement prioritaire car il est difficile de réunir les données obtenues pour des services assurant différents niveaux de prestations dans différents contextes. Il sert cependant à évaluer la qualité des prestations offertes et leur niveau dans le temps.

Pour calculer cet indicateur, on divise le nombre total des décès obstétricaux enregistrés dans un service pendant une période donnée par le total des complications directes observées dans ce même service au cours de la même période.

Les raisons pour lesquelles sont regroupées différentes complications sont les suivantes : i) certaines femmes peuvent présenter plusieurs complications; ii) dans certains contextes, certaines pathologies seront notifiées de préférence à d'autres; iii) si les complications étaient ventilées, leur nombre serait trop petit au niveau d'un centre de santé.

Certains problèmes peuvent cependant compliquer l'interprétation de cet indicateur. Premièrement, les taux de létalité varient selon le type de complication. Deuxièmement, la mise en commun des complications peut masquer les efforts fournis pour améliorer les taux de létalité liée à une pathologie donnée. Enfin, au niveau du centre de santé, refuser des cas est un moyen d'améliorer cet indicateur dans le temps.

DÉFINITION DES COMPLICATIONS :

Une complication obstétricale peut être définie en fonction de ses manifestations cliniques ou de l'intervention requise.

Manifestations cliniques

Les problèmes obstétricaux exigeant des soins d'urgence sont en principe très nombreux, et beaucoup d'entre eux n'ont pas de définition bien claire. C'est pourquoi sont considérés ici les problèmes qui entraînent une mortalité maternelle importante et dont le taux de prise en charge demande à être surveillé. Les états pathologiques proposés ici sont les suivants :

- hémorragie de l'antepartum;
- hémorragie du postpartum;
- éclampsie/pre-éclampsie;
- infection;
- travail dystocique/prolongé;

Interventions cliniques

Trois interventions cliniques sont proposées :

- délivrance artificielle du placenta;
- accouchement par la voie basse avec application de forceps/ventouses obstétricales;
- césarienne.

Les données recueillies sur ces interventions cliniques peuvent servir de mesure des établissements hospitaliers opérationnels (césarienne) et des centres de santé opérationnels (délivrance artificielle du placenta ou extraction par application de forceps/ventouses).

D. Cet indicateur facilite-t-il la gestion des programmes ?

Il facilite essentiellement la gestion des prestations dans chaque centre de santé.

E. Sources et méthodes de collecte des données

Les principes directeurs de l'OMS¹² et le dossier Mère-enfant de l'OMS¹¹ fournissent des indications utiles à ce sujet.

F. Présentation recommandée

L'interprétation suppose que les indicateurs obtenus soient comparés dans le temps et non entre les services. Un moyen de ventiler les données serait par exemple de classer séparément les admissions prévues et les admissions en urgence.

Les conséquences que pourrait avoir le regroupement de plusieurs complications obstétricales directes demandent encore à être étudiées. Sur le terrain, on portera aussi un soin particulier aux éléments suivants :

- effet du temps écoulé entre l'admission et le traitement;
- les décès survenus pendant la première heure doivent-ils être exclus des calculs pour l'indicateur;
- effet de la distance à parcourir pour aller au centre de santé.

4.2 Taux de mortalité périnatale

A. Cet indicateur concerne-t-il la santé maternelle ou la mortalité maternelle ?

Au sens strict du terme, la mortalité périnatale est un indicateur de la santé du fœtus, mais elle permet aussi d'évaluer les améliorations de la santé maternelle et le déclin de la mortalité maternelle.

B. Relation de causalité avec le résultat

Les fonctions obstétricales essentielles sont évidemment bénéfiques pour la mère et l'enfant.

On s'est cependant demandé si cet indicateur était suffisamment spécifique de la santé maternelle (certaines améliorations peuvent par exemple être essentiellement axées sur les soins intensifs aux nouveau-nés), s'il ne risquait pas de focaliser l'attention sur le nouveau-né au détriment de la femme, et si les liens de causalité entre la mortalité maternelle et la mortalité périnatale n'étaient pas encore trop flous par manque de preuves scientifiques.

C. Définition

Cet indicateur pourrait servir d'indicateur de substitution pour la mortalité maternelle, et les résultats en matière de santé maternelle. Il fournit également des renseignements utiles sur la qualité des soins au cours de l'accouchement.

L'un de ses principaux avantages est que les décès périnataux sont environ quinze fois plus nombreux que les décès maternels. Par conséquent, il devrait donc être plus efficace pour mesurer les changements que le ratio de mortalité maternelle.

Normalement, on établit le taux de mortalité périnatale en divisant le nombre de mortinaissances et de décès survenant dans la semaine qui suit la naissance par le nombre total de naissances. Toutefois, pour le groupe de travail, le lien entre la mortalité périnatale et la mortalité maternelle est plus fort pour les mortinaissances et les décès survenant le lendemain de la naissance. Ainsi, il serait sans doute plus utile, pour surveiller la santé maternelle, de considérer en priorité la mortalité périnatale précoce plutôt que l'ensemble des décès périnataux.

D. Cet indicateur facilite-t-il la gestion des programmes ?

En ce qui concerne la santé maternelle, il est plus utile au niveau des programmes qu'à celui de la population. L'interprétation des changements observés dépend des types d'intervention.

E. Sources et méthodes de collecte des données

La mesure de la mortalité périnatale dans la population risque de soulever quelques difficultés. Des indications sur les sources de données figurent dans le dossier Mère/enfant de l'OMS.¹¹

F. Présentation recommandée

Cet indicateur, comme celui du taux de létalité, devrait encore faire l'objet de recherches avant d'être utilisé. On cherchera notamment à déterminer l'importance des corrélations entre les décès maternels et les avortements spontanés avec macération du fœtus, les avortements spontanés récents, les décès néonataux moins d'un jour après la naissance, et les décès moins d'une semaine après. Les résultats de ces études devraient permettre de préciser ultérieurement les spécifications de l'indicateur.

4.3 Pourcentage de la population habitant à moins d'une heure de distance d'un centre de santé dispensant des soins obstétricaux essentiels

A. Cet indicateur concerne-t-il la santé maternelle ou la mortalité maternelle ?

Le but de ce nouvel indicateur est de mesurer les progrès accomplis en vue d'une diminution de la mortalité maternelle.

B. Relation de causalité avec le résultat

D'après une étude récente de la littérature, les retards qui interviennent dans la demande de soins et qui tous, sont à l'origine d'un pourcentage non négligeable de décès maternels, sont de trois types : i) temps écoulé entre l'apparition des symptômes et la décision de se faire soigner; ii) temps écoulé entre la décision de se faire soigner et l'arrivée au centre de santé; et iii) temps écoulé entre l'arrivée au centre de santé et l'obtention de soins.¹⁴ Cet indicateur concerne le deuxième type de retard.

C. Définition

Cet indicateur mesure la disponibilité des soins obstétricaux essentiels, et cela davantage du point de vue de la proximité que de celui de l'accessibilité. Pour le construire, on divise le nombre de personnes habitant à moins d'une heure de distance (par les moyens de transport généralement utilisés) d'un centre de santé dispensant des soins obstétricaux essentiels dans une zone donnée par le nombre total d'habitants de cette même zone.

D. Cet indicateur facilite-t-il la gestion des programmes ?

Il serait utile pour la planification au niveau international, national et du district, mais difficile à désagréger au niveau du district et au-dessous.

E. Sources et méthodes de collecte des données

Des programmes comme les enquêtes démographiques et sanitaires et Papchild comportent parfois des enquêtes sur les services dans la communauté, et devraient pouvoir fournir ce type d'information.¹⁵ Les systèmes d'information des services de santé établissent souvent des cartes, régulièrement mises à jour, des services disponibles ou des villages dotés de services.

F. Présentation recommandée

Selon le niveau auquel sera utilisé l'indicateur, l'établissement de cartes sera probablement l'un des moyens les plus efficaces de présenter ce type d'information.

5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

5.1 Ordre de priorité des indicateurs

Les pays ont été invités à établir les cinq indicateurs recommandés par le Sommet mondial pour les enfants afin de surveiller les progrès réalisés vers les buts fixés par l'UNICEF et l'OMS. Il faut cependant admettre qu'au niveau national et sous-national, les indicateurs d'impact auront moins de chance d'être utiles pour la gestion des programmes que des indicateurs d'exécution, et que leur précision est insuffisante pour la surveillance des progrès réalisés. Sans doute, des indicateurs de ce type sont-ils encore nécessaires au niveau international, principalement pour des actions de promotion, mais leur utilité incertaine aux autres niveaux ainsi que les problèmes et les dépenses que suppose la collecte des données nécessaires font qu'il est difficile de donner la priorité aux deux indicateurs de la mortalité. Il faudrait recueillir des informations auprès des usagers pour que les pays et les administrateurs de programmes soient en mesure de prendre une décision à ce sujet. Quelques questions à poser à cette fin sont données à l'appendice 2.

L'utilité des indicateurs concernant les soins prénatals et les soins pendant l'accouchement tels qu'ils sont proposés dans la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et par le Sommet mondial pour les enfants est également contestable - surtout pour la surveillance des programmes maternité sans risque dont le but est essentiellement de réduire la mortalité maternelle plutôt que d'améliorer la santé des mères en général.

Les quatre derniers indicateurs proposés par le groupe de travail technique sont sans doute les plus importants pour la surveillance des progrès accomplis. Ils sont déjà opérationnels, mais il faudrait maintenant donner des indications sur les moyens de les utiliser et de les interpréter.

Les indicateurs à l'étude ne présentent pas le même rang de priorité. L'indicateur de proximité est sans doute le plus utile et le moins contestable. L'indicateur du taux de létalité vient en deuxième position; il pourrait être utile à l'intérieur des services. Enfin, le taux de mortalité périnatale pourrait fournir des indications utiles sur les progrès vers une diminution de la mortalité maternelle.

Au moment de choisir les indicateurs utilisés dans le cadre des programmes, on veillera à leur complémentarité ainsi qu'à leurs qualités scientifiques.²

5.2 Recommandations

Les recommandations du groupe de travail ont essentiellement porté sur la collecte des données. Dans les pays où l'enregistrement des faits de l'état civil est satisfaisant, le groupe a recommandé que soit indiquée sur les certificats de décès l'existence d'une grossesse éventuelle chez les femmes âgées de 15 à 49 ans afin d'améliorer l'identification des décès maternels. Il a également été suggéré de noter sur les certificats de naissance le lieu de l'accouchement et la catégorie du personnel éventuellement présent.

Dans les pays en développement, ce sont les enquêtes qui offrent le plus souvent la meilleure source d'information. Plusieurs demandes ont donc été adressées aux responsables des programmes d'enquête. Notamment : i) adopter les définitions des personnels qualifiés proposées par le Sommet mondial pour les enfants ou par le groupe de travail technique lors de l'établissement de statistiques sur la couverture des soins de maternité; ii) établir des indicateurs des soins de maternité qui reposent plutôt sur les femmes que sur les naissances (sous-section F de la section 3.1.2); et iii) inclure dans les questionnaires distribués au niveau de la communauté des questions sur la disponibilité et la proximité des services assurant des soins obstétricaux essentiels.

5.3 Mesures à prendre

Le groupe de travail technique a recommandé que l'OMS prenne un certain nombre de mesures pour établir de nouveaux indicateurs et mettre au point les instruments requis pour les classer par ordre de priorité. La première de ces mesures pourrait être de diffuser le rapport de la réunion. Les mesures prises par la suite seraient notamment les suivantes :

- a) Etablir des principes directeurs au moyen des informations recueillies auprès des usagers sur la sélection d'indicateurs de la mortalité maternelle compte tenu des besoins des usagers. Un tableau synoptique de ces informations pourrait être publié dans le bulletin *Maternité sans risque*.
- b) Etablir des principes directeurs sur l'utilisation et l'interprétation des huit indicateurs immédiatement opérationnels.
- c) Mettre au point des protocoles d'essai pour les indicateurs à l'étude.
- d) Organiser de nouvelles réunions du groupe de travail technique pour l'étude d'indicateurs de la santé maternelle et d'indicateurs de la mortalité néonatale et périnatale.
- e) Préparer des recommandations sur les formulaires à utiliser pour les registres des maternités, les examens de cas et l'enregistrement des faits de l'état-civil.
- f) Produire des guides/manuels simples à l'intention des personnels médicaux et des étudiants en médecine sur les moyens de notifier les causes de décès maternels.

- g) Collaborer avec d'autres organisations pour aider les pays à revoir leurs systèmes d'information sanitaire.
- h) Promouvoir des travaux de recherche sur les relations entre les décès périnataux (avortements récents ou avec macération du fœtus, ou décès néonataux) et leurs effets chez les femmes (décès ou complications).
- i) Examiner la législation et la réglementation relatives aux soins obstétricaux essentiels (échantillon de pays) en vue de l'élaboration d'indicateurs de politique.

Appendice 1 Liste des participants

Groupe de travail technique sur les indicateurs pour surveillance des progrès réalisés en vue des objectifs fixés pour la santé maternelle Genève, 8-12 novembre 1993

Dr Adnan Abbas
Faculté de Médecine
Université de Jordanie
Amman
Jordanie
Fax : 962 833 506

Professeur Chen Wenzhen
Directeur
Centre collaborateur OMS de Recherche
et de Formation pour les Soins périnataux
17 Qihelou, District Est
Beijing 100006
République populaire de Chine
Fax : WR China 86 1 532 2359/2567

Mme Véronique Filippi (*Rapporteur*)
Maternal & Child Epidemiology Unit
London School of Hygiene
and Tropical Medicine
Keppel Street
Londres WC1E 7HT
Royaume-Uni
Fax : 071 637 1173

Dr Marge Koblinsky (*Présidente*)
MotherCare
1616 N. Fort Myer Drive
Arlington, VA 22209
Etats-Unis d'Amérique
Fax : 703 528 7480

Professeur Ruy Laurenti
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr Amaldo 715
01246-904 - Sao Paulo
Brésil
Fax : 00 55 11 883 4246

Mme Deborah Maine
Program Director
Prevention of Maternal Mortality
Columbia University
School of Public Health
60 Haven Avenue B-3
New York, N.Y. 10032
Etats unis d'Amérique
Fax : 212 928 8587

Dr Dileep Mavalankar
Professeur adjoint
Institut indien de Gestion
Vastrapur
Ahmedabad 380015
Inde
Fax : 91 272 427 896

Dr Shiva Murugasampillay
c/o GPA, OMS, Genève
Department of Epidemiology
and Disease Control
Ministry of Health
P.O. Box 8204
Causeway
Harare
Zimbabwe

Dr Zhang Lingmei
Directeur
Système national de Surveillance
de la Mortalité maternelle
Institut municipal de Beijing
sur la Santé maternelle
17 Qi He Lou
District Est, Beijing 100006
République populaire de Chine
Fax : c/o WR China 86 1 532 2359/2567

Organismes collaborateurs

Dr N. Dodd*
Chief, Maternal & Child Health Branch
Technical & Evaluation Division
UNFPA
220 East, 42nd Street
New York, N.Y. 10017
USA
Fax : 1 212 297 4915

Dr Tessa Wardlaw
Statistics and Monitoring Section (H-13G)
UNICEF
3 United Nations Plaza
New York, N.Y. 10017
Fax : 1 212 888 7465

Autre organismes

Dr Judith Fortney
Corporate Director
Family Health International
Box 13950
Research Triangle Park
NC 27709
USA

Secrétariat

Division de la Santé de la Famille

Dr Tomris Türmen, Directeur
Dr Mark Belsey, Administrateur de programme, MCH/FP

Programme santé maternelle et maternité sans risque (MSM)

Mme Carla Abouzahr
M. Michele Falavigna
Dr Richard Guidotti
Dr Robert Jonhson
Dr Josef Kierski
M. Craig Lissner
Mme Friederike Wittgenstein
Dr Jelka Zupan, Consultant, Santé maternelle et infantile

**Division de la Surveillance épidémiologique et de l'Appréciation de la Situation
sanitaire et de ses Tendances**

Dr S. A. Sapiro, Chef, Méthodes de Surveillance, d'Evaluation et de Projection
Mme Martha Anker, Méthodologie épidémiologique et statistique

* N'a pu assister à la réunion.

Appendice 2 Mandat**Groupe de travail technique sur les indicateurs pour la surveillance
des progrès réalisés en vue des objectifs fixés pour la santé maternelle
Genève, 8-12 novembre 1993**

- 1) Faire le point des expériences de l'utilisation d'indicateurs de la maternité sans risque pour la surveillance des progrès accomplis au niveau national et la notification de données au niveau international. Notamment, examiner la validité des définitions, des critères, des sources et des méthodes de collecte des données et de la présentation des indicateurs;
- 2) à la lumière de ces expériences, proposer éventuellement des améliorations pour la définition des indicateurs, ainsi que pour la collecte et la présentation des données;
- 3) étudier les avantages et les inconvénients d'éventuels indicateurs de substitution pour la surveillance des progrès réalisés en vue des objectifs fixés pour la santé maternelle lors du Sommet mondial pour les enfants (1990); et
- 4) formuler des recommandations sur un nombre restreint d'indicateurs susceptibles d'être utilisés au niveau sous-national (région et/ou district) pour la surveillance des changements intervenant dans la couverture et la qualité des soins de santé maternelle. Ces recommandations porteront sur les mêmes points que ci-dessus, à savoir la validité des définitions, des critères, des sources et des méthodes de collecte des données et des types de présentation.

Appendice 3 **Ordre du jour**

**Groupe de travail technique sur les indicateurs pour la surveillance
des progrès réalisés en vue des objectifs fixés pour la santé maternelle
Genève, 8-12 novembre 1993**

1. Ouverture de la réunion
2. Désignation d'un président et d'un rapporteur
3. Adoption de l'ordre du jour
- 2 jours 4. Examen des indicateurs recommandés par l'OMS et l'UNICEF pour la surveillance des progrès accomplis au niveau national et la notification des données au niveau international.
- 2 jours 5. Examen d'éventuels indicateurs supplémentaires ou de substitution pour la surveillance des progrès accomplis au niveau national et la notification des données au niveau international.
- 1 jour 6. Examen d'indicateurs à l'étude pour la surveillance des progrès accomplis aux niveaux national et international.
7. Clôture de la réunion.

Appendice 4 Liste des documents de travail**Groupe de travail technique sur les indicateurs pour la surveillance
des progrès réalisés en vue des objectifs fixés pour la santé maternelle
Genève, 8-12 novembre 1993**

Graham, W. et Filippi, V. *Monitoring maternal health goals: how well do the indicators perform ?* Document de travail préparé pour le groupe de travail technique sur les indicateurs pour la surveillance des progrès réalisés en vue des objectifs fixés pour la santé maternelle, Genève, 8-12 novembre 1993. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1993 (en anglais seulement)

Maine, D., McCarthy, J. et Ward, V. M. *Guidelines for monitoring progress in the reduction of maternal mortality (a work in progress)*. UNICEF Statistics and Monitoring Section. UNICEF, New York, 1992

Stanton, M. E. *Elaboration of indicators for maternal health*. Document préparé pour la Division de la Santé de la Famille, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1991 (en anglais seulement)

Stanton, M. E. *Guidelines for the development, selection and use of MCH/FP indicators*. Document préparé pour la Division de la Santé de la Famille, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1991 (en anglais seulement)

Appendice 5 Définition des personnels obstétricaux qualifiés

La catégorie des "personnels obstétricaux qualifiés" comprend :

Le médecin (spécialiste ou non-spécialiste), et/ou la sage-femme capables de diagnostiquer et de prendre en charge les complications obstétricales et les accouchements normaux – la sage-femme est une personne qui a acquis une formation en obstétrique et qui est capable d'assurer la supervision nécessaire ainsi que de prodiguer des soins et des conseils aux femmes pendant leur grossesse, lors de l'accouchement et durant la période postnatale, de pratiquer des accouchements seule et de dispenser des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons.

La catégorie des "personnels obstétricaux qualifiés" ne comprend pas :

L'accoucheuse traditionnelle qualifiée – il s'agit de l'accoucheuse traditionnelle qui a d'abord acquis ses compétences en mettant elle-même des enfants au monde ou en suivant un apprentissage auprès d'autres accoucheuses traditionnelles, mais qui a, de plus, reçu une formation de courte durée (qui normalement n'excède pas un mois mais est parfois plus longue) dans le système moderne de santé. [En revanche, l'accoucheuse traditionnelle qui a reçu une formation de longue durée (six mois à un an) et est employée dans le système officiel en tant qu'agent de soins de santé primaires et qui continue à pratiquer des accouchements dans sa communauté peut être classée dans la catégorie des personnels obstétricaux qualifiés ci-dessus.]*

Autres – il s'agit des membres d'une famille élargie qui ont été choisis pour être présents aux accouchements dans cette famille, ainsi que de l'accoucheuse traditionnelle qui a acquis ses compétences en pratiquant des accouchements ou auprès d'autres accoucheuses traditionnelles.

* Critère retenu uniquement pour l'indicateur des soins prénatals.

Appendice 6 Cadre d'enquête sur la mortalité maternelle. Liste de questions

1. Quelle est actuellement l'importance de la mortalité maternelle dans notre pays ? (Données de base)

- * *Quelles sont les options qui s'offrent pour établir le ratio de mortalité maternelle dans la population ?*

- a) Statistiques démographiques
- b) Enquêtes rétrospectives dans les ménages
- c) Etudes prospectives (sites sentinelles ou enquêtes répétées)
- d) Estimations indirectes.

- * *Quelles tailles d'échantillons choisir pour mesurer le ratio de mortalité maternelle ?*

Prendre l'exemple d'un pays fictif où le taux brut de natalité est de 45/1000, le taux de fécondité de 5, la dimension moyenne des familles de 4,5, et le nombre moyen d'adultes par famille de 2.

Calculer le nombre de familles à retenir pour un intervalle de confiance à 95 % et une erreur tolérée de 10 % pour obtenir un taux donné de mortalité maternelle.

RATIO DE MORTALITE MATERNELLE					
METHODE	1 000	800	600	400	200
Enquête dans les ménages	195 556	244 939	327 243	491 852	985 679
Estimation indirecte	2 466	3 134	4 244	6 467	13 133

- * *Quel est le rapport coût/avantages de la collecte des données ?*

Serait-il utile de tirer parti des occasions existantes pour le recueil des données ?

2. Quels sont dans notre pays les régions/groupes où la mortalité maternelle est élevée/faible ?

- * *De combien faudrait-il augmenter la taille de l'échantillon pour permettre une désagrégation des données ?*

Par exemple, de 3 régions géographiques et de 3 groupes d'âge ?

- * *Serait-il possible de dégager des économies d'échelle pour le coût de l'étude ?*

3. Sommes-nous parvenus à réduire le taux de mortalité maternelle ? (Suivi)

- * *Quelles tailles d'échantillons retenir et quelle fréquence choisir pour la collecte des données pour détecter des changements statistiquement significatifs dans le temps ?*

Les principes directeurs de l'UNICEF donnent des exemples de tailles d'échantillons requises pour faire apparaître les changements qui surviennent avec le temps. D'après la méthode d'estimation indirecte par exemple, le risque de mort maternelle dans une vie est de 1 pour 17 femmes en âge de procréer. L'intervalle de confiance à 95 % se situait entre 1 décès maternel pour 14 femmes et 1 décès maternel pour 22 femmes en âge de procréer. L'échantillon contenait au total 2163 personnes et l'estimation portait sur dix ans.

Avec la même taille d'échantillon et en supposant que le risque diminue de 25 %, l'estimation ponctuelle serait de 1 décès pour 23 femmes, les limites de l'intervalle de confiance à 95% étant de 1 décès pour 18 femmes et de 1 décès pour 31 femmes en âge de procréer. Etant donné ce recoupement, il est impossible d'affirmer avec certitude que les interventions ont conduit à un déclin statistiquement significatif du risque de mort maternelle au cours de la vie (voir la Figure 2).

Ces considérations valent aussi pour les enquêtes dans les ménages. Une enquête directe dans les ménages a donné un ratio de mortalité maternelle de 490 pour 100 000 naissances vivantes, les limites de l'intervalle de confiance à 95 % étant respectivement de 350 et 630 pour 100 000 naissances vivantes. Avec la même taille d'échantillon et un déclin supposé de 25 % du ratio de mortalité maternelle, l'estimation ponctuelle serait de 370 pour 100 000 avec des limites de confiance de 240 et 490 pour 100 000 (voir la Figure 3).

Ces exemples montrent combien il est difficile de suivre la mortalité maternelle à l'aide d'enquêtes, même lorsque les échantillons sont importants.

4. Que devons-nous faire pour réduire notre ratio de mortalité maternelle ?

- * *Quels seraient les résultats directs et intermédiaires du programme et les indicateurs d'exécution à retenir pour suivre les résultats des mesures prises pour réduire la mortalité ?*

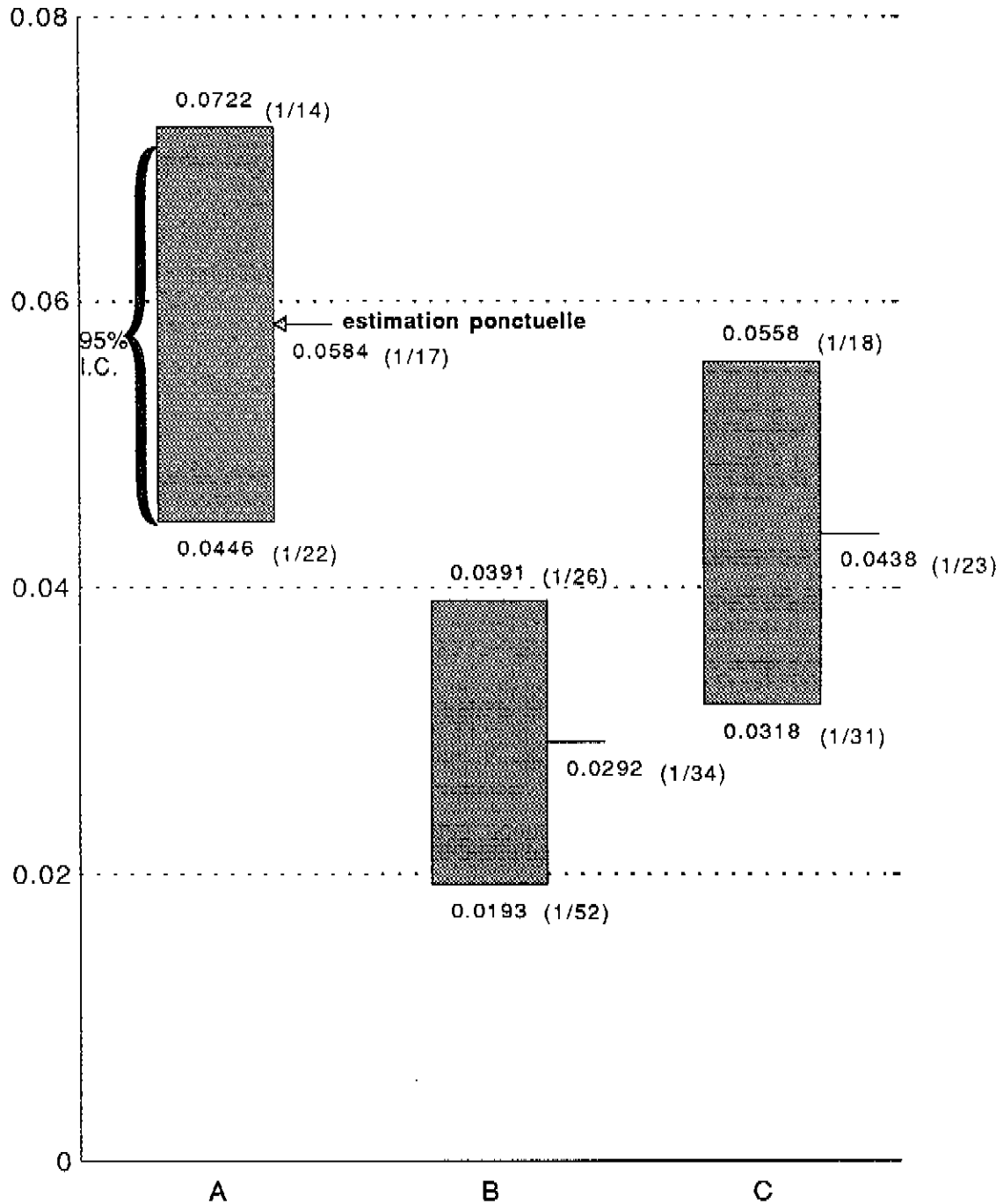
5. Les services ont-ils été améliorés afin de réduire la mortalité maternelle ?

6. Pour des actions de promotion, par quoi pourrait-on remplacer les indicateurs de mortalité ?

- Exemples :
- Etudes de cas des décès maternels
 - Pénurie de médicaments
 - Distribution inégale des services de soins obstétricaux essentiels
 - Proportion de complications non vues
 - Hôpitaux ne pratiquant pas de césariennes
 - Hôpitaux ne disposant pas de médicaments essentiels
 - Délais d'attente.

Figure 2.

Risque de mort maternelle dans une vie établi par la méthode d'estimation indirecte, des estimations ponctuelles et des intervalles de confiance (C.I.) à 95%



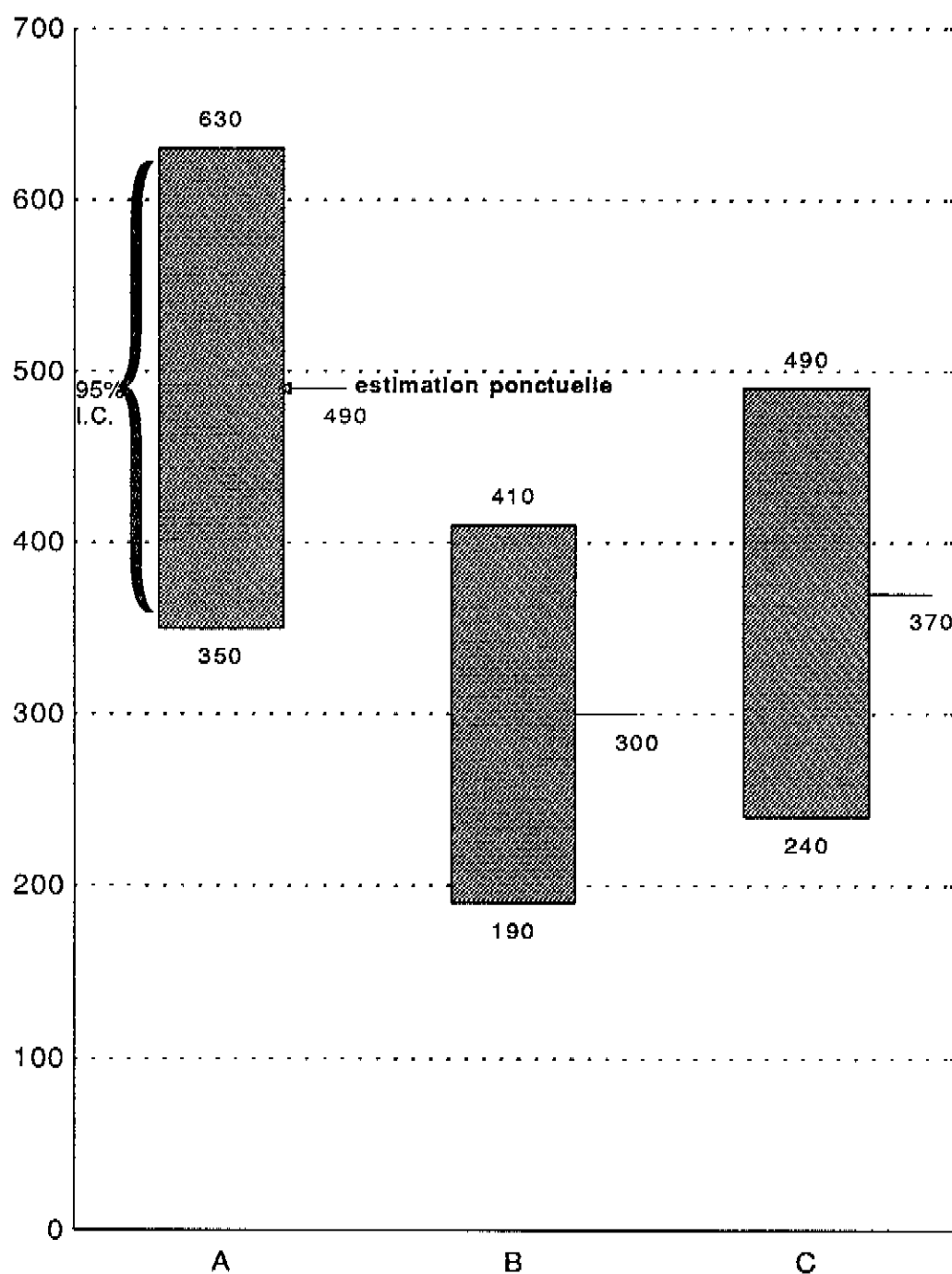
NOTES: L'Enquête a porté sur un échantillon de 2163 personnes par tournée
L'estimation portait sur une période de dix ans

LEGENDE: A Risque au cours d'une vie signalé dans Graham et al., 1989: un décès maternel pour 17 femmes en âge de procréer
B Intervalles de confiance pour un déclin estimatif du risque de 50% et la même taille d'échantillon
C Intervalles de confiance pour un déclin estimatif du risque de 25% et la même taille d'échantillon

Source: Maine D, McCarthy J and Ward VM. *Guidelines for monitoring progress in the reduction of maternal mortality (a work in progress)*. UNICEF Statistics and Monitoring Section. New York, UNICEF, 1992

Figure 3.

Ratio de mortalité maternelle établi à l'aide d'une enquête direct dans les ménages, d'estimations ponctuelles et d'intervalles de confiance à 95%



NOTES: L'échantillon comprenait 9315 personnes par tournée.
L'estimation portait sur deux ans

LEGENDE: A Ratio signalé dans Kwast et al., 1985: 490 décès maternels pour 100 000 naissances
B Intervalles de confiance pour un déclin estimatif du risque de 50% et la même taille d'échantillon
C Intervalles de confiance pour un déclin estimatif du risque de 25% et la même taille d'échantillon

Source: Maine D, McCarthy J and Ward VM. *Guidelines for monitoring progress in the reduction of maternal mortality (a work in progress)*. UNICEF Statistics and Monitoring Section, New York, UNICEF, 1992

Appendice 7 Définition des soins obstétricaux essentiels au centre de santé et à l'hôpital

Le groupe de travail a recommandé que les soins obstétricaux essentiels dispensés dans les centres de santé comprennent :

- 1) l'administration d'antibiotiques par voie parentérale;
- 2) l'administration d'ocytocine par voie parentérale;
- 3) l'administration de sédatifs par voie parentérale en cas de toxémie;
- 4) la délivrance artificielle du placenta;
- 5) la délivrance artificielle des produits de la conception subsistant dans l'utérus.

Les soins obstétricaux essentiels dispensés dans les hôpitaux (premier niveau de recours) comprennent en plus les soins chirurgicaux et les transfusions sanguines.

Appendice 8

Indicateurs pour la surveillance des objectifs sanitaires recommandés par le Sommet mondial pour les enfants

INDICATEURS POUR LA SURVEILLANCE DES OBJECTIFS SANITAIRES DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS

Recommandés par l'OMS et l'UNICEF pour la surveillance des progrès et la gestion des programmes au niveau national et la notification des données au niveau international

OBJECTIFS SANITAIRES DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS	INDICATEURS	OBSERVATIONS ET MESURES A PRENDRE
<p>1. Entre 1990 et l'an 2000, réduire d'un tiers la mortalité infantile et la mortalité des moins de 5 ans ou, en chiffres absolus, ramener celle-ci à 50 et 70 pour 1000 naissances vivantes, respectivement, selon ce qui équivaudrait à la réduction la plus importante</p>	<p>Les indicateurs imprimés en caractères gras figurent dans le canevas SPT de l'OMS (sauf indication contraire, lorsque plusieurs indicateurs sont proposés pour un même objectif, ils sont énumérés par ordre de préférence)</p> <p>Taux de mortalité infantile : nombre annuel de décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes</p> <p>Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : probabilité de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire, exprimé pour 1000 enfants nés vivants</p>	<p>Les principes directeurs devraient être ventilés par sexe, zone rurale/urbaine et, à l'intérieur des pays, zones urbaines à faibles revenus et grandes zones géographiques</p> <p>Les principes directeurs exposeront les méthodes à utiliser pour le calcul du taux (ratio) de mortalité infantile qui est (approximativement) la probabilité de décéder avant le premier anniversaire. Les pays devront également notifier le nombre des naissances vivantes et le nombre des décès d'enfants de moins d'un an au cours de la dernière année pour laquelle des données sont disponibles.</p> <p>Les principes directeurs décrivent plusieurs méthodes pour calculer la mortalité chez les moins de 5 ans. Les pays sont priés de notifier le nombre des décès survenus entre 1 et exactement 5 ans au cours de la même année pour laquelle ont été notifiés les décès d'enfants de moins d'un an. Ces deux indicateurs sont également importants.</p>
<p>2. Entre 1990 et l'an 2000, réduire de moitié le taux de mortalité maternelle</p>	<p>Taux (ratio) de mortalité maternelle : nombre annuel de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes</p> <p>Nombre annuel de décès maternels</p>	<p>Un décès maternel est un décès survenant pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quels que soient la durée et le lieu de celle-ci, à la suite d'une cause en relation avec la grossesse ou aggravée par celle-ci ou sa prise en charge, mais non d'une cause accidentelle ou annexe.</p>
<p>3. Entre 1990 et l'an 2000, réduire de moitié la malnutrition grave ou modérée chez les enfants de moins de 5 ans</p>	<p>i Prévalence de l'insuffisance pondérale : proportion d'enfants d'âge préscolaire (moins de 5 ans) dont le poids pour l'âge est inférieur d'au moins - 2 écarts types (malnutrition modérée et grave) et prévalence de l'insuffisance pondérale grave : proportion d'enfants d'âge préscolaire (moins de 5 ans) dont le poids pour l'âge est inférieur d'au moins - 3 écarts types au poids médian de référence OMS/INCHS</p> <p>ii Prévalence du retard de croissance : proportion d'enfants d'âge préscolaire (moins de 5 ans) dont la taille pour l'âge est inférieure d'au moins - 2 écarts types (malnutrition modérée et grave); et prévalence du retard de croissance grave : proportion d'enfants d'âge préscolaire (moins de 5 ans) dont la taille pour l'âge est inférieure d'au moins - 3 écarts types à la taille médiane de la population de référence OMS/INCHS</p>	

OBJECTIFS SANITAIRES DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS	INDICATEURS	OBSERVATIONS ET MESURES A PRENDRE
	<p>Les indicateurs imprimés en caractères gras figurent dans le canevas SPT de l'OMS (sauf indication contraire, lorsque plusieurs indicateurs sont proposés pour un même objectif, ils sont énumérés par ordre de préférence)</p> <p>iii Prévalence de l'émaciation : proportion d'enfants d'âge préscolaire (moins de 5 ans) dont le poids pour la taille est inférieur d'au moins -2 écarts types (malnutrition modérée et grave) et prévalence de l'émaciation grave : proportion d'enfants d'âge préscolaire (moins de 5 ans) dont le poids pour la taille est inférieur d'au moins - 3 écarts types au poids médian de la population de référence OMS/INCHS</p>	<p>Les indicateurs devraient être ventilés par sexe, zone rurale/urbaine et, à l'intérieur des pays, zones urbaines à faibles revenus et grandes zones géographiques</p>
4. Assurer à tous l'accès à une eau potable saine	<p>Pourcentage de la population "ayant accès" à une "quantité suffisante" d'eau de boisson "saine" à domicile ou "à distance raisonnable" de l'habitation</p>	<p>Les paramètres indiqués entre guillemets devraient être définis au niveau national.</p>
5. Assurer à tous des systèmes sanitaires d'évacuation des excréta	<p>Pourcentage de la population "ayant accès" à des "installations adéquates" pour l'élimination des excréta à domicile ou à "distance raisonnable" de l'habitation</p>	<p>Les paramètres indiqués entre guillemets devraient être définis au niveau national.</p>
8. Assurer une meilleure protection aux enfants se trouvant dans des circonstances particulièrement difficiles	<p>Nombre total de personnes atteintes d'incapacité, en précisant le nombre de personnes qui ont des difficultés à voir, à entendre ou à parler, à se déplacer, à apprendre et à comprendre ou à adopter un comportement normal, ou présentant une autre incapacité d'une durée d'au moins 6 mois, ou de nature irréversible, dans les groupes d'âge suivants : 0-4, 5-14, 15-19 et 20-plus ans.</p> <p>Le taux total d'incapacité (taux pour 1000 enfants âgés de 0-4, 5-14, 15-19 ans et adultes de 20-plus ans)</p>	<p>Ces indicateurs sont en cours d'élaboration. Le total estimatif des personnes atteintes d'incapacité serait établi à partir des cinq catégories d'incapacités énumérées et les chiffres obtenus pour chaque catégorie seraient indiqués avec la source des données (indiquant aussi la taille des échantillons). Les "autres" catégories d'incapacité devraient être précisées. Les incapacités devraient aussi être ventilées par âge, sexe et type d'habitat (urbain - rural).</p> <p>Les principes directeurs décrivent les méthodes de mesure recommandées actuellement à l'étude. Les pays sont également invités à indiquer le taux de couverture récent des services de réadaptation par type et groupe d'âge.</p>
9. Accorder une attention particulière à la santé et à la nutrition des filles, des femmes enceintes et des femmes qui allaitent	<p>Taux de mortalité des moins de 5 ans (voir indicateur objectif 1)</p> <p>Prévalence de l'insuffisance pondérale modérée et grave - (voir indicateur objectif 3)</p> <p>Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de la présence de personnel qualifié (voir indicateur objectif 11)</p> <p>Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans souffrant d'anémie (voir objectif 13)</p> <p>Prévalence du VIH, femmes enceintes</p>	<p>Indicateur en cours d'élaboration</p>

OBJECTIFS SANITAIRES DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS	INDICATEURS	OBSERVATIONS ET MESURES A PRENDRE
10. Faire en sorte que tous les couples aient accès à l'information et aux services nécessaires pour prévenir les grossesses prématurées, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses	<p>Les indicateurs imprimés en caractères gras figurent dans le canevas SPT de l'OMS (sauf indication contraire, lorsque plusieurs indicateurs sont proposés pour un même objectif, ils sont énumérés par ordre de préférence)</p> <p>Pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) utilisant une méthode de contraception (moderne ou traditionnelle)</p> <p>Taux de fécondité des femmes âgées de 15-19 ans</p>	<p>Les indicateurs devraient être ventilés par sexe, zone rurale/urbaine et, à l'intérieur des pays, zones urbaines à faibles revenus et grandes zones géographiques</p> <p>Cet indicateur devrait être ventilé par groupes d'âge. Ces derniers devraient être au moins deux : moins de 20 ans et 20-49 ans.</p> <p>Etablir si possible le taux de fécondité par âge pour chaque année entre 15 et 19 ans.</p>
11. Faire en sorte que toutes les femmes enceintes aient accès aux soins prénatals, qu'elles soient assistées lors de l'accouchement par des personnes formées à cet effet, et qu'elles aient accès à des services d'orientation en cas de grossesse à haut risque ou d'urgence obstétricale	<p>Pourcentage de femmes vues au moins une fois pendant leur grossesse par une personne qualifiée</p> <p>Pourcentage d'accouchements pratiqués par du personnel de santé qualifié</p> <p>Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux essentiels pour 500 000 habitants</p>	<p>Les principes directeurs définissent les critères auxquels doit répondre la formation. Le premier et le deuxième indicateur sont également importants.</p> <p>Les soins obstétricaux essentiels sont définis dans les principes directeurs</p>
12. Ramener à moins de 10 % la proportion d'enfants ayant un poids insuffisant à la naissance (moins de 2500 g)	<p>Pourcentage d'enfants nés vivants pesant moins de 2500 g</p>	
13. Réduire d'un tiers par rapport à 1990 la proportion de femmes souffrant d'anémie ferriprive	<p>Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans présentant une hémoglobine inférieure à 12 g/dl de sang si elles ne sont pas enceintes et 11 g/dl si elles sont enceintes</p>	
14. Éliminer presque totalement les troubles dus à une carence en iode	<p>Sel iodé - Pourcentage de la population des régions manquant d'iode consommant une quantité suffisante de sel iodé</p>	<p>Cible : Faire en sorte que >95 % de la population consomme une quantité suffisante de sel iodé. On entend par quantité suffisante une consommation de 150 mcg d'iode par personne et par jour. Il s'agit d'un indicateur essentiel pour la surveillance des programmes.</p>

OBJECTIFS SANITAIRES DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS	INDICATEURS	OBSERVATIONS ET MESURES A PRENDRE
	<p>Les indicateurs imprimés en caractères gras figurent dans le canevas SPT de l'OMS (sauf indication contraire, lorsque plusieurs indicateurs sont proposés pour un même objectif, ils sont énumérés par ordre de préférence)</p> <p>Taux de prévalence du goitre - Pourcentage d'enfants de 6-11 ans atteints de goitre quel que soit le stade (palpable ou visible)</p> <p>Excrétion urinaire d'iode - La valeur médiane de la concentration d'iode urinaire dans la population des régions manquant d'iode (écoliers ou ensemble de la population) devrait être supérieure à 10 mcg/dl d'urine</p> <p>TSH - Pourcentage de nouveau-nés (sang du cordon ou âgés de trois jours à trois semaines) présentant des taux de TSH sérique supérieurs à 5 mU/l.</p>	<p>Cible : <5 % de la population.</p> <p>La prévalence du goitre est utile pour les évaluations initiales et la surveillance des progrès accomplis mais elle ne donne pas d'indications suffisamment précises pour pouvoir déclarer l'élimination de la carence en iode. Pour des raisons d'homogénéité, on établira si possible ce taux de prévalence pour le groupe 8-10 ans.</p> <p>L'excrétion urinaire d'iode ou la thyrotrophine (TSH) doivent être mesurées pour pouvoir déclarer l'élimination de la carence en iode.</p> <p>Cible : La valeur médiane de l'excrétion urinaire d'iode est supérieure à 10 mcg/dl.</p> <p>Cible : <3 % au-dessus de 5 mU/l.</p> <p>La TSH sanguine doit être multipliée par un facteur de 2,2 pour être exprimée en unités corrigées pour le sérum.</p>
15. Eliminer presque totalement l'avitaminose A et ses effets, dont la cécité	<p>Cécité nocturne - Pourcentage d'enfants d'âge préscolaire (2-6 ans) qui ne voient pas la nuit</p> <p>Vitamine A sérique - Pourcentage d'enfants d'âge préscolaire (six mois à six ans) présentant des taux de vitamine A sérique inférieurs à 20 mcg/dl</p> <p>Vitamine A dans le lait maternel - Pourcentage de femmes allaitantes dont le lait contient moins de 30 mcg/dl (ou moins de 8 mcg/g de graisse du lait) de vitamine A</p>	<p>Cible : <1 % d'enfants d'âge préscolaire.</p> <p>Indicateur utile dans la communauté mais fiable uniquement lorsqu'existe un terme local pour la cécité nocturne. Cet indicateur devrait être associé à la vitamine A sérique ou à la vitamine A dans le lait maternel.</p> <p>Cible : <10 % d'enfants d'âge préscolaire présentant des taux de vitamine A sérique inférieurs au seuil fixé.</p> <p>Si les conditions locales ne permettent pas de prélever d'échantillons de sang, on utilisera la vitamine A dans le lait maternel.</p> <p>Cible : <25 % de femmes allaitantes présentant des valeurs inférieures au seuil fixé.</p> <p>Bien qu'elle ne soit pas encore largement utilisée comme indicateur, la vitamine A dans le lait maternel est révélatrice de la qualité de l'alimentation de la mère et du nourrisson. Elle permet de prévoir un risque de carence au début de la période de sevrage.</p>

OBJECTIFS SANITAIRES DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS	INDICATEURS	OBSERVATIONS ET MESURES A PRENDRE
16. Permettre à toutes les femmes de nourrir leurs enfants exclusivement au sein pendant quatre à six mois et de continuer à les allaiter en leur donnant des aliments d'appoint durant une bonne partie de la deuxième année	<p>Les indicateurs imprimés en caractères gras figurent dans le canevas SPT de l'OMS (sauf indication contraire, lorsque plusieurs indicateurs sont proposés pour un même objectif, ils sont énumérés par ordre de préférence)</p> <p>Taux d'allaitement maternel exclusif : Proportion de nourrissons de moins de quatre mois (120 jours) exclusivement nourris au sein</p> <p>Taux d'allaitement maternel à l'âge de deux ans : Proportion d'enfants de 20-23 mois encore nourris au sein</p> <p>Taux d'alimentation d'appoint en temps opportun : Proportion de nourrissons de 6-9 mois (180-293 jours) recevant du lait maternel et des aliments d'appoint</p> <p>Taux d'établissements amis des bébés : Proportion d'hôpitaux et de maternités "amis des bébés" conformément aux critères mondiaux définis dans le cadre de l'initiative pour les hôpitaux amis des bébés.</p>	<p>Les indicateurs devraient être ventilés par sexe, zone rurale/urbaine et, à l'intérieur des pays, zones urbaines à faibles revenus et grandes zones géographiques</p> <p>Présenter si possible les données séparément par âge exprimé en mois (0 à 4)</p> <p>Les critères mondiaux sont définis dans les principes directeurs.</p>
17. Institutionnaliser la promotion et la surveillance périodique de la croissance dans tous les pays d'ici à la fin des années 90		Indicateurs en cours d'élaboration
19. Eliminer la poliomyélite dans le monde d'ici à l'an 2000	Nombre annuel de cas de poliomyélite	
20. Eliminer le tétanos néonatal d'ici à 1995	Nombre annuel de cas de tétanos néonatal	
21. Réduire de 95 % la mortalité due à la rougeole et de 90 % l'incidence de la rougeole d'ici à 1995 par rapport aux niveaux observés avant la vaccination, étape majeure sur la voie de l'éradication totale de la maladie à long terme	<p>Nombre annuel de décès d'enfants de moins de cinq ans dus à la rougeole</p> <p>Nombre annuel de cas de rougeole</p>	Les principes directeurs donnent la définition d'un cas de rougeole et d'un décès dû à la rougeole

OBJECTIFS SANITAIRES DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS	INDICATEURS Les indicateurs imprimés en caractères gras figurent dans le canevas SPT de l'OMS (sauf indication contraire, lorsque plusieurs indicateurs sont proposés pour un même objectif, ils sont énumérés par ordre de préférence)	OBSERVATIONS ET MESURES A PRENDRE Les indicateurs devraient être ventilés par sexe, zone rurale/urbaine et, à l'intérieur des pays, zones urbaines à faibles revenus et grandes zones géographiques
22. Maintenir un taux élevé de vaccination (au moins 90 % des enfants de moins d'un an d'ici à l'an 2000) contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose et, s'agissant des femmes en âge de procréer, contre le tétanos	<p>Pourcentage d'enfants vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche, et le tétanos (DTc3) avant leur premier anniversaire</p> <p>Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole avant leur premier anniversaire</p> <p>Pourcentage d'enfants vaccinés contre la poliomyélite (VPO3) avant leur premier anniversaire</p> <p>Pourcentage d'enfants vaccinés contre la tuberculose avant leur premier anniversaire</p> <p>Pourcentage de femmes enceintes vaccinées contre le tétanos (TT2 ou rappel)</p> <p>Pourcentage d'enfants protégés contre le tétanos néonatal du fait que leur mère est vaccinée</p>	<p>Les paramètres indiqués entre guillemets devraient être définis au niveau national.</p> <p>Les critères en fonction desquels est définie la notion "protégé" figurent dans les principes directeurs.</p>
23. Réduire de 50 % la mortalité due à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans et de 25 % l'incidence des diarrhées	<p>Nombre annuel de décès d'enfants de moins de cinq ans dus à la diarrhée</p> <p>Nombre annuel moyen de cas (épisodes) de diarrhée par enfant de moins de cinq ans</p> <p>Proportion d'épisodes de diarrhée chez des enfants de moins de cinq ans recevant la TRO (réhydratation) et que l'on continue d'alimenter</p>	<p>Les principes directeurs décrivent les méthodes à utiliser pour estimer les décès dus à la diarrhée à partir de l'ensemble des décès chez les moins de cinq ans.</p>
24. Réduire d'un tiers la mortalité due aux infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de cinq ans	<p>Nombre annuel de décès d'enfants de moins de cinq ans dus aux infections respiratoires aiguës</p> <p>Proportion des cas de pneumonie vus dans des établissements de santé et bénéficiant de la prise en charge standard</p>	<p>Les principes directeurs donnent les méthodes à utiliser pour estimer les décès par IRA à partir de l'ensemble des décès chez les moins de cinq ans.</p> <p>Cet indicateur peut être mesuré par l'enquête IRA sur les services de santé.</p>
25. Eliminer la maladie due au ver de Guinée (dracunculose) d'ici à l'an 2000	<p>Nombre annuel de cas de dracunculose (ver de Guinée) dans l'ensemble de la population</p> <p>Nombre de villages signalant des cas de dracunculose</p>	

OBJECTIFS SANITAIRES DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS	INDICATEURS	OBSERVATIONS ET MESURES A PRENDRE
<p>26. Multiplier les activités de développement du jeune enfant, notamment les activités appropriées peu coûteuses à l'échelon de la famille et de la collectivité</p>	<p>Les indicateurs imprimés en caractères gras figurent dans le canevas SPT de l'OMS (sauf indication contraire, lorsque plusieurs indicateurs sont proposés pour un même objectif, ils sont énumérés par ordre de préférence)</p> <p>Proportion d'enfants de moins de six ans participant à des programmes organisés de développement de l'enfant</p> <p><u>Prévalence du retard de croissance grave</u> : Voir objectif 3</p>	<p>Les indicateurs devraient être ventilés par sexe, zone rurale/urbaine et, à l'intérieur des pays, zones urbaines à faibles revenus et grandes zones géographiques</p> <p>En cours d'élaboration et à l'essai. Les programmes organisés de développement de l'enfant y compris les activités peu coûteuses dans la famille et la communauté seront définies par les pays.</p>
<p>27. Education de base - Permettre aux individus et aux familles d'acquérir davantage de connaissances et de compétences ainsi que les valeurs nécessaires pour améliorer leurs conditions de vie, en recourant à tous les moyens d'éducation, y compris les médias et les autres formes modernes et traditionnelles de communication et d'action sociales, l'efficacité étant mesurée à l'évolution des comportements</p>	<p>Connaissance des moyens de prévention de l'infection à VIH - Pourcentage de personnes âgées de 15-49 ans et pourcentage de jeunes âgés de 15-19 ans capables de citer au moins deux moyens acceptables de se protéger contre l'infection à VIH.</p>	<p>La connaissance du VIH n'est que l'un des indicateurs de l'éducation de base. L'UNESCO et l'UNICEF ont mis au point un ensemble d'indicateurs pour tous les objectifs de l'éducation de base qui ne sont pas énumérés ici.</p>

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) *Sommet mondial pour les enfants: Indicateurs et méthodes de surveillance*. 4 octobre 1993. Genève.
2. Graham W and Filippi V. *Monitoring maternal health goals: how well do the indicators perform?* Background paper prepared for the Technical Working Group on Indicators to Monitor Maternal Health Goals, Genève, 8-12 novembre 1993. Organisation mondiale de la Santé, 1993.
3. Vernon AA and Stroh G. Experience with Sentinel Surveillance Systems in Sub-Saharan Africa. In: Boerma JT, *Measurement of maternal and child mortality, morbidity and health care: interdisciplinary approaches*. Editions Derouaux-Ordina. Liege, 1992.
4. Fortney JA. Implications des définitions de la CIM-10 relatives aux décès au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de la puerpéralité. *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*. 1990, 43:246-248.
5. Campbell OMR and Graham WJ. *Measuring maternal mortality and morbidity: levels and trends*. Maternal and Child Epidemiology Unit Publication No. 2. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Londres, 1990.
6. Organisation mondiale de la Santé. *Guide pour l'étude de la mortalité maternelle dans les pays en développement : Taux et causes*. WHO/FHE/87.7, Genève, 1987.
7. Rooney C. Soins prénatals et santé maternelle : Etude d'efficacité ? WHO/MSM/92.4. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992.
8. Maine D. *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. Columbia University School of Public Health, New York, 1991.
9. Filippi V, Graham W and Campbell O. *Utilizing survey data on maternity care in developing countries: an illustrative study*. Maternal and Child Epidemiology Unit Publication No. 3. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Londres, 1990.
10. Organisation mondiale de la Santé. *Eléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours*. ISBN 92 4 254424 8. Genève, 1992.
11. Organisation mondiale de la Santé. *Dossier mère-enfant: la mise en oeuvre de la maternité sans risque dans les pays*. WHO/FHE/MSM/94.11. Genève, 1994. (Version française en préparation).
12. Maine D, McCarthy J and Ward VM. *Guidelines for monitoring progress in the reduction of maternal mortality [a work in progress]*. UNICEF Statistics and Monitoring Section. New York, UNICEF, 1992.
13. Franks AL. et al. *Hospitalization for pregnancy complications, United States, 1986 and 1987*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1992, 166:1339-44.
14. Thaddeus S and Maine D. *Too far to walk: maternal mortality in context*. Prevention of Maternal Mortality Program, Center for Population and Family Health, Columbia University, 1990.
15. Ministry of Finance/Zimbabwe and Institute for Resource Development/Macro International, Inc. *Zimbabwe service availability survey 1989/1990*. Columbia: IRD. 1991.