

L'approche des Besoins Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures

*Deuxième partie :
Elaboration du protocole
de recueil des données*

Le renforcement des soins obstétricaux essentiels est considéré comme une stratégie - clé pour obtenir des améliorations importantes dans le domaine de la lutte contre la mortalité maternelle. Les soins obstétricaux essentiels – « complets » et « de base » – comprennent un grand nombre d'interventions obstétricales. Parmi celles-ci il y a un certain nombre d'interventions techniques et chirurgicales majeures requises pour traiter les problèmes menaçant la vie de la mère durant l'accouchement¹. Il est possible de visualiser sur une carte géographique la sous – utilisation, le « besoin non couvert », de certaines de ces interventions : les interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues.

Dans les pays à forte mortalité maternelle, les décideurs politiques et les prestataires de soins ne sont pas toujours conscients de l'importance des besoins non couverts ni des possibilités réelles d'améliorer les choses. La cartographie des déficits en « interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues » ne mesure pas l'ensemble des besoins obstétricaux essentiels non couverts, mais l'approche peut être utile pour rassembler un large panel d'acteurs, professionnels ou non, intéressés par l'amélioration des politiques et des services de santé maternelle.

Le réseau « besoins non couverts pour les interventions obstétricales majeures » regroupe les ministères de la santé, les organisations de développement, les institutions scientifiques et les cliniciens qui désirent faire un relevé des besoins non couverts en « interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues » et d'en utiliser les conclusions comme point de départ, non seulement pour améliorer la santé maternelle mais aussi le fonctionnement global de leur système de soins de santé.

Le réseau donne un support technique aux équipes nationales de recherche impliquées dans la démarche, ainsi que des opportunités d'échanges de résultats et d'expériences dans le domaine des politiques de soins de santé.

¹ *Liste des Interventions Majeures* : césarienne, laparotomie pour suture de brèche utérine, hystérectomie, grande version extraction, symphyséotomie, craniotomie/cranioclasie. *Liste des Indications Maternelles Absolues* : hémorragie ante-partum sévère (placenta praevia et hématome rétroplacentaire), hémorragie du post-partum, disproportion foeto-pelvienne et rupture utérine, présentations dystociques (traverse et front).



UON Network – Réseau des Besoins Non Couverts
pour les Interventions Obstétricales Majeures

Equipe de gestion et de coordination

<http://www.uonn.org> – e-mail : UON@itg.be

Le réseau des Besoins Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures est appuyé par :



La Commission Européenne DG VIII

Coordination par :



Institut de Médecine Tropicale (IMT)
Département de Santé Publique
Nationalestraat 155
2000 Antwerpen/Belgique

En collaboration avec :

- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
- Coopération Technique Belge (CTB)

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
<i>Guide pour l'élaboration du protocole de collecte des informations</i>	5
<i>Protocoles à développer</i>	5
<i>Stratégie de collecte des données</i>	5
2. L'ÉQUIPE DE RECHERCHE	6
3. TRAVAIL PRÉPARATOIRE	6
<i>Choix de la zone d'étude</i>	6
<i>Informers les personnes concernées</i>	7
<i>Inventaire des formations sanitaires</i>	8
<i>Visite préliminaire</i>	8
<i>Définition des interventions obstétricales majeures pour indication maternelle absolue</i>	8
<i>Liste des interventions à considérer dans la définition de l'indicateur</i>	8
<i>Liste des indications maternelles absolues (IMA) à considérer dans la définition de l'indicateur</i>	10
4. ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES MAJEURES POUR INDICATION MATERNELLE ABSOLUE	11
<i>Elaboration du questionnaire individuel "femmes"</i>	11
<i>Informations à collecter</i>	11
<i>Exemple de questionnaire « femmes »</i>	12
<i>Guide de remplissage</i>	13
<i>Elaboration du questionnaire "formation"</i>	14
<i>Informations à collecter</i>	14
<i>Exemple de questionnaire « formation »</i>	15
<i>Guide de remplissage</i>	16
<i>Test des questionnaires et des guides</i>	16
<i>Collecte des données</i>	16
<i>Remarque préliminaire</i>	16
<i>Collecte des informations sur les interventions obstétricales</i>	17
<i>Collecte des informations sur les hôpitaux</i>	18
<i>Mouvement des questionnaires de récolte des données</i>	18
<i>Saisie des données</i>	18
5. ÉTUDE PROSPECTIVE DES IOM	18
<i>Préparation de l'étude prospective</i>	18
<i>Les supports de recueil de données</i>	19
<i>Grille de recueil des données « hôpital » à préparer pour une étude prospective</i> ...	19
<i>Feuille de résumé des IOM / IMA par zone / district sanitaire</i>	19

INTRODUCTION

Guide pour l'élaboration du protocole de collecte des informations

Le présent document est un guide pour la réalisation d'une étude sur les besoins obstétricaux non couverts. La constitution de l'équipe de recherche, le choix des zones d'étude, le processus de définition consensuelle des interventions et des indications et la réalisation des questionnaires y sont envisagés de manière concrète. Il devrait ainsi être possible de réaliser une étude adaptée au contexte du pays dans lequel elle se déroule. Ce document est donc conçu comme un guide plutôt qu'un protocole standard pour que chaque pays puisse finaliser ses propres protocoles et y inclure les choix qui auront été faits en ce qui concerne les interventions, les indications, les lieux d'étude ou encore la stratégie de recueil des données.

Le présent guide est la deuxième partie de la série des documents techniques proposés par le réseau des besoins non couverts pour les interventions obstétricales majeures (unmet obstetric needs –UON - network). Une première partie était consacrée aux principes généraux de cette recherche et à la description du réseau international. Les documents suivants seront consacrés à l'analyse des données, au calcul et à l'analyse des déficits en interventions obstétricales majeures pour les indications maternelles absolues et au processus de changement ou d'adaptation des politiques et stratégies sanitaires nécessaires pour améliorer la santé maternelle et du développement des services de santé de manière générale.

Protocoles à développer

Pour collecter les informations afin de réaliser une étude sur les besoins obstétricaux non couverts il est nécessaire de développer :

- Un document qui précise :
 - La composition de l'équipe de recherche mandatée par le ministère de la santé
 - Le travail préparatoire
 - Le choix de la zone d'étude
 - L'information et le travail de consensus à réaliser avec les différents acteurs
 - L'inventaire des formations sanitaires où se déroulera l'étude
 - Le programme et le compte-rendu des visites préliminaires
 - Le processus et le résultat du travail de définition des interventions obstétricales majeures et des indications maternelles absolues
- Un protocole spécifique pour l'étude rétrospective qui comprend :
 - Le questionnaire « femmes »
 - Un guide de remplissage du questionnaire « femmes »
 - Les modalités de test du questionnaire et du guide
 - Un programme de travail dans les hôpitaux et cliniques, y compris les contenus d'information et de formation du personnel
 - La description du processus de recueil des données et de contrôle de ce processus
 - Le questionnaire « formation sanitaire »
 - Un guide de remplissage du questionnaire « formation sanitaire »
 - Les modalités de codage et de saisie des données
- Un protocole pour l'étude prospective qui comprend :
 - Les préalables à définir pour la répartition des tâches, la détermination des aires géographiques et la circulation de l'information collectée
 - La grille de recueil des données
 - La grille de synthèse des IOM / IMA par zone d'étude
 - Un guide de remplissage des grilles

Stratégie de collecte des données

Il y a deux stratégies de collecte des données possibles : soit l'équipe centrale de recherche forme les équipes locales (provinces, districts) à pratiquer le recueil de données, soit l'équipe centrale de recherche se déplace elle-même dans toutes les zones d'étude retenues et y réalise la récolte des données dans chacune des formations sanitaires auxquelles la population s'adresse. Le

choix pour l'une ou l'autre stratégie sera fait en fonction des ressources disponibles, des capacités techniques des équipes locales et des possibilités de contrôle du recueil de données.

L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

Une étude sur les besoins obstétricaux non couverts n'est lancée que si le Ministère de la Santé du pays concerné (niveau central ou régional) appuie cette initiative et a l'intention d'en utiliser les résultats. Un groupe de personnes (animé par un coordinateur) va être désigné pour assumer la responsabilité de l'étude depuis sa préparation jusqu'à l'utilisation des résultats. Ce groupe de personnes sera appelé « équipe de recherche ». Cette équipe pourra appartenir à une institution de recherche, à une université, à un service du Ministère de la Santé, ou bien pourra être composée de membres de ces différents horizons.

Le commanditaire de l'étude est le Ministère de la Santé. L'équipe de recherche agit donc en son nom et selon ses directives, qu'elle soit partie intégrante de celui-ci, ou qu'elle relève d'une institution de recherche.

L'équipe de recherche est constituée de professionnels de la santé ayant l'expérience de ce type d'étude, tant du point de vue technique (collecte des données), que de l'organisation du travail en coordination avec le ministère et les équipes de région, de province ou de district, ainsi qu'avec celle des hôpitaux concernés.

L'équipe de recherche travaillera en lien direct avec les professionnels des hôpitaux et avec les responsables de la gestion des services de santé. Cette collaboration est un point essentiel du processus de recherche, tant pour la fiabilité du recueil de données que pour le travail d'analyse et de réflexion sur les solutions qu'elle induira localement.

TRAVAIL PRÉPARATOIRE

Avant de lancer la collecte des données, un certain nombre de préalables sont nécessaires : (i)décider où l'étude sera réalisée, (ii)informer les responsables des districts et des hôpitaux où se déroulera l'étude ainsi que les autres acteurs concernés, (iii)faire l'inventaire des hôpitaux à visiter, (iv)faire une visite dans l'un de ces hôpitaux pour avoir une idée de ce qu'on peut attendre du système d'information de routine, (v)définir l'ensemble des indications qui seront retenues pour élaborer l'indicateur et (vi)rédiger les différents protocoles de collecte et d'analyse des informations.

Choix de la zone d'étude

C'est au ministère, en dialogue avec l'équipe de recherche, de décider si l'étude sera d'emblée menée sur l'étendue du territoire national ou si elle se fera au niveau d'une ou de plusieurs régions ou d'un groupe de districts. Ce choix sera guidé par les ressources de l'équipe de recherche pour mener l'étude et par les informations que le ministère souhaite obtenir sur des zones particulières.

Pour que l'étude soit efficace et pour permettre des comparaisons inter-pays, il est nécessaire que la zone d'étude ait une population d'au moins un million d'habitants. Une zone d'étude comprendra en général plusieurs sous-zones (districts ou sous-districts) de plus de 100.000 habitants.

L'unité d'analyse est la population de femmes enceintes habitant une sous-zone¹ répartie en deux catégories : milieu urbain (dans un rayon de moins de 10 km autour d'un hôpital réalisant des interventions obstétricales majeures) et milieu rural (population habitant à plus de 10 km d'un hôpital). On étudiera donc les interventions obstétricales réalisées pour les femmes enceintes de la sous-zone en consultant les registres et les fiches d'hospitalisation dans les hôpitaux de la sous-zone et dans les hôpitaux avoisinants, là où les gens se rendent effectivement.

Pour pouvoir être incluse dans l'étude, chacune des sous-zones doit répondre aux critères suivant:

- 1- Il est possible de connaître le nombre d'habitants (dénominateur) et le nombre d'accouchements attendus.

1 Il est possible, dans un district particulier, de mesurer les taux d'interventions par aire de centre de santé. Il faut cependant être bien conscient que plus le chiffre d'interventions obstétricales majeures est petit, plus le poids de l'erreur aléatoire est grand. Exemple: soit une aire de 12.500 habitants et un nombre de naissances attendues de 500. On s'attend à ce qu'il y ait environ 5 interventions obstétricales majeures pour indication maternelle absolue. Si on en observe entre 2 et 11, il n'y aura pas de différence (statistiquement significative) avec le chiffre de 5.

- 2- La population compte au moins 100.000 habitants (pour des raisons de validité, liées à l'ampleur des intervalles de confiance). Le nombre d'accouchements attendus devrait être d'au moins 2.000 pour le milieu urbain et environ 3.000 pour le milieu rural.
 - 3- Les données obstétricales sont disponibles dans les hôpitaux auxquels les gens s'adressent, que ce soit dans la sous-zone ou en dehors.
 - 4- Le recueil de données de routine des hôpitaux concernés spécifie les zones d'origine des patients. Si la résidence des patientes n'est pas connue, parce que l'origine géographique n'est pas recueillie en routine dans les registres ou les dossiers d'hospitalisation, il faut mettre en place rapidement un système de recueil de données qui prennent en compte l'origine des patients (colonne supplémentaire dans les registres par exemple) ; l'étude rétrospective sera d'emblée remplacée par une étude prospective.
- Le ministère de la santé, en coordination avec l'équipe de recherche, déterminera l'étendue de la zone de recherche et le nombre de sous-zones en fonction des possibilités opérationnelles.

Informar les personnes concernées

L'équipe de recherche, clairement mandatée par le ministère de la santé, prendra contact avec les personnes ou les groupes sociaux concernés. Il peut s'agir de groupes concernés par l'offre des soins obstétricaux (personnel de santé) ou de groupes qui peuvent influencer cette offre au niveau central ou périphérique.

Les différents acteurs impliqués sont :

- Les gynécologues obstétriciens œuvrant au niveau national dans l'enseignement (facultés de médecine) et/ou dans un département technique en charge de la santé maternelle au ministère.
- L'association des médecins. Il s'agit de l'association professionnelle et/ou de l'Ordre des Médecins regroupant les professionnels du secteur public et du secteur privé, au niveau national et dans les régions.
- L'association nationale des sages-femmes et leurs représentations régionales le cas échéant.
- Les équipes cliniques des maternités, des services de gynécologie-obstétrique, des services de chirurgie et des blocs opératoire des hôpitaux concernés par l'étude,
- Les responsables et les décideurs des sous-zones considérées:
 - l'équipe cadre du district sanitaire public, privé ou confessionnel,
 - les directeurs des structures hospitalières de la zone et les membres de leur pouvoir organisateur,
 - les élus locaux et les responsables politico-administratifs,
 - les membres locaux d'associations de professionnels de santé,
 - les membres locaux d'associations de développement au sein de la société civile,
- Les responsables sanitaires engagés dans la conception du système de santé ainsi que dans l'appui technique et la distribution des ressources au niveau des structures de santé périphériques ;
 - Les cadres du ministère de la santé qui travaillent au développement de secteurs clés tels que l'information sanitaire, les ressources financières, les ressources humaines, la politique hospitalière, le plan de couverture sanitaire du pays ou la définition des activités de santé.
 - Les cadres des directions régionales de la santé qui participent activement à la fois aux activités de support au développement des services de santé et à l'élaboration des stratégies régionales d'action sanitaire.
- Les membres des organisations internationales et de coopération bilatérale, ainsi que les membres des organisations non-gouvernementales, qui sont impliqués, techniquement et/ou financièrement, dans la lutte contre la mortalité maternelle et dans le développement du système de santé.

Lors de ces contacts, l'équipe de recherche veillera à expliquer clairement l'approche et discutera de la répartition des tâches. On veillera à prendre en compte les travaux existant ou en cours sur le sujet afin de créer les synergies nécessaires.

Pour une partie de ces acteurs, une lettre circulaire signée par le ministre de la santé ou l'autorité régionale devrait être envoyée avant de demander un entretien. Dans cette lettre, l'approche devrait être résumée et une demande de collaboration formelle exprimée.

Cette étape d'information est importante pour obtenir la collaboration des acteurs concernés mais aussi pour augmenter les chances de stimuler une dynamique régionale ou nationale au moment où des solutions devront être imaginées et mises en oeuvre.

Inventaire des formations sanitaires

Une fois la zone d'étude décidée, il convient de faire un inventaire des hôpitaux concernés : les hôpitaux (publics et privés) appartenant aux sous-zones d'étude proprement dites et les hôpitaux extérieurs aux sous-zones mais que les femmes qui y habitent utilisent. Cet inventaire est important d'une part pour avoir une adresse où envoyer l'information sur l'étude et d'autre part pour estimer la charge de travail. En effet, un déterminant important de la durée de la collecte d'information est le nombre d'hôpitaux à visiter (un autre étant la stratégie de collecte de données qui a été choisie).

Visite préliminaire

Une visite préliminaire est indispensable pour clarifier les éléments du recueil de données et pour en vérifier la faisabilité. La mission se rendra dans un certain nombre d'hôpitaux et de cliniques publiques et privé, choisis pour leur représentativité. Lors de cette visite, on veillera particulièrement à :

- vérifier la précision et la fiabilité des données enregistrées en routine ;
- vérifier si les zones d'origine sont clairement notées et si le personnel en reconnaît la validité (exemple : l'adresse mentionnée dans le registre est bien l'adresse de résidence de la femme et non l'adresse de la famille d'accueil où elle loge durant la période précédant l'accouchement, et qui est souvent proche de l'hôpital) ;
- vérifier si les indications d'intervention sont explicitement reportées et si les médecins en reconnaissent la signification (exemple : « travail bloqué » signifie disproportion foeto-pelvienne réelle, et non dystocie dynamique) ; prendre note de la façon dont les diagnostics sont formulés ;
- relever les possibilités de vérifications croisées, des registres par les fiches d'hospitalisation en maternité par exemple ;
- écouter les remarques et commentaires du personnel de santé quant à l'approche proposée

Toutes ces informations seront utiles pour adapter le protocole.

DÉFINITION DES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES MAJEURES POUR INDICATION MATERNELLE

ABSOLUE

Le choix d'une définition des interventions obstétricales majeures pour indication maternelle absolue est guidé avant tout par sa signification opérationnelle et politique. La signification opérationnelle fait référence à la facilité (faisabilité) de recueil de l'information et aussi à sa fiabilité (reproductibilité d'un hôpital à l'autre). La signification politique fait référence d'une part à la crédibilité de l'indicateur choisi (consensus des professionnels de santé et des autorités académiques sur un taux minimum d'interventions absolument nécessaires pour répondre aux besoins) et d'autre part à la demande du ministère. Cette demande du ministère est souvent orientée en fonction de questions liées à la planification des ressources (potentiel de banques de sang par exemple) ou de questions liées à l'épidémiologie locale (incidence des éclampsies, des grossesses extra-utérines).

Prendre en compte ces considérations signifie qu'il conviendra de rencontrer ces deux catégories d'acteurs (chargés de programme au ministère et autorités académiques) et d'organiser un comité d'experts nationaux qui décidera du choix des indications à intégrer dans l'indicateur.

Il faudra aussi tenir compte de la comparaison inter-pays. En pratique, une liste d'interventions obstétricales majeures et une liste d'indications maternelles absolues sont fournies et chaque pays devra pouvoir présenter les taux calculés en fonction de cet indicateur. Cependant chaque pays pourra ajouter les indications et les interventions qu'il souhaite. Par exemple, dans certains pays les maladies hypertensives de la grossesse constituent un problème grave et l'inclusion de l'éclampsie dans l'indicateur peut être jugée essentiel.

La liste des interventions obstétricales majeures pour indication maternelle absolue commune à tous les pays est définie ci-dessous. Les interventions et les indications qu'il est possible d'ajouter à cet indicateur standard pour le réseau sont reprises avec quelques commentaires.

Liste des interventions à considérer dans la définition de l'indicateur

a) Liste des interventions faisant partie de la définition standard

Il s'agit des interventions que chacune des équipes nationales du réseau devra prendre en compte. Pour rappel, les interventions obstétricales sont considérées comme majeures lorsque la

technologie hospitalière est nécessaire pour la réaliser : chirurgie, technique obstétricale sophistiquée difficile à décentraliser (version interne, crâniotomie) sans un support hospitalier nécessaire pour gérer les complications.

- CÉSARIENNE : C'est l'intervention obstétricale majeure par excellence. Il est facile de la relever dans les registres et sur les dossiers d'hospitalisation. Attention cependant aux indications : une césarienne peut être réalisée non seulement pour sauver la vie de la mère, mais aussi celle de l'enfant, ou encore pour bien d'autres raisons qui ne sont pas toujours liées à des situations menaçant la vie de la mère ou du fœtus.
- LAPAROTOMIE POUR SUTURE DE BRÈCHE UTÉRINE : L'intervention est spécifique et peut être mise en relation directe avec l'indication : la rupture utérine.
- HYSTÉRECTOMIE : L'intervention est spécifique ; elle est pratiquée pour certaines ruptures utérines, ou lors d'hémorragies incontrôlables ou d'infection grave de l'utérus. Vu sa spécificité, les indications qui l'ont motivées sont absolues.
- GRANDE VERSION EXTRACTION : L'intervention est très spécifique et elle est réalisée dans des situations précises (présentation transverse du deuxième jumeau par exemple) par des personnes très expérimentées. Elle est réalisée pour éviter une césarienne.
- SYMPHYSÉOTOMIE : Intervention réalisée pour éviter une césarienne en cas de disproportion foeto-pelvienne. Elle est habituellement réalisée en milieu hospitalier de façon à pouvoir recourir à une césarienne en cas d'échec.
- CRANIOTOMIE / CRANIOCLASIE : C'est une intervention pratiquée en cas de travail bloqué, à la place d'une césarienne lorsque l'enfant est mort.

b) Liste des interventions obstétricales non retenues dans la définition standard de l'indicateur

- TRANSFUSION SANGUINE : Sans autre information, il est difficile de savoir si cette intervention aurait sauvé la vie de la mère si elle n'avait pas été faite ; la prescription de transfusion dépend souvent beaucoup du comportement du professionnel et des ressources (banque de sang, donneur disponible). Cette intervention pourrait être ajoutée à condition d'en standardiser les indications.
- TRAITEMENT MÉDICAL DE LA CRISE D'ÉCLAMPSIE : Le traitement en soins intensifs des crises d'éclampsie peut être retenu comme intervention majeure si l'éclampsie est retenue comme indication absolue (voir les indications).
- FORCEPS ET VENTOUSE : Il est difficile de préciser rétrospectivement si l'application du forceps ou de la ventouse a été un acte vital pour la mère (même s'il a été utile pour l'enfant). L'usage de ces techniques n'est pas standardisé et il semble que leur utilisation dépende beaucoup de l'expérience de l'accoucheur(se). Il n'y a pas de taux de référence. En outre, ces techniques peuvent être pratiquées en périphérie ce qui nécessite – si on veut en tenir compte – d'étendre le recueil de données à toutes les formations sanitaires où ce type d'intervention est pratiqué.
- EXTRACTION MANUELLE DU PLACENTA : Cette intervention pourrait être considérée. Cependant, l'extraction manuelle du placenta est aussi pratiquée dans les maternités périphériques (dispensaires, centres de santé), ce qui signifierait qu'il faudrait étendre le recueil de l'information à l'ensemble des structures périphériques où de telles interventions sont pratiquées.
- CURETAGE UTÉRIN : L'indication est en général une hémorragie du post-partum en cas de restes placentaires. Mais comme pour l'extraction manuelle du placenta, il s'agit d'une intervention qui peut aussi être pratiquée dans les structures de premier échelon. L'inclure dans l'indicateur signifie étendre le recueil de données à toutes les structures qui la pratiquent.
- SUTURE DE DÉCHIRURES DU COL OU DU PÉRINÉE : une partie de ces complications sont iatrogènes. Il sera donc difficile d'avoir un taux de référence. L'information pourrait cependant être collectée pour avoir une idée de l'ampleur de ce genre de complication.
- TRAITEMENT MÉDICAL DE L'INFECTION : Une bonne partie des infections sont secondaires à des gestes septiques. Il n'y a pas de taux de référence.
- LAPAROTOMIE POUR GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE : Il s'agit de toute évidence d'un problème menaçant la vie de la mère. L'épidémiologie des grossesses ectopiques est très variable d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre dans un même pays, et d'une année à l'autre. La difficulté est d'obtenir un taux de référence valide. Un taux urbain - calculé pour une ville ou un groupe de villes - ne semble pas représenter l'ampleur du besoin en milieu rural ou dans d'autres villes.

Liste des indications maternelles absolues (IMA) à considérer dans la définition de l'indicateur

a) Liste des indications faisant partie de la définition standard

- HÉMORRAGIE ANTE-PARTUM SÉVÈRE : Il s'agit d'une indication maternelle absolue si elle est provoquée par un placenta praevia ou par le décollement du placenta normalement inséré (ou hématome rétro-placentaire). Les autres cas ne sont pas suffisamment spécifiques pour être retenus comme IMA.
- HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM : Les hémorragies du post-partum pour lesquelles une révision utérine, de l'ocytocine ou une transfusion suffisent ont une définition difficilement standardisable ; par contre, c'est une indication probablement très spécifique lorsqu'une hystérectomie est pratiquée comme seule solution possible pour l'arrêter. Le critère sera alors : hémorragie du post-partum pour laquelle une hystérectomie a été pratiquée.
- DISPROPORTION FOETO PELVIENNE ET RUPTURE UTÉRINE : Les dystocies mécaniques de ce type sont dues à un bassin rétréci ou à une hydrocéphalie du fœtus. La rupture utérine peut en être une complication dramatique. Il est cependant parfois difficile de faire une différence claire de notification entre dystocie mécanique et dystocie dynamique. Il conviendra d'évaluer la fiabilité de cette indication localement.
- PRÉSENTATIONS DYSTOCIQUES : Il s'agit des présentations transverses - y compris la proci-dence du bras ou la présentation de l'épaule - ou d'autres présentations assez rares comme celles du front, du bregma ou de la face avec enclavement (menton en position sacrée). Ce sont des IMA qui n'ont d'autres issue que la césarienne ou la version extraction en cas de transverse, pour les obstétriciens qui savent la pratiquer.

NOTE : il est important pour l'analyse de tenir compte aussi des femmes enceintes décédées avant même d'avoir subi une intervention obstétricale majeure. Quel que soit le problème, toutes les femmes décédées avant une intervention ont par définition une indication maternelle absolue. Elles devront être enregistrées.

b) Liste des indications non retenues dans la définition standard

- MALADIES HYPERTENSIVES DE LA GROSSESSE : L'hypertension et la pré-éclampsie, et même l'éclampsie, ne sont pas systématiquement fatales pour la mère. Les critères pour considérer ces indications comme absolues ne sont pas clairs. En outre, le traitement de ces complications de la grossesse peut être décentralisé, ce qui nécessite une collecte d'information étendue à toutes les structures où le traitement des maladies hypertensives est pratiqué. Enfin, l'épidémiologie « versatile » de ces pathologies, même à l'intérieur d'un même pays, permet difficilement de définir un taux de référence. Dans certains pays cependant, l'éclampsie est un problème relativement fréquent et pourrait être ajouté.
- PROCIDENCE DU CORDON, PRÉSENTATION DU SIÈGE OU DE LA FACE (ANTÉRIEURE) : Ces problèmes ne sont pas considérés comme des indications maternelles absolues. Certains d'entre eux vont parfois nécessiter une intervention obstétricale majeure mais la probabilité de cette nécessité n'est pas connue et dépend beaucoup du comportement de l'accoucheur et de la pression de la famille pour éviter tout risque pour la mère ou pour l'enfant.
- ANÉMIE SÉVÈRE : L'anémie sévère pourrait être considérée comme une IMA, mais il faudrait qu'un seuil ait été préalablement défini et que ce seuil soit uniformément appliqué. Il est possible que ce ne soit pas le cas et que le taux de référence mesuré dans une situation optimale surestime le besoin par rapport aux critères d'intervention en périphérie. En outre, les taux de prévalence de l'anémie sévère varient beaucoup d'un endroit à l'autre, ce qui rend la définition d'un taux de référence difficile, surtout lorsqu'il est établi à partir de la population urbaine qui en général bénéficie d'un meilleur accès aux soins préventifs.
- INFECTIONS DU POST PARTUM : La mesure du besoin à couvrir serait fort difficile à établir car le temps passé dans la structure de santé après l'accouchement, et donc la possibilité de relever ces infections et d'intervenir, peut être fort différente (de quelques heures à une semaine). En outre, la plupart des infections sont iatrogènes et dépendent donc de la qualité des soins à l'accouchement, ce qui rend difficile la définition d'un taux de référence.
- AVORTEMENTS : La grande variabilité des situations cliniques n'en fait pas une indication maternelle absolue, pour laquelle une intervention spécifique va sauver la vie de la mère. Parce que des alternatives existent, il est difficile de calculer un taux de référence sans réaliser au préalable une étude complexe sur les avortements (d'autant que les taux vont varier fortement de place en place et d'une année à l'autre).

Il existe encore une série de complications rares (embolie pulmonaire, psychose, maladie cardiaque, etc.) qui pourraient être intégrées dans l'indicateur du besoin à couvrir. Les ajouter, cependant, n'augmentera pas significativement le taux d'interventions observé et ne permettra probablement pas d'estimer le besoin en interventions pour ce type de problème. En outre, dans beaucoup d'hôpitaux l'équipement technique ne permet pas de faire ce genre de diagnostic.

Il conviendra de constituer un comité d'experts qui réunira l'équipe de recherche, des professeurs d'obstétrique et des praticiens de terrain (obstétriciens, chirurgiens ou généralistes pratiquant habituellement des interventions obstétricales majeures). Ce comité aura pour tâche de valider l'indicateur : les interventions obstétricales majeures pour indication maternelle absolue. L'implication de ces acteurs est essentielle pour que la méthodologie et les résultats soient crédibles.

ETUDE RÉTROSPECTIVE DES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES MAJEURES POUR INDICATION MATERNELLE ABSOLUE

Elaboration du questionnaire individuel « femmes »

Les formulaires « femmes » et les formulaires « formations sanitaires » seront finalisés par l'équipe de recherche du pays où l'étude se déroule. Certaines indications sont données dans le présent document mais il serait illusoire de prévoir toutes les situations. L'équipe de recherche travaillera avec les spécialistes et les chargés de programme au niveau national pour finaliser la version nationale des formulaires.

Informations à collecter

Le recueil concerne un nombre assez limité d'éléments. Il s'agit principalement de l'identification de la formation sanitaire où a eu lieu l'intervention, de l'origine des parturientes, des interventions majeures, des indications et des résultats pour la mère et pour l'enfant.

Un questionnaire est établi pour chaque femme ayant subi une intervention obstétricale majeure et pour chaque femme enceinte décédée à l'hôpital avant d'avoir subi une des interventions mentionnée comme majeure.

Le recueil de données est établi pour la période 1998. Cela signifie que toutes les femmes ayant subi une intervention entre le 1er janvier et le 31 décembre 1998 seront enregistrées.

Le questionnaire de récolte des données comprend trois zones verticales : le numéro de la question, la question et sa réponse, le code de réponse. Le codage peut être décidé juste avant la saisie des données. Par contre, il est nécessaire de décider avant de commencer la récolte de données le niveau de précision d'un certain nombre d'items et de clarifier ce qu'on attend comme réponse pour chaque question de façon à faciliter l'analyse et l'interprétation. Ces décisions seront formulées dans le guide de remplissage qui doit accompagner les questionnaires.

EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE « FEMMES »

N° Quest	Questions et réponses	Code
Q1	Identification de la formation sanitaire Province/district : Nom :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q2	Identification de la parturiente : Numéro d'admission :	
Q3	Date d'admission :/...../.....	
Q4	Année de naissance :	
Q5	Adresse de la parturiente : District : Village/ville : Quartier/rue :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q6	Aire de CS :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q7	Milieu : <input type="checkbox"/> Urbain <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/>
Q8	Lieu de l'accouchement : - à domicile - cette formation-ci - une autre formation : - autre à préciser :	<input type="checkbox"/>
Q9	Intervention obstétricale majeure Date de l'intervention :/...../.....	
Q10	Type d'intervention : - césarienne - hystérectomie - laparotomie - grande version extraction - crâniotomie/crânioclasie/embryotomie - symphiséotomie - autre à préciser :	<input type="checkbox"/>
Q11	Indication : - rupture utérine - travail bloqué pour présentation transverse - travail bloqué pour présentation de front - travail bloqué pour disproportion foeto-pelvienne - travail bloqué pour autre présentation - travail bloqué pour dystocie dynamique - travail bloqué pour autre cause - complications liées au cordon - hémorragie ante-partum pour placenta praevia - hémorragie ante-partum pour hématome rétro-placentaire - hémorragie ante-partum pour autre cause - hémorragie du post-partum - hypertension, pré-éclampsie - toxémie, éclampsie - infection puerpérale - présentation de siège - antécédent de césarienne - autre antécédent obstétrical - autre cause - souffrance foetale - cause non mentionnée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Q12	Résultats pour l'enfant - né vivant et sorti vivant - mort-né - né vivant et décédé en moins de 24h - non mentionné	<input type="checkbox"/>
Q13	Résultats pour la mère - Rien à signaler - Complication : voir Q14 - Référée vers une autre formation sanitaire : - Décédée : voir Q15 et Q16	<input type="checkbox"/>
Q14	Type de complication :	<input type="checkbox"/>
Q15	Moment du décès de la mère : - Avant l'intervention - Pendant l'intervention - Après l'intervention - Non mentionné	<input type="checkbox"/>
Q16	Cause du décès de la mère : - maladie hypertensive - hémorragie - infection - autre à préciser : - inconnue	<input type="checkbox"/>
Q17	Date de sortie de la mère :/...../.....	
Q18	Nom de l'enquêteur :	<input type="checkbox"/>
Q19	Date de remplissage du questionnaire :/...../.....	
Q20	Contrôle :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Guide de remplissage

Un guide de remplissage doit impérativement être rédigé. Son but premier est d'aider l'enquêteur à remplir le questionnaire, mais il est également utile à l'équipe de recherche puisque cet exercice lui permettra de clarifier ce qu'elle veut analyser. Les questionnaires doivent bien sûr être adaptés au contexte local. Il faudra faire particulièrement attention à la façon dont les diagnostics sont formulés dans les registres et proposer des items les plus proches de la façon habituelle de les exprimer.

Parmi les questions à éclaircir, voici celles qui reviennent le plus fréquemment :

- numéro du questionnaire : faut-il le pré-imprimer ou bien peut-il être généré localement ; dans ce cas, comment éviter d'avoir des numéros semblables ? Il y a au moins deux réponses pour éviter de pré-imprimer les numéros. Soit, au niveau de chaque district, le numéro du district et de l'hôpital précède le numéro généré par l'équipe du district pour chaque hôpital ; soit l'équipe de district inscrit un numéro en recommençant à 1 dans chaque hôpital, et lors de la saisie des questionnaires au niveau central, un nouveau numéro est attribué.
- Quel numéro attribuer aux formations sanitaires ? Le numéro pourrait comprendre 4 chiffres : les deux premiers reprenant le numéro du district les deux suivants le numéro de l'hôpital dans le district. Par exemple, de 10 à 19 tous les hôpitaux publics, de 20 à 29 tous les hôpitaux para-publics, de 30 à 39 tous les hôpitaux militaires, de 40 à 49 tous les hôpitaux privés. Il est essentiel d'établir une liste des noms d'hôpitaux par district avec les numéros qui leur sont attribués. Cela en facilitera l'identification plus tard. Sinon, il faudra aller revoir les questionnaires sur lesquels le nom complet de l'hôpital figure.
- Identification de la parturiente : le numéro d'admission ou du dossier hospitalier est entré dans la base de données et constitue le code d'identification de la femme. Il faudra choisir si on enregistre systématiquement le numéro du dossier ou celui du registre d'admission.
- L'adresse de la parturiente : un code unique l'identifie. Ce code comprendra 4 chiffres : les deux premiers reprennent le numéro du district d'origine et les deux suivants le numéro du village ou

du quartier de la ville dans le district. Une liste des correspondances entre le village ou le quartier et le numéro attribué devra être établie.

- Pour la plupart des questions, on peut recommander soit d'entourer la réponse, soit d'insérer dans le questionnaire un petit cercle à noircir en face de la réponse à la question.
- La notion de milieu urbain et de milieu rural doit être clarifiée. L'idée, dans l'analyse, est de comparer les taux d'interventions chez des femmes qui habitent près d'un hôpital avec des taux chez des femmes qui habitent loin. La notion de milieu urbain est donc plus en rapport avec l'accessibilité qu'avec l'environnement socio-culturel.
- Lieu de l'accouchement : lorsqu'une femme a accouché dans une autre formation sanitaire, il est important de vérifier s'il s'agit d'un hôpital et, auquel cas, si un questionnaire n'a pas déjà été rempli par l'hôpital qui a référé.
- S'il y a eu plusieurs interventions (par exemple symphyséotomie et césarienne) ou s'il y a plusieurs indications, il faut toutes les enregistrer. Il faut exiger de notifier rigoureusement les « autres à préciser ». Il convient aussi d'établir une stratégie en cas d'information de précision insuffisante ou de qualité douteuse. Exemple: on mentionne dans le registre césarienne et le diagnostic est rupture utérine. Si l'utérus a été enlevé, il s'agit en fin de compte d'une hystérectomie. Autre exemple : on mentionne comme indication disproportion foeto-pelvienne et plus loin position transverse. C'est la position transverse qu'il faut enregistrer.
- Résultat pour la mère. Référée signifie que la mère a été envoyée vers une autre formation sanitaire de référence. Il faut récupérer le questionnaire établi par la formation sanitaire où la mère a été référée et les associer.

Elaboration du questionnaire « formation »

Informations à collecter

Le questionnaire formation permet de faire l'inventaire de toutes les formations sanitaires réalisant des interventions obstétricales majeures. Elle donne au planificateur une image de la répartition de ces formations, de leurs ressources actuelles et de leur production. L'analyse permettra aussi de mesurer la charge de travail et la distribution du personnel travaillant dans les maternités hospitalières.

Le questionnaire enregistre quatre types d'information : (i) une information sur la catégorie et la localisation de l'hôpital, (ii) une information sur les moyens matériels dont il dispose, (iii) une information sur les moyens humains et (iv) une information sur les activités dans le domaine des soins obstétricaux.

Les items demandés dans chaque rubrique doivent être adaptés au contexte national/régional et doivent être orientés vers des questions spécifiques que se pose le planificateur. Par exemple, la dénomination de la catégorie de personnel correspondant à une accoucheuse spécialisée ou à une infirmière brevetée varie d'un pays à l'autre. Il conviendra de notifier les termes exacts employés dans le pays.

EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE « FORMATION »

N° of Quest'n	Questions et réponses	Code
Identification de la formation		
Q1	Province/district : Formation sanitaire (nom) : Adresse de la formation :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q2	Type d'hôpital - Public voir Q3 - CHU - Militaire - Privé - Parapublic - Autre :	1 2 3 4 5 6
Q3	Catégorie de la formation - hôpital régional - hôpital de district/provincial/préfectoral - hôpital de zone - autre à préciser :	1 2 3 4
Moyens matériels		
Q4	Nombre de lits de maternité	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q5	Nombre de lits gynéco-obstétrique	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q6	Nombre de lits total formation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q7	Nombre de salles d'opération	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q8	Nombre de salles d'opération réservées à l'obstétrique	<input type="text"/> <input type="text"/>
Q9	Nombre de ventouses mécaniques fonctionnelles	<input type="text"/> <input type="text"/>
Q10	Nombre de ventouses électriques fonctionnelles	<input type="text"/> <input type="text"/>
Q11	Nombre de forceps fonctionnels	<input type="text"/> <input type="text"/>
Q12	Nombre d'ambulances	<input type="text"/> <input type="text"/>
Moyens humains		
Médicaux		
Q13	Nombre de gynécologues	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q14	Nombre de chirurgiens	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q14	Nombre de stagiaires (gynéco-obstétrique)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q15	Autres à préciser	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Paramédicaux		
Q16	Nombre d'accoucheuses diplômées d'état	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q17	Nombre d'accoucheuses brevetées	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q18	Nombre de sages-femmes spécialistes	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q19	Nombre de paramédicaux autres catégorie breveté	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q20	Nombre de paramédicaux autres catégorie diplômé d'état	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Activité		
Q21	Nombre d'admissions en maternité	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q22	Nombre total accouchements	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q23	Dont nombre total accouchements dystociques	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q24	Dont nombre total accouchements eutociques	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q25	Nombre total morts-nés	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q26	Nombre total décès maternels	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q27	Nombre total césariennes	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q28	Nombre total ruptures utérines	<input type="text"/> <input type="text"/>
Q29	Nom enquêteur :	<input type="text"/> <input type="text"/>
Q30	Date de remplissage du questionnaire:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q31	Résultat de l'enquête - questionnaire complet - questionnaire incomplet	jj mm aa 1 2

La plupart des items sont suffisamment clairs et simples. Cependant, une difficulté rencontrée habituellement concerne le personnel. Dans certains hôpitaux, une partie du personnel travaille à temps partiel ou bien le nombre de médecins a changé au cours de l'année. Une suggestion est de donner un chiffre moyen. Ce chiffre moyen se calcule en hommes-mois (HM) divisés par 12. Exemple : quelqu'un travaillant à mi-temps équivaut à 0,5 unités. Si dans un hôpital, il y a 2 médecins toute l'année, un qui est parti après 3 mois et un autre qui arrivé début octobre, il y a au total : $2 * 12$ HM pour les médecins qui ont travaillé toute l'année, + 3 HM pour celui qui est parti après 3 mois + 3 HM pour celui qui est arrivé début octobre. Total : $30 \text{ HM}/12 = 2,5$.

Le guide reprendra item par item la façon de remplir le questionnaire.

Test des questionnaires et des guides

Les questionnaires « patientes » et les questionnaires « formation sanitaire » doivent être testés dans au moins une structure de chaque type, telles qu'elles existent dans le pays : hôpital général public, hôpital universitaire, clinique privée, hôpital confessionnel, autre.

On vérifiera la faisabilité du questionnaire, en particulier en ce qui concerne les indications des interventions. C'est à ce niveau que les interprétations sont les plus variées, selon les cultures médicales. Ces cultures sont différentes d'un pays à l'autre ; cette différence se marquera si les enquêteurs et les cliniciens n'ont pas la même formation. Elles sont également différentes à l'intérieur d'un même pays si on travaille dans le secteur public, dans le secteur confessionnel ou dans le privé. Un terme tel que « travail bloqué » a une signification (une sensibilité) très différente selon le cadre dans lequel on travaille. Il y a lieu de préciser ces situations lors du test.

Collecte des données

Remarque préliminaire

PROGRAMME DE VISITE DES HÔPITAUX ET CLINIQUES

Le programme de visite sera établi sur la base de :

- La liste finale des sous-zones (provinces, districts, régions, villes ou autres ensembles géographiques que l'on désire étudier) ;
- La liste des formations sanitaires de type hospitalier existant à l'intérieur des sous-zones ;
- La liste des formations sanitaires de type hospitalier situées en dehors de la zone d'étude et où les femmes se rendent pour accoucher ou en cas de dystocie ;
- Des contacts préliminaires lors de la visite de vérification de la faisabilité de l'étude, lors des réunions de travail avec les professionnels et les cadres du ministère de la santé et en fonction des résultats du test ;
- De la disponibilité de l'équipe de recherche ;
- Des ressources affectées à la recherche.

Information / formation des personnels des hôpitaux et cliniques

Le but premier de cette recherche est d'induire, sur la base des déficits constatés en interventions obstétricales, des changements au niveau des politiques et des stratégies sanitaires. L'implication des personnels de santé dans la recherche est donc un facteur essentiel de réussite, pour que l'information collectée serve effectivement à induire des changements et pour ne pas qu'il y ait des blocages lors du recueil des données.

Dans chaque formation sanitaire, une brève session d'information et de formation permettra au personnel de recueillir lui-même les données dans les registres et les dossiers de l'hôpital ou de la clinique. Cet aspect participatif est également important pour la mise en place d'une éventuelle étude prospective car celle-ci sera entièrement sous la responsabilité du personnel de chaque formation sanitaire. Le souci de fiabilité des données de cette étude prospective et l'induction des changements qu'il serait éventuellement possible de mener localement sont deux raisons qui donnent à l'exercice rétrospectif un rôle formatif indispensable.

Collecte des informations sur les interventions obstétricales

POUR UN HÔPITAL DONNÉ

Registre d'accouchements

C'est dans le registre de la salle d'accouchement que l'on retrouve le plus souvent la mention d'une intervention obstétricale ; c'est donc le document à consulter en premier lieu. Il convient cependant, durant la durée de l'enquête (une journée à deux journées en moyenne) que tous les supports d'information (registres d'accouchements, registre du bloc, dossiers d'hospitalisation ou d'accouchement, partogramme) soient rassemblés dans la même salle pour faciliter la recherche croisée d'informations.

Ensuite, on cherche à partir des admissions au 1er décembre 1997 toutes les femmes pour lesquelles il est fait mention d'une intervention majeure. L'enquêteur vérifie que l'intervention a bien eu lieu en 1998. Chaque fois que c'est le cas, l'enquêteur ouvre un questionnaire et entre toutes les informations disponibles à partir du registre. Ensuite, il recherche dans les autres supports d'information les données complémentaires.

En cas de contradiction entre deux sources d'information, on mettra le dossier à part. Il sera rediscuté à la fin du remplissage des questionnaires avec l'équipe soignante et une décision sera prise en consensus à ce moment. Au pire, l'information sera « manquante ».

Compléter l'information manquante

Au fur et à mesure que les questionnaires sont établis à partir du registre d'accouchement, un enquêteur vérifie dans le registre du bloc qu'aucune autre intervention n'a été faite sans qu'elle n'ait été mentionnée dans le registre d'accouchements.

Enfin, il convient d'aller voir au service d'urgence ou de garde, au service des soins intensifs ou de réanimation et au service de gynécologie (et/ou chirurgie femmes) qu'aucune femme enceinte n'a été admise (et/ou décédée) sans qu'elle ait été mentionnée dans le registre d'accouchements.

Les questionnaires pour lesquels il manque une information seront revus avec l'équipe soignante qui pourra compléter cette information sur base d'autres documents ou de leurs souvenirs. En règle générale, si l'information n'est pas certaine, il vaut mieux ne rien entrer comme information.

Vérifier les informations

Une fois tous les questionnaires remplis, un enquêteur recompte le nombre de chacun des types d'intervention et les compare au nombre calculé à partir du registre du bloc. Chaque questionnaire est revu et les enquêteurs vérifient la cohérence et l'exhaustivité des réponses entrées dans les questionnaires.

Contrôles

Durant tous le processus de recueil de données, une personne de l'équipe de recherche sera spécifiquement chargée de vérifier s'il n'y a pas eu d'erreurs lors du remplissage des questionnaires.

Les vérifications pourront se faire comme suit dans chaque formation sanitaire étudiée:

- 1- Pour un mois choisi au hasard, compter le nombre d'interventions pratiquées, et comparer avec le nombre d'interventions relevées ;
- 2- Pour 5 cas sur 100, pris au hasard, remplir indépendamment un deuxième questionnaire et comparer avec le premier ;
- 3- Pour 5 cas sur 100, pris au hasard, vérifier si les informations recueillies sont complètes ;
- 4- S'il y a des erreurs, il faut vérifier l'ensemble du recueil de données dans la formation sanitaire.

Le contrôleur vérifiera aussi que des mesures ont été prises pour récupérer le dossier (questionnaire) d'une femme qui a utilisé plusieurs formations sanitaires lors de son accouchement (référée de ou vers).

Une fois le contrôle effectué sur un questionnaire, le contrôleur entre un numéro sur le questionnaire qui permet l'identification du contrôleur et le niveau de qualité du questionnaire.

Vérifier que chaque hôpital a été visité

Cette vérification peut se faire en comparant les questionnaires « formation » (voir plus loin) avec la liste des hôpitaux fournie par l'autorité. Cependant, les autorités peuvent ne pas être au courant de la pratique d'interventions obstétricales majeures dans de petites cliniques privées. Il conviendra d'interroger le personnel de santé qui sera probablement au courant de ces pratiques.

Collecte des informations sur les hôpitaux

En principe le remplissage du questionnaire « formation » ne prend que peu de temps. Lors de la visite pour le remplissage du questionnaire « femmes », l'enquêteur prendra rendez-vous avec le directeur ou l'administrateur de l'hôpital et celui-ci lui fournira les statistiques de routine qui suffiront à répondre à la majorité des questions.

Les formations sanitaires privées sont parfois réservées concernant toute information à fournir à l'autorité publique. Il sera nécessaire d'être appuyé par l'Ordre des Médecins (une lettre d'introduction) et par l'autorité publique (une lettre du directeur régional ou même du ministre). Il est important de prendre le temps d'expliquer le but du recueil de données et de convaincre la direction de l'hôpital privé que l'information restera confidentielle (pas de répercussion fiscale).

Si l'accès à l'hôpital privé ou à la clinique est refusé, il reste possible de négocier le remplissage des questionnaires par le personnel de l'hôpital. Il faudra valider les chiffres donnés par recoupement auprès des membres du personnel. Si ce n'est pas possible, il faudra estimer le nombre d'interventions obstétricales majeures réalisées par cet hôpital. Ce chiffre apparaîtra dans l'analyse comme « non répondants ».

Mouvement des questionnaires de récolte des données

Plusieurs situations peuvent se présenter. Si l'équipe de recherche progresse district par district dans la collecte des informations et en assure directement la supervision, alors il conviendra d'entrer au fur et à mesure les données des questionnaires dans la base de données informatisée. Dans ce cas, les fiches restent au niveau du district.

Si par contre, la saisie des questionnaires se fait au niveau central après la récolte des informations, les questionnaires devront être acheminés vers le niveau central. Après la saisie des données, ceux-ci seront renvoyés vers les équipes de district.

Saisie des données

Les données seront saisies sur un ordinateur. Un programme courant de saisie de données peut être utilisé pour cela, par exemple EPI-INFO. La codification sera préparée avec soin ; districts, centres de santé, villages, quartiers et hôpitaux se verront attribuer un code dès le début de l'étude. On procédera à une vérification rigoureuse des données enregistrées, en décelant les incohérences majeures et les doubles enregistrements (doublons).

ETUDE PROSPECTIVE DES IOM

Préparation de l'étude prospective

A la fin de la récolte de données sur les interventions obstétricales majeures réalisées en 1998 et sur les outputs des formations sanitaires pour la même période, on mettra en place, si cela est nécessaire, le processus de recueil des données en continu (étude prospective).

Le but de cette seconde phase est double :

- 1- Préciser le recueil de données selon les problèmes rencontrés durant l'étude rétrospective, par exemple en ce qui concerne l'origine des patientes, les indications maternelles, les interventions ou la cohérence des informations entre services.
- 2- Proposer un état d'esprit visant la couverture des besoins obstétricaux, et par là des besoins de santé en général, en utilisant les données recueillies comme inducteur récurrent d'une analyse et d'une réflexion causale au sein des équipes dirigeantes de la sous-zone (district sanitaire) ou de la région.

Si la décision est de commencer un recueil prospectif pour l'année 1999, l'équipe de recherche veillera à mettre en place ce processus à la fin de l'exercice rétrospectif. Ce processus consiste à :

- Préparer la grille de récolte des données selon la matrice proposée ci après ;
- Mettre en place les mécanismes de circulation et d'utilisation de ces informations lors des réunions des équipes soignantes et de l'équipe dirigeante ;
- Organiser la répartition des tâches entre les personnels et les services concernés, même si ce recueil de données a une charge de travail quasi nulle,
- Déterminer les précisions à apporter au système d'information sanitaire, par exemple pour les zones d'origine ;
- Préciser, le cas échéant, les sous-zones pour une étude plus détaillée des déficits spécifiques ;

Les supports de recueil de données

Deux feuilles de synthèse sont proposées. L'une reprendra cas par cas toutes les interventions obstétricales majeures (une feuille par hôpital) et l'autre est destinée à faire la synthèse au niveau du district.

Grille de recueil des données « hôpital » à préparer pour une étude prospective

Exemple de formulaire

Entité / zone / district sanitaire :

Hôpital :

Période du au

N°.	N° dossier	IOM	Indication	Aire de CS d'origine	Etat de la mère			Etat de l'enfant		
					OK	DCD	Compl.	OK	Mart. né	Dcd <24h

INSTRUCTIONS

On remplit une ligne par cas d'intervention obstétricale majeure.

IOM : on entre le type d'intervention obstétricale majeure : césarienne, hystérectomie, version, laparotomie, crâniotomie/embryotomie, symphyséotomie.

Indication : on entre l'indication pour l'intervention (une des indications mentionnées dans le questionnaire « femmes »).

Aire de CS d'origine : on entre l'aire de CS d'origine de la femme. Ce sera l'unité d'analyse pour le district. Il conviendra de notifier s'il s'agit d'un CS urbain ou rural. En cas de CS mixte (partie urbaine, partie rurale), la mention urbain ou rural définira l'accessibilité (plus ou moins de 10 km de l'hôpital).

Etat de la mère : on coche la case appropriée.

Etat de l'enfant : on coche la case appropriée.

FEUILLE DE RÉSUMÉ DES IOM / IMA PAR ZONE / DISTRICT SANITAIRE

A la fin de la période choisie pour l'étude prospective, chaque équipe fera une synthèse des observations enregistrées sur la grille de recueil de données afin de pouvoir calculer les déficits en interventions obstétricales majeures. Cet exercice sera grandement facilité par l'expérience acquise par le personnel lors de sa participation à l'étude rétrospective.

EXEMPLE DE FORMULAIRE

Région / Province / Préfecture :

Entité / zone / district sanitaire : (1)

Nombre d'habitants en milieu urbain : (2)

Nombre d'habitants en milieu rural : (2)

Période du au (3)

Nbr naissances attendues en milieu urbain : (4)

Nbr naissances attendues en milieu rural : (4)

Nbr naissances attendues dans l'ensemble de la zone : (4)

Nbr d'IOM pour IMA attendues en milieu urbain : (5)

Nbr d'IOM pour IMA attendues en milieu rural : (5)

Nbr d'IOM pour IMA attendues pour l'ensemble de la zone : (5)

Aire de santé (6)	IOM pour IMA		Total IOM		Accouchements		Déficit IOM / IMA	
	Nbr (7)	Prop. (8)	Nbr. (9)	Prop. (10)	Nbr. (11)	Prop. (12)	Nbr (13)	Prop. (14)
							X	X
							X	X
							X	X
							X	X
Total urbain								
Total rural								
Total district								

INSTRUCTIONS POUR L'UTILISATION DE LA FICHE DE SYNTHÈSE ET POUR LE CALCUL DES DÉFICITS.

- (1) Il s'agit de la division administrative sanitaire principale du pays qui regroupe au moins 100.000 habitants
- (2) On considère ici comme population urbaine la population résidant à moins de 10 km d'un hôpital où des interventions obstétricales majeures sont pratiquées. Si la définition est modifiée (par exemple en reprenant la population administrativement définie comme urbaine) il faudra le mentionner clairement.
- (3) La période considérée doit être la même pour tous les hôpitaux. Six mois est un minimum.
- (4) Nombre de naissances attendues durant la période d'étude considérée, pour les milieux urbain et rural et pour l'ensemble de la zone, calculé sur la base du taux de natalité et ajusté à la période. Les naissances
- (5) Nombre d'IOM pour IMA attendues par milieu et pour l'ensemble, calculé à l'aide du taux de référence appliqué aux total des accouchements attendus dans l'ensemble de la zone.
- (6) Nom des aires de centre de santé (ou des unités de découpage du district) en séparant pour un même centre de santé sa partie « rurale » de sa partie « urbaine » le cas échéant.
- (7) Nombre total d'IOM pour IMA pour les patientes originaires de chacun des centres de santé appartenant au district. Il s'agit de compiler les données de chacune des feuilles de synthèse de chacun des hôpitaux
- (8) Proportion des IOM pour IMA faites pour des femmes originaires de l'aire du centre de santé (colonne 7) par rapport aux naissances attendues dans l'aire du centre de santé x 100
- (9) Nombre total d'IOM faites pour des femmes originaires de chacun des centres de santé appartenant au district. Il s'agit de compiler les données de chacune des feuilles de synthèse de chacun des hôpitaux
- (10) Proportion des IOM faites pour des femmes originaires de l'aire du centre de santé (colonne 9) par rapport aux naissances attendues dans l'aire du centre de santé x 100
- (11) Nombre total d'accouchements pratiqués dans les hôpitaux (dans le district et hors du district) pour les femmes originaires de chacun des centres de santé durant la période. Il s'agit de compiler les données de chacune des feuilles de synthèse de chacun des hôpitaux

- (12) Proportion d'accouchements pratiqués dans les hôpitaux (dans le district et hors du district) pour les femmes originaires de chacun des centres de santé durant la période x 100
- (13) Déficit total - par milieu et pour l'ensemble - en IOM pour IMA, calculé en soustrayant au nombre attendu d'IOM/IMA par milieu et pour l'ensemble le nombre total d'IOM/IMA pour l'ensemble des centres de santé (par milieu).
- (14) Taux de déficit d'IOM / IMA calculé en divisant le déficit (colonne 13) par le nombre d'IOM / IMA attendu par milieu et pour l'ensemble du district x 100.