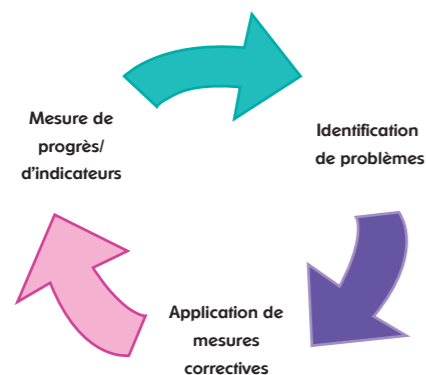




## MONITORAGE DES SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS D'URGENCE (SONU)

**C'est quoi ?** C'est le processus de suivi des prestations de soins obstétricaux et néonataux d'urgence prodigués aux femmes et aux nouveaux nés qui en ont besoin. Autrement dit, c'est la mesure du progrès vers la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales.

**Comment ?** En utilisant systématiquement les données relatives aux soins obstétricaux et néonataux produites par le système d'information de routine. Ces données permettent de mesurer de manière continue et en temps réel les indicateurs de monitoring en vue d'apprécier la disponibilité, l'utilisation et la qualité des SONU. L'analyse de ces indicateurs permet d'identifier et de corriger immédiatement tout écart par rapport aux standards et/ou objectifs opérationnels.



Le monitoring des SONU représente les fondations pour une prise de décision basée sur des données de routine pour suivre de près les progrès vers l'atteinte des objectifs fixés pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

## Quels sont les Indicateurs de monitoring des SONU ? TROIS CATEGORIES

### 1. Indicateurs de Disponibilité des SONU

#### Indicateur 1 : Disponibilité des SONU

C'est le nombre de structures sanitaires ayant prodigué toutes les 7 ou les 9 fonctions SONU essentielles au cours des trois derniers mois précédant la collecte de l'information.

Raisonnement valable au niveau national, régional et provincial.

#### Les fonctions essentielles des SONU :

- F1 Administration des antibiotiques par voie parentérale.
- F2 Administration des utéro-toniques (ex. misoprostol, ocytociques par voie parentérale).
- F3 Administration des anticonvulsivants par voie parentérale (ex. sulfate de magnésium).
- F4 Délivrance artificielle (Extraction manuelle du placenta).
- F5 Evacuation des produits résiduels, Révision utérine.
- F6 Accouchement par voie basse assisté par ventouse.
- F7 Réanimation du nouveau-né avec ballon et masque.
- F8 Pratique de la césarienne et de laparotomie.
- F9 Pratique de la transfusion sanguine.

- Une structure de SONU de Base prodigue les fonctions essentielles de F1 à F7.
- Une structure de SONU Complets prodigue toutes les fonctions essentielles de F1 à F9.

#### Indicateur 2 : Distribution géographique des structures sanitaires de SONU

C'est l'appréciation de la répartition géographique des structures sanitaires SONU au niveau régional/provincial de la même manière que pour l'indicateur 1.

**Niveau minimum acceptable :** Toutes les provinces et/ou régions ont **AU MOINS 5** structures sanitaires de SONU dont **AU MOINS UNE** structure de SONU Complets pour 500 000 habitants.

## 2. Indicateurs d'Utilisation des SONU

### Indicateur 3 : Proportion des accouchements dans les structures sanitaires SONU

$$\frac{\text{Nombre de femmes ayant accouché dans des structures d'accouchement dans une aire géographique donnée et pendant une période déterminée}}{\text{Nombre de naissances attendues dans la même aire géographique et pour la même période}} \times 100$$

**Niveau minimum acceptable :** Il peut être représenté par l'objectif national tel que défini dans la stratégie nationale ou l'objectif de la région et/ou de la province/préfecture.

### Indicateur 4 : Besoin satisfait en SONU

$$\frac{\text{Nombre de femmes ayant présenté des complications obstétricales majeures directes prises en charge dans les structures d'accouchement dans une aire géographique donnée et durant une période déterminée}}{\text{Nombre de complications obstétricales majeures directes présagées dans la même aire géographique et durant la même période}} \times 100$$

**Niveau minimum acceptable :** 100% des complications obstétricales directes présagées, soit 15% des naissances attendues.

#### Complications obstétricales majeures directes :

Hémorragie anté et post partum, travail prolongé/bloqué, infection puerpérale, rupture utérine, pré éclampsie/éclampsie, avortement compliqué et grossesse extra utérine.

### Indicateur 5 : Taux de césariennes

$$\frac{\text{Nombre de césariennes réalisées dans les structures d'accouchement dans une aire géographique donnée et durant une période déterminée}}{\text{Nombre de naissance attendues dans la même aire géographique et pour la même période}} \times 100$$

**Niveaux acceptables :** Le taux de césariennes doit se situer entre un niveau minimum acceptable de 5% et un niveau maximum acceptable de 15%.

### 3. Indicateurs de Qualité des SONU

#### Indicateur 6 : Taux de létalité obstétricale directe

$$\frac{\text{Nombre de décès maternels dus à des causes obstétricales directes survenus dans les structures d'accouchement dans une aire géographique donnée et pendant une période déterminée}}{\text{Nombre de femmes prises en charge pour des complications obstétricales majeures directes dans les structures sanitaires de SOU dans la même aire géographique et durant la même période}} \times 100$$

Niveau maximum acceptable : Il doit être inférieur à 1 %.

**Décès par cause obstétricale directe :** ce sont les décès qui résultent de complications obstétricales liées à la grossesse, à l'accouchement et/ou aux suites de couches (hémorragie, HTA gravidique,...), d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs cités.

#### Indicateur 7 : Taux de décès intrapartum et néonatal très précoce

$$\frac{\text{Nombre de décès intrapartum et décès néonataux très précoces dans les structures d'accouchement dans une aire géographique donnée et durant une période déterminée}}{\text{Nombre total des naissances dans les structures d'accouchement dans la même aire géographique et durant la même période}} \times 1000$$

**Décès néonatal précoce :** C'est le décès d'un nouveau-né né vivant qui survient au cours de la 1<sup>ère</sup> semaine après sa naissance.

**Décès néonatal très précoce :** C'est le décès d'un nouveau-né né vivant qui survient au cours des premières 24 heures après sa naissance.

**Mort-né frais ou Décès intapartum :** C'est un décès qui se produit entre 28 semaines d'aménorrhée et la naissance, il ne présente aucun signe de désintégration ou de macération de la peau.

- Décès intrapartum : Mort-nés frais et dont le poids est supérieur à 2.5 kg.
- Décès néonatal très précoce : Décès dans les 24 heures de vie et dont le poids est supérieur à 2.5 kg.

#### Indicateur 8 : Proportion de décès maternels dus à des causes indirectes

$$\frac{\text{Nombre de décès maternels dus à des causes indirectes survenus dans les structures d'accouchement dans une aire géographique donnée et durant une période déterminée}}{\text{Nombre total des naissances dans les structures d'accouchement dans la même aire géographique et durant la même période}} \times 100$$

**Décès par cause obstétricale indirecte :** ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

### Autres indicateurs de monitoring et de planification des SONU

#### - Indicateurs de disponibilité des SONU :

- Déficit en structures SONU.
- Ressources humaines : l'existant, les besoins et les ratios.
- Moyens d'évacuation : l'existant et les besoins.
- Equipements médico-techniques: l'existant et les besoins.

#### - Indicateurs d'utilisation des SONU :

- % des cas maternels référés présentant des complications obstétricales.
- Proportion de complications néonatales prises en charge.
- Proportion des nouveaux nés référés présentant des complications.

#### - Indicateurs de qualité des SONU :

- Taux de mortalité périnatale très précoce.
- Taux de morts-nés (mortinaissance).
- Proportion de nouveaux nés vivants décédés dans les 24 heures de vie (pour 1000 naissances vivantes).

### Important

#### Ces indicateurs de monitoring

- Doivent être mesurés pour l'ensemble des structures d'accouchement (SONU et autres) suivant une périodicité arrêtée pour chaque niveau;
- Peuvent être calculés par établissement sanitaire, par type d'établissement, par région /province/préfecture, et pour le niveau national;
- Doivent être analysés de manière intégrée qui examine l'ensemble des indicateurs. Une telle approche permet de dresser de manière exhaustive, la situation de l'offre de SONU particulièrement, leur disponibilité, leur utilisation et leur qualité et ce, à tous les niveaux du système de santé. Elle permet aussi d'orienter les prestataires et les décideurs vers des actions pertinentes et intégrées;
- Doivent être complétés par l'analyse d'autres indicateurs de monitoring et de planification des SONU;
- Doivent être complétés par une analyse annuelle de la situation des ressources particulièrement les ressources humaines impliquées dans les SONU ainsi que les moyens d'évacuation et ce pour rechercher les raisons qui expliqueraient la situation observée eu égard aux indicateurs de monitoring des SONU.

### Autres définitions opérationnelles

**Décès maternel :** C'est "le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite" (OMS).

**Mortalité périnatale :** C'est le nombre de mortinaissances (décès d'un fœtus après 28 semaines d'aménorrhée) et de décès néonataux précoces (décès d'enfants de moins d'une semaine).

**Décès néonatal :** C'est un nouveau-né né vivant mais qui décède entre la naissance et le 28<sup>ème</sup> jour après sa naissance.

**Mort-né :** C'est le décès d'un fœtus après 28 semaines d'aménorrhée.

**Mort-né macéré :** C'est le décès d'un fœtus après 28 semaines d'aménorrhée avec signes d'altération cutanée ou de macération.

### Complications obstétricales majeures directes

#### 1. Hémorragies anté et post partum

Anté-partum : hémorragie profuse avant et pendant le travail (placenta prævia, hématum rétro-placentaire).

Post-partum : l'un quelconque des cas suivants :

- Hémorragie nécessitant un traitement (ex. pose d'une perfusion, administration d'utérotoniques ou transfusion sanguine);
- Rétention placentaire;
- Hémorragie profuse due à des déchirures (vaginales ou cervicales);
- Saignement vaginal (plus de 500 ml après l'accouchement);
- Plus d'une protection hygiénique souillée en 5 min.

#### 2. Travail prolongé / bloqué

- Prolongation de la première phase du travail (> 12 h);
- Prolongation de la deuxième phase du travail (> 1 h);
- Disproportion céphalo-pelvienne, y compris utérus cicatriciel;
- Présentation dystocique : transverse, front ou face.

#### 3. Infection en post-partum

- Température égale ou supérieure à 38 °C plus de 24 heures après l'accouchement associée à l'un des signes et symptômes suivants :
  - Douleurs abdominales basses;
  - Lochies purulentes et fétides;
  - Utérus sensible et mal contracté;
  - Antécédents de saignement vaginal important.

#### 4. Avortement compliqué

- Hémorragie due à un avortement nécessitant une réanimation avec perfusion, transfusion sanguine ou administration d'utéro toniques;
- Septicémie consécutive à un avortement (y compris perforation et abcès pelvien).

#### 5. Pré-éclampsie sévère et éclampsie

Pré-éclampsie sévère :

- TA diastolique  $\geq 110$  mm Hg ou protéinurie  $\geq 3$  croix après 20 semaines d'aménorrhée;
- Divers signes et symptômes : céphalées, hyper réflexivité ostéo-tendineuse, troubles visuels, oligurie, douleurs épigastriques, œdème pulmonaire.

Eclampsie : Convulsions et coma; TA diastolique  $\geq 90$  mm Hg après 20 semaines d'aménorrhée; protéinurie  $\geq 2$  croix. Les signes et les symptômes d'une pré-éclampsie sévère peuvent être présents.

#### 6. Grossesse extra-utérine

- Hémorragie interne due à une grossesse extra-utérine;
- Douleurs abdominales basses et possibilité de choc dû à une hémorragie interne;
- Douleur pelvienne intense, brutale qu'on décrit comme un coup de poignard, la douleur est latéralisée;
- Retard menstruel ou test de grossesse positif.

#### 7. Rupture utérine

- Rupture utérine avec antécédents de travail prolongé ou de dystocie d'obstacle lorsque les contractions utérines ont brusquement cessé;
- Douleurs abdominales (les douleurs peuvent diminuer après la rupture de l'utérus);
- Utérus sablier;
- La patiente peut être en état de choc par suite d'une hémorragie interne ou d'un saignement vaginal.