

FISTULA CARE *PLUS* ET LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ MATERNELLE



**La sécurité et la qualité de la césarienne dans les
zones à faibles ressources :
Rapport d'une consultation technique**

27–28 juillet 2017



© 2017. EngenderHealth/Fistula Care *Plus*. Tous droits réservés.

Fistula Care *Plus*
c/o EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A.
Téléphone : 212-561-8000
Fax : 212-561-8067
email : fistulacare@engenderhealth.org
www.fistulacare.org

La présente publication est rendue possible grâce au généreux soutien du Peuple américain par l'intermédiaire du Bureau de la santé maternelle et infantile de l'Agence américaine pour le Développement international (USAID), aux termes de l'accord de coopération associé AID-OAA-A-14-00013. Le contenu du document relève de la responsabilité du projet Fistula Care *Plus* et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Citation proposée : Fistula Care *Plus* et le Groupe de Travail sur la Santé maternelle. 2017. *La sécurité et la qualité de la césarienne dans les zones à faibles ressources : Rapport d'une consultation technique, 27-28 juillet 2017*. New York : EngenderHealth/Fistula Care *Plus*.

Remerciements	4
Acronymes et abréviations.....	5
Sommaire	7
I. Raison d’être et objectifs de la réunion.....	9
II. Recommandations et programme d’action	11
<i>A. Les implications principales et les principes directeurs</i>	<i>11</i>
<i>B. Plan d’action</i>	<i>11</i>
<i>C. Les efforts à faire dans l’immédiat pour les communautés de santé maternelle et de gynécologie obstétricale.....</i>	<i>13</i>
III. Conclusion	15
Références	17
 Annexes	
Annexe A : Ordre du jour de la reunion.....	19
Annexe B : Liste des participants.....	21
Annexe C : Plan d’action : Eléments illustratifs	22

Remerciements

Les équipes de Fistula Care Plus d'EngenderHealth et le Groupe de travail sur la santé maternelle aimeraient remercier les participants à la réunion (voir l'annexe B) pour avoir partagé leurs idées et expériences.

Nous aimerions également remercier l'Agence des États-Unis pour le développement international, en particulier Mary Ellen Stanton et Erin Mielke pour avoir soutenu cette réunion.

Le présent rapport a été rédigé par Vandana Tripathi, avec la contribution de Lauren Bellhouse et Sarah Hodin. Le rapport a été révisé par Erin Mielke, Lauri Romanzi, Mary Ellen Stanton et Mary Nell Wegner. Ce rapport a été traduit en français par Siga Coulibaly et révisé par Altiné Diop. Référez vous du rapport en anglais pour la version intégrale du rapport car cette version française a été modifiée.

Participants à la consultation du 28 juillet 2017



Acronymes et Abréviations

ANC	soins prénatals
DCP-3	Disease Control Priorities (Priorités de contrôle des maladies)
DHS	Demographic and Health Survey (Enquête Démographique et Santé)
EmONC	emergency obstetric and newborn care (soins obstétriques et néonataux d'urgence)
FC+	Fistula Care Plus
FCP	Projet Fistula Care
FIGO	Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
HMIS	health management information system (Système d'information de gestion de la santé)
IECS	Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (Institut pour l'efficacité clinique et la politique de santé)
LMIC	low- and middle-income country (Pays à revenu faible et intermédiaire)
LSHTM	London School of Hygiene & Tropical Medicine
MCSP	Maternal and Child Survival Program (Programme de survie maternelle et infantile)
MHTF	Maternal Health Task Force (Groupe de travail sur la santé maternelle)
ML	Medical licentiate (Licence en Médecine)
NTC/VS	nullipara, term, cephalic/vertex, singleton [delivery]
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organization non gouvernementale
ob-gyn	obstétriciens et gynécologues
PGSSC	Program in Global Surgery and Social Change at Harvard Medical School (Programme de chirurgie globale et de changement social à Harvard Medical School)
PIB	produit intérieur brut
QA	assurance qualité
QED	Qualité, Equité, Dignité
QI	amélioration de la qualité
RDC	République démocratique du Congo
SAFOG	South Asian Federation of Obstetricians and Gynecologists (Fédération sud-asiatique des obstétriciens et gynécologues)
SAO	surgical, anesthesia, and obstetric (chirurgie, anesthésie et obstétrique)
SBA	skilled birth attendant (médecin accoucheur qualifié)
SPA	service provision assessment (évaluation de la prestation de services)
VBAC	vaginal birth after cesarean (accouchement normal après la césarienne)

Sommaire

Le projet Fistula Care Plus (FC+) d'EngenderHealth et du Groupe de Travail sur la Santé Maternelle, faisant partie de l'Initiative des Femmes et de la Santé au niveau du Collège de Santé Publique Chan à Harvard ont co-organisé une consultation technique le 27 Juillet, 2017, afin d'examiner les problèmes qui affectent la sécurité et la qualité des services de césarienne dans les zones à faibles ressources.

Le premier jour, les présentateurs ont fait un résumé des données actuelles en relation avec la fourniture de services de césarienne, y compris une évaluation des tendances au niveau mondial, les facteurs les plus dominants qui en affectent la sécurité et la qualité, et les points de vue au niveau des différents pays. Ces présentations ont montré que les services de césarienne sont souvent fournis dans des zones où les normes minimales pour des prises de décision cliniques, la sécurité chirurgicale, et le counseling et le consentement ne peuvent pas être réalisés, à cause du grave déficit en ressources. Les participants de l'Afrique Subsaharienne et d'Asie du Sud ont donné des exemples des effets du déficit de main d'œuvre sur la fourniture des services, sur les infrastructures, et la garantie de la qualité (AQ). Ceux-ci comprennent les cliniciens qui réalisent seuls les césariennes, sans aucune assistance d'un infirmier ou d'un anesthésiste ; des gynécologues obstétriciens qui réalisent en moyenne six césariennes par jour dans les structures de références débordées ; et les salles d'opération qui font face à un volume de patientes si élevé que le personnel ne peut pas suivre les pratiques de base de contrôle des infections entre les procédures. Bien que l'objet de la réunion ne soit pas les pourcentages des césariennes, les présentations ont clairement montré qu'à la fois sa sous-utilisation et sa surexploitation sont des problèmes avec d'importantes conséquences sur la santé maternelle et infantile—et cet « excès » et « déficit » existent en même temps dans un même pays et parfois dans une même structure. La discussion a également mis l'accent sur les importantes lacunes dans les connaissances, telles que l'absence de lignes directrices basées tangibles pour l'évaluation de la supervision du travail et des risques intrapartum afin de faciliter la prise de décision adéquate pour une césarienne.

Lors du deuxième jour, les participants ont résumé ces résultats, en élaborant un programme d'action consensuel afin d'améliorer la sécurité et la qualité des services de césarienne. Les principales actions du programme comprennent :

- L'établissement d'un pont entre la santé maternelle et les chirurgies communautaires sécurisées
- L'établissement de critères et de procédures d'accréditation pour les structures qui font des césariennes
- La promotion de la gestion du personnel obstétrical dans toutes les zones
- L'investissement dans le développement de la main d'œuvre « surgical, anesthesia, and obstetric [chirurgicale, anesthésiste et obstétricale] (SAO)
- Le soutien à la supervision et la formation de la SAO pour l'amélioration de la qualité (QI)

- Le soutien à la transition vers un programme académique accrédité pour tous les travailleurs de la SAO
- L'établissement de lignes directrices basées sur des données tangibles pour la gestion de la main d'œuvre et de la prise de décision concernant la césarienne
- La promotion de QA en ce qui concerne l'urgence obstétricale et les soins néonataux (EmONC), particulièrement dans les contextes de transfert de tâche
- L'élaboration de données pour l'utilisation des outils QI de la césarienne (par exemple, les listes de contrôle)
- Le renforcement de la facilitation du renvoi EmONC y compris la technologie de l'information/de la communication
- L'accroissement de la demande pour des soins maternels de qualité sans un excès d'interventions
- Une campagne contre les césariennes excessives, le cas échéant
- Le renforcement des systèmes d'information de gestion sanitaire afin d'appuyer la césarienne QA/QI

Les participants ont également identifié les actions immédiates que les communautés de santé maternelle et de gynécologie obstétricale doivent mener pour collaborer avec la sécurité chirurgicale communautaire et pour vulgariser les recommandations de cette consultation vers les parties prenantes locale et mondiale.

I. Réalisation des justifications et des objectifs

Le projet Fistula Care Plus (FC+) d'EngenderHealth et du Groupe de Travail en Santé Maternelle, faisant partie de l'Initiative pour les Femmes et la Santé au Collège de Santé Publique Chan à Harvard, ont co-organisé une consultation technique les 27 et 28 Juillet, 2017, en vue d'examiner les problèmes qui affectent la sécurité et la qualité des services de césarienne dans les zones à faibles ressources.

Le volume des césariennes dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires (LMIC) a augmenté de manière constante au cours des dernières années (Betrán et al., 2016). Alors que la communauté de santé maternelle et néonatale s'est essentiellement focalisée sur les expansions à caractère urgent concernant l'accès aux soins obstétricaux d'urgence et néonataux (EmONC), y compris les procédures de chirurgie d'urgence, il demeure une évidence que beaucoup de césariennes sont réalisées dans des conditions où les normes de sécurité et de qualité minimales ne sont pas réunies. Les données du programme de FC+ et de ses partenaires révèlent qu'une importante proportion de fistule génitale est imputable à des erreurs chirurgicales, particulièrement lors des césariennes et de l'hystérectomie (Fistula Care Plus, 2016). D'innombrables facteurs, y compris des infrastructures chirurgicales inadéquates, une formation médicale insuffisante, et des transferts de tâche pourraient contribuer à cela (Dawson et al., 2014). Des recherches récentes sur les services de santé révèlent qu'un accès inadéquat et une surexploitation de la césarienne coexistent à présent dans un même pays (Kaboré et al, 2016).

« Nous en tant que communauté faisons la promotion de l'accouchement institutionnel comme un moyen pour améliorer les résultats sanitaires. Nous nous rendons compte maintenant que la fourniture de l'accès aux soins à elle seule n'améliore pas forcément les résultats. »—Ana Langer, Women and Health Initiative

L'impact potentiel de l'accès universel à l'essentiel de la chirurgie obstétricale est énorme : On estime qu'un tel accès pourrait prévenir « 37 % de l'ensemble du fardeau de la mortalité maternelle et périnatale et de la morbidité néonatale » (McCaw-Binns, 2015).

Paradoxalement, la chirurgie pour prévenir et gérer les complications maternelles et néonatales pourraient contribuer à prévenir la morbidité iatrogénique. Il demeure crucial d'identifier et de prioriser les zones d'action clés afin d'assurer que les procédures de prestation de services de césarienne adhèrent aux normes de qualité minimales. A la fois la santé maternelle/néonatale et la sécurité chirurgicale communautaire au niveau mondial doivent être impliquées dans le processus, bien que les deux communautés développent souvent des stratégies, des priorités, et des cibles en parallèle plutôt qu'en collaboration.

Les objectifs de cette consultation technique étaient de :

- Comprendre le contexte des procédures de césarienne dans les sites LMIC (structures sanitaires, le cadre des agents de santé, indication, résultats, etc.)

- Décrire les contributeurs importants à un environnement de système sanitaire non sécurisé pour la césarienne
- Identifier les lacunes liées à la sécurité et la qualité de la césarienne qui nécessitent des données ou preuves supplémentaires
- Identifier les domaines d'action clés afin d'assurer la sécurité et la qualité de la césarienne dans les LMIC
- Echanger des idées afin de rehausser le profil des problèmes liés à la sécurité et la qualité de la césarienne et renforcer l'engagement à mettre en œuvre un plan d'action pour ce problème.

Les participants à cette consultation comprenaient des cliniciens, des chercheurs, et d'autres personnes impliquées dans les programmes de sécurité chirurgicale et de maternité dans les zones à faibles ressources, au niveau des institutions mondiales, et aux Etats Unis. L'annexe A donne l'ordre du jour de la réunion et l'annexe B fournit une liste des participants à cette réunion. La présentation de la réunion et autres matériels sont disponibles sur les sites web de FC+ et de MHTF.¹

¹ À la page www.fistulacare.org/resources/program-reports/cesarean-section-technical-consultation/ et à la page www.mhtf.org/events-mhtf/cesarean-section-safety-and-quality-in-low-resource-settings.

II. Recommandations et programme d'action

A. Les implications principales et les principes directeurs

Mary Nell Wegner (MHTF) a résumé les implications principales et les principes directeurs qui sont sortis de la discussion sur les preuves et les tendances :

- Bien que la base de données varie considérablement, la sécurité, la qualité, et les pourcentages de césariennes demeurent un problème à travers les zones à ressources faibles- et élevées.
- Il est temps d'établir le pont entre la gynécologie obstétricale et les chirurgies communautaires. La communauté de sécurité chirurgicale offre de l'espoir et un engagement réel pour faire de la chirurgie essentielle une partie intégrante des soins de santé universelle.
- Les problèmes de densité de main d'œuvre sont étonnants, il est impossible d'assurer la sécurité et la qualité dans les zones où les cliniciens font plus de 1000 césariennes par an et tous seuls, et/ou sans assistance d'un anesthésiste. Nous devons adopter une nouvelle approche avec une volonté réelle, de recrutement, de formation et de déploiement de personnel.
- Les cliniciens des services de santé doivent comprendre les besoins des femmes, partager les informations avec elles de manière impartiale, et d'utiliser des moyens fiables, standardisés et basés sur des preuves pour déterminer celles qui doivent bénéficier d'une césarienne.
- L'environnement sanitaire doit protéger les droits des patients, leur fournir un counseling adéquat, et obtenir d'elles leur consentement. Il existe des moyens éprouvés pour changer les mentalités chez les cliniciens, d'autonomiser les femmes, et de faire du counseling et du consentement une partie intégrante des soins de routine.
- La prévention et la gestion de l'infection sont des problèmes solubles. Contrairement à d'autres défis, nous savons ce qu'il y a lieu de faire pour ces cas, et nous devons concentrer nos efforts sur les fournitures, la formation, et la pratique.
- Nous nous efforçons de faire avec la complexité que nous avons créée dans les soins obstétricaux, mais certains outils, tels que la logique de priorisation, aidera à sortir de cette situation.

B. Plan d'action

Les participants ont identifié et priorisé les actions afin d'améliorer la sécurité et la qualité de la césarienne dans les zones à faibles ressources. Ensemble, le groupe de réunion a sélectionné une série de 13 actions qui constituent un programme pour assurer que la chirurgie essentielle soit fournie de sorte que les résultats soient optimisés pour les femmes, les nouveau-nés et les cliniciens. L'ordre du jour porte sur la méthode des soins de césarienne, en ciblant les facteurs allant des infrastructures des services de santé à la formation des cliniciens à la sélection des cas à l'anesthésie aux soins postopératoires et à la supervision. En tant que tel, le programme d'action reflète l'approche de système sanitaire, conformément aux principaux éléments de base, y compris les services d'accouchement, le groupe de travail sanitaire, et les systèmes d'information sanitaire (OMS, 2010).

Programme d'action pour améliorer la sécurité et la qualité de la césarienne

1. Encourager les communautés de santé maternelle et de sécurité chirurgicale à combler ensemble les écarts, à améliorer la formation académique, à fournir des orientations, et à atteindre une efficacité accrue.
2. Etablir des critères SAO minimaux standardisés que toutes les structures doivent respecter ; mener des évaluations nationales standardisées des structures EmONC afin d'évaluer l'état de préparation des installations, l'organisation des services, et les rendements et la qualité des services ; et établir une plateforme pour l'accréditation.
3. Garantir l'accès des femmes à des soins de maternité de qualité tout au long de la grossesse, y compris les soins anténatals, la préparation de l'accouchement, les soins d'accouchement, et les soins postnatals ; et un plaidoyer pour la gestion du personnel de maternité.
4. Investir dans le groupe de travail de chirurgie et d'obstétrique, déterminer et satisfaire les nombreux besoins détaillés de SAO et SBA, résoudre les disparités entre le monde rural et le monde urbain, et l'utilisation de stratégies de recrutement et de rétention appropriées.
5. Appuyer le groupe de travail SAO/SBA pour le QI à travers le mentorat, la supervision, et la formation pour l'emploi.
6. Appuyer la transition vers un programme académique accrédité pour tous les travailleurs de SAO, y compris le développement professionnel pour ceux qui fournissent des soins chirurgicaux transférés.
7. Produire et vulgariser les données de base, des lignes directrices centrées sur l'utilisateur pour la sécurité, une gestion de grande qualité de la main d'œuvre, la prise de décision, les services de césarienne, en tenant compte les « deux patientes » et l'adaptabilité pour les zones à ressources faibles-élevées.
8. Promouvoir l'amélioration de l'évaluation de la qualité et QA pour les services EmONC, particulièrement dans les contextes de transfert des tâches à grande échelle, y compris l'utilisation efficace des indicateurs de procédures cliniques et de résultats.
9. Examiner et produire des données pour les outils QI et les stratégies de chirurgie obstétricale (par exemple, les listes de sécurité chirurgicale).
10. Renforcer l'utilisation de renvois facilités au niveau des sites qui fournissent différents niveaux de soins de routine et d'urgence obstétricale (par exemple à travers l'utilisation des technologies de l'information/communication).
11. Accroître la demande chez les femmes pour des soins maternels de qualité supérieure sans intervention, notamment par le biais d'efforts de changement normatifs et le counseling lors des soins de santé reproductive/anténatals.
12. Une campagne contre l'utilisation abusive de la césarienne le cas échéant, sensibiliser au niveau individuel et public sur l'impact de l'accroissement des pourcentages de la césarienne et en ciblant à la fois la population générale et la communauté clinique
13. Renforcer les systèmes d'information et de procédures afin de collecter et d'utiliser les données standardisées pour la tenue des comptes, QI, et la recherche à travers des structures publiques et privées.

L'annexe C fournit des détails supplémentaires illustratifs pour les actions clés dans le cadre du programme consensuel. Ces éléments préliminaires nécessitent un développement collaboratif et une finalisation par les parties prenantes aux niveaux local et mondial.

C. Les efforts à faire dans l'immédiat pour les communautés de santé maternelle et de gynécologie obstétricale

Etant donné que la plupart des participants étaient des membres des communautés de santé maternelle et de gynécologie obstétricale, ils ont identifié les actions immédiates à mener afin de vulgariser les principales conclusions de la réunion et promouvoir également le programme d'action. Ceux-ci comprennent :

- Partager le programme d'action de cette consultation, y compris en ce qui concerne la forte morbidité maternelle et la mortalité liée à la césarienne, avec :
 - Des professionnels aux niveaux mondial et régional et des associations de défense (par exemple, OMS, FIGO, SAFOG, le White Ribbon Alliance)
 - Des associations professionnelles et des communautés académiques médicales/soins infirmiers /obstétrique au niveau local, y compris les conférences sociales de gynécologie obstétricale et les groupes de travail nationaux de EmONC
 - Des forums mondiaux sur la santé qui ciblent des problèmes pertinents (par exemple, Symposium de l'OMS sur les Ressources Humaines de la Santé, Forum Africain sur la Qualité et la Sécurité des soins de Santé de l'Institut pour l'Amélioration des Soins de Santé, le Symposium Mondial sur la recherche sur les systèmes de santé)
- Apporter la perspective maternelle/gynécologie obstétricale au niveau des événements et forums mondiaux sur la sécurité chirurgicale, tels que la Conférence Annuelle COSESCA et la Réunion Biennale de l'Initiative Mondiale pour des soins d'Urgence et de Chirurgie Essentielle au Mozambique en Décembre 2017
- Plaidoyer pour la fourniture de soins d'accouchement à travers les associations professionnelles nationales et régionales et les institutions académiques dans les zones où le modèle est marginalisé ou n'a pas été encore mis en exécution
- Partager les enseignements tirés des décisions prises des analyses des Etats Unis et de l'Amérique Latine sur la césarienne avec les partenaires des zones à faibles ressources (par exemple. La nécessité d'harmoniser l'évaluation de la main d'œuvre et de rendre plus précise la considération des risques).
- Partager les expériences par un transfert des tâches et la professionnalisation des rôles chirurgicales des cliniciens qui ne sont pas médecins avec les initiatives de la communauté chirurgicale afin de renforcer le groupe de travail SAO.
- Encourager le dialogue en ce qui concerne les indicateurs et les mesures entre les communautés de santé maternelle et de sécurité chirurgicale, afin que les mesures promues soient harmonisées (par exemple. A travers le Cadre Qualité, Equité, Dignité [QED] de l'OMS).

- Penser à la façon dont les initiatives en cours concernant la morbidité maternelle (par exemple, le Groupe de Travail de mesure de la morbidité maternelle de l'OMS) peut intégrer et systématiser les efforts pour mesurer les résultats et la morbidité qui sont liés à la césarienne.
- Partager les lacunes dans les systèmes de recherches Cliniques et sanitaires et les lignes directrices qui sont identifiées lors de la réunion (par exemple, l'absence de points de référence pour le groupe de travail SBA) avec des entités principales qui élaborent le programme pour un tel travail, telles que le comité exécutif de l'OMS.
- Veiller à ce que les projets qui œuvrent pour le renforcement de EmONC et des services de césarienne intégrant les domaines de la qualité et de la sécurité qui sont négligés, en particulier les soins de contrôle de l'infection d'anesthésie.
- S'assurer que les programmes de formation de base pour les cliniciens SBA et EmONC intègre des alternatives à la césarienne afin que les compétences ne s'affaiblissent pas et disparaissent.

III. Conclusion

Dans de nombreuses parties du monde les taux de césariennes sont connus pour être élevés et sont en augmentation depuis des décennies, l'inégalité croissante entre riches et pauvres est devenue de plus en plus flagrante. La césarienne demeure la chirurgie essentielle qui est en mesure de sauver les vies de mères et de bébés et réduire la morbidité. Cependant, la césarienne même quand elle est médicalement indiquée, elle peut mettre les femmes en danger dans des environnements avec des systèmes inadéquats pour appuyer des soins de qualité corrects. Autres effets indésirables comprennent l'infection, les complications de l'anesthésie, et même la fistule iatrogénique. La césarienne peut aussi augmenter des risques futurs, tels que les anomalies placentaires qui peuvent déboucher sur une hémorragie lors des grossesses ultérieures. Cependant, les protocoles de décision médicale et d'orientation pour la césarienne qui sont clairs, pratiques, et basés sur des preuves, semblent exister nulle part. Il est temps d'agir pour améliorer la qualité des soins de sorte que toute femme qui subit une césarienne est assurée d'avoir des soins de sécurité chirurgicale d'accroître les chances de survie à la fois pour elle et pour son bébé. Si ces problèmes ne sont pas résolus à temps, ils vont avoir un effet de femmes primipares qui subissent actuellement des césariennes.

Un large éventail de lacunes affecte la sécurité et la qualité de la césarienne. Les problèmes de main d'œuvre demeurent difficiles : Il n'y a pas assez de cliniciens capables de réaliser une césarienne en toute sécurité dans beaucoup d'endroits, et il y a des soucis quant à la pertinence de la formation obstétricale pour assurer que la décision de faire une césarienne est appropriée. Bien que le transfert des tâches soit répandu, jusqu'ici il n'y a aucune preuve claire jusqu'ici de son impact sur la sécurité de la césarienne. Le soutien d'un anesthésiste est une lacune particulièrement grave dans les pays du Sud. Le respect de la voix des femmes et de leurs choix concernant les soins obstétricaux constitue également une composante essentielle d'un environnement sûr, bien que le counseling en césarienne et les procédures de consentement ne soient pas bien structurés ou bien pris en charge dans beaucoup de sites. Les problèmes de recherche critique, de programme, et de politiques tels que ceux-ci doivent servir de balise.

Les participants à cette consultation ont élaboré un programme consensuel—des zones d'actions ciblées pour résoudre ces problèmes liés à la sécurité et la qualité de la césarienne. Cependant, aucun groupe d'acteurs ne peut appliquer les changements recommandés. Ils doivent être appliqués en partenariat. Il y a un besoin urgent pour les communautés de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et néonatales d'œuvrer ensemble, afin de parvenir à une compréhension commune de la situation et de mener des actions concertées et efficaces.

Références

Betrán A. P., Ye, J., Moller, A. B., et al. 2016. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. Feb 5;11(2):e0148343.

Dawson, A. J., Buchan, J., Duffield, C., et al. 2014. Task shifting and sharing in maternal and reproductive health in low-income countries: a narrative synthesis of current evidence. *Health Policy and Planning* 29(3):396–408.

Fistula Care Plus. 2016. *Iatrogenic fistula: An urgent quality of care challenge*. New York: Fistula Care Plus/EngenderHealth. Accédé à : www.fistulacare.org/wp-fcp/wp-content/uploads/2015/10/Iatrogenic-fistula-technical-brief_2016-1.pdf.

Kaboré, C., Ridde, V., Kouanda, S., et al. 2016. Determinants of non-medically indicated cesarean deliveries in Burkina Faso. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 135(Suppl 1):S58–S63. doi : 10.1016/j.ijgo.2016.08.019.

McCaw-Binns, A. 2015. Is the enabling environment ready to address the surgically avertable burden of obstetric conditions in low- and middle-income regions? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 122(2):237. doi : 10.1111/1471-0528.13215.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2010. *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva. Accédé à : www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf.

Annexe A : Programme de la réunion

JEUDI, 27 JUILLET, 2017

Heure	Session	Intervenant(s)
8h 30	<ul style="list-style-type: none"> Petit déjeuner et inscription 	
9h 00	<ul style="list-style-type: none"> Bienvenue aux participants Examen des objets de la réunion et ordre du jour Examen de la logistique principale de la réunion 	Ana Langer Lauri Romanzi Mary Nell Wegner
9h 30	<ul style="list-style-type: none"> Présentation des participants 	Tous
9h 45	<ul style="list-style-type: none"> Antécédents de Fistula Care Plus (FC+) et résultats des programmes Vue d'ensemble des points saignants qui ont été proposés en ce qui concerne la sécurité de la césarienne : problèmes et opportunités 	Vandana Tripathi Lauri Romanzi
10h 15	<ul style="list-style-type: none"> L'état des césariennes dans les pays à faibles ressources : qui, où, pourquoi ? 	Lenka Benova Francesca Cavallaro
11h 00	<ul style="list-style-type: none"> Pause thé/café 	
11h 15	<ul style="list-style-type: none"> Sécurité chirurgicale : un mouvement mondial émergent 	Lina Roa
11h 45	<ul style="list-style-type: none"> Point de rupture 1 : liens entre les communautés de sécurité chirurgicale et de santé maternelle Point de rupture 2 : Ressources humaines—Densité de main d'œuvre Point de rupture 3 : Ressources humaines—Transfert des tâches 	Yirgu Gebrehiwot Hannatu Abdullahi Luis Gadama
12h30	<ul style="list-style-type: none"> Déjeuner 	
13h 30	<ul style="list-style-type: none"> Point de rupture 4 : Sélection des décisions cliniques et des patientes—protocoles and pratiques Point de rupture 5 : Consentement éclairé et droits des patientes Point de rupture 6 : Soins d'anesthésie Point de rupture 7 : Prévention et gestion de l'infection 	Fernando Althabe Kathleen Hill Lauri Romanzi John Varallo
14h 30	Sécurité et qualité de la césarienne : Une perspective des Etats Unis	Neel Shah
15h 00	Pause/thé café	
15h15	La place de la césarienne dans les programmes de sécurité chirurgicale : Malawi, Tanzanie, et Zambie	Luis Gadama John Varallo Bellington Vwalika
16h 00	Sécurité et qualité de la césarienne : Le contexte de l'Asie du Sud	Rubina Sohail Manju Chhugani
16h 30	Aperçu de l'ordre du jour du deuxième jour (Pause vers 5:00 pm)	Vandana Tripathi
17h 30	Réception cocktail—Kresge 110	

VENDREDI, 28 JUILLET, 2017

Heure	Session	Facilitateurs(s)
8h 30	• Petit déjeuner	
9h 00	• Examen des points de rupture et les discussions du premier jour	Mary Nell Wegner
9h 30	• Petits groupes : discussion sur les actions prioritaires nécessaires pour améliorer la sécurité et la qualité de la césarienne	Petits groupes
11h 00	• Rapport sur les discussions des petits groupes	Rapporteurs des petits groupes
11h 45	• Déjeuner	
12h 45	• Classement des actions prioritaires pour élaborer un programme consensuel	Vandana Tripathi
13h 45	• Petits groupes : Que faut-il faire pour ce programme ? Obstacles et facilitateurs	Small groups
15h 00	• Rapport sur les discussions des petits groupes	Rapporteurs des petits groupes
15h 45	• Agir conformément à l'ordre du jour : Prochaines étapes immédiates	Ana Langer
16h 15	• Fin	Mary Ellen Stanton

ANNEXE B : LISTE DES PARTICIPANTS

Hannatu Abdullahi*	Conseiller principal en PF/SR, Jhpiego
Fernando Althabe	Directeur département de recherche pour la santé maternelle et infantile, Institut pour l'efficacité Clinique de la politique sanitaire (IECS)
Lauren Bellhouse	Associé de programme, Projet Fistula Care Plus, EngenderHealth
Lenka Benova	Ecole d'hygiène de Londres et de Médecine Tropicale
Nelaam Bhardwaj	Conseiller principal en santé maternelle et coordinateur du fonds thématique de santé maternelle du FNUAP
Francesca Cavallaro	Chercheur, Ecole d'hygiène de Londres et de Médecine
Manju Chhugani	Dean, Rufaida Collège des soins infirmiers, Jamia Hamdard
Claudia Conlon	Conseiller principal en santé maternelle et néonatale, USAID ; Chef de programme USG, Sauver des mères en donnant la vie
Luc de Bernis	Consultant indépendant international
Michael Ezeanochie	Consultant Obstétricien-Gynécologue, University du Benin Teaching Hospital, Nigeria
Luis Gadama	Université du Malawi, Collège de Médecine
Yirgu Gebrehiwot	Professeur associé et consultant en gynécologie obstétricale à l'Université d'Addis Abeba
Kathleen Hill	Chef d'équipe de la santé maternelle, McSP/Jhpiego
Sarah Hodin	Coordinatrice de projet, groupe de travail sur la santé maternelle, Initiative sur les femmes et la santé,, Harvard T.H. Chan School of Public Health
Ana Langer	Director, Women and Health Initiative, Harvard T.H. Chan School of Public Health
Affette McCaw-Binns	Professeur de santé génésique et d'épidémiologie, Département de Santé communautaire et de psychiatrie, Faculté des sciences médicales, Université des Antilles, Mona
Erin Mielke	Conseiller en santé de reproduction, USAID
Lina Roa	Paul Farmer Assistant en chirurgie générale, du programme de chirurgie générale et des changements sociaux, Harvard Medical School
Lauri Romanzi	Directeur de projet, Fistula Care Plus, EngenderHealth
Neel Shah	Directeur des initiatives de prise de décision, Ariadne Labs, Professeur adjoint en obstétrique et gynécologie Harvard Medical School
Rubina Sohail	Professeur en services d'obstétrique et de gynécologie Institut des sciences médicales; Présidente, de la Fédération d'Asie du Sud des obstétriciens et gynécologues
Mary Ellen Stanton	Conseiller principal en sciences maternelles, USAID
Vandana Tripathi	Directeur Adjoint du projet Fistula Care Plus, EngenderHealth
John E. Varallo	Conseiller technique principal en sciences maternelles, MCSP/Jhpiego
Bellington Vwalika	Conseiller principal et professeur d'obstétrique et de gynécologie, University Teaching Hospital/University of Zambia School of Medicine
Mary Nell Wegner	Directeur Exécutif, groupe de travail sur la santé maternelle, Harvard T.H. Chan School of Public Health
Willibald Zeck	Chef du programme de santé maternelle et néonatale et des adolescents, FNUAPE

* Ne peut pas assister en personne.

ANNEXE : PROGRAMME D'ACTION—ELEMENTS ILLUSTRATIFS

Types d'action	Echantillon (s) d'indicateurs	Exemple de message de plaidoirie	Acteurs/influenceurs clés	Obstacles	Facilitateurs
Encourager les communautés de santé maternelle et de sécurité chirurgicale à s'unir pour combler les lacunes, améliorer les programmes de formation, fournir des orientations et atteindre une plus grande efficacité		<ul style="list-style-type: none"> SAO ensemble = meilleurs systèmes chirurgicaux 	<ul style="list-style-type: none"> Associations professionnelles (mondiales et nationales) Ministères de la Santé Décideurs politiques Réseaux existants (ex, Réseau OMS QED) 	<ul style="list-style-type: none"> Absence de communication avec les parlementaires Histoire des communautés qui travaillent séparément 	<ul style="list-style-type: none"> Pression Champions Bon timing Donateurs
Etablir un minimum de critères SAO harmonisés que toutes les structures qui offrent des services de césarienne doivent satisfaire ; mener des évaluations nationales des structures EmNOC afin d'évaluer la disponibilité des structures EmNOC, l'organisation des services, les rendements des services et leur qualité ; et établir une plateforme pour l'accréditation	<ul style="list-style-type: none"> No. des hôpitaux accrédités qui utilisent les critères % de structures qui répondent aux normes de disponibilité 	<ul style="list-style-type: none"> Nous avons besoin d'accréditation afin que toutes les structures soient tenues aux mêmes normes pour améliorer l'accès équitable à des soins de qualité, et la transparence pour la comptabilité (publique et privée). L'harmonisation est nécessaire pour l'efficacité, et pour la fiabilité. 	<ul style="list-style-type: none"> Gouvernements nationaux ONG nationales et internationales Secteur privé Parlementaires Agences des NU Compagnies d'assurances en santé 	<ul style="list-style-type: none"> Un travail est nécessaire pour définir un modèle de soins axé sur la femme avant l'évaluation. Capacité limitée pour le monitoring 	<ul style="list-style-type: none"> Larges critères existants qui peuvent être utilisés/adaptés
Assurer l'accès des femmes à des soins de maternité de grande qualité tout au long de la grossesse, y compris les soins anténatals (ANC), la préparation de l'accouchement, les soins d'accouchement, et les soins postnatals ; et un plaidoyer en faveur de la gestion de la main d'œuvre obstétricale	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'un modèle de soins obstétricaux 	<ul style="list-style-type: none"> Le modèle de soins obstétricaux est un modèle de soins base sur des preuves, axé sur la femme qui promeut l'accouchement normal tout en améliorant la qualité des résultats qui peuvent être appliqués dans tous les pays. 	<ul style="list-style-type: none"> Organes de régulation Ministères de la santé Associations professionnelles Media 	<ul style="list-style-type: none"> Barrières culturelles pour l'acceptation de l'obstétrique Les modèles non obstétricaux sont dans le statut quo. Qualité de l'éducation et de la formation en obstétrique Gestion des ressources humaines Appui au système sanitaire Organes de régulation Obstacles financiers pour les femmes 	<ul style="list-style-type: none"> La demande Communautaire en sage femmes (existante ou à venir) Recrutement de sages-femmes pour les communautés Utilisation stratégique des technologies d'information Media

Programme d'action—éléments illustratifs (suite.)

Types d'action	Echantillon (s) d'indicateurs	Exemple de message de plaidoirie	Acteurs/influenceurs clés	Obstacles	Facilitateurs
Investir dans la main d'œuvre chirurgicale et obstétricale, en déterminant et en répondant à la densité des besoins détaillés de la main d'œuvre SAO et SBA, résoudre les disparités entre le monde rural et urbain, et employer des stratégies de et de rétention appropriées	<ul style="list-style-type: none"> • Rétention du personnel de santé qualifié pendant une période de cinq ans. • No. de césariennes procédures/chirurgien/mois • Chirurgie générale repères/indicateurs, avec adaptation pour les procédures obstétricales 	<ul style="list-style-type: none"> • Les patientes potentielles veulent savoir si un prestataire de soins compétent sera disponible. • Des agents de santé heureux, des patientes heureuses 	<ul style="list-style-type: none"> • Gouvernements nationaux • Ministères de la Santé • ONG nationales et internationales • Secteur privé • Parlementaires • Agences des NU • Compagnies d'assurances en Santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et éducation inadéquates • Manque de repères en ressources humaines obstétricales 	<ul style="list-style-type: none"> • Transfert des tâches dans certains contextes • Ressources existantes (y compris des prestataires non qualifiés)
Soutenir le groupe de travail de SAO/SBA pour une amélioration de la qualité (QI) à travers le monitoring, la supervision, et la formation au métier			<ul style="list-style-type: none"> • Institutions de formation et les universités • Associations professionnelles • Donateurs • Agences bilatérales et multilatérales • Ministères de la Santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Financement • Responsabilités en concurrence • Programme existant faible • Niveau d'alphabétisation et communication 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation de la main d'œuvre existante • Formation interdisciplinaire et mentorat
Appuyer la transition vers un programme académique, accrédité pour tous les travailleurs de SAO, y compris une évolution professionnelle pour ceux qui fournissent des soins de transfert chirurgicaux	<ul style="list-style-type: none"> • No. d'institutions qui adoptent les programmes d'éducation intégrés 	<ul style="list-style-type: none"> • L'éducation est la clé pour la durabilité des services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministères de la Santé • ONG • Institutions de formation et universités • Associations professionnelles • Fédération Internationale de la gynécologie et de l'obstétrique (FIGO) • Agences d'accréditation existantes • Commission mixte internationale 		<ul style="list-style-type: none"> • Organisations existantes • Outils existants, expériences, et programme basé sur la performance • Environnement politique mondial favorable • Elaboration de normes pour une formation interdisciplinaire en gynécologie obstétricale pour les DMO • Soutien pour une éducation basée sur la performance, les normes, et la responsabilité

Programme d'action—éléments illustratifs (suite.)

Types d'action	Echantillon (s) d'indicateurs	Exemple de message de plaidoirie	Acteurs/influenceurs clés	Obstacles	Facilitateurs
Produire et vulgariser les lignes directrices axées sur l'utilisateur basée sur des preuves pour une gestion de la main d'œuvre sûre et de qualité, de la prise de décision, et des services de césarienne, tout en gardant à l'esprit les « deux patients » et l'adaptabilité pour les zones à faibles ressources			<ul style="list-style-type: none"> • Associations professionnelles • Equipes de districts sanitaires • Prestataires de soins de santé • Structures sanitaires du secteur privé • Chercheurs • Entreprises technologiques • Gouvernement • Ministères de la Santé • Donateurs • Groupes de plaidoirie pour les patientes • Associations professionnelles internationales (par ex. CISF confédération internationale des sages-femmes) • Agences multilatérales • Fonds mondial de financement 	<ul style="list-style-type: none"> • Volonté du secteur privé de collaborer • Cadre juridique • Résistance au changement de comportement 	<ul style="list-style-type: none"> • Simplification des lignes directrices existantes • Lignes directrices pour les soins intrapartum de l'OMS • Technologie conviviale
Promouvoir l'évaluation de la qualité et QA pour les services EmONC particulièrement dans les contextes de transfert des tâches à vaste échelle, y compris l'utilisation de procédures cliniques et des indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de complication • Type d'anesthésie (% anesthésie locale vs. générale) • Taux d'accouchement par césarienne • Décision sur le temps approprié pour faire l'incision • % de procédures chirurgicales avec un anesthésiste et un équipement performant 		<ul style="list-style-type: none"> • Comités locaux QA • Communauté SAO 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de collaboration entre les communautés SAO • Concurrence entre les sages-femmes et les obstétriciens • Autorité hiérarchique 	<ul style="list-style-type: none"> • Approbation de la surveillance de la mortalité maternelle de l'OMS et réponse • Elaboration ou sélection des indicateurs de qualité et de suivi • Formation QI • Incitations et responsabilité

Programme d'action—éléments illustratifs (suite.)

Type d'action	Echantillon (s) d'indicateurs	Exemple de message de plaidoirie	Acteurs/influenceurs clés	Obstacles	Facilitateurs
Examiner et produire des preuves pour les outils QI et des stratégies pour les soins de chirurgie obstétricale (par ex, listes de sécurité chirurgicales).					
Renforcer l'utilisation de références facilitées parmi les sites qui fournissent différents niveaux de routine et soins d'urgence (par ex, à travers l'utilisation des technologies d'information/communication)	<ul style="list-style-type: none"> • % de patientes EmONC referrees qui arrivent avec des notes • % de patientes d'EmONC pour lesquelles la structure de référence a été notifiée à l'avance 	<ul style="list-style-type: none"> • Nous passons beaucoup de temps à penser à envoyer des patientes —et pas assez pour savoir ce qui va se passer une fois qu'elles arrivent là-bas 			
Accroître la demande chez les femmes pour des soins de maternité de grande qualité sans intervention excessive, y compris par des efforts de changement normatifs et de counseling au niveau communautaire lors des soins de santé de reproduction/ANC.	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de césarienne per parité/groupe Robson • Taux d'accouchement par voie vaginale après une césarienne • % de naissances avec le soutien de partenaires présents • No. de visites ANC • % de patientes avec dossier en main/carte • % de patientes avec un consentement éclairé livré à l'avance 				

Programme d'action—éléments illustratifs (suite.)

Type d'action	Echantillon (s) d'indicateurs	Exemple de message de plaidoirie	Acteurs/influenceurs clés	Obstacles	Facilitateurs
Campagne contre l'utilisation abusive de la césarienne, le cas échéant, sensibiliser sur les conséquences sanitaires aux niveaux individuel et public, en ciblant à la fois la population et la communauté clinique.	<ul style="list-style-type: none"> No. de pays et d'institutions mondiales qui adoptent les messages de plaidoirie 		<ul style="list-style-type: none"> Associations professionnelles Gouvernements Donateurs/agences de financement de la recherche Agences des NU Secteur universitaire Champions de maternité sûre Implication des leaders masculins 	<ul style="list-style-type: none"> Absence de normes applicables Pression financière sur les prestataires Commodité des cliniciens Attente non réalistes des patientes Absence de préparation de la structure Rareté de prestataires qualifiés Risques de conséquences inattendues Messagerie complexe Coût élevé de l'action Absence de preuve sur l'efficacité 	<ul style="list-style-type: none"> Communauté obstétricale Système de transport fonctionnel Counseling à ANC
Renforcer les systèmes d'information sanitaires, et les procédures pour utiliser les données standardisées pour la comptabilité, QI, et la recherche à travers les structures publiques et privées.	<ul style="list-style-type: none"> Un menu défini et hiérarchisé des indicateurs HMIS pour son utilisation par les directeurs et les équipes des structures pour surveiller et améliorer la qualité des services de césarienne 		<ul style="list-style-type: none"> Plateforme OMS QED (groupe de travail sur les mesures globales, les auteurs de la feuille de route au niveau local) MONITEUR 100 indicateurs de l'OMS Indicateurs EPMM Institut de métrologie et d'évaluation sanitaire Acteurs de sécurité chirurgicale MOH national M&E Direction Associations professionnelles Chefs de services des hôpitaux d'enseignement 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de temps/ressources humaines pour mener une analyse/synthèse correcte du paysage Non réglementée/secteur privé non-aligné Groupe de travail HMIS/M&E inapproprié 	<ul style="list-style-type: none"> Associations professionnelles Les chefs de service des hôpitaux d'enseignement

