OUGANDA







Améliorer l'utilisation du partogramme en Ouganda par le coaching et le tutorat

QU'EST CE QUE LA FISTULE?

La fistule obstétricale est une blessure d'accouchement, se produisant habituellement lorsqu'une femme est en travail trop longtemps, ou lorsque l'accouchement est obstrué, et qu'elle n'a pas accès à une césarienne. Elle subit des blessures internes qui la rendent incontinente, libérant de l'urine et parfois de la matière fécale à travers le vagin.

Fistula Care a comme tâche d'empêcher la survenance de la fistule, mais aussi traite et soigne les femmes atteintes de la fistule, et les aide à se réadapter et se réinsérer dans la société. Pour de plus amples informations sur la fistule et le projet Fistula Care, visitez le site web suivant : www.fistulacare.org.

Introduction et contexte

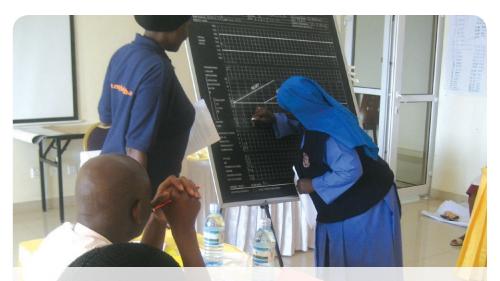
L'Ouganda accomplit des progrès en matière d'amélioration de la santé maternelle. Le ratio de mortalité maternelle a chuté de 47% au cours de ces 20 dernières années, il est passé de 600 morts maternelles pour 100.000 naissances vivantes en 1990 à 438 pour 100.000 en 2011 (UBOS et ICF International, 2012; OMS et al., 2012). Néanmoins, ce taux reste inacceptablement élevé et l'Ouganda devra réaliser des progrès significatifs pour atteindre le cinquième d'Objectif du Millénaire pour le Développement de 131 décès pour 100.000 naissances vivantes d'ici 2015 (Uganda Ministry of Finance, Planning, and Economic Development, 2010).

La dystocie constitue une cause majeure de morbidité et de mortalité maternelle et infantile dans les pays en voie de développement tels que l'Ouganda. Il peut conduire à des hémorragies et infections postpartum, à la mort fœtale de même qu'à la fistule obstétricale. Le risque de ces lésions ou décès liés à l'accouchement s'accroît dans les milieux à faibles revenus pourvus de services sanitaires limités.

Le partogramme – un formulaire pré-imprimé sur lequel les observations relatives au travail sont enregistrées – un outil rudimentaire peu onéreux conçu pour suivre le travail et prévenir la dystocie. Il fournit une présentation graphique des progrès du travail et enregistre des informations sur l'état de la mère et de l'enfant. Le partogramme fait office de système d'alarme ; il peut alerter les prestataires de soins d'éventuels problèmes empêchant une évolution normale et indique quand une femme nécessite une intervention d'urgence, telle que la référence/orientation vers une structure de plus haut niveau, l'augmentation de la durée du travail ou la césarienne.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande l'utilisation du partogramme (1994). Cependant, dans de nombreux milieux à faibles revenus, notamment en Ouganda, l'outil est sous-utilisé, et de nombreux prestataires ne savent pas comment l'utiliser correctement (Levin et Kabagema, 2011).

Fistula Care s'efforce de promouvoir l'utilisation correcte et systématique du partogramme dans le cadre de ses interventions clés pour la prévention de la fistule. Depuis 2010, Fistula Care a collaboré avec le Département de la Santé de la Reproduction du Ministère de la Santé ougandais (MS) afin de consolider l'utilisation du partogramme. Cette synthèse décrit les difficultés et réussites de l'élaboration et de l'application d'une nouvelle approche consistant à soutenir l'utilisation du partogramme dans cinq structures situées dans trois districts.



Un agent de santé pratique l'observation du pointage en utilisant le tableau du partogramme à l'hôpital de Kitovu.

Formation à l'utilisation du partogramme : coaching et tutorat

Collecte initiale des données et la planification

En 2008, le MS d'Ouganda, avec le soutien de Fistula Care, a formé les prestataires de service aux soins obstétricaux d'urgence y compris à l'utilisation du partogramme, dans 12 sites sanitaires, allant des centres de santé aux hôpitaux de districts. Les visites de suivi conduites sur ces sites ont révélé que le personnel n'utilisait pas le partogramme correctement et qu'il n'appliquait pas les compétences et connaissances acquises lors des formations. Une nouvelle approche était nécessaire en termes de formation.

Pour mieux comprendre les obstacles à l'utilisation du partogramme, le MS et Fistula Care ont effectué une analyse de la situation dans ces 12 structures en 2011. Le personnel des établissements et l'équipe de gestion du district sanitaire ont identifié six obstacles majeurs à l'utilisation du partogramme :

 Manque de fournitures et équipements de base dans les maternités, comme les formulaires

- de partogramme, les tensiomètres, ou les horloges grâce auxquelles les rythmes cardiaques maternels et fœtaux peuvent être enregistrés
- Incapacité des chefs des services de santé, notamment le personnel expérimenté dans les unités de maternité, à reconnaître la valeur du partogramme ou à encourager son utilisation
- Manque de supervision continue et d'audits cliniques
- Forte rotation du personnel dans les maternités, ce qui entraîne la perte de compétences majeures et des investissements en formation
- Différences dans les types de partogrammes utilisés dans les établissements
- Formation minimale à l'utilisation du partogramme dans les programmes de formation des infirmières et des sages-femmes

En réponse à ces éléments, le MS, en partenariat avec Fistula Care, a décidé d'appliquer une approche fondée sur le coaching et le tutorat afin d'améliorer l'utilisation du partogramme. Grâce au coaching, un individu jouissant de connaissances et de compétences dans un domaine particulier est à même d'aider les autres à développer cette

compétence par le biais de formations sur site de même que par un suivi et un feedback de soutien. Le tutorat s'appuie sur des relations de long-terme entre les « experts » et les « personnes formées », mais aussi sur des expériences partagées. Le coaching et le tutorat ont lieu dans le cadre de travail des personnes formées et ils sont renforcés par la confiance et le respect.

Le MS et Fistula Care ont décidé de recourir à une formation sur l'ensemble du site (Bradley et al., 1998; EngenderHealth, 2001) en raison de ses avantages par rapport à d'autres méthodes, en fonction de l'expérience et de la revue littéraire sur le sujet par le personnel de Fistula Care. La formation sur l'ensemble du site répond aux besoins d'apprentissage de la totalité du personnel d'un établissement de soins, développe les capacités du site, promeut le travail d'équipe, et encourage le leadership au sein de la structure et une supervision de soutien. En rassemblant tout le personnel dans un effort collectif pour améliorer la performance et la qualité des soins, ceux qui ont été formés peuvent échanger leurs connaissances et compétences avec d'autres personnes qui peuvent être nouvellement arrivées sur le site. Cela permet également de construire un argumentaire pour l'obtention de ressources complémentaires et de fournir un forum de discussion afin d'évoquer les problèmes fréquents, ce qui peut déclencher un certain nombre d'initiatives pour l'amélioration de la qualité.

Jusqu'à présent, seuls la formation et le coaching sur l'utilisation du partogramme ont été mis en œuvre dans leur intégralité. Les établissements sélectionnés appliqueront la composante liée au tutorat en ayant recours aux « militants » de la lutte contre la fistule – des individus identifiés par les superviseurs de district comme étant les plus enthousiastes et ceux qui utilisent avec le plus de réussite le partogramme après la formation.

« Avant, nous travaillions en individuel; vous arriviez, vous faisiez votre travail et vous partiez. Avec le partogramme, vous devez communiquer avec les clientes de même qu'avec vos collègues. Nous avons également l'opportunité de communiquer avec nos superviseurs. »

—Sage-femme d'hôpital

Outre le pilotage d'une nouvelle approche en matière de formation, le Département de la Santé de la Reproduction du MS a lancé un processus visant à examiner les directives nationales en vigueur sur l'utilisation du partogramme. Fistula Care a identifié et fait part d'un certain nombre de lacunes au MS, qui a procédé à des modifications (Uganda MOH Reproductive Health Division, 2010), pour s'assurer qu'elles soient en accord avec les recommandations actuelles de l'OMS ¹

Sélection des sites

Au cours de plusieurs réunions de planification, le MS et Fistula Care ont décidé de piloter une approche sur une période d'un an dans cinq établissements de santé dans les districts de Masaka, Kasese et Kalungu. Le coaching et le tutorat implique un niveau intense de ressources; par conséquent, un petit nombre de structures ont été choisies pour le pilote. Les critères de choix du site comprenaient le nombre de cas gérés par la maternité, l'engagement des cadres de l'établissement vis-à-vis des procédures et des résultats, et le souhait d'avoir un équilibre entre les sites publics et privés. Les établissements choisis étaient les hôpitaux de Kitovu,

Kagando et Bwera ainsi que deux structures du Centre de Santé III²: Kalungu et Karambi. Les hôpitaux de Kitovu et de Kagando sont des hôpitaux privés à but non lucratif respectivement dirigés par l'Eglise catholique et l'Eglise anglicane. L'hôpital Bwera et les centres de santé de Kalungu et de Karambi sont des établissements du secteur public.

Adhésion et participation

L'Ouganda a dispose d'un système de santé décentralisé, par conséquent l'adhésion des leaders de district était essentielle au succès de l'intervention. Fistula Care a organisé des réunions d'orientation pour les responsables de district des trois districts sélectionnés et les équipes de gestion sanitaire des districts, afin de mettre en évidence l'importance du partogramme pour améliorer la prise de décision clinique et la qualité globale des soins obstétriques d'urgence.

À l'occasion de ces réunions d'orientation, les équipes des districts ont mis en place des plans d'actions préliminaires visant à améliorer de l'utilisation du partogramme ; elles ont également décidé d'allouer au mieux des ressources suffisantes et déterminé la manière d'intégrer des plans dans les stratégies de maternité sans risques existantes. Les superviseurs de maternité sans risques des districts³ ont été chargés de faire en sorte que les partogrammes soient disponibles et ils se sont assurés de travailler avec les superviseurs des établissements afin de suivre l'utilisation des partogrammes dans les sites sélectionnés.

Collecte des données

Dans le cadre de l'analyse de base conduite sur les 12 sites où la formation sur les soins obstétriques d'urgence avait eu lieu, un outil d'évaluation du partogramme conçu par Fistula Care a été utilisé pour évaluer la correction et l'exhaustivité du pointage du partogramme. Cet outil a également été utilisé pour collecter des données juste avant la formation et durant les visites de suivi un mois, trois mois et six mois après la formation. Une personne/point-focal de la structure a examiné tous les partogrammes répertoriés sur dossier et a enregistré les résultats.

Pour que le système initial de notation destiné à l'outil d'évaluation puisse fonctionner, il faut que chaque élément du partogramme soit rempli correctement pour que les résultats soient considérés comme « valides ». Néanmoins, ce système de notation permettait difficilement de mesurer les changements progressifs du partogramme. En décembre 2011, le système de notation a été modifié pour fournir une image plus nuancée du fonctionnement des sites. Une valeur numérique a été attribuée à chaque élément du partogramme⁴, les valeurs totales de chaque partogramme étaient consignées dans un dossier, et un pourcentage était calculé à partir de cette donnée. Les scores étaient classés de la façon suivante : 100%, « excellent »; 80–99%, « très bien » ; 50–79%, « bien » ; et en dessous de 50%, « insuffisant. »

¹ Une version modifiée a été terminée et elle est utilisée à travers tout le pays. La Banque mondiale et l'OMS recueillent des ressources à partir desquelles ils vont imprimer et diffuser des directives modifiées.

² Le Centre de Santé III fournit des soins préventifs et curatifs; il supervise également les communautés et structures sanitaires de niveau inférieur. Les établissements du Centre de Santé III disposent de laboratoires et administrent des soins maternels ; ils peuvent orienter les clientes vers des structures de rang supérieur si nécessaire.

³ Les superviseurs de maternité sans risques au niveau des districts sont généralement des responsables en soins infirmiers, des sages-femmes, les cadres, ou des assistants du bureau du district sanitaire qui assurent la coordination des activités du district liées à la planification familiale, aux soins prénatals, obstétriques, postnatals et post-avortement. L'étude du partogramme est un élément inhérent à leur fonction détaillée sur la description du poste, mais elle n'avait pas lieu au moment de l'intervention pilote. Ce poste dépend du responsable du district sanitaire.

⁴ Dans le système de notation modifié, l'ensemble des composantes du partogramme avaient une valeur égale. Chaque valeur numérique indiquait si un composant spécifique était complet (2), partiellement correct (1), ou manquant (0). Pour certaines composantes, le compteur pouvait indiquer « non applicable » (n/a) si l'élément n'était pas pertinent pour le cas d'une cliente.

« Les médecins... ont des connaissances limitées sur le partogramme, donc quand il faut prendre une décision importante, ils dissent "continuez le suivi", et cela a un impact sur la qualité des soins. » —Un participant à la formation

Ce système de notation modifié a permis de voir si les scores des sites s'amélioraient avec le temps et si le pourcentage de dossier de clientes contenant des partogrammes avait augmenté au fil du temps.

Malheureusement, ce changement est survenu avant les visites de suivi à trois mois ou six mois sur la plupart des sites, ce qui signifiait que les scores recueillis avant la formation et pendant des visites de suivi remontant à une période antérieure avaient un format différent, ce qui empêchait de suivre les tendances générales de l'intervention.

Les scores de chaque site n'avaient pas pour but de faire office d'indicateurs permettant d'évaluer l'intervention.
Les données ont été recueillies au fil du temps pour avoir une supervision de soutien des sites, afin de montrer les progrès lorsqu'ils étaient constatés, mais aussi pour révéler les problèmes persistants et en tenir compte dans les plans d'action. Pendant la collecte et l'analyse de données, les sites ont bénéficié de feedback par le biais des visites de supervision de soutien.

La collecte de données était confrontée à deux difficultés majeures : l'accès limité aux dossiers des patientes et une planification fluctuante des visites de sites.

Mise en œuvre dans les établissements de santé

Chaque structure a organisé une réunion d'orientation d'une journée à laquelle ont assisté le personnel de la maternité et les responsables, afin de discuter des résultats de l'analyse de la situation initiale et de présenter le coaching et le tutorat. Lors de cette réunion, le personnel des établissements

a défini un plan d'action afin de gérer les difficultés de leurs sites respectifs. Fistula Care et le MS ont organisé l'achat de fournitures telles que les formulaires de partogramme, les affiches utilisées pour la formation, les tensiomètres, les kits d'accouchement, et les horloges destinées aux salles d'accouchement. À la suite de l'orientation et avant la formation, une personne/point focal de l'établissement a examiné chaque partogramme sur dossier et a calculé le score des sites avec l'aide de l'outil d'évaluation du partogramme.

Après chaque orientation, un(e) formateur/trice du MS a animé une formation de trois jours qui comprenaient des sessions théoriques en classe, les pratiques de pointage du partogramme, des exercices d'interprétation des résultats, et un tutorat clinique dans la salle de travail. Le cours était largement consacré à la pratique des compétences dans la maternité, plutôt qu'aux connaissances théoriques. Les formateurs sont souvent restés tard le soir pour s'assurer que chaque stagiaire puisse pratiquer avec un nombre convenable de dossiers. Les pré-tests et les post-tests ont évalué les changements des connaissances et des attitudes des prestataires sur le champ et après la formation.

Le personnel des unités de maternité essentiellement des sages-femmes mais aussi les infirmières travaillant dans les départements de soins prénatals, de planification familiale et de soins postnatals ont assisté à la formation. En raison du nombre élevé de dossiers, peu de médecins ont participé à cette formation. Il a été très difficile d'un point de vue logistique, d'assurer la présence de l'ensemble du personnel.

Pour faire en sorte que les services ne soient pas interrompus, plusieurs formateurs étaient actifs sur chaque site, et les sessions de formation ont été échelonnées. Au total, 76 prestataires ont été formés sur l'ensemble des cinq établissements.

Les superviseurs de district et le personnel de Fistula Care ont visité chaque structure à trois reprises sur une période de suivi de six mois afin d'examiner les progrès accomplis et gérer les difficultés. Ce processus a mis l'accent sur la collaboration entre les superviseurs, Fistula Care et le personnel des sites. Il comprenait également une étude conjointe des éléments de partogrammes pour avoir des données précises et exhaustives, de même qu'un feedback destiné à chaque prestataire concernant leur performance. Pour échanger et réfléchir sur cette expérience, une réunion finale de deux jours pour l'ensemble des participants a eu lieu dans chaque établissement.

Résultats

Les établissements pilotes ont fait l'objet d'améliorations significatives à la fois en termes de prestations de service et d'utilisation de partogramme :

- Les formulaires de partogramme sont désormais systématiquement disponibles dans tous les établissements.
- Grâce aux tableaux des partogrammes, les prestataires actualisent régulièrement leurs compétences par des sessions de la formation médicale continue et le partogramme a été réintégré dans les séances d'orientation du nouveau personnel.
- Dans un établissement, un prestataire a été désigné pour chaque équipe pour s'assurer de la disponibilité du partogramme, de son exhaustivité et de la documentation adaptée; cette personne est également responsable de l'éducation médicale continue. D'autres structures ont commencé à adopter ce modèle.

- Lorsqu'ils orientent des femmes qui sont en train d'accoucher pour des soins d'urgence, plusieurs établissements intègrent désormais les partogrammes dans les dossiers des patientes.
- Les partogrammes sont de plus en plus utilisés pour l'audit clinique afin d'étudier la gestion de cas compliqués et de décès maternels.
- Les sites ont modifié leur mode de conservation des données, s'assurant ainsi que les dossiers de la maternité sont gardés séparément par rapport aux autres dossiers de l'hôpital conformément aux règlementations ougandaises⁵, afin d'améliorer l'accès à ces informations.

Pendant les discussions de suivi, les prestataires ont fait remarquer que l'utilisation systématique du partogramme avait amélioré les soins administrés aux femmes. Par les différentes manières contribuant à l'amélioration figurent :

- La réduction des examens vaginaux innécessaires
- La mise en place d'un cadre clair pour la passation, par le personnel, des cas de femmes ayant entamé le travail
- L'amélioration du travail d'équipe
- La promotion d'un certain sens des responsabilités partagées avec l'encadrement pour la qualité des soins maternels

Les prestataires ont signalé une interaction et un feedback accrus avec et de la part de leurs superviseurs. L'intervention a également motivé les prestataires à plaider pour des équipements élémentaires comme les horloges et les tensiomètres. Certains prestataires ont même acheté leurs propres montres, ce qui prouve leur engagement en faveur de l'utilisation du partogramme.

À l'échelon du district, les plans d'action mis en place durant l'intervention sont en cours d'exécution. Dans les trois districts, les budgets de soins primaires comprennent à



Des prestataires de soins examinent et notent les partogrammes en utilisant l'outil de notation des partogrammes pendant la formation de coaching et de tutorat à l'hôpital d'Hoima.

présent des fonds destinés à la mise à disposition des partogrammes, y compris les cartouches de photocopieuses. Les sites qui ont bénéficié d'une formation à l'utilisation d'un partogramme demandent désormais à d'autres établissements d'inclure un partogramme dans chaque dossier de référence, ce qui crée un effet de contagion pour les établissements de référence. L'approche du coaching et du tutorat a également été étendue à d'autres structures ; à Kalungu, le bureau sanitaire du district utilise ce modèle dans d'autres établissements, celui de Kalungu faisant office d'exemple.

À l'échelon national, des résultats positifs de l'intervention pilote ont contribué à créer un environnement favorable pour relancer l'utilisation du partogramme afin d'améliorer la qualité du suivi et la gestion du travail. Le Ministère de l'Éducation prévoit d'institutionnaliser la formation à l'utilisation du partogramme dans le cadre du stage pré-service destiné aux sages-femmes.

Le MS, avec l'aide de Fistula Care, distribue des exemplaires de la version modifiée du partogramme de l'OMS et les tableaux de formation correspondants aux établissements bénéficiant du soutien du district et d'autres parties prenantes. La Département de Santé de la Reproduction du MS supervisera la distribution des partogrammes et des tableaux de formation à l'ensemble des établissements de santé en Ouganda avec le soutien de la Banque Mondiale et Fistula Care. Le MS a passé en revue et actualisé les directives sur l'utilisation du partogramme, The Partograph in Uganda: A Practical Guide for Health Care Workers (Le partogramme en Ouganda: un Guide Pratique pour les Prestataires de Soins), afin d'aligner la stratégie nationale sur les normes de l'OMS (Uganda MOH Reproductive Health Division, 2010). La diffusion est prévue avec le soutien de la Banque Mondiale et l'OMS.

⁵ La plupart des établissements de l'échelon des districts utilisent des dossiers papiers, ce qui engendre une quantité importante de documents qui sont difficiles à identifier par type de service.

Discussion et étapes suivantes

Bon nombre des difficultés de mise en application de l'intervention sont systémiques et endémiques dans les systèmes sanitaires des pays en développement, il s'agit de problèmes majeurs, en termes de ressources que l'intervention ne pouvait pas et n'avait pas pour but d'aborder.

L'intervention a-t-elle amélioré l'utilisation du partogramme?

L'impact de l'intervention sur l'utilisation systématique et exhaustive du partogramme n'est pas totalement avéré. Parmi les cinq sites participants, certains ont connu des améliorations à court terme, tandis que le taux d'utilisation complète et systématique du partogramme d'autres structures a baissé. Parmi les difficultés rencontrées figuraient :

- Le surmenage et la pénurie du personnel surmené, ainsi qu'un taux d'usure élevé
- L'absence de personnels de supervision
- Le manque de fournitures adaptées

Bien que l'impact sur l'utilisation concrète de partogramme sur les sites ait été variable, la prise de conscience semble être accrue, en général. La collecte des données se poursuit alors que les sites passent de la phase de coaching/formation à celle du tutorat.

Ressources humaines

Les pénuries de personnel et le taux de rotation élevée ont été les plus gros obstacles à la mise en œuvre de cette intervention ; globalement il s'agit des problèmes représentant un frein à la prestation de services de qualité au sein des systèmes sanitaires.

- Onze des douze structures figurant dans l'analyse de la situation initiale disposaient de moins de la moitié du nombre de prestataires requis, outre les questions d'usure.
- Le site d'intervention avec les plus mauvais résultats a perdu tout son personnel formé, soit à la suite de démissions soit en raison d'un transfert dans les quatre mois suivant la formation.
- Les médecins, généralement des cliniciens expérimentés en charge des unités de maternités et de la prise de décisions médicales secours en ce qui concerne la référence et la césarienne, assistaient rarement aux formations, ce qui empêchaient des changements comportementaux sur l'ensemble du site.

Pour faire face à ces difficultés, une formation continue du nouveau personnel a été mise en œuvre durant les visites de suivi et l'éducation médicale continue.

Manque de fournitures, équipements et infrastructures adaptés

Avant l'intervention, les structures :

- Manquaient d'horloges sur le mur, de tensiomètres, de stéthoscopes, de papier pour la ré-impression des partogrammes, voire d'espace pour les examens
- Disposaient de stocks insuffisants de gants, de savons, de détergents, de draps en plastique, de gazes, de cathéters et de coton
- Ont été confrontés à de fréquentes ruptures de stocks de médicaments essentiels tels que la vitamine K, la tétracycline, l'ocytocine, le misoprostol et le sulfate de magnésium

Bien que les responsables de districts aient fait des efforts pour améliorer l'accès aux fournitures et aux équipements requis, la pérennité des ces améliorations dépendra de l'engagement des dirigeants des établissements.

Encadrement des établissements et des districts

L'utilisation convenable et systématique du partogramme requiert un encadrement au sein du système sanitaire dans son ensemble et dans les établissements. Les facteurs contribuant aux succès lors du pilote comprenaient :

- L'engagement et la stabilité des hauts responsables
- Le plaidoyer des superviseurs en faveur de l'intervention
- La supervision de soutien continu pour l'intervention
- Le soutien des cliniciens expérimentés

Le manque d'implication des cliniciens expérimentés lors de la formation pourrait être un obstacle à l'amélioration de l'utilisation du partogramme ; du fait de l'organisation hiérarchique et de la



Un formateur national examine les partogrammes avec le personnel d'établissement pendant une visite de suivi au Centre de Santé III de Kalungu.

répartition des pouvoirs de la plupart des structures sanitaires, leur soutien est essentiel. Les médecins ont été « ciblés » pendant la phase de tutorat afin d'assurer leur participation.

Bien que les superviseurs de maternité sans risques des districts aient assisté à l'ensemble des orientations et formations, l'usure du temps a eu une incidence négative sur le niveau de supervision fourni. Pour faire face à ce problème, à l'avenir, les interventions :

- Se concentreront davantage sur les superviseurs pour une assistance durable
- Permettront aux superviseurs de district d'informer régulièrement les responsables d'établissements sur les avancées de l'intervention et les plans d'action
- Présenter les données du partogrammes à l'échelon des districts

Gestion des données

Dans la plupart des structures, la gestion des données reste problématique. Beaucoup des établissements pilotes :

- Manquaient de pièces ou espaces sûrs dans lesquels ils pouvaient stocker les données
- Ne conservaient pas les données de façon ordonnée pour les récupérer facilement
- Ne disposaient pas d'un personnel suffisamment qualifié pour gérer les données correctement
- Ne jouissaient pas d'un soutien administratif permettant d'améliorer la gestion des données
- Ni analysaient ni utilisaient les données à leur disposition pour adapter leur prestation de service

Fistula Care travaille actuellement avec le système d'information de la gestion sanitaire du district et du personnel désigné des établissements pour améliorer la conservation des données et l'utilisation des données pour la prise de décision. L'utilisation du partogramme doit être clairement liée aux protocoles

cliniques pour le traitement et les références. Les données du pointage n'entraîneront pas de changements significatifs pour les résultats sans une prise de décision et des actions adaptées par rapport aux résultats.

Implication des parties prenantes

L'implication des parties prenantes à tous les échelons durant la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation a contribué à créer un environnement favorable pour l'intervention. En conséquence, le personnel de district et des établissements a continué à soutenir et superviser l'utilisation du partogramme et à s'assurer de sa disponibilité sur les sites.

Méthodologie du coaching et du tutorat

Les étapes initiales de cette intervention se sont concentrées sur le coaching avec une relation de tutorat à établir et poursuivre sur une longue période. Pour la phase suivante, les partisans du partogramme seront identifiés lors de la collaboration avec les superviseurs des établissements. Ceux qui utiliseront avec le plus de réussite le partogramme après la formation seront choisis comme tuteurs et ils seront regroupés avec les stagiaires du site. Les superviseurs de district, avec l'assistance technique de Fistula Care, créeront un outil pour identifier les domaines requérant des améliorations. De plus, ils évalueront et assureront le suivi des progrès réalisés. Les coachs et tuteurs utiliseront cet outil et les données de suivi issues des partogrammes des sites. Les superviseurs de districts surveilleront le travail des partisans de l'utilisation du partogramme. Les formations des superviseurs de districts et d'établissements renforceront leurs compétences de supervision, en s'appuyant sur les difficultés constatées avant et après l'intervention.

Dans un effort visant à établir des liens entre partenaires, Fistula Care a

rencontré STRIDES for Family Health, un projet de santé maternelle financé par l'Agence Américaine pour le Développement International, visant à identifier les domaines fréquents de liens, notamment l'utilisation du partogramme. STRIDES a utilisé l'outil de suivi de Fistula Care pour apporter une assistance technique à l'hôpital Bwera sur la consolidation de l'utilisation du partogramme et utilisera les outils sur les sites où il intervient.

Conclusion

L'objectif de cette intervention était de relancer l'intérêt et l'utilisation du partogramme en tant qu'outil de suivi du travail et d'amélioration de la santé maternelle en Ouganda, de l'échelon national aux établissements. L'intervention a permis de montrer que les problèmes endémiques du système de santé constituaient des freins à l'amélioration de l'utilisation du partogramme. Néanmoins, divers facteurs ont contribué. aux améliorations, notamment l'identification de personnes-relais, l'implication des parties prenantes durant le processus, ainsi que le coaching et la supervision continue pour affronter les problèmes rencontrés. Une étroite collaboration entre les responsables du MS, des districts et des établissements ont permis un soutien et une impulsion constante pour avancer.

Les étapes clés de ce travail mené en Ouganda comprennent:

- L'identification des défenseurs de la lutte contre la fistule pour le tutorat en continu du personnel de sites
- La gestion des problèmes d'infrastructures, y compris les fournitures et la conservation des données du site.
- La planification du développement de cette approche avec une conception expérimentale pour évaluer correctement l'impact et les exigences en termes de ressources.

OUGANDA



CONCERNANT L'OUGANDA

L'Ouganda a une population estimée 34,5 millions ; le taux global de fertilité est de 6,4 naissances complètes par femme, un des plus élevés du monde (PRB, 2011). Trois sur 10 femmes mariées utilisent un mode de contraception (UBOS & ICF International, 2012). Presque toutes les femmes en état de grossesse reçoivent au moins une visite de soins prénatale d'un prestataire spécialisé (UBOS & ICF International, 2012). Cependant seulement 57% des femmes enceintes accouchent dans une structure de soins de santé (UBOS & ICF International, 2012).

Fistula Care à EngenderHealth 440 Ninth Avenue, 13th Floor New York, NY 10001 Tél: 212-561-8000

www.fistulacare.org



Références

Bradley, J., et al. 1998. Whole-site training: A new approach to the organization of training. [Formation sur site intégral: une nouvelle approche de l'organisation de formations]. AVSC Working Paper, No. 11 [Document n° 11 de travail d'AVSC]. New York: AVSC International (EngenderHealth).

EngenderHealth. 2001. Facilitative supervision handbook [Manuel de supervision facilitative]. New York

Levin, K., et Kabagema, J. D. 2011. *Use of the partograph: Effectiveness, training, modifications, and barriers [Utilisation du partogramme : efficacité, formation, modifications et obstacles]*. New York: EngenderHealth/Fistula Care.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 1994. World Health Organization partograph in management of labour [Partogramme de l'Organisation mondiale de la Santé dans la prise en charge du travail]. *Lancet* 343(8910):1399–1404.

OMS, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), et Banque mondiale. 2012. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. [Tendances en matière de mortalité maternelle : de 1990 à 2010.]* Genève .

Population Reference Bureau (PRB). 2011. 2011 world population reference sheet [Fiche de référence sur la population mondiale 2011]. Washington, DC.

Uganda Bureau of Statistics (UBOS) et ICF International. 2012. Uganda Demographic and Health Survey 2011 [Enquête démographique et de Santé de l'Ouganda 2011]. Calverton, MD, USA.

Uganda Ministry of Finance, Planning, and Economic Development. 2010 [Ministère ougandais des finances, de la planification et du développement économique]. Millennium Development Goals Report for Uganda: 2010. Special theme: Accelerating progress towards improving maternal health [Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement pour l'Ouganda: 2010. Thème spécial: accélérer les progrès en vue de l'amélioration de la santé maternelle]. Kampala.

Uganda MOH Reproductive Health Division [Division de la Santé de le Reproduction du Ministère de la Santé de l'Ouganda]. 2010. The partograph in Uganda: A practical guide for health care workers [Le partogramme en Ouganda: un guide pratique pour les prestataires de soins]. Kampala.

Remerciements

Edith Mukisa, Lucy Asaba, Simon Ndizeye, Karen Levin, et Celia Pett ont rédigé cette synthèse technique, en s'appuyant sur des observations, des activités et des données issues de formations tenues à Bwera, Kagando, Kalungu, Karambi, et Kitovu. Michael Klitsch s'est chargé des modifications et Carolin Beine a assuré la conception du document. Un remerciement particulier adressé à Mariam Bagayoko pour la traduction française de cette publication.

Cette publication a été rendue possible grâce au généreux soutien du Peuple Américain par l'intermédiaire de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), selon les termes de l'accord de coopération GHS-A-00-07-00021-00. Les informations figurant dans ce document ne représentent pas nécessairement les points de vue ou positions de l'USAID ou du Gouvernement américain.

Nous adressons nos remerciements et notre reconnaissance aux personnes et organisations suivantes : le Département de Santé de la Reproduction du Ministère de la Santé en Ouganda, pour son rôle dans la création du système de coaching et de tutorat pour la formation sur site ; les représentants des districts sanitaires, les Équipes de Gestion sanitaire de district et le personnel des établissements sur les 12 sites dans les districts de Masaka et Kasese qui ont participé et ont fourni des idées essentielles pendant l'évaluation initiale ; les responsables des structures de santé, pour leur leadership et leur soutien pendant la formation et la mise en œuvre de l'intervention pilote. Nous tenons également à remercier leurs agents qui ont participé au processus de coaching et de tutorat à Bwera, Kagando, Kalungu, Karambi, et Kitovu et qui chaque jour, s'efforcent d'administrer des soins de qualité à leurs patients ; les personnes-relais pour l'utilisation du partogramme dans les établissements qui ont recueilli les données des partogrammes chaque mois et chaque trimestre afin de nous permettre de suivre l'évolution de cette intervention; Pamela Harper, Karen Beattie, Joseph Ruminjo ainsi que Evelyn Landry qui ont donné des idées précieuses et du feedback pour aider à consolider cette synthèse ; et enfin le personnel de Fistula Care et d'EngenderHealth qui ont constamment soutenu le travail visant à renforcer l'utilisation du partogramme, nous voulons exprimer une gratitude particulière envers les Docteurs Peter Mukasa et Rose Mukisa Bisoborwa pour leur rôle essentiel dans l'élaboration, la mise en œuvre et la supervision de

Citation suggérée: Fistula Care. 2013. Améliorer l'utilisation du partogramme en Ouganda par le coaching et le tutorat.

New York: Fistula Care / EngenderHealth.

© 2013 EngenderHealth

Crédits photo: p. 1, G. Morrison/EngenderHealth; pp. 2-7, L. Asaba/EngenderHealth.