

Le réseau des Besoins Obstétricaux Non Couverts

Rapport Final

Volume I. Synthèse

Contrat B7-6310/98/02

Dominique Dubourg
Vincent De Brouwere
Wim Van Lerberghe
Fabienne Richard
Vincent Litt
Marc Derveeuw

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

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

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

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

¹Liste des Interventions Majeures : césarienne, laparotomie pour suture de brèche utérine, hystérectomie, grande version extraction, symphyséotomie, craniotomie cranioclasie.

Liste des Indications Maternelles Absolues : hémorragie ante-partum sévère (placenta praevia et hématome rétroplacentaire), hémorragie du post-partum, disproportion foeto-pelvienne et rupture utérine, présentations dystociques (traverse et front).



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

Equipe de gestion et de coordination

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

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



La Commission Européenne DG VIII

Coordination par :



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

En collaboration avec :

- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) - Université de Heidelberg
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
- Direction Générale pour la Coopération Internationale - Belgique

TABLE DES MATIÈRES – VOLUME I

ABRÉVIATIONS	2
1. INTRODUCTION	3
2. LES RÉALISATIONS DU RÉSEAU	4
3. LES CONNAISSANCES ACQUISES	5
<i>L'ampleur des besoins non couverts dans les pays pauvres</i>	5
<i>L'utilité d'un exercice UON pour le pays</i>	6
<i>La cartographie comme outil de planification et de suivi des activités</i>	6
<i>Le renforcement des compétences</i>	7
<i>Les changements politiques</i>	8
<i>L'utilisation de l'UON pour le plaidoyer</i>	8
4. UNE APPROCHE RAPIDE ET PEU ONÉREUSE	9
5. L'AVENIR DU RÉSEAU.....	9
ANNEXES	
annexe 1. Publications.....	11
annexe 2. Conférences et workshops sur le besoins obstétricaux non couverts.....	15
annexe 3. Structure du réseau des besoins obstétricaux non couverts.....	16
annexe 4. Critères de sélection des pays	17
annexe 5. Chronogramme des études UON.....	18
annexe 6. Synthèse par pays	19
annexe 7. Constitution des comités scientifiques, task forces et équipes de recherche.....	22

VOLUME II ETUDES DE CAS PAR PAYS ET ETUDE COMPARATIVE INTERNATIONALE

VOLUME III MODULES PRATIQUES POUR LA MISE EN OEUVRE DES EXERCICES UON

VOLUME IV RAPPORT DES RÉUNIONS RÉGIONALES D'ABIDJAN ET ISLAMABAD

ABREVIATIONS

AGCD : Administration Générale de la Coopération au Développement
BM : Banque Mondiale
BONC : Besoins Obstétricaux Non Couverts
CERRHUD : Centre de Recherche en Reproduction Humaine et Démographie
CIPS : Cours International pour la Promotion de la Santé
CS : Centre de Santé
DG-DEV : Direction Générale du Développement
DGA : Directeur Général Adjoint
DSF : Direction de la Santé Familiale
ECM : Equipe de Coordination et de Management
EDS : Enquête Démographie et Santé
FNUAP : Fond des Nations Unies pour la Population
GTZ : Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Coopération allemande)
HSA: Health Services Academy
IMA : Indication Maternelle Absolue
INAS : Institut National d'Administration de la Santé
IOM : Intervention Obstétricale Majeure
MCM : Maîtrise en Contrôle des Maladies
MSP : Ministère de la Santé Publique
MUCHS: Muhimbili University College of Health Sciences
NU : Nations Unies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PADS : Programme d'Appui au Développement de la Santé
RMM : Ratio de Mortalité Maternelle
UE : Union Européenne
UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance
UON : Unmet Obstetric Need
USAID : United States Agency for International Development

1. INTRODUCTION

Les années 90 ont été marquées par un effort considérable de la communauté internationale pour documenter les problèmes liés à la santé maternelle et à la mortalité maternelle en particulier. Pour mesurer l'ampleur de ce drame humain et mieux comprendre l'échec de nombreux systèmes de santé à offrir aux femmes une prise en charge de leurs besoins les plus essentiels, les ratios de mortalité maternelle ont été largement utilisés

La première décennie de l'Initiative pour une Maternité Sans Risque a vu naître de multiples interventions pour tenter d'améliorer les connaissances et renforcer le plaidoyer dans ce domaine. MotherCare a par exemple mis l'accent sur l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux au niveau de l'hôpital et sur l'utilité des systèmes de référence - évacuation.¹ Le programme "Prévention de la Mortalité Maternelle" de l'Université de Columbia² a tenté, via l'"Averting Maternal Death and Disability Initiative" de promouvoir la notion de Soins Obstétricaux d'Urgence, l'utilisation des indicateurs de processus, la nécessité de travailler en réseau et l'importance des droits de l'homme.³ L'OMS a pour sa part développé la notion de Soins Obstétricaux Essentiels Complets et de Base.

Le réseau "Besoins Obstétricaux Non Couverts", qui tente d'aller au-delà de la simple mesure du phénomène et cherche à ouvrir de nouvelles voies pour l'amélioration de la santé maternelle, fait partie de ce vaste mouvement.

L'idée de départ est assez simple : si l'on peut avec un investissement financier minimum fournir une image claire, fiable et facilement compréhensible de ce qu'un système de santé *devrait fournir* et de ce qui est *réellement offert* pour la prise en charge des problèmes obstétricaux. Si l'on peut ainsi mettre en évidence la différence entre l'offre théorique et l'offre réelle, il est possible de convaincre les planificateurs, bailleurs de fonds, intervenants divers et décideurs de la nécessité de réduire ces écarts – les besoins obstétricaux non couverts – plutôt que de simplement mesurer l'étendue de la mortalité maternelle. Un moyen d'y parvenir, inspiré d'un travail antérieur effectué au Congo et au Maroc⁴ – consiste à cartographier district par district la différence entre le nombre d'interventions majeures nécessaires pour éviter des morts maternelles et le nombre de ces interventions effectivement réalisées⁵. L'hypothèse sous-tendant cette approche est que le manque de prise en charge de ces cas d'urgence obstétricale est cause de souffrance, de morbidité et de mortalité maternelle. Cette information couplée aux données sur la disponibilité des ressources devrait stimuler la prise de conscience, mettre en évidence les endroits où les problèmes sont les plus importants, et engager auprès des décideurs le débat sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la situation tant au niveau national que régional.

En 1997, la Commission Européenne et quelques agences internationales ont lancé le réseau des Besoins Obstétricaux Non Couverts (UON Network). Ce réseau réunit des ministères de la santé des pays membres, des organisations de développement, des instituts de recherche et des praticiens qui désirent utiliser l'indicateur UON comme porte d'entrée pour améliorer non seulement les soins de santé maternels, mais aussi le fonctionnement global du système de santé. Le réseau devait développer et tester l'approche UON, apporter aux équipes de recherche un support technique mais aussi leur fournir l'opportunité d'échanger leurs expériences. Il devait aider les pays membres à améliorer la prise en charge des problèmes de santé maternelle par le système de santé.

¹ Koblinsky M. 1996. Improving obstetrical and neonatal management: lessons from Guatemala. *MotherCare Matters*, 4, 1-3.; Jessop S. M. 1999. Progress in Guatemala over the past decade. *MotherCare Matters*, 8 (4): 3-7.

² Maine D. 1997. Lessons for program design from the PMM projects. *Int. J Gynaecol. Obstet*, 59 (Suppl 2): S259-S265.

³ Maine D and Rosenfield A. 2001. The AMDD program: history, focus and structure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 74: 99-103.

⁴ Van Lerberghe, W, Pangu K. A, and Van den Broek N. 1988. Obstetrical interventions and health centre coverage: a spatial analysis of routine data for evaluation. *Health Pol.Plann.* 3: 308-314; INAS. 1992. *Approche de la mortalité et de la morbidité maternelles au Maroc*. INAS and Ministère de la Santé Publique du Royaume du Maroc eds. 130p.

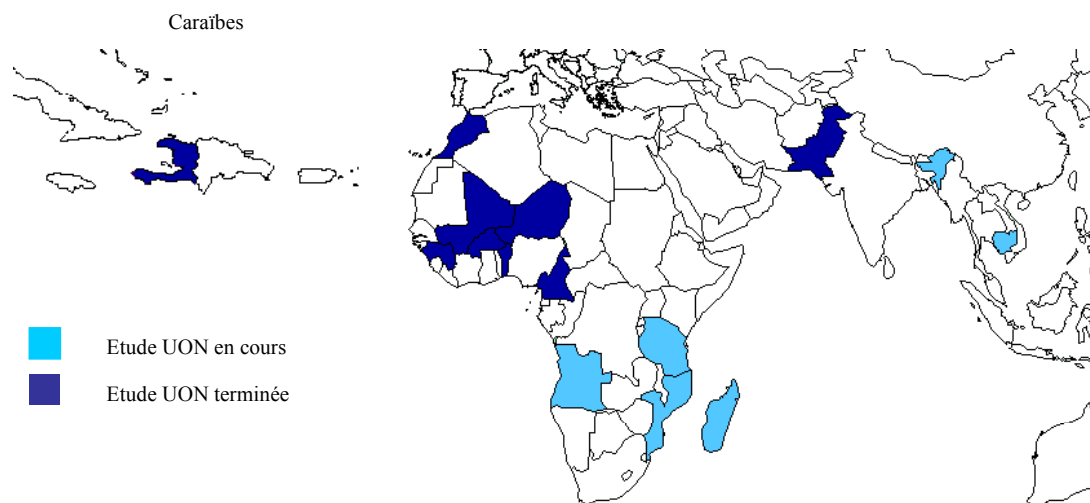
Casablanca: Ministère de la Santé du Maroc; Van den Broek N, Van Lerberghe W, and Pangu K. A. 1989. Cesarean sections for maternal indications in Kasongo (Zaire). *Int. J. Gynecol. Obstet.* 28: 337-342.

⁵ L'approche des Besoins Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures. Module I. Concepts, Principes Généraux et Réseau International. <http://www.uonn.org>.

Le réseau est devenu opérationnel en 1999. Ses objectifs étaient la création d'outils et de guides pratiques pour la mise en œuvre de l'approche, l'adhésion d'au moins sept pays pour la réalisation d'un exercice UON et l'évaluation de l'utilité de l'approche et des études nationales. Les études réalisées devaient en outre apporter une meilleure vision de la nature et de l'ampleur des besoins obstétricaux non couverts dans les pays pauvres. Le projet financé par la Commission Européenne a débuté en septembre 1998 pour se terminer en Novembre 2001.

Les Ministères de la Santé et instituts de recherche de douze pays ont dans un premier temps montré leur intérêt pour l'approche.⁶ Sept d'entre eux ont réalisé un exercice UON au niveau national ou régional: Bénin, Burkina-Faso, Haïti, Mali, Niger, Pakistan, et Tanzanie.⁷ La population totale concernée avoisine les 65 millions d'habitants, ce qui correspond à environ 2,8 millions de naissances annuelles.

FIGURE 1. PAYS EXPOSES A L'APPROCHE UON



Ce rapport synthétise les conclusions et leçons tirées de ces recherches (il ne prend pas en compte les résultats du Bangladesh, du Cambodge et du Cameroun où les études ont démarré après la fin du projet). Il passe en revue les outils développés ; résume ce que nous ont appris ces études sur l'ampleur des besoins non couverts dans les pays pauvres ; fait le point sur les bénéfices que ces pays peuvent retirer de leur participation au réseau et sur l'utilisation des connaissances acquises pour le plaidoyer tant au niveau national que sur la scène internationale. Il tente aussi de voir si ce type d'étude est réellement aussi rapide et peu onéreux qu'espéré, ou en d'autres termes, il cherche à apprécier son utilité comme moyen pour amorcer le changement.

2. LES REALISATIONS DU RESEAU

Des modules destinés à guider la mise en œuvre des exercices au niveau régional ou national ont été développés par l'équipe de coordination et de management du réseau basée à l'Institut de Médecine Tropicale à Antwerpen. Depuis mars 1999, trois modules sont disponibles en français et en anglais: Principes généraux, Protocole de recueil des données, et Analyse des données.⁸ Une traduction en

⁶ Bangladesh, Bénin, Cambodge, Cameroun, Guinée-Conakry, Haïti, Mali, Mozambique, Niger, Pakistan, Tanzanie, Ouganda.

⁷ L'équipe de coordination a visité ces douze pays, mais cinq d'entre eux ne remplissaient pas les critères de sélection (annexe 3) et n'ont donc pas été retenus.

⁸ Annexe 14: L'approche des Besoins Obstétricaux Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures. Module I. Concepts, Principes généraux et réseau international; Module II. Elaboration du protocole de recueil des données; Module III. Analyse des données et présentation des tableaux, ces documents peuvent être téléchargés sur le site web du réseau <http://www.uonn.org>.

portugais est également parue en 2001 et un quatrième module (Guidelines for Interviewing Stakeholders and Analysing the Evolution of the Maternal Health Policy)⁹ a été rédigé en 2000.

Sept pays ont mené à terme un exercice UON et produit un rapport d'étude. La méthodologie employée et les premiers résultats des exercices ont été discutés lors de réunions régionales, à Islamabad et à Abidjan (Rapport final Vol. IV). L'équipe de coordination a rédigé une étude comparative internationale et une étude de cas par pays (Rapport final Vol. III).

L'équipe de coordination a aussi organisé une conférence internationale "Mother's Health and Health Services" à Bruxelles en novembre 2000. Cette réunion a permis de procéder à une revue des connaissances scientifiques sur les stratégies actuelles dans le domaine de la Maternité Sans Risque. Le rapport de cette réunion est disponible en anglais et en français depuis 2001.¹⁰ Un document stratégique basé sur les contributions présentées lors de cette rencontre et intitulé «*Maternité sans danger et l'Union Européenne: Une stratégie visant à améliorer la santé maternelle et périnatale par le renforcement des systèmes et services de santé*» a été publié en avril 2001.

3. LES CONNAISSANCES ACQUISES

L'ampleur des besoins non couverts dans les pays pauvres

L'évaluation par pays des besoins non couverts a permis d'obtenir une estimation plus robuste des besoins en interventions obstétricales majeures pour indication maternelle absolue. On peut désormais considérer que la proportion minimum d'accouchements nécessitant une intervention majeure pour éviter un décès maternel est de 1,4% (IC 1,27% - 1,52%) des naissances attendues.

Dans les pays concernés, seules 1,1% des femmes d'origine urbaine et 0,3% de celles vivant en zone rurale ont réellement pu bénéficier d'une intervention majeure ce qui correspond à des déficits respectifs de 25% et 79% (Tableau 1).

TABLEAU 1. DEFICITS EN INTERVENTIONS OBSTETRIQUES MAJEURES POUR INDICATION MATERNELLE ABSOLUE DANS LES SEPT PAYS D'ETUDES ET AU MAROC

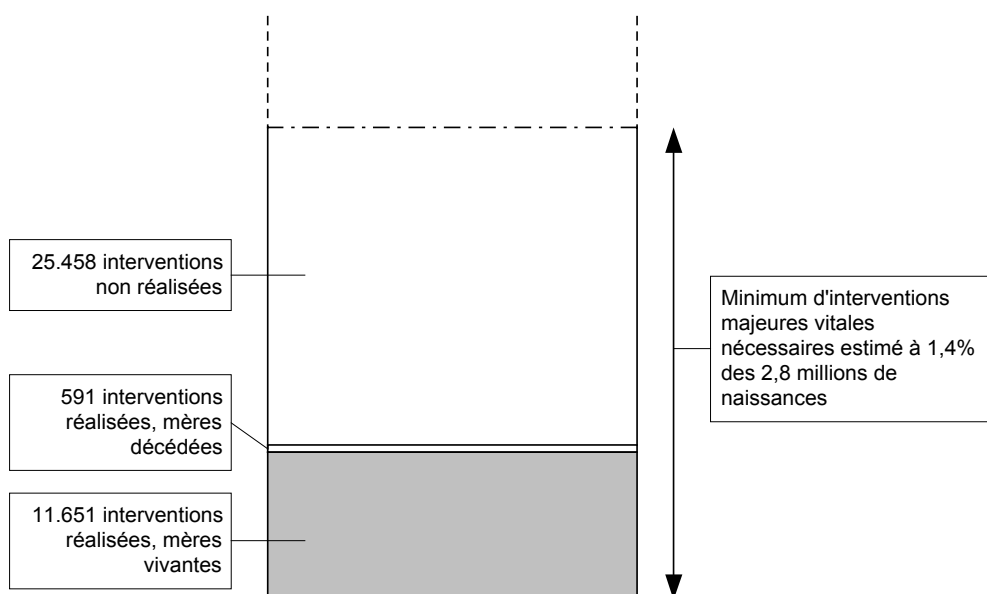
Milieu urbain	IOM/IMA		Déficits			
	Attendus	Observés	Nombre	(IC)	%	(IC)
Bénin	454	448	6	(-36 ; +45)	1,4%	(-9% ; +9%)
Burkina-Faso	779	614	165	(+93 ; +232)	21,2%	(+13% ; +27%)
Haiti	171	244	-73	(-89 ; -58)	-42,7%	(-57% ; -31%)
Mali	1.898	1.617	281	(+105 ; +443)	14,8%	(+6% ; +22%)
Niger	934	511	423	(+336 ; +503)	45,3%	(+40% ; +50%)
Pakistan	334	324	10	(-21 ; +39)	3,1%	(-7% ; +11%)
Maroc	3.549	2.354	1.195	(865 ; 1.499)	33,7%	(27% ; 39%)
Total	8.119	6.112	2.007	(1.254 ; 2.704)	24,7%	(17% ; 31%)
Milieu rural	IOM/IMA		Déficits			
	Attendus	Observés	Nombre	(IC)	%	(IC)
Bénin	1.533	1.007	526	(384 ; 658)	34,3%	(28% ; 40%)
Burkina-Faso	6.518	948	5.570	(4.956 ; 6.118)	85,4%	(84% ; 87%)
Haiti	1.130	153	977	(872 ; 1.074)	86,5%	(85% ; 88%)
Mali	4.960	985	3.975	(3.414 ; 4.400)	80,1%	(78% ; 82%)
Niger	7.319	807	6.512	(5.832 ; 7.139)	89,0%	(88% ; 90%)
Pakistan	1.059	450	609	(511 ; 700)	57,5%	(53% ; 61%)
Maroc	7.095	1.780	5.315	(4.656 ; 5.923)	74,9%	(72% ; 77%)
Total	29.613	6.130	23.484	(20.633 ; 26.022)	79,3%	(77% ; 81%)

⁹ Documentation of maternal health policy, strategies and practices against maternal morbidity and mortality.

¹⁰ Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique. De Brouwere V & Van Lerberghe W eds. Antwerpen: ITGPress, 2001. 480 p. Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence, De Brouwere V & Van Lerberghe W eds. Antwerpen: ITGPress, 2001. 450 p.

Pour mieux apprécier la signification de ces besoins non couverts, on peut les exprimer en chiffres absolus. Les études concernent 2,8 millions de naissances parmi lesquelles au moins 37.700 sont supposées nécessiter une intervention majeure vitale pour une des indications retenues. Seules 12.242 de ces interventions ont effectivement été pratiquées. Parmi les femmes ayant pu bénéficier d'une de ces interventions entre 93,8% (Burkina Faso) et 99,5% (Pakistan) ont survécu, et entre 59% (Bénin) et 97% (Pakistan) des nouveau-nés ont aussi pu être sauvés. Près de 25.500 femmes enceintes n'ont pas eu cette chance et la plupart d'entre elles sont probablement décédées ou souffrent désormais de séquelles graves. L'ampleur des déficits observés est clairement en relation avec l'accessibilité aux structures de santé et ceci peut expliquer les variations importantes des déficits observés entre les différents districts.

FIGURE 2. BESOINS COUVERTS ET NON COUVERTS
POUR LES INTERVENTIONS OBSTETRIQUES MAJEURES DANS LA POPULATION SOUMISE A L'ETUDE



L'utilité d'un exercice UON pour le pays

Il est clair que le réseau n'a pas été mis en place pour convaincre les pays de réaliser une étude UON dans l'unique but d'établir un taux de référence destiné à une comparaison internationale. Pour ces pays, l'objectif principal est d'améliorer leur manière d'appréhender le problème de la santé maternelle. Rétrospectivement, on peut identifier un certain nombre de domaines où l'étude UON a eu un impact positif: (i) en donnant une vue panoramique utile à la planification et au monitoring des performances; (ii) en améliorant les capacités nationales de le faire; et (iii) en contribuant à changer les politiques nationales – en fournissant une opportunité politique de tenir compte des problèmes des ressources humaines et de mettre la santé maternelle à l'agenda.

La cartographie comme outil de planification et de suivi des activités

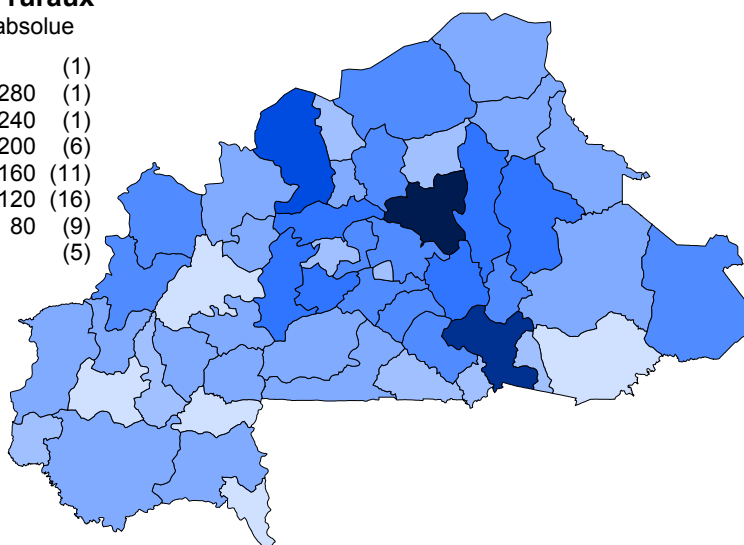
La réalisation la plus évidente des études réside dans la représentation cartographique des déficits dont un exemple est présenté ici pour le Burkina Faso (Figure 3). De telles cartes ont été réalisées pour le Burkina Faso, Mali, Maroc, Niger (études nationales), et sont aussi disponibles pour la présentation des études au niveau régional des autres pays. Les données collectées pendant les études peuvent être utilisées comme outils de base pour mesurer l'évolution de la couverture des besoins en interventions majeures. Plusieurs pays, Tanzanie, Mali et Burkina Faso, se sont à ce jour engagés dans cette voie.

FIGURE 3. DISTRIBUTION DES BESOINS OBSTETRICAUX NON COUVERTS EN ZONE RURALE AU BURKINA FASO, DEFICITS EN VALEURS ABSOLUES – UON 1998

Déficits ruraux

Valeur absolue

■ > 280	(1)
■ 241 à 280	(1)
■ 201 à 240	(1)
■ 161 à 200	(6)
■ 121 à 160	(11)
■ 81 à 120	(16)
■ 41 à 80	(9)
■ ≤ 40	(5)



Ces cartes sont un outil essentiel pour les planificateurs. Elles ne servent pas seulement à déterminer les zones où le problème est le plus grave, l'analyse détaillée des informations recueillies apporte aussi une information quant à la qualité de la prise en charge hospitalière, les causes (et le moment) des décès maternels à l'hôpital, les taux de létalité parmi les femmes ayant subi une intervention majeure, la mortalité périnatale précoce, la disponibilité des ressources humaines et matérielles etc. Disposant de données exhaustives de ce type pour chaque structure offrant une prise en charge chirurgicale des urgences obstétricales, le Ministère de la Santé possède des informations fiables non seulement sur la situation des services de références mais aussi indirectement sur la performance de chaque niveau de la pyramide sanitaire.¹¹

Ce n'est pas une information ponctuelle : l'indicateur UON a été utilisé pour évaluer les répercussions d'un programme d'assistance aux réfugiés en Guinée-Conakry¹², le développement de la couverture des services de santé au Cambodge¹³, le programme de santé maternelle au Cameroun¹⁴, ou encore la capacité du district de santé à faire face aux crises et désastres en République Démocratique du Congo¹⁵. Il a aussi été testé comme outils de suivi des programmes dans d'autres pays.

Le renforcement des compétences

Chaque étude nationale apporte sa part d'expérience et chacune constitue une apprentissage enrichissant pour les équipes de recherche, les équipes de district et la division de la santé familiale du Ministère de la Santé. Sauf au Pakistan (où c'est un institut de recherche qui a réalisé la collecte et l'analyse des données), c'était pour chaque équipe nationale une nouvelle expérience tant en terme de recherche que de planification et de management. Il est donc possible de réaliser un tel type d'étude dans des pays où les capacités en terme de recherche sont apparemment faibles voire inexistantes. Il est également important de remarquer que les informations nécessaires ont été collectées dans des pays où les sources

¹¹ Ronsmans C. 2001. How can we monitor progress towards improved maternal health? *Studies in Health Services Organisation & Policy*, **17**: 317-342.

¹² Van Damme W, De Brouwere V, Boelaert M, and Van Lerberghe W. 1998. The host population can benefit from a refugee assistance programme. A spatial analysis of major obstetrical interventions in Guékédou, Guinea (1988-96). *Lancet* **351**:1609-1613.

¹³ Von Schreeb S. 2000. A survey of essential obstetrical needs, Siem Reap Province, Cambodia.

¹⁴ Goyaux N. 2000. Les besoins obstétricaux dans la province de l'Adamaoua (Cameroun) en 1999. Département de la Vîna et du Faro Déo. 52p.

¹⁵ Porignon D, Soron'Gane E. M, Lokombe T. E, Isu D. K, Hennart P, and Van Lerberghe W. 1998. How robust are district health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo. *Trop Med Int Health* **3** (7): 559-565.

de données, registres hospitaliers, système d'information sanitaire et autres supports sont généralement jugés de médiocre qualité. Les informations recueillies se sont avérées fiables, sans doute grâce à la participation directe des praticiens des hôpitaux dans la recherche. Leur expérience a permis d'obtenir des informations plus fiables et plus pertinentes que celles qui auraient été obtenues par des chercheurs externes travaillant seuls.

Les équipes nationales de recherche ont pris le temps, pendant la phase préparatoire de l'étude, de discuter du concept UON avec les différents acteurs impliqués (gynécologues, médecins chefs de districts, chercheurs, équipe du programme de santé maternelle au ministère de la santé: la composition des différentes équipes scientifiques est présentée en annexe 7). Cette phase préliminaire (qui a nécessité de 7 à 14 mois) est cruciale pour l'appropriation de l'approche par les équipes nationales et est nécessaire pour l'adaptation du protocole aux spécificités de chaque pays. Chaque équipe de recherche a produit ses propres documents et rapports. Au Bénin et au Niger des étudiants en médecine ont réalisé des études UON ou ont utilisé le matériel recueilli précédemment pour leur travail de thèse de fin d'étude (Annexe 1).

Les changements politiques

Depuis les premières prises de contact jusqu'aux rétro-informations nationales, les études ont requis en moyenne 2 années de recherche. Comme c'était le cas au Maroc il y a 10 ans, la mise en évidence de l'amplitude des déficits a contribué à rendre les décideurs conscients du rôle crucial de l'hôpital dans la réduction de la mortalité maternelle. Cela a stimulé les gestionnaires de programme à intensifier ou à démarrer le développement de systèmes de référence - évacuation des urgences (Burkina Faso, Mali). La Santé Maternelle est partout demeurée à l'agenda, les équipes de district se sont intéressées aux résultats des autres districts, les gestionnaires se sont préoccupés de l'ampleur des déficits et les décideurs politiques ont implanté de nouveaux plans d'action pour diminuer ces déficits. Ceci permet aux pays de modifier leur démarche en favorisant une meilleure gestion des problèmes obstétricaux plutôt qu'une « approche du risque » souvent inefficace.

L'approche UON n'a pas été un succès total dans tous les pays. Un certain nombre de conditions sont nécessaires si l'on veut que les résultats obtenus soient utiles pour l'amélioration des services de santé : l'engagement du MSP et son leadership dans l'implantation de l'approche (Annexe 3); la collaboration étroite avec les équipes de terrain à chaque phase de l'étude et une rétro-information bien organisée au niveau périphérique. Quand une ou plusieurs de ces conditions ne sont pas remplies (comme au Pakistan), l'étude n'atteint pas son objectif d'impact sur les politiques et les services. Quand ces conditions sont présentes, comme au Mali ou en Haïti, les études génèrent une dynamique participative de réflexion et d'action tant au niveau central que périphérique.

L'utilisation de l'UON pour le plaidoyer

Les séminaires nationaux de rétro-information ont surtout ciblé les décideurs politiques et intervenants extérieurs. Ces études restent néanmoins un outil de plaidoyer utile pour la mobilisation des ressources. Les bureaux locaux des organisations internationales (FNUAP, UNICEF, OMS) ont rapidement saisi l'intérêt de cette recherche pour le plaidoyer en faveur de la santé maternelle et la conception des programmes. Tout comme les responsables nationaux, ils ont utilisé les informations fournies par les études pour accélérer les investissements dans les programmes de santé maternelle notamment pour rediriger ceux-ci vers les soins obstétricaux d'urgence. Afin de démontrer l'influence des exercices UON sur les politiques de santé, 66 acteurs du domaine de la santé maternelle ont été interviewés dans cinq des pays participant au réseau. Ces entretiens n'ont cependant pas encore tous fait l'objet d'une analyse systématique.

Sur la scène internationale, le concept UON a été diffusé via quatre canaux principaux: le site internet, des réunions et colloques, des publications et des cours universitaires. Le site internet (<http://www.uonn.org>) donne accès aux modules et aux études des cas. Les réunions, concernent aussi bien des rencontres scientifiques internationales que des séminaires sur l'approche UON, à l'UNICEF

(New York, 1997), à la Banque Mondiale (Washington, 1997, 2000), à MotherCare and Measure (1998 and 1999) ou encore à l'OMS (Genève 2000).

Malgré de fortes pressions institutionnelles, l'équipe de coordination du réseau UON a maintenu une politique privilégiant la maîtrise des publications des résultats par les équipes nationales. Les délais dans la diffusion académiques des résultats qui résultent de cette option sont largement compensés par le sentiment d'appartenance à un réseau de recherche international développé par les équipes de chaque pays. L'approche UON et l'indicateur ont aussi été présentés lors de nombreuses autres réunions scientifiques et dans une quinzaine d'articles référents à l'UON (Annexes 1 et 2). L'approche UON est aussi au programme des cours de maîtrise de l'IMT (CIPS et MCM), et du stage de formation « Programme de formation en fécondité et santé de la reproduction » de l'institut de Démographie de l'UCL. Elle a été présentée dans de nombreux séminaires à l'Université Libre de Bruxelles. Plus de 300 professionnels de la santé (médecins, sages-femmes, gestionnaires de programme) et démographes de plus de 25 pays ont pu ainsi bénéficier d'informations relatives au concept et à la méthodologie UON à travers des cours ou conférences. Le concept UON a aussi été diffusé grâce aux membres de l'Advisory Board: la CE DG-DEV, GTZ, FNUAP, UNICEF, OMS et la Banque Mondiale (Annexe 3).

4. UNE APPROCHE RAPIDE ET PEU ONEREUSE

Le coût des études varie de 10,000 \$ à 64,000 \$ par pays. Ces montants comprennent les visites sur le terrain de l'équipe de coordination et de management ainsi que l'organisation des réunions régionales. Comparé au coût d'un monitoring des indicateurs de processus des Nations Unies (112,000\$ pour 22 hôpitaux couvrant une population de 5 millions d'habitants pendant trois ans au Malawi¹⁶) ou au coût des Enquêtes Démographie Santé (environ 500,000 US\$ par pays), ce montant est très raisonnable. Le coût de collecte des données par structure varie de 341 à 1,409 \$ (contre environ 1,700\$ / hôpital / an au Malawi pour le suivi des indicateurs de processus des NU). Une fois l'investissement méthodologique réalisé, le coût pour la collecte des données en routine devient marginal. Au Mali, cinq directeurs régionaux utilisent l'indicateur UON pour suivre les progrès de leurs actions depuis 1999 et ce, sans investissement complémentaire.

De la décision d'adhérer au réseau jusqu'aux rétro-informations périphériques, le processus UON prend entre 24 et 32 mois. (Annexe 5). Ceci peut sembler long, mais permet de perturber au minimum le fonctionnement des systèmes de santé et de former chaque équipe de district à la recherche. Dans les pays où des équipes "spécialisées" ont réalisé la collecte sans l'aide d'équipes locales, le processus a été plus rapide mais avec beaucoup moins d'impact sur les équipes de district. Les exercices proprement dits ont cependant été assez rapides : entre quinze jours et trois mois pour l'adaptation du protocole et quatre mois en moyenne pour la collecte des données.

5. L'AVENIR DU RESEAU

En quelques années, le projet UON a réuni des organismes internationaux, des instituts de recherches, des ministères de la santé, et des prestataires de soins dans un projet commun. La méthodologie et les résultats ont été dispensés à des étudiants, des professionnels, à des membres de la société civile et académique. Il serait présomptueux de dire que cela a eu une influence immédiate et significative sur la santé maternelle dans le monde. Depuis les conférences du Caire et de Colombo on sait que le changement ne pourra venir que de la combinaison d'une multitude d'initiatives locales ou internationales impliquant tant les professionnels de santé que la société civile.

¹⁶ Hussein J, Goodburn E. A, Damisoni H, Lema V, and Graham W. 2001. Monitoring obstetric services: putting the 'UN Guidelines' into practice in Malawi: 3 years on. *Int.J.Gynaecol.Obstet.* **75** (1): 63-73;
Goodburn E, Hussein J, Lema V, Damisoniu H, and Graham W. 2001. Monitoring obstetric services: putting the UN guidelines into practice in Malawi. I: developing the system. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* **74** (2):105-117.

Il existe cependant déjà des preuves de changement au niveau local et dans un certain nombre de cas au niveau national. Cela est dû au fait que l'approche UON, de par sa méthodologie, nécessite l'engagement direct des acteurs de terrain. On oublie souvent que ce sont eux qui déterminent ce qui est fait localement pour améliorer les soins obstétricaux. La meilleure des politiques n'a en effet qu'un impact limité sans la participation active des prestataires de soins qui, dans les structures hospitalières, sont en première ligne pour la prise en charge des risques liés à l'accouchement.¹⁷

L'adhésion à un réseau international se devait aussi d'apporter aux équipes nationales de recherche une reconnaissance et un certain crédit. Les échanges inter-pays devaient stimuler les participants et renforcer les compétences de chacun. Ces objectifs ont été atteints grâce à l'organisation des réunions régionales et aux visites de terrain et très peu par la création du site Internet ou l'utilisation de moyens modernes de communication comme l'Email.

Il semble probable que l'initiative, du moins dans son aspect formel, s'arrête ici. Pour l'instant la Direction Générale de la Coopération Internationale belge continue à apporter son soutien au réseau. Cela permettra d'initier des projets similaires au Bangladesh, à Madagascar et en Angola mais sans doute pas d'en faire le suivi. Un certain nombre d'autres pays, comme le Cambodge et le Burkina-Faso, maîtrisent suffisamment la méthodologie pour poursuivre seuls le projet. A l'heure actuelle, l'indicateur UON est utilisé dans ces pays comme outil de monitoring des activités. Les prochaines années nous montreront si le réseau peut survivre ou non de manière informelle et sans support institutionnel, et s'il peut contribuer à réduire la mortalité maternelle dans les pays pauvres.

¹⁷ Van Lerberghe & De Brouwere. 2001. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 17: 7-34.

Publications de l'équipe de coordination du réseau

- De Brouwere V, Dubourg D, Richard F, Van Lerberghe W. 2002. Need for caesarean sections in west Africa. [Letter] *Lancet*, **359** (16): 974-975.
- De Brouwere V & Van Lerberghe W. 2001. Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, n°18, ITGPress: Antwerp.
- De Brouwere V & Van Lerberghe W. 2001 Réduire les Risques de la Maternité: Stratégies et Evidence Scientifique. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, n°18, ITGPress: Antwerp.
- Van Lerberghe W & De Brouwere V. 2001. Should one wait for poverty to disappear before dealing with maternal mortality? *Studies in Health Services Organisation & Policy*, **17**: 1-6.
- Van Lerberghe W & De Brouwere V. 2001. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, **17**: 7-34.
- Jahn A & De Brouwere V. 2001. Referral in pregnancy and childbirth: Concepts and strategies. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, **17**: 229-246.
- Ferrinho P, Bugalho A M & Van Lerberghe W. 2001. Is there a case for privatising reproductive health? Patchy evidence and wishful thinking. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, **17**: 343-370.
- De Brouwere V, Derveeuw M, Van Damme W, Van Lerberghe W, Litt V. 1999. Safe Motherhood. *Lancet*. [Letter] **354**: 2085.
- De Brouwere V. and Van Lerberghe W. 1999. Unmet Obstetric Need (UON) for Major Interventions MotherCare Matters, **8** (1): 8-9.
- Derveeuw M, Litt V, De Brouwere V, Van Lerberghe W 1999. Too little, too late, too sloppy: delivery care in Africa. [Letter] *Lancet*, **353**: 409.
- Laabid A. et De Brouwere V. 1999. Réseau international des besoins obstétricaux non couverts. *Les Cahiers du médecin*, **2** (16): 43-46.
- De Brouwere V. and Van Lerberghe W. 1998. *Les besoins obstétricaux non couverts*. 229 p. Paris: L'Harmattan.
- De Brouwere V, Tonglet R, Van Lerberghe W. 1998. Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from history of western countries ? *Tropical Medicine and International Health*, **3**: 771-782.
- Belghiti A, De Brouwere V, Kegels G, Van Lerberghe W. 1998. Monitoring unmet obstetric need at district level in Morocco. *Tropical Medicine and International Health*, **3** (7): 584-591.
- Van Damme, W, De Brouwere V, Boelaert M. and Van Lerberghe W. 1998. "Effects of a refugee-assistance programme on host population in Guinea as measured by obstetric interventions" *Lancet*, **351**: 1609-13.
- De Brouwere V, Tonglet R, Van Lerberghe W. 1997. « Maternité sans Risque » dans les pays en développement: les leçons de l'histoire. *Studies in Health Services Organization and Policy*, n°6, Antwerp: ITGPress, Belgium.
- De Brouwere V. 1997. Les besoins obstétricaux non couverts: la prise de conscience de la problématique de la santé maternelle au Maroc. Thèse de Doctorat en Santé Publique (PhD). Louvain-en-Woluwe: Université Catholique de Louvain.
- De Brouwere V, Laabid A, Van Lerberghe W. 1996. Unmet obstetrical need: an operationally relevant concept. In *Networking for Research in Reproductive Health*. De Brouwere V. and Van Lerberghe W. (eds). Antwerp: ITM & European Commission for Science Research Development (DGXII).
- De Brouwere V, Laabid A, Van Lerberghe W. 1996. Quels besoins en interventions obstétricales? Une approche fondée sur l'analyse spatiale des déficits au Maroc". *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, **44** (2): 111-124.
- De Brouwere V, Laabid A. and Van Lerberghe W. 1996. Couverture des besoins en interventions obstétricales au Maroc. *Archives of Public Health*, **53** (Suppl 1): 33.

Publications des équipes nationales

Bénin

- Mongazi P I. 2000. Contribution à l'étude des Besoins Obstétricaux non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures dans les départements de l'Ouémé et du Plateau (Bénin). Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, 137 p.
- Tambekonou J. 2000. Les Besoins Obstétricaux Non Couverts au Bénin, Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, 154 p.
- Ministère de la Santé 2000. Les Besoins Obstétricaux Non Couverts, Rapport final, draft, 15 p.
- Ministère de la Santé 2000. Protocole d'étude sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts, 29 p.
- PADS 1999. Point sur l'état actuel de la recherche sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts dans les départements du Borgou et du Zou, 4 p.
- Houeto D.J, Sognigbe H, Gbehou J, Kotchofa I.S. 1998, Étude du taux des Interventions Obstétricales Majeures au CSSP de Cové en 1998, 6 p.

Burkina Faso

- Ministère de la Santé 2001. Besoins Obstétricaux Non Couverts, Expérience du Burkina Faso. Document provisoire, 44 p.
- Ouedrago I. 2000. Approche des Besoins Obstétricaux Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeure. Documentation des politiques, des stratégies, et des pratiques de lutte contre la mortalité maternelle. Rapport final, 38 p.
- Ouedrago I. 2000. Approche des Besoins Obstétricaux Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeure. Documentation des politiques, des stratégies, et des pratiques de lutte contre la mortalité maternelle. Proposition de service. 14 p.

Haïti

- Ministère de la Santé Publique et de la Population 2000. Etude des Besoins Obstétricaux Non Couverts en Haïti, (Département Artibonite, Nord, Nord-Ouest, Octobre 1998-Septembre 1999), Rapport final (draft): 60 p.
- C. Roenen 2000. Documentation des politiques, des stratégies et des pratiques de lutte contre la mortalité maternelle, Haïti, Mars-Décembre 2000, 17 p.
- C Roenen, Documentation des politiques, des stratégies et des pratiques de lutte contre la mortalité maternelle 2000. Haïti, Mars-Décembre 2000, Revue critique du processus, 6 p.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population 2000. Etude sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts Haïti 2000, Atelier de synthèse et de restitution des résultats, Rapport, 16 p.
- Comité scientifique UON 2000. Rapport préliminaire de l'équipe scientifique: Adaptation des définitions IMA, IOM, Taux de référence, 14 p.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population 1999. Etude sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts: Protocole d'étude, 16 p.

Mali

- Division Santé Familiale et Communautaire 2000. L'approche des besoins obstétricaux non couverts au Mali, Rapport final, 94 p.
- Division Santé Familiale et Communautaire 2000. Synthèse de la documentation des politiques, des stratégies et des pratiques de lutte contre la mortalité maternelle au Mali, 4 p.
- Division Santé Familiale et Communautaire 2000. Rapport de restitution régionale sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts à Kayes, 6 p.
- Division Santé Familiale et Communautaire 2000. Rapport de restitution régionale sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts à Koulikoro, 6 p.
- Division Santé Familiale et Communautaire 2000. Rapport de restitution nationale sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts au Mali, 7 p.
- Division Santé Familiale et Communautaire 2000. Rapport sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts, octobre 1998 – janvier 2000, Rapport provisoire pour la réunion d'Abidjan, 8 p.
- Division Santé Familiale et Communautaire 2000. Rapport sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts, mai 1998 – juin 1999, 2 p.
- Bamba, S. 1999. Les Besoins Obstétricaux Non Couverts: Mission d'appui à la collecte et à l'analyse des données dans la région de Ségou, Résultats préliminaires, 26 p.
- Sangaré, M.1999. Protocole de recherche sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts au Mali, 10p.

Division Santé Familiale et Communautaire 1998. Evaluation du système de référence/évacuation du Cercle de Bougouni, 36 p.

Division Santé Familiale et Communautaire (). Une stratégie pour améliorer la qualité des soins obstétricaux, 24 p.

Niger

Ministère de la Santé 2001. Les Besoins Obstétricaux Non Couverts au Niger en 1998, Rapport final, Ministère de la Santé Publique du Niger, 58 p.

Comité de pilotage de l'étude BONC 1999. Protocole de recherche sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts, , 18 p.

Soumaila Aminatou 2000. Etude des Besoins Obstétricaux Non Couverts dans la Commune III de Niamey, thèse pour l'obtention du grade de Docteur en médecine, 82 p.

Patale Tezere 2000. Analyse du pronostic foeto-maternel basée sur l'approche des Besoins Obstétricaux Non Couverts dans la communauté urbaine de Niamey et dans le département de Tillabéri, thèse pour l'obtention du grade de Docteur en médecine, 91 p.

Bagna Beidou Aminaou 1999. Etude des Besoins Obstétricaux Non Couverts dans la Commune III de Niamey, thèse pour l'obtention du grade de Docteur en médecine, 76 p.

Pakistan

Saleha Abdur Rehman & al 2000. Unmet Obstetrical Needs in the Districts of Attock & Jehlum, Punjab Province, Pakistan, 79 p.

Jahn A. 1999. Report on the UON mission to Islamabad, Pakistan, 15-20.11.99, 5 p.

Tassadaq Farook 1999. Report of Data Collection at District Jehlum, 2 p.

Tassadaq F, Zaidi, Sahela A.R. 1999. Estimating the Unmet Obstetric Need at districts Attock & Jehlum in the Punjab province of Pakistan, 31 p.

Jahn A, Litt V, De Brouwere V. 1998. Report of a preparatory visit to Pakistan, 17 p.

Tanzanie

First three-month report November 2000

Second three-month report Nov/Dec 2000

First year dissemination of results: June / July 2001

Massawe S, Jahn A. 2000. Proposal for Unmet Obstetrics Need (UON) assessment in Tanzania (Draft). 17 p.

Jahn A. 1999. The international Unmet Obstetric Need Network –UONN- Report on a country visit to Tanzania. 9 p.

Mozambique

Lilia J, David E, de Almeida E, Derveuw M. 2000. Assessment of the capacity of health services to provide essential obstetric care in Tete province, Mozambique. Final report of the needs assessment. 19 p.

Cambodge

von Schreeb S. 2000. A survey of essential obstetrical needs, Siem Reap Province, Cambodia. 7 p.

Cameroun

Goyaux N. 2000. Les besoins obstétricaux dans la province de l'Adamaoua (Cameroun) en 1999. Départements de la Vina, du Djerem et du Faro Déo. 52 p.

Bangladesh

Bashir I. 2000. Unmet Need for Major Obstetric Interventions in rural Bangladesh. Research protocol. 47 p.

Dieltiens G, 2001. Report of the secondary analysis of the 1999 Review of availability and use of emergency obstetric care services in District Hospitals and Upzilla Health Complexes in Bangladesh (ACPR) in order to estimate (un)met need for specialised obstetric care. 8 p.

Dieltiens G, 2001. Report of the first meeting on a secondary analysis of the 1999 Review of availability and use of emergency obstetric care services in Bangladesh (ACPR), to estimate the unmet obstetric need. 8 p.

Dieltiens G. 2001. Progress-report first 6 months Unmet Obstetric Needs (UON) project Bangladesh (January 08 – July 08, 2001). 6 p.

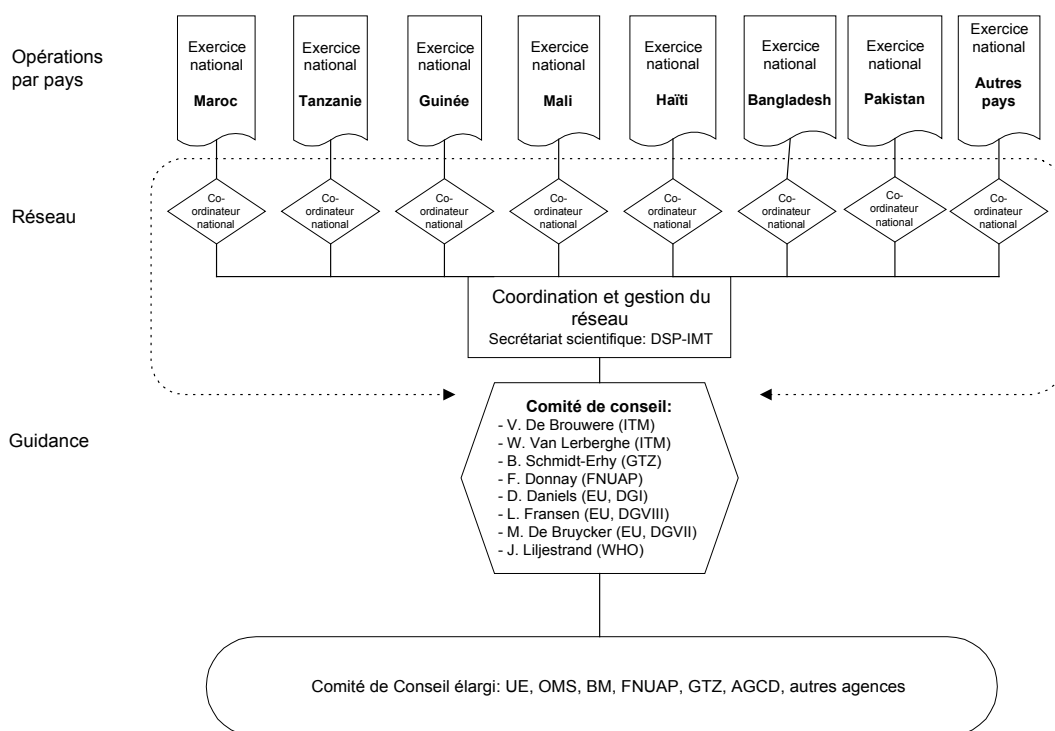
Littérature relative à l'approche UON

- Pruai A, de Bernis L, Ould El Joud D. 2002. Santé maternelle en Afrique francophone. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* **31** (1): 90-99.
- Dumont A, de Bernis L, Bouvier-Colle M-H, Bréart G. et le groupe MOMA. 2002. Santé maternelle en Afrique francophone. Estimation du taux attendu de césariennes pour indications maternelles dans une population de femmes enceintes d'Afrique de l'Ouest (enquête MOMA). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* **31** (1): 107-112.
- Ronsmans C, Van Damme W, Filippi V, Pittrof R. 2002. Need for caesarean sections in West Africa. [Letter] *Lancet*, **359** (16): 974.
- Dumont A, de Bernis L, Bouvier-Colle M. H, and Breart G. 2001. Caesarean section rate for maternal indication in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Lancet* **358**: 1328-1333.
- Gichangi P, Apers L, and Temmerman M. 2001. Rate of caesarean section as a process indicator of safe-motherhood programmes: the case of Kenya. *J Health Popul. Nutr.* **19** (2): 52-58.
- Ronsmans C. 2001. How can we monitor progress towards improved maternal health? *Studies in Health Services Organisation & Policy*, **17**: 317-342.
- Goodburn E, Hussein J, Lema V, Damisoniu H, and Graham W. 2001. Monitoring obstetric services: putting the UN guidelines into practice in Malawi. I: developing the system. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **74** (2): 105-117.
- Hussein J, Goodburn E. A, Damisoni H, Lema V, and Graham W. 2001. Monitoring obstetric services: putting the 'UN Guidelines' into practice in Malawi: 3 years on. *Int.J.Gynaecol.Obstet.* **75** (1): 63-73.
- Ngwakum P. 2001. Haïti: Saint-Marc Sus à la mortalité maternelle! *Contact*, 9-11.
- Ronsmans C, Endang A, Gunawan S, Zazri A, McDermott J, Koblinsky M, and Marshall T. 2001. Evaluation of a comprehensive home-based midwifery programme in South Kalimantan, Indonesia. *Trop Med Int Health*, **6** (10): 799-810.
- Jahn A, Dar lang M, Shah U, and Diesfeld H. J. 2000. Maternity care in rural Nepal: a health service analysis. *Trop Med & Int Health*, **5**, (9): 657-665.
- Luck M. 2000. Safe Motherhood Intervention Studies in Africa: a review. *East African Medical Journal* **77** (11): 599-607.
- Mumtaz Z, Shahab S, Butt N, Rab M. A, and DeMuyneck A. 2000. Daily iron supplementation is more effective than twice weekly iron supplementation in pregnant women in Pakistan in a randomized double-blind clinical trial. *J Nutr.* **130** (11): 2697-2702.
- Murray S. F, Davies S, Kumwenda Phiri R, and Ahmed Y. 2000. Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referral systems. *Health Policy & Planning* **16** (44): 353-361.
- Pruai A, Bouvier-Colle M. H, de Bernis L, and Breart G. 2000. Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates. *Bull World Health Organ* **78** (5): 593-602.
- Ronsmans C, Achadi E, Sutratikto G, Zazri A, McDermott J. 1999. Use of hospital data for Safe Motherhood Programmes in South Kalimantan, Indonesia. *Tropical Medicine & International Health*, **4**: 514-521.
- Boelaert M, Arbyn M, and Van der Stuyft P. 1998. Geographical information systems (GIS), gimmick or tool for health district management? *Trop Med Int Health*, **3** (3): 163-165.
- Porignon D, Soron'Gane E. M, Lokombe T. E, Isu D. K, Hennart P, and Van Lerberghe W. 1998. How robust are district health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo. *Trop Med & Int Health*, **3** (7): 559-565.

ANNEXE 2. CONFÉRENCES ET WORKSHOPS SUR LES BESOINS OBSTÉTRICAUX NON COUVERTS

- Temé, S, Ba, O, Papa, E, Dembele, A, Keita, N. Les Besoins Obstétricaux Non Couverts dans le Cercle de Kadiolo, République du Mali. SAGO 2001, Décembre 2001, Ouagadougou, Burkina-Faso.
- De Brouwere V, Van Lerberghe W. Réduire la mortalité maternelle: les leçons de l'histoire. Vision 2010. Forum régional pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. 7-10 mai 2000, Bamako Mali
- EC Expert meeting on Safer Motherhood, 27-28 November 2000, Brussels, Belgium.
- Derveeuw M, De Brouwere V, Van Lerberghe W, Litt V. Estimating the unmet need for major obstetric interventions: an approach based on a spatial presentation of deficits in major obstetric interventions for absolute maternal indications. *Methods in Public Health Research. Spatial Epidemiology*, November 24, 2000, Leuven. Belgium.
- Van Lerberghe W. The Network on Unmet Need for Major Obstetrical Interventions. XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics. September 3-8, 2000, Washington DC.
- Van Lerberghe W, De Brouwere V. Reducing maternal mortality: a blind alleys and things that work. Communication at the World Bank, 9 September 2000. Washington
- De Brouwere V. Inter-Agency Group for Safe Motherhood, Technical Consultation, "Ensure Skilled Attendance at Delivery," 25-27 April 2000, WHO Headquarters, Geneva.
- De Brouwere V, Van Lerberghe W. Séminaire Anthropologie et Sociologie de la santé: risques et procréation. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales et IRD, 13 au 15 mars 2000, Marseille.
- WHO-UONN Meeting. Discussion on harmonisation of the UON activities with other Safe Motherhood actions. May 1999. World Health Organisation, Geneva.
- De Brouwere V. Towards Improving Monitoring and Evaluation in Maternal and Perinatal Health. Proceedings from a Workshop on the Use of Birth Registers as a Data Source for Maternal and Perinatal Health Care. March 2-4th, 1999. Arlington, Virginia.
- De Brouwere V. Measure/Evaluation, May 1999. Workshop Summary Series, Chapel Hill.
- De Brouwere V, Van Lerberghe W. Mortalité Maternelle une perspective historique. Conférence à l'INAS, 22.09.98, Maroc.
- De Brouwere V Unmet Obstetric Need (UON) for Major Interventions. Maternal Health Indicators Meetin. MotherCare/John Snow.Inc, 1-2 June 98, Arlington, VA
- De Brouwere V, Van Lerberghe W. Unmet Obstetrical Need. The best of ITM: Scientific Highlights. Institute of Tropical Medicine Scientific Day, 15 May 1998, Antwerp, Belgium.
- Van Lerberghe W, De Brouwere V. Maternal Mortality: an historical perspective. Technical Consultation on Safe Motherhood. 18-23 October 1997, Colombo, Sri Lanka.
- De Brouwere V. Insufficient Major Obstetrical Interventions rates for Absolute Maternal Indications in Morocco. Latin America Sections Second Opinion Trial. 1st LASSO meeting, 14 October 1997. Brussels: ULB.
- De Brouwere V. Besoins obstétricaux non couverts: mise en place d'un réseau. Réunion Périnatalité 1997. ASPROCOP: Paris, 25-26 août 1997.
- Van Lerberghe W, De Brouwere V. Unmet Obstetrical Need. A strategy to improve maternal health. World Bank, January 1997, Washington.
- Van Lerberghe W, De Brouwere V. Unmet Obstetrical Need. A strategy to improve maternal health. UNICEF, January 1997, New York.
- De Brouwere V, Laabid A, Van Lerberghe W. An alternative to MMR: coverage of need for obstetric interventions. Seminar on Innovative Approaches to the Assessment of Reproductive Health, IUSSP Committee on Reproductive Health and Population Institute – University of the Philippines, Manila, Philippines, September 24-27, 1996.
- De Brouwere V, Laabid A, Van Lerberghe W. La couverture des besoins en interventions obstétricales au Maroc. 21^e Congrès de l'ADELF, Epidémiologie de la Reproduction. Bruxelles, 3-5 juin 1996.

ANNEXE 3. STRUCTURE DU RÉSEAU DES BESOINS OBSTÉTRICAUX NON COUVERTS



NIVEAU D'IMPLICATION DES MSP DANS LES PAYS

Pays	Implication du MSP		Leadership	
	Niveau national	Niveau périphérique	Institution(s)	Nombre de personnes
Bénin	±	+++	CERRHUD-PADS	4
Burkina-Faso	+++	-	MSP-DSF-Muraz	3
Haïti	+++	+++	DGA	4
Mali	+++	+++	MSP-DSFC	2
Niger	+	±	GTZ-MSP-DSF	2
Pakistan	-	-	HSA-GTZ	2
Tanzanie	-	+++	MUCHS	3

ANNEXE 4. CRITÈRES DE SÉLECTION DES PAYS

Contexte politique et volonté d'engagement

- 1) Le Ministère de la Santé (ou les autorités régionales) montre de l'intérêt pour l'étude et sont prêtes à garantir l'utilisation des résultats comme levier de changement politique et pour l'allocation des ressources

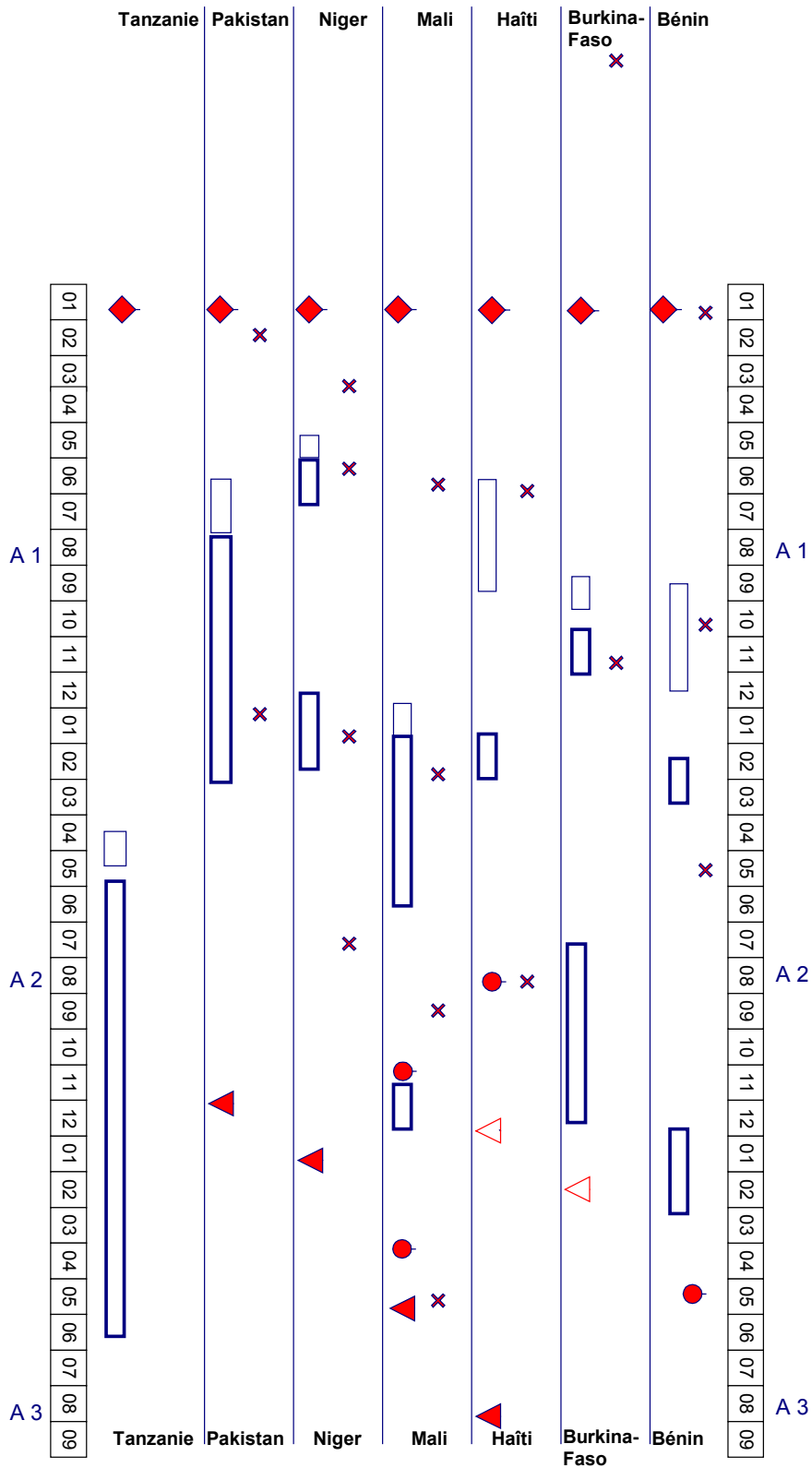
Monitoring

- 2) Une personne est clairement identifiée pour la prise en charge de l'équipe nationale de recherche
- 3) Une personne connue de l'Advisory Board garanti la qualité du travail effectué par l'équipe nationale

Caractéristiques de la zone d'étude

- 4) Elle comprend plus d'un district
- 5) Sa population est supérieure à un million d'habitants
- 6) Il est possible de collecter les données au niveau des structures sanitaires (publiques et privées)
- 7) Le dénominateur (naissances attendues) est connu avec un niveau de fiabilité satisfaisant
- 8) Les informations nécessaires pour calculer le dénominateur (type d'intervention, type d'indication, milieu d'origine de la mère) peuvent être collectées avec un niveau satisfaisant de précision et de fiabilité

ANNEXE 5. CHRONOGRAMME DES ÉTUDES UON



- ◆ Lancement du processus d'étude
- Rétro information
- ▭ Elaboration du protocole
- ▭ Collecte des données
- ◁ Draft du rapport final
- ◁ Rapport final
- ✕ Visite ECM

ANNEXE 6. SYNTHÈSE PAR PAYS

Bénin	
Type d'étude	Rétrospective
Zone d'étude et taille de la population	Département du Zou (1 million) et du Borgou (1 million)
Année d'étude	1998
Implication du MSP au niveau national	Faible soutien du niveau central et faible implication de la Direction de la Santé Familiale
Implication du MSP au niveau périphérique	Fort engagement des directeurs départementaux de la santé
Participation des praticiens du niveau périphérique	Formé pour la collecte des données
Collaboration avec un institut de recherche	CERRHUD Professeur Alihonou
Partenaire principal	PADS (Coopération Suisse)
Principal bailleur de fonds	PADS (Coopération Suisse)
Nombre de personnes formées (capacités de recherche)	Deux médecins du MSP
Rétro-information au niveau national	Deux étudiants en médecine (collecte et analyse des données)
Rétro-information au niveau régional	Non
Rédaction du rapport final	Oui
Initiatives prises à la suite de l'étude	Non
	Extension de l'étude à deux autres départements
Burkina Faso	
Type d'étude	Rétrospective
Zone d'étude et taille de la population	Quatre régions (3 millions d'habitants)
Année d'étude	1998
Implication du MSP au niveau national	Forte implication via la Direction de la Santé Familiale
Implication du MSP au niveau périphérique	Faible implication de certains directeurs régionaux non informés de l'étude
Participation des praticiens du niveau périphérique	Faible participation
Collaboration avec un institut de recherche	Centre Muraz, Bobo-Dioulasso
Partenaire principal	Centre Muraz, Bobo-Dioulasso
Principal bailleur de fonds	Centre Muraz, Bobo-Dioulasso
Nombre de personnes formées (capacités de recherche)	Deux médecins du MP
Rétro-information au niveau national	Un étudiant en médecine pour la collecte des données
Rétro-information au niveau régional	Non
Rédaction du rapport final	Non
Initiatives prises à la suite de l'étude	Draft sans analyse approfondie des résultats
	Extension de l'étude à l'ensemble du territoire
Haïti	
Type d'étude	Rétrospective
Zone d'étude et taille de la population	Trois départements (2,3 millions d'habitants)
Année d'étude	1998
Implication du MSP au niveau national	Fort engagement via le Directeur Général Adjoint
Implication du MSP au niveau périphérique	Forte participation des directeurs départementaux de la santé qui ont participé à la collecte des données
Participation des praticiens du niveau périphérique	Les responsables des services départementaux de gynécologies ont effectués la collecte des données
Collaboration avec un institut de recherche	Non
Partenaire principal	Ministère de la Santé
Principal bailleur de fonds	UNICEF
Nombre de personnes formées (capacités de recherche)	Un médecin du MSP (niveau central)
Rétro-information au niveau national	Rétro-information via un workshop national réunissant aussi les directeurs départementaux et les acteurs ayant participé à l'étude
Rétro-information au niveau régional	no
Rédaction du rapport final	Rapport technique, descriptif et analytique. L'analyse comprend une réflexion sur les causes des déficits et des propositions opérationnelles pour améliorer la gestion de urgences obstétricales
Initiatives prises à la suite de l'étude	L'indicateur UON est proposé comme indicateur de processus dans la nouvelle politique nationale de santé reproductive

Mali

Type d'étude	Rétrospective
Zone d'étude et taille de la population	Entièreté du territoire (Excepté la région de Kidal) 9,8 millions d'habitants
Année d'étude	1998
Implication du MSP au niveau national	Fort engagement de la Direction de la Santé Familiale
Implication du MSP au niveau périphérique	Fort participation des directeurs régionaux de la santé qui ont participé à la collecte des données
Participation des praticiens du niveau périphérique	Les équipes locales ont été formées pour la collecte des données. Une analyse préliminaire des résultats était réalisées par l'équipe locale après la collecte des données dans chaque structure
Collaboration avec un institut de recherche	Non
Partenaire principal	DSF
Principal bailleur de fonds	Coopération belge
Nombre de personnes formées (capacités de recherche)	Un médecin recruté par la DSF spécialement pour l'étude et un étudiant en médecine ayant participé à la collecte des données
Rétro-information au niveau national	Partie d'un séminaire ayant pour thème le système de référence – évacuation
Rétro-information au niveau régional	Dans 4 régions, impliquant les gestionnaires régionaux de la santé, le staff hospitalier, les équipe de district et des personnes impliquées dans le volet social
Rédaction du rapport final	Rapport technique et descriptif mais peu analytique
Initiatives prises à la suite de l'étude	Dans 5 régions, l'indicateur UON est utilisé en routine comme outils de suivi de la couverture en soins obstétricaux

Niger

Type d'étude	Rétrospective
Zone d'étude et taille de la population	Tout le territoire (10,3 millions d'habitants)
Année d'étude	1998
Implication du MSP au niveau national	Fort implication en début de processus, mais faible suivi de l'étude par la suite
Implication du MSP au niveau périphérique	Participation des directeurs régionaux pour le volet administratif de l'organisation de la collecte des données
Participation des praticiens du niveau périphérique	Faible participation des praticiens dans la collecte des données effectuées par un gynécologues départemental.
Collaboration avec un institut de recherche	Alafia/GTZ
Partenaire principal	Alafia/GTZ
Principal bailleur de fonds	Alafia/GTZ – UNICEF – OMS
Nombre de personnes formées (capacités de recherche)	Trois étudiants en médecine (analyse des données)
Rétro-information au niveau national	Oui
Rétro-information au niveau régional	Non
Rédaction du rapport final	Rapport technique, descriptif et analytique
Initiatives prises à la suite de l'étude	Utilisé comme indicateur de processus dans un district

Pakistan

Type d'étude	Rétrospective
Zone d'étude et taille de la population	Deux tehsils (sous région) 2,2 millions d'habitants
Année d'étude	1998/99 (18 mois)
Implication du MSP au niveau national	Aucune
Implication du MSP au niveau périphérique	Aucune
Participation des praticiens du niveau périphérique	Participation limitée à la définition des interventions et indications à prendre en compte
Collaboration avec un institut de recherche	GTZ
Partenaire principal	Health Services Academy. Toute l'étude a été réalisée par un institut de recherche, le HSA appuyé par la GTZ
Principal bailleur de fonds	GTZ
Nombre de personnes formées (capacités de recherche)	Aucune
Rétro-information au niveau national	Non
Rétro-information au niveau régional	Non
Rédaction du rapport final	Rapport technique et descriptif
Initiatives prises à la suite de l'étude	Aucunes

Tanzanie

Type d'étude	Rétrospective pour l'étude pilote et prospective dans deux districts (2000 –2002)
Zone d'étude et taille de la population	Deux districts (2,2 millions d'habitants)
Année d'étude	200-2002
Implication du MSP au niveau national	Faible, participation à la préparation du workshop
Implication du MSP au niveau périphérique	Deux coordinateurs régionaux sont membres de l'équipe de recherche
Participation des praticiens du niveau périphérique	Participation active des praticiens, les données sont collectées en routine dans les structures sanitaires
Collaboration avec un institut de recherche	GTZ
Partenaire principal	Directeur du département de gynécologie & obstétrique du Centre Médical Muhimbili
Principal bailleur de fonds	GTZ
Nombre de personnes formées (capacités de recherche)	Inconnu
Rétro-information au niveau national	Deux workshops étaient prévus en 2001 et un en 2002, à la fin de l'étude (aucune information n'a été encore fournie sur l'organisation de ces réunions)
Rétro-information au niveau régional	Inconnu
Rédaction du rapport final	Des rapports trimestriels, annuels ainsi qu'un rapport final sont attendus. Aucun de ces rapports n'a été envoyé à l'ECM pour l'instant
Initiatives prises à la suite de l'étude	L'indicateur UON est utiliser pour évaluer les activités en santé maternelle dans les districts d'étude L'équipe tanzanienne envisage de valider l'indicateur via une enquête de mortalité maternelle dans la zone d'étude

ANNEXE 7. CONSTITUTION DES COMITES SCIENTIFIQUES, TASK FORCES ET EQUIPES DE RECHERCHE

Benin

Comité scientifique

Professeur Eusèbe Alihonou, chef de service de gynécologie - obstétrique au CNHU de Cotonou, chef du département santé publique mère et enfant à la faculté des Sciences de la Santé

Dr Jacob Houéto, Gynéco obstétricien, chef du service de santé familiale à la direction départementale du Zou

Mme Amadou Sylvie, Sage femme, service de santé familiale à la direction départementale du Borgou

M. Benjamin Dady, Statisticien, chef du service de statistiques, études, planification et documentation à la direction départementale du Borgou

Dr Léon Legba, Médecin de santé publique, chef du service de statistiques, études, planification et documentation à la direction départementale du Zou

Docteur Félix Ahouandogbo, Épidémiologiste, chef du service de statistiques, documentation et recherche opérationnelle au ministère de la santé

M. Fatchéoun Tchobo, Statisticien au service de statistiques, documentation et recherche opérationnelle du ministère de la santé

Dr Esther Traoré, Pédiatre, chef du service de la santé maternelle et infantile à la direction de la santé familiale du ministère de la santé

Task force

Dr Esther Traoré, membre du comité de pilotage et point focal du ministère de la santé,

Le directeur départemental du Zou

Le directeur départemental du Borgou

Le coordinateur du programme bénino-suisse

Le coordinateur du programme bénino-allemand (PBA/SSP)

Le responsable du programme santé de l'UNICEF en charge du Zou et du Borgou

Le responsable du programme PROSAF (USAID) en charge du Zou et du Borgou

Équipe de recherche

Cadres des zones sanitaires dans lesquelles l'étude est réalisée

Médecins coordonnateurs de zones

Gynécologues et/ou chirurgiens, sages-femmes responsables des maternités

Une Etudiante en médecine

Burkina Faso

Comité scientifique

Pr. Bibiane Koné, Gynécologue, Faculté des Sciences de la santé

Pr. Blaise Sondo, Médecin de santé Publique, Faculté des Sciences de la santé

Pr. François Tall, Pédiatre, Directeur de la santé de la famille, Ministère de ma Santé

Dr. Azara Bamba, Médecin de Santé Publique, Bureau OMS Ouagadougou

Dr. Flavia, Médecin de santé Publique, UNICEF Ouagadougou

Madame Thérèse Zeba, Sociologue, FNUAP Ouagadougou

Dr. Yacouba Zina, Médecin de Santé Publique, Ouagadougou

Madame Pascaline Sebgo, sage-femme, Ambassade des Pays-bas

Dr. Philippe Van De Perre, Médecin de santé Publique, Directeur du Centre Muraz, Bobo Dioulasso

Dr. Sosthène D. Zombre, Médecin de santé Publique, Direction Régionale de la Santé de Ouahigouya

Dr. Daniel Kara, Médecin de santé Publique, Direction régionale de la santé de Fada N'Gourma.

Équipe de recherche

Pr. François Tall, Directeur de la Santé de la Famille, Coordonnateur général de l'étude

Dr. Laurent Ouédraogo, Médecin de santé Publique, Université de Ouagadougou, Chercheur principal

Dr. Zénabou Derme, Médecin, Point focal de l'étude à la DSF

Dr. Germain Traoré, Gynéco-obstétricien à la DSF,

Dr. Blandine Thieba, Gynéco-obstétricienne, Université de Ouagadougou,

Dr. Jule Bazie, Gynéco-obstétricien, hôpital de Bobo-Dioulasso,

Dr. Kaboré, Gynéco-obstétricien à l'hôpital de Ouahigouya,

Dr. Josianne Diall, Médecin, maternité de l'hôpital de Fada N'Gourma,

Mme Jeanne Nougara, Personnel de la DSF,
Mr. Emmanuel Sawadogo, Interne en médecine, Enquêteur

Haïti

Comité scientifique

Deux représentants de l'équipe de recherche
Des spécialistes de la discipline (gynéco-obstétrique)
Un représentant de la faculté de médecine
Un représentant de la Société Haïtienne d'Obstétrique et de Gynécologie
Un représentant du service d'obstétrique et de gynécologie de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti
Un représentant de la Maternité Isaïe Jeanty de Port au Prince.

Task force

Service de la Santé de la Reproduction.

OPS/OMS

FNUAP

UNICEF

Équipe de recherche

Les directeurs départementaux.

Epidémiologiste départemental

Directeurs des hôpitaux impliqués dans l'étude

Responsables (nursing et/ou médecin) des services d'obstétrique / gynécologie des hôpitaux

Mali

Comité scientifique

Le directeur National de la Santé Publique

Le chef de la division Santé Familiale et Communautaire (DSFC)

La chargée du Programme de Périnatalité DSFC

La chargé de Planification Familiale DSCF

L'assistant de recherche à la cellule périnatalité

Le chef du service de gynéco obstétrique de l'hôpital du Point G

L'assistant chef de clinique de gynéco obstétrique de l'hôpital du Point G

La sage-femme maîtresse de gynéco obstétrique

L'infectiologue du service de médecine de l'hôpital du Point G

Le médecin chef (gynécologue) du centre de santé de référence de la Commune V de Bamako

L'adjoint au médecin chef du centre de santé de référence de la Commune V de Bamako

La sage-femme chargée de la consultation gynécologique externe du centre de santé de référence de la Commune V de Bamako

Équipe de recherche

Le chef de la Division Santé Familiale et Communautaire (DSFC)

Un médecin spécialement engagé pour cette recherche

L'assistant de recherche à la cellule périnatalité DSFC

La chargée de la planification familiale DSFC

Un étudiant en médecine

Les gynécologues ou les chirurgiens des hôpitaux régionaux

Les sages-femmes des directions régionales

Les médecins chefs des hôpitaux

Les sages femmes maîtresses des hôpitaux

Le chargé du Système d'Information Sanitaire

Niger

Comité scientifique

Trois représentants de la Direction de la Santé de la Reproduction (DSR)
Deux représentants du Système National d'Information Sanitaire (SNIS)
Un représentant de l'école nationale de santé publique
Trois représentants de la Faculté des sciences de la santé
Un représentant du projet Alafia GTZ
La présidente du comité chargé de l'élaboration du programme national de SR

Équipe de recherche

Trois membres de la DSR
Un représentant du SNIS
Un Médecin de la maternité Gazoby
Un membre du projet Alafia GTZ
Les gynéco obstétriciens et/ou médecins des hôpitaux concernés
Les sages-femmes des hôpitaux concernés

Pakistan

Comité scientifique

Sept obstétriciens des deux districts d'étude

Équipe de recherche

Prof. Aimé De Muynck GTZ/HSA conseiller technique
Dr. Saleha Abdur Rahman chercheur au HSA
Dr. Tausif Janjua chercheur au HSA
Dr. Tassadaq Farooq chercheur au HSA
Dr Zaidi . chercheur au HSA

Tanzania

Comité scientifique

Dr SN Massawe UNO coordinateur national
Dr A Thomas assistant coordinateur
Dr Fred Mtatifikolo représentant de la région du Tanga
Ms H Kitundu représentant de la région de Mtwara
Dr Kuellker Rainer GTZ Tanga

Équipe de recherche

Dr Mtatifikolo coordinateur Tanga
Dr Kivo coordinateur Mtwara
Dr Bischof coordinateur Masasi
Sages-femmes et médecins des hôpitaux concernés
Administrateurs des hôpitaux et planificateurs