

6.1 Caractéristiques

6.1.1 Approche de l'EPS pour collecter des données sur les services de santé maternelle

La santé maternelle ne concerne pas seulement les femmes; elle peut également avoir des conséquences sur la santé des nouveau-nés. On estime qu'en raison de la grossesse, 15 % des femmes enceintes ont des complications qui mettent leur vie en danger (MNH 2001a). De nombreuses complications et leurs conséquences néfastes sur la santé des femmes et des enfants pourraient être évitées ou réduites si les problèmes étaient détectés suffisamment tôt et si des interventions appropriées étaient effectuées.

Durant les années récentes, au cours desquelles un accent particulier a été mis, au niveau international, sur la diminution de la morbidité et de la mortalité maternelle, certains changements se sont produits dans les priorités concernant les interventions traditionnelles en matière de santé maternelle. Certaines réflexions importantes et les changements qui en ont découlé et qui se sont répercutés dans les priorités des programmes sont décrits ci-dessous :

- **Soins prénatals** : En reconnaissant que toutes les femmes enceintes courent des risques d'avoir des complications et que la plupart de ces complications ne peuvent pas être prévues, il est important de faire en sorte que toutes les femmes enceintes aient accès aux interventions préventives, au diagnostic et au traitement précoce des problèmes et aux soins d'urgence si nécessaire. Ainsi, à l'heure actuelle, les priorités en matière de soins prénatals doivent viser en priorité le diagnostic précoce des problèmes dont l'impact sur la santé maternelle et infantile a été prouvé, et le traitement qui s'ensuit, effectué en temps voulu et par du personnel qualifié (MNH, 2001a).
- **Soins postnatals** : Les efforts se sont également concentrés pour que les femmes reçoivent des soins postnatals dans les quelques jours qui suivent l'accouchement pour détecter de manière précoce les complications post-partum. Ces soins postnatals fournissent aussi l'opportunité de conseiller la mère sur les soins qu'elle doit apporter à son nouveau-né et à elle-même et sur des problèmes de planification familiale ; de même, au cours de ces visites postnatales, on peut évaluer l'état de santé du nouveau-né.
- **Soins à l'accouchement** : Avec la prise de conscience que chaque grossesse peut éventuellement comporter des complications, des efforts ont été réalisés pour promouvoir le recours à des sages-femmes qualifiées et pour permettre à toutes les femmes d'avoir accès à des interventions d'urgence au moment du travail et de l'accouchement. Dans de nombreux pays, les accouchements ont lieu à la maison et sont effectués par des accoucheuses traditionnelles. Les programmes précédents ont concentré leurs efforts et leurs fonds dans l'amélioration des qualifications des accoucheuses traditionnelles ; mais, les personnes travaillant dans les programmes de maternité sans risque ont conclu que, dans pratiquement tous les cas, « le niveau de compétence des accoucheuses traditionnelles qualifiées se situe au-dessous de ce qui est considéré comme sans risque pour la maternité. Une formation en cours d'emploi ne peut pas améliorer la qualification des prestataires formés pour qu'ils atteignent le niveau de compétence désiré dans tous les domaines » (MNH, 2001b). Par conséquent, la définition de prestataires de services qualifiés s'est transformée pour devenir : « des personnes ayant des qualifications de sage-femme qui ont été formées pour atteindre le niveau de compétence requis pour effectuer des accouchements normaux et pour pouvoir diagnostiquer et traiter ou référer les cas compliqués » (Mother Care Policy Brief #3) (Koblinsky, 2000).
- **Soins aux nouveau-nés** : En prenant davantage conscience de l'existence de pratiques néfastes pour la santé des nouveau-nés, on a également accordé une plus grande attention aux soins du nouveau-né et encouragé la promotion de bonnes pratiques.

Plusieurs services de santé maternelle ont été définis comme étant nécessaires pour garantir des accouchements sans risque et pour améliorer la santé des mères et de leurs nouveau-nés. Il s'agit des :

- **Soins Obstétriques Essentiels de Base (SOEB) :** Les SOEB incluent des services préventifs, ainsi que des interventions et des procédures médicales qui peuvent être effectuées par des prestataires qualifiés qui ne sont pas des médecins. Ces soins obstétriques de base incluent les soins prénatals comprenant des interventions préventives, la détection précoce et le traitement des problèmes courants de la grossesse et la capacité de traiter les problèmes de la grossesse et les complications de l'accouchement pour réduire le besoin d'interventions d'urgence.
- **Soins Obstétriques d'Urgence (SOU) :** Les SOU couvrent toutes les interventions d'urgence pour les complications comme les transfusions et les interventions chirurgicales.

L'ensemble complet de ces services constituent les Soins Obstétriques Essentiels Complets (SOEC) (Mother Care Policy Brief #1) (Koblinsky, 1999).

Les services de santé de la mère et du nouveau-né couvrent une gamme étendue d'interventions selon que la mère et le nouveau-né sont en bonne santé ou ont des problèmes. L'EPSR s'est basée sur les résultats et recommandations des initiatives pour la Maternité sans Risque, comme le Programme Maternal and Neonatal Health Project (MNH) et Mother Care, encouragés par l'OMS et par d'autres organisations internationales, pour déterminer les aspects de la santé maternelle à évaluer et pour servir de référence à l'évaluation de la qualité des services de santé maternelle.

Ce chapitre qui se base sur les données de l'EPSR a pour objectif de répondre à cinq questions essentielles :

1. Quelle est la disponibilité des services de soins prénatals dans les établissements enquêtés par l'EPSR ?
2. Dans quelle mesure les établissements offrant des services de soins prénatals ont-ils les moyens d'assurer une prestation de soins prénatals de qualité ?
3. Dans quelle mesure l'observation montre que les agents de santé effectuant les services de soins prénatals adhèrent aux standards de prestation des services de qualité ?
4. Dans quelle mesure les établissements de santé qui fournissent des services d'accouchement ont-ils les moyens d'assurer des services d'accouchement de qualité ?
5. Quelles sont les pratiques courantes de soins pour les nouveau-nés effectuées dans les établissements fournissant des services d'accouchement ?

6.1.2 Santé maternelle et utilisation des services au Rwanda

À partir de l'estimation directe de la mortalité maternelle, obtenue à partir des déclarations sur la survie des sœurs, l'enquête EDS 2000 (EDSR-II) a estimé qu'au Rwanda, le taux de mortalité maternelle s'élevait à 1 071 décès maternels pour 100 000 naissances pour la période 1995-2000 (ONAPO et ORC Macro, 2001). Malgré un niveau qui demeure élevé, on constate néanmoins une amélioration puisque l'OMS et l'UNICEF estimaient qu'en 1995 (juste après le génocide de 1994) il y avait, au Rwanda, 2 300 décès maternels pour 100 000 naissances (OMS, 2001).

D'autres résultats de l'EDSR-II 2000 ont montré que :

- Quatre-vingt-douze pour cent des femmes qui ont donné naissance dans les cinq années ayant précédé l'enquête ont reçu des soins prénatals dispensés par des professionnels de la santé.

- Les consultations prénatales ont été principalement effectuées par du personnel formé (72 %) (sages-femmes, infirmières ou assistantes médicales).
- Seule une faible proportion de femmes (6 %) qui ont reçu des soins prénatals se sont rappelées avoir été informées des signes de complications de la grossesse.
- Près de trois naissances sur quatre (73 %) survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ont eu lieu à la maison. Les accouchements à la maison sont fréquents parmi les femmes du milieu rural (79 %), parmi celles ayant un niveau d'instruction primaire (74 %) ou celles sans instruction (86 %) et parmi celles qui n'ont reçu aucun soin prénatal (89 %).
- Trois naissances sur dix (31 %) se sont déroulées en présence d'un professionnel de la santé. Les femmes du milieu urbain (68 %), celles qui ont effectué au moins 4 visites prénatales (50 %) et celles qui ont un niveau d'instruction au moins secondaire (73 %) ont été plus fréquemment assistées par un professionnel de la santé au cours de l'accouchement que les autres femmes.
- Pratiquement toutes les femmes qui n'ont pas accouché en établissement de santé n'ont pas effectué de soins postnatals. En particulier, les femmes de 35 ans et plus (80 %), celles du milieu rural (78 %) et celles sans instruction (84 %) ne se sont pas rendues en consultation postnatale.
- En ce qui concerne les problèmes qui limitent l'accès aux soins de santé, les femmes ont cité dans 76 % des cas le manque d'argent et dans 41 % des cas la distance à parcourir pour atteindre un établissement de santé ; de plus, 76 % des femmes ont évoqué l'obligation de prendre un moyen de transport pour se rendre à l'établissement. Dans l'ensemble, quatre femmes sur cinq (82 %) ont cité au moins l'un des problèmes évoqués. Les femmes du milieu rural et celles ayant un niveau d'instruction primaire ou moins ont déclaré plus fréquemment que les femmes instruites et celles du milieu urbain qu'elles devaient faire face à des problèmes pour accéder aux soins de santé.

6.2 Disponibilité des services de soins prénatals

Pour garantir leur utilisation appropriée, les services de soins prénatals doivent être disponibles à une fréquence suffisante pour répondre aux besoins de la plupart des femmes enceintes. Les services préventifs comme les soins prénatals sont couramment offerts seulement une ou deux fois par semaine. Bien que cette stratégie puisse faciliter la gestion des services et du personnel, en particulier là où l'espace et l'équipement limités constituent un problème, cela peut avoir pour conséquence des opportunités manquées de fournir des soins prénatals. Une femme enceinte peut se rendre dans un établissement pour un autre problème que sa grossesse (par exemple, pour accompagner un enfant malade ou un enfant qui a besoin de vaccinations ou pour consulter un médecin si elle est malade) ; dans ce cas, si elle ne peut pas recevoir des soins prénatals au même moment, elle peut être peu disposée à y retourner un autre jour spécialement pour des soins prénatals (à cause de problèmes de disponibilité, d'argent ou pour d'autres raisons).

Au cours de l'EPSR, on a demandé aux établissements pendant combien de jours par semaine ils fournissaient normalement des services de soins prénatals ainsi que d'autres services. Pratiquement tous les établissements (90 %) offraient des services de soins prénatals (tableau 6.1), 91 % de ces établissements offrant ces services seulement un ou deux jours par semaine et 4 % en offrant au moins cinq jours par semaine.

La disponibilité des services de vaccination antitétanique, un composant essentiel des soins prénatals, a également été évaluée. Parmi les établissements offrant des services de soins prénatals, 80 % offraient également des services de vaccination antitétanique un ou deux jours par semaine et 3 % en offraient au moins cinq jours par semaine. Le jour de l'enquête, 60 % des établissements fournissaient des services de soins prénatals, 59 % fournissaient des services de soins prénatals et des soins curatifs pour les enfants, 43 % des services de soins prénatals et de vaccination antitétanique, 19 % des services de soins prénatals

Tableau 6.1 Disponibilité des soins prénatals et des vaccins antitétaniques

Parmi les établissements de santé enquêtés, pourcentage de ceux qui offrent des services prénatals; parmi les établissements offrant des soins prénatals, pourcentage de ceux qui fournissent des soins prénatals un ou deux jours par semaine, pourcentage de ceux qui en fournissent au moins 5 jours par semaine, pourcentage d'établissements offrant des services de vaccination antitétanique un ou deux jours par semaine, et pourcentage de ceux offrant ces vaccins au moins 5 jours par semaine, par type d'établissement, secteur et province, EPS Rwanda 2001

Caractéristique	Pourcentage d'établissements offrant des services prénatals	Effectif d'établissements	Pourcentage d'établissements offrant des services prénatals pendant le nombre de jours par semaine indiqué:		Pourcentage d'établissements offrant la vaccination antitétanique pendant le nombre de jours par semaine indiqué ¹ :		Effectif d'établissements offrant des services prénatals
			1-2 jours	5 jours ou +	1-2 jours	5 jours ou +	
Type d'établissement							
Hôpital	32	34	82	18	64	0	11
Centre de santé	100	170	92	2	81	2	170
Dispensaire	95	19	85	11	78	6	18
Secteur							
Public	90	144	93	3	83	2	129
Agréé	89	79	87	5	74	4	70
Province							
Butare	85	26	96	0	91	0	22
Byumba	94	17	76	18	63	13	16
Cyangugu	72	14	80	6	60	0	10
Gikongoro	92	12	92	0	100	0	11
Gisenyi	91	21	92	0	55	0	19
Gitarama	93	27	87	9	83	4	25
Kibungo	90	19	100	0	100	0	17
Kibuye	94	16	81	6	67	7	15
M. de la Ville de Kigali	88	17	100	0	80	0	15
Kigali Ngali	88	17	100	0	93	0	15
Ruhengeri	95	19	88	6	78	6	18
Umutara	88	17	92	0	87	0	15
Total	90	223	91	4	80	3	199

¹ 17% des établissements offrant des services prénatals ont déclaré qu'ils ne fournissaient pas des services de vaccination antitétanique.

et de planification familiale et seulement 9 % des services de soins prénatals et de vaccination des enfants (tableau annexe A-6.1).

Résumé

Alors que des services de soins prénatals sont disponibles dans la plupart des établissements, le fait qu'ils ne fonctionnent que 1-2 jours par semaine peut limiter leur accès pour les femmes qui ont besoin d'autres services de santé familiale qui ne sont pas disponibles le même jour.

La disponibilité des services de soins prénatals le même jour que certains autres services de santé qui sont fréquemment utilisés (en particulier les services de vaccination) n'est pas très répandue.

La vaccination antitétanique, un composant essentiel des soins prénatals, était offerte dans 2 établissements sur 3 offrant des soins prénatals le jour de l'enquête.

6.3 Capacité à fournir des soins prénatals de qualité

Les soins prénatals visent à maintenir les femmes enceintes en bonne santé, à détecter de manière précoce les complications et à les traiter. Au cours de l'EPSR, les éléments spécifiques suivants ont été évalués :

- L'infrastructure et les ressources pour assurer des conseils de qualité en matière de soins prénatals ;
- L'équipement et les ressources pour assurer des examens prénatals et postnatals de qualité ;
- Les pratiques de gestion qui garantissent des services de soins prénatals de qualité.

6.3.1 Infrastructure et ressources pour assurer des conseils de qualité en soins prénatals

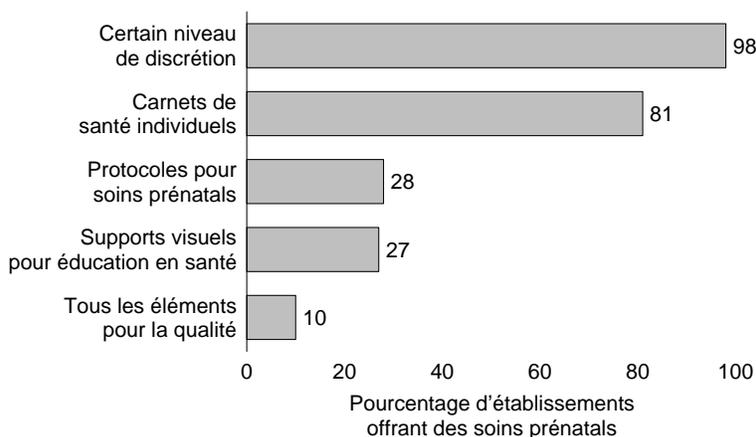
Les éléments suivants contribuant à assurer les conseils de qualité en soins prénatals ont été évalués :

- L'environnement qui permet de donner des conseils en respectant la confidentialité ;
- Les carnets individuels pour les patientes ;
- Les directives et les protocoles pour les soins prénatals ; et
- Les supports visuels pour les conseils éducatifs.

Le graphique 6.1 présente les données sur la disponibilité de chacun de ces éléments et le tableau A-6.2 en annexe présente les résultats détaillés par type d'établissement et secteur. Le tableau 6.2 fournit des résultats agrégés sur la disponibilité de tous les éléments contribuant à assurer des conseils de qualité par type d'établissement, secteur et province. Le graphique 6.2 présente des informations sur les sujets qui sont abordés par les établissements au cours de sessions éducatives pour les clientes de soins prénatals.

Il n'est pas rare de rencontrer des clientes de soins prénatals qui ont reçu des conseils dans une salle où attendaient d'autres patientes, mais que les examens qui exigent que la cliente soit allongée ou soit déshabillée aient lieu dans une petite salle attenante. Par conséquent, les conditions dans lesquelles sont fournis les conseils et celles dans lesquelles sont effectués les examens sont évaluées séparément. Pratiquement tous les établissements (98 %) (Graphique 6.1) fournissaient des conseils en matière de soins prénatals dans des conditions de plus ou moins grande discrétion. Une salle privée a été utilisée dans 88 % des établissements et 6 % fournissaient des conseils dans une pièce avec d'autres personnes mais

Graphique 6.1 Disponibilité d'éléments pour offrir des conseils de qualité en matière de soins prénatals parmi les établissements offrant des services de soins prénatals (N=199)



EPS Rwanda 2001

qui comportaient un paravent (données non présentées). Quel que soit le type d'établissement ou de secteur, les résultats n'ont fait apparaître aucun écart .

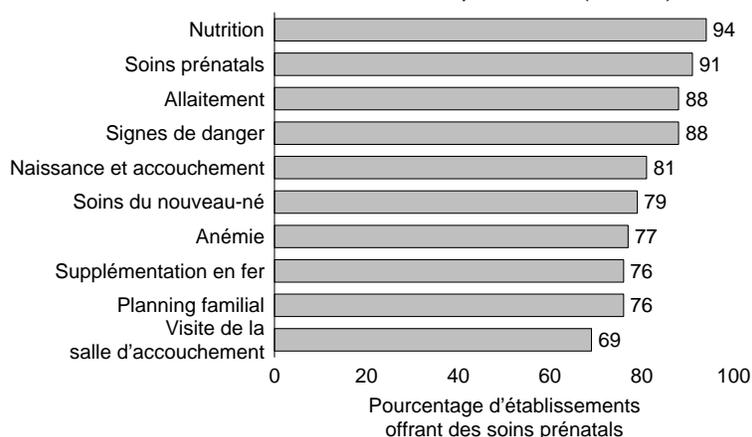
Des carnets individuels pour les patientes étaient disponibles dans 81 % des établissements, y compris pratiquement tous les hôpitaux (91 %) (tableau annexe A-6.2). Des directives ou des protocoles écrits de soins prénatals qui concernaient la gestion des problèmes courants durant la grossesse étaient disponibles dans les zones de prestation des services de soins prénatals de seulement 28 % des établissements. Aucun des hôpitaux et seulement 31 % des centres de santé et 16 % des dispensaires avaient des protocoles dans les zones de prestation des services. On a constaté plus fréquemment dans les agréés que dans les établissements publics la présence de protocoles (39 % contre 22 %).

Des séances éducatives en matière de santé maternelle et infantile sont importantes pour promouvoir de bonnes pratiques en matière de santé et l'utilisation appropriée des services de santé. Pratiquement tous les établissements (99 %) fournissant des services de soins prénatals organisaient des séances éducatives de groupes sur des problèmes de santé maternelle. Pratiquement tous les centres de santé (99 %) et les dispensaires (100 %) organisaient ce type de séance éducative. Parmi les hôpitaux, cette proportion est de 82 %. Les sujets qui étaient régulièrement abordés au cours de ces séances sont présentés au graphique 6.2. Bien que ces séances éducatives de groupes soient répandues, les supports visuels éducatifs en matière de santé maternelle n'étaient pas largement répandus.

Dans seulement 27 % des établissements, on a constaté la présence de supports visuels qui peuvent être utilisés durant les séances éducatives de groupe ou au cours de discussions individuelles sur la santé ou comme matériel éducatif que les clientes peuvent emporter chez elles (Graphique 6.1).

Toutes les conditions pour fournir des conseils de qualité n'étaient réunies que dans 10 % des établissements (tableau 6.2), les protocoles ou les directives écrites ainsi que les supports visuels étant les éléments qui manquaient le plus fréquemment (Graphique 6.1). Les établissements agréés disposaient plus fréquemment que ceux du public de tous les éléments nécessaires pour garantir la prestation de conseils de qualité (21 % contre 4 %).

Graphique 6.2 Thèmes abordés habituellement dans les séances éducatives de groupe en santé maternelle, parmi les établissements offrant des soins prénatals (N=199)



EPS Rwanda 2001

Tableau 6.2 Disponibilité de l'infrastructure et des ressources de support pour des conseils et des examens de soins prénatals de qualité

Pourcentage d'établissements disposant de tous les éléments pour des conseils en soins prénatals de qualité et pour des examens physiques de qualité, pourcentage d'établissements disposant de l'équipement essentiel pour des soins prénatals de base et des médicaments pour traiter les complications courantes des grossesses, et pourcentage d'établissements disposant de capacités de laboratoire pour tester les protéines dans l'urine, l'anémie, la syphilis et le VIH/sida, par type d'établissement, secteur et province, EPS Rwanda 2001

Caractéristique	Pourcentage d'établissements avec tous les éléments pour les composants indiqués				Pourcentage d'établissements avec des capacités de test de:				Effectif d'établissements offrant des soins prénatals
	Conseil de qualité ¹	Examen physique de qualité ²	Équipement essentiel pour des soins prénatals de base ³	Médicaments pour traiter les complications courantes de la grossesse ⁴	Protéine dans les urines ⁵	Anémie ⁶	Syphilis ⁷	VIH/sida ⁸	
Type d'établissement									
Hôpital	0	18	64	73	91	91	55	18	11
Centre de santé	11	16	41	9	36	25	5	6	170
Dispensaire	6	11	24	0	46	34	13	13	18
Secteur									
Public	4	14	36	6	26	21	5	3	129
Agréé	21	18	51	21	65	46	17	14	70
Province									
Butare	15	23	27	12	42	35	4	4	22
Byumba	0	6	46	12	37	28	12	4	16
Cyangugu	0	14	53	8	26	26	9	0	10
Gikongoro	38	23	47	16	39	32	9	0	11
Gisenyi	0	12	40	13	13	5	0	0	19
Gitarama	14	13	35	9	48	39	5	5	25
Kibungo	0	0	12	0	24	12	4	0	17
Kibuye	13	19	62	20	79	39	7	13	15
M. de la Ville de Kigali	27	38	45	27	70	77	18	25	15
Kigali Ngali	15	31	69	7	53	38	23	23	15
Ruhengeri	0	0	39	6	17	11	6	0	18
Umutara	8	8	38	15	30	22	22	16	15
Total	10	15	41	12	40	30	9	7	199

¹ La salle doit fournir une certaine discrétion (salle indépendante ou non indépendante, mais avec rideau qui se tire), supports visuels éducatifs en santé, protocoles ou directives pour soins prénatals et carnets ou dossiers individuels pour patients.

² À l'abri des regards, gants propres, savon et eau, solution désinfectante, lampe et table d'examen.

³ Fer et acide folique, vaccin antitétanique, balance, tensiomètre et stéthoscope fœtal (Pinard).

⁴ Médicaments antihypertenseur (méthylodopa), antibiotique pour des infections pré ou postnatales (amoxicilline, ampicilline ou cotrimoxazole), métronidazole, nystatine, mébendazole, antipaludéen, et au moins un médicament pour traiter la trichomonas, la gonorrhée, la chlamydia, et la syphilis.

⁵ Clinistix ou autre test d'urine (généralement source de chaleur et acide acétique).

⁶ N'importe quel test (c'est-à-dire méthodes de l'hémoglobinomètre, de la centrifugeuse ou du papier filtre).

⁷ Kit VDRL et microscope en état de marche ou kit RPR (Rapid Plasma Reagin).

⁸ N'importe quel test VIH (les tests spécifiques qui ont été évalués sont le Test Rapid, ELISA, et Western Blot).

6.3.2 Équipement et ressources pour assurer des examens prénatals et postnatals de qualité

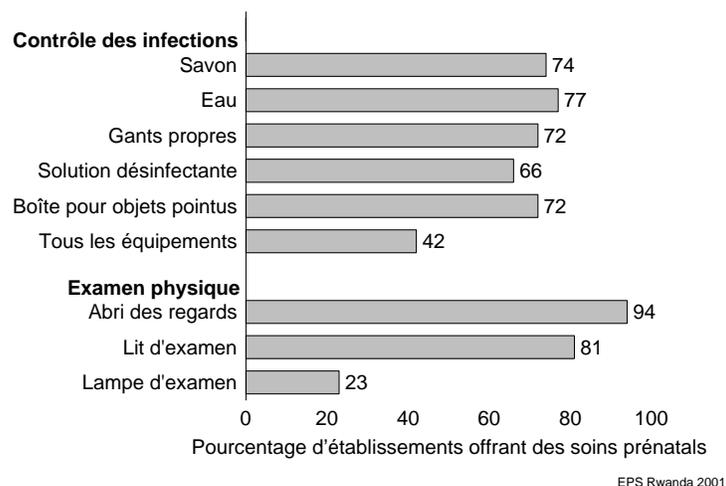
Les éléments suivants contribuant à assurer des examens de qualité ont été évalués :

- Les éléments pour la prévention des infections ;
- Les conditions d'examens ;
- L'équipement et le matériel pour des soins prénatals de base ;
- Les médicaments ;
- Les interventions de soins prénatals de routine et la capacité de fournir les services ; et
- L'équipement pour les soins postnatals de base.

Le graphique 6.3 présente les informations sur la disponibilité de ces éléments. Le tableau A-6.2 en annexe fournit les résultats détaillés pour chacun des éléments évalués par type d'établissement et secteur. Le tableau 6.2 fournit des résultats agrégés sur ces éléments.

Au cours de l'EPSR, on a évalué la présence des éléments de contrôle des infections dans les zones où étaient effectués les examens prénatals, comme les examens de l'abdomen ou du pelvis. Étant donné que certains services de soins prénatals effectuent également des injections et des tests d'anémie, l'évaluation a aussi porté sur la présence de conteneurs pour se débarrasser des objets pointus ou tranchants. Tous les éléments pour le contrôle des infections (le nécessaire pour se laver les mains, conteneur pour objets pointus ou tranchants, solution désinfectante et gants propres) étaient disponibles dans moins de la moitié des zones de prestation de services de soins prénatals (42 %) (graphique 6.3). Les hôpitaux (64 %) disposaient plus fréquemment que les centres de santé (40 %) et les dispensaires (45 %) de tous ces éléments. La proportion d'agrés dans lesquels on a constaté la présence de tous les éléments de contrôle des infections est supérieure à celle des établissements publics (58 % contre 34 %) (tableau annexe A-6.2).

Graphique 6.3 Équipement pour les examens physiques et le contrôle des infections (N=199)



Les examens physiques les plus courants effectués au cours des consultations prénatales comprennent la palpation de l'abdomen, l'examen des seins et, si nécessaire, l'examen du pelvis. Bien que la plupart des établissements effectuaient ces examens dans des salles à l'abri des regards (94 %) et disposaient d'un lit d'examen (81 %), seulement un petit nombre (23 %) avait une source d'éclairage suffisante pour une bonne visualisation pendant l'examen du pelvis (graphique 6.3).

Dans 15 % des établissements, les éléments pour la prévention des infections, l'équipement et l'infrastructure qui garantissent des examens de qualité étaient disponibles. On n'a noté que très peu d'écart entre les différents types d'établissements et entre les secteurs (tableau 6.2).

Résumé

Chacun des éléments pour la prévention des infections est disponible dans les zones d'examen de soins prénatals de 70 % des établissements ; de même, tous les éléments sont présents dans 42 % des zones de prestation des services de soins prénatals.

Seulement 23% des zones d'examen de soins prénatals disposent d'une lampe d'examen.

Des carnets individuels pour le suivi des soins sont disponibles dans 81 % des établissements.

Environ 75% des zones de prestation de services ne disposent pas de protocoles pour les services de soins prénatals et de supports visuels pour informer les patientes sur des problèmes de santé prénatale.

6.3.3 Équipement et ressources pour assurer la qualité des services prénatals et postnatals

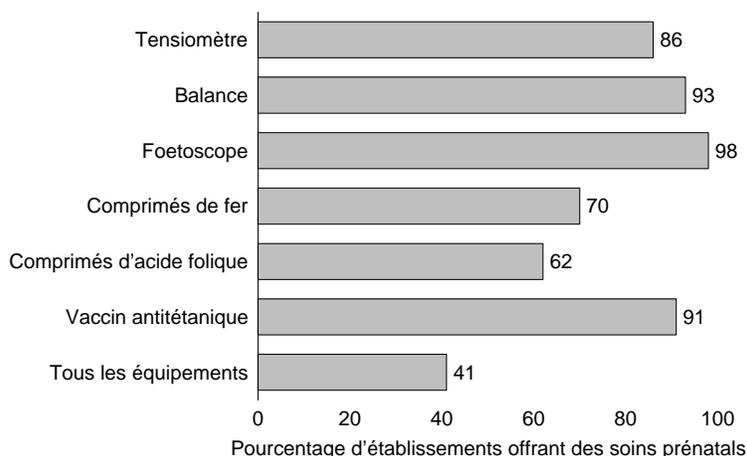
Les éléments évalués pour la qualité des services incluaient :

- Le matériel et l'équipement pour fournir des soins prénatals de base ;
- Les médicaments ;
- Les interventions systématiques et la capacité de fournir le service ; et
- L'équipement pour fournir des soins postnatals de base.

Les graphiques 6.4 à 6.6 présentent les informations sur la disponibilité des éléments permettant de fournir ces services. Les tableaux annexe A-6.2 à A-6.3 fournissent des informations détaillées sur les éléments évalués. Le tableau 6.2 présente des informations agrégées sur ces éléments et des informations sur la capacité de l'établissement à effectuer des tests de laboratoire en rapport avec les soins prénatals.

Parmi les éléments évalués pour fournir des soins prénatals de base (tensiomètre, balance pour adulte, stéthoscope fœtal, comprimés de fer et d'acide folique, et vaccin antitétanique), tous les composants étaient disponibles dans 41 % des établissements (tableau 6.2). Le stéthoscope fœtal, pourtant l'élément le moins indispensable (parce qu'un stéthoscope normal peut être utilisé si nécessaire pour écouter les battements du cœur du fœtus) était néanmoins l'instrument le plus fréquemment disponible (98 % de tous les établissements) (graphique 6.4). On a constaté la présence d'un tensiomètre dans 86 % des

Graphique 6.4 Équipement essentiel pour des soins prénatals élémentaires (N=199)



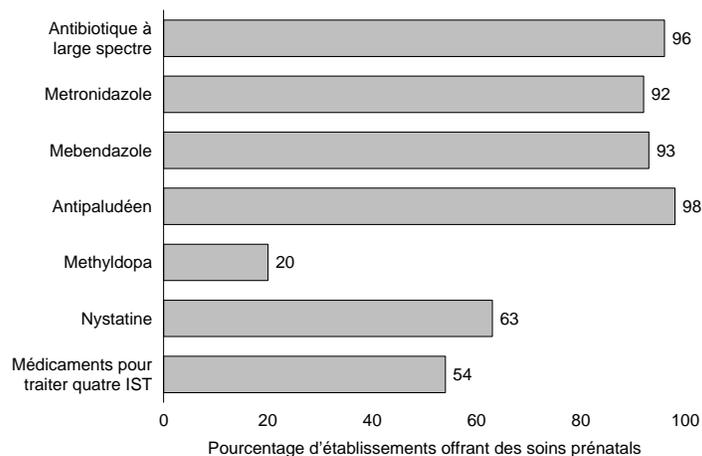
EPS Rwanda 2001

établissements. Étant donné que la malnutrition chez les mères n'est pas rare, il est essentiel, si l'on veut offrir des soins prénatals de qualité, de pouvoir fournir des comprimés de fer (70 % des établissements) et des comprimés d'acide folique (62 %). Le vaccin antitétanique était disponible dans 91 % des établissements. Dans certains établissements, quel que soit le type ou le secteur, on a constaté que certains de ces éléments essentiels manquaient (tableau annexe A-6.2).

L'hypertension due à la grossesse (pré-éclampsie), l'anémie, le paludisme, les IST, les vers et les infections vaginales sont des problèmes qui sont directement associés à la santé de la mère et du nouveau-né. Pour effectuer des SOEB, les établissements doivent être capables de fournir, de manière précoce, des traitements pour les complications et les problèmes courants pour éviter une aggravation.

La plupart des établissements disposaient d'antibiotiques (96 %), de métronidazole (92 %), d'anthelminthique (mébendazole) (93 %) et d'antipaludéen (98 %) pour traiter certaines des infections les plus courantes et des problèmes causés par des parasites qui peuvent affecter l'issue de la grossesse (graphique 6.5). Au moins l'un des médicaments pour traiter chacune des IST évaluée (gonorrhée, chlamydia, syphilis et trichomonas) n'était disponible que dans seulement 73 % des hôpitaux et dans environ la moitié des centres de santé et des dispensaires (tableau annexe A-6.3). C'est un antibiotique pour traiter la gonorrhée (ceftriaxone, ciprofloxacine ou spectinomycine) qui était le médicament pour les IST qui manquait le plus fréquemment dans tous les établissements, quel qu'en soit le type. Les agréés disposaient plus fréquemment que les établissements publics de tous les médicaments pour traiter les IST (64 % contre 49 %). Les suppositoires vaginaux Nystatine, bien que moins essentiels, manquent également dans de nombreux centres de santé et dispensaires. Généralement, les centres de santé et les dispensaires ne disposaient d'aucun antihypertenseur, ce qui signifie que les femmes qui recevaient des soins prénatals dans les centres de santé et les dispensaires et qui avaient besoin de ces traitements devaient être référés vers des hôpitaux. Ces résultats ne sont guère surprenants puisque dans de nombreux systèmes, ces médicaments ne peuvent être prescrits que par des médecins. Neuf pour cent des hôpitaux n'étaient pas non plus pourvus de médicaments hypertenseurs oraux pour leurs patientes le jour de soins prénatals. À l'exception des hôpitaux (73 %), très peu d'établissements (12 %) disposaient de tous les médicaments pour traiter les complications durant la grossesse (tableau 6.2). Par rapport aux établissements du secteur public, les agréés étaient plus fréquemment pourvus de la gamme complète de ces médicaments (21 % contre 6 %).

Graphique 6.5 Médicaments oraux pour le traitement des problèmes courants au cours des visites prénatales (N=199)

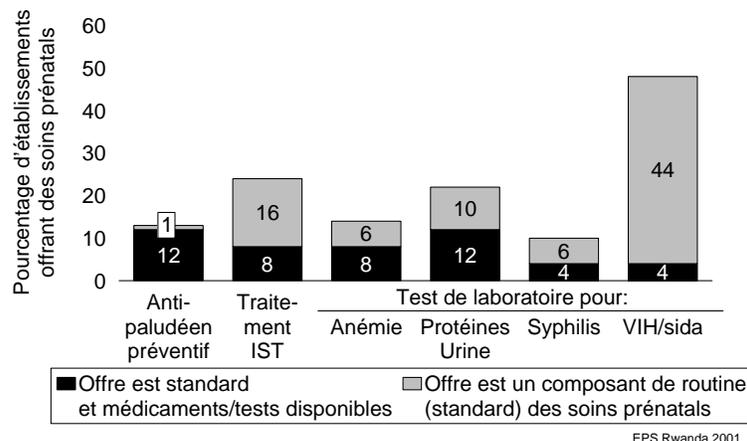


Dans 13 % des établissements, l'offre en médicaments prophylactiques antipaludéens était un composant de routine des soins prénatals (graphique 6.6). Le jour de l'enquête, le standard pour fournir le médicament prophylactique antipaludéen et le médicament lui-même étaient disponibles dans 12 % des établissements. Parmi tous les établissements fournissant des soins prénatals, 98 % disposaient d'antipaludéens le jour de l'enquête (tableau annexe A-6.3). Par conséquent, si on le souhaitait, cette intervention préventive pourrait facilement devenir une intervention de routine de soins prénatals.

Le traitement des IST par des prestataires de services de soins prénatals pouvant diagnostiquer et prescrire des traitements pour les patientes présentant des symptômes sans devoir les référer constituait un composant de routine des soins prénatals dans 24 % des établissements. Cependant, le standard qui permet le traitement ainsi que la disponibilité de tous les médicaments pour traiter les IST n'étaient disponibles que dans 8 % des établissements (graphique 6.6). Parmi tous les établissements, 54 % disposaient de tous les médicaments pour traiter toutes les IST évaluées (graphique 6.5). Par conséquent, si on le souhaitait, avec une formation appropriée du personnel, il serait possible de développer la prestation des services d'IST par les prestataires de soins prénatals.

C'est dans les hôpitaux que les services d'IST étaient le moins fréquemment intégrés aux services de soins prénatals et, à l'opposé, c'est dans les dispensaires qu'ils l'étaient le mieux, bien que l'on ait trouvé des résultats contradictoires du point de vue de la disponibilité des médicaments pour traiter les IST. Ce résultat n'est guère surprenant. Les dispensaires et les centres de santé ayant moins de prestataires pour tous les patients se trouvent dans l'obligation d'intégrer les services. Cette situation est différente dans les hôpitaux qui comptent souvent des services spécifiques avec, dans chaque service, un prestataire spécialisé. Cependant, les dispensaires et les centres de santé peuvent être limités en ce qui concerne l'offre de traitements puisque les directives du Ministère de la Santé spécifient que certains traitements ne peuvent être prescrits que par des médecins. L'absence, dans les hôpitaux, d'intégration des services d'IST dans les services prénatals ainsi que le manque de disponibilité de médicaments pour traiter les IST dans les dispensaires et les centres de santé constituent un problème. Quand une patiente doit se rendre ailleurs pour obtenir un diagnostic et/ou un traitement, on peut s'attendre à ce qu'elle ne donne pas suite, en particulier quand le motif de l'orientation concerne un sujet sensible comme les IST. Étant donné les conséquences importantes que peuvent avoir les IST sur la santé des nouveau-nés, cette carence pose un sérieux problème de qualité des soins.

Graphique 6.6 Pourcentage d'établissements offrant des soins prénatals et dans lesquels les éléments ci-dessous sont des composants de routine des soins prénatals et où les médicaments et les tests étaient disponibles le jour de l'enquête (N=199)



Certains problèmes de santé peuvent être aggravés durant la grossesse ou peuvent avoir des conséquences sur le nouveau-né. Des analyses de laboratoire peuvent permettre soit d'identifier, soit de détecter de manière précoce, des états d'anémie, la présence de protéines dans les urines (pour détecter la pré-éclampsie) ou la syphilis et le VIH/sida. Il est utile d'avoir une idée de la proportion d'établissements qui offrent systématiquement ou fournissent effectivement ces tests durant la grossesse et de ceux qui ont les capacités de laboratoire pour effectuer ces tests sur place (tout l'équipement et, si nécessaire, les réactifs).

Le graphique 6.6 présente la proportion d'établissements qui ont déclaré que le test de l'anémie (14 %), la recherche de protéines dans les urines (22 %) ou le test de détection de la syphilis (10 %) sont des composants de routine (standard) des soins prénatals. Il faut souligner que parmi les établissements dans lesquels ces tests sont standard, seulement la moitié disposaient des capacités pour effectuer le test le jour de l'enquête. Les établissements ne pouvant pas effectuer le test peuvent référer le client ailleurs. À l'opposé, certains établissements pouvaient faire le test, mais il n'était pas un composant de routine de leurs soins prénatals (tableau 6.2). Par conséquent, si on le souhaitait, on pourrait inclure ces tests pour qu'ils deviennent des composants de routine des soins prénatals.

Par contre, le problème du VIH/sida est différent. Bien que 48 % des établissements aient déclaré offrir le conseil et le test volontaires (CTV), seulement 4 % avaient la capacité d'effectuer le test le jour de l'enquête. Cet écart entre les résultats et les déclarations laisse supposer que les établissements qui déclarent offrir ce service, réfèrent en fait les patients ailleurs pour le test et fournissent uniquement le conseil sans le test. Cela réduit la probabilité qu'une patiente fasse le test et encore plus qu'elle reçoive les résultats du test.

Au cours de l'EPSR, des données détaillées sur les soins postnatals n'ont pas été collectées, bien que, souvent, les soins postnatals de routine soient offerts par le même prestataire et dans les mêmes services que les soins prénatals. En fait, les informations sur l'infrastructure et les ressources pour les conseils, les examens physiques et le traitement des complications courantes de la grossesse fournissent également des informations sur la capacité à offrir des soins postnatals de qualité. D'autre part, il est important de disposer d'un pèse-bébé et d'un thermomètre pour détecter d'éventuelles infections post-partum. Soixante-cinq pour cent des établissements disposaient de pèse-bébé dans la zone de prestation de services prénatals, mais seulement 36 % des hôpitaux. Les centres de santé et les dispensaires étaient un peu mieux équipés puisque respectivement 67 % et 61 % de ces établissements disposaient d'un pèse-bébé. Les thermomètres étaient plus couramment disponibles (81 % des établissements) (tableau annexe A-6.3).

Résumé

Tous les éléments de base pour les soins prénatals sont disponibles dans 64 % des hôpitaux et 41 % de tous les établissements offrant des soins prénatals. Les éléments qui manquent le plus fréquemment sont les comprimés de fer et d'acide folique.

Les agréés sont mieux préparés pour fournir des soins prénatals de base, 51 % disposant de tous les éléments contre seulement 36 % des établissements du secteur public.

Le traitement des complications durant la grossesse est limité aux hôpitaux, 73 % d'entre eux disposant de tous les médicaments pour traiter les complications courantes de la grossesse.

Quatre-vingt-onze pour cent des hôpitaux disposent de capacités de laboratoire pour la recherche de protéines dans les urines et pour détecter l'anémie. Cependant, dans seulement un hôpital sur cinq, ces tests sont des composants de routine des soins prénatals.

Environ un centre de santé sur trois et un dispensaire sur trois ont les moyens d'effectuer le test de protéines dans les urines et celui de l'anémie.

Sept pour cent des établissements offrant des soins prénatals ont des capacités de laboratoire pour effectuer le test du VIH/sida.

6.3.4 Pratiques de gestion pour garantir des services de soins prénatals de qualité

Les pratiques de gestion suivantes ont été évaluées :

- Registre de patientes à jour ;
- Indication attestant du suivi de la couverture de la communauté en soins prénatals ;
- Supervision et formation en cours d'emploi des prestataires de soins prénatals ; et
- Pratiques de tarification pour les soins prénatals.

Le tableau 6.3 présente des informations sur les pratiques de gestion qui ont été évaluées, par type d'établissement, secteur et province. Le tableau A-6.4, en annexe, présente des informations sur l'utilisation des services de soins prénatals selon les établissements inclus dans l'EPSR. Le tableau A-6.5, en annexe, fournit des résultats sur la supervision et la formation en cours d'emploi des prestataires de soins prénatals par type d'établissement, secteur et province. Le graphique 6.7 présente des informations sur la formation en cours d'emploi reçue au cours des cinq dernières années. Enfin, le tableau A-6.6, en annexe, fournit des résultats détaillés sur le paiement des soins par les patientes de soins prénatals observées.

Des registres de soins prénatals à jour indiquant les visites des 7 derniers jours et spécifiant si la visite était une première visite ou une visite de suivi étaient disponibles dans 82 % des établissements (tableau 6.3). Tous les hôpitaux disposaient de registres à jour ; par contre, cette proportion n'était que de 82 % dans les centres de santé et de 71 % dans les dispensaires.

L'EPSR a aussi évalué si l'établissement avait une documentation indiquant qu'il effectuait le suivi de la proportion de femmes éligibles dans sa zone de rayonnement qui recevaient des soins prénatals soit dans l'établissement, soit dispensés par du personnel de l'établissement. Comme on l'a noté au tableau 6.3, un établissement sur trois (33 %) effectuait le suivi de la couverture en soins prénatals dans sa zone de rayonnement. Les proportions d'hôpitaux et de centres de santé qui effectuaient ce type de suivi étaient similaires ; par contre, parmi les dispensaires, la proportion est plus faible.

Pour qu'un établissement soit considéré comme pratiquant la supervision systématique individuelle du personnel, il fallait qu'au moins la moitié des prestataires des services de soins prénatals interviewés aient été personnellement supervisés au cours des 6 mois ayant précédé l'enquête. Environ les deux tiers des établissements (67 %) répondaient à ces critères. Environ la moitié des établissements (47 %) effectuaient une formation systématique en cours d'emploi pour leurs prestataires (c'est-à-dire au moins la moitié des prestataires des services de soins prénatals interviewés avaient reçu une formation en cours d'emploi en rapport avec les soins prénatals au cours des 12 derniers mois) (tableau 6.3). Cependant, seulement 21 % des établissements pratiquaient, de manière systématique, à la fois la supervision et la formation de leurs prestataires.

Parmi tous les prestataires des services de soins prénatals interviewés, 46 % ont déclaré avoir été personnellement supervisés au cours des 6 derniers mois et 58 % ont reçu une formation en cours d'emploi en rapport avec les soins prénatals au cours des 12 derniers mois (tableau annexe A-6.5).

Les sujets les plus fréquemment traités au cours des formations qui ont eu lieu au cours des 12 derniers mois concernaient la prévention de la transmission verticale du VIH/sida (PTME) (13 %) et d'autres problèmes liés aux IST (12 %) (graphique 6.7). Ces sujets ont également été cités par les prestataires dont la formation la plus récente avait eu lieu dans les 13-59 derniers mois (tableau 6.7). Parmi les prestataires de soins prénatals, 76 % ont déclaré fournir des soins postnatals (données non présentées). Parmi ces prestataires, 3 % ont déclaré avoir reçu une formation en cours d'emploi en rapport avec les soins postnatals au cours des 12 derniers mois et 6 % au cours des 13-59 mois précédant l'enquête (graphique 6.7).

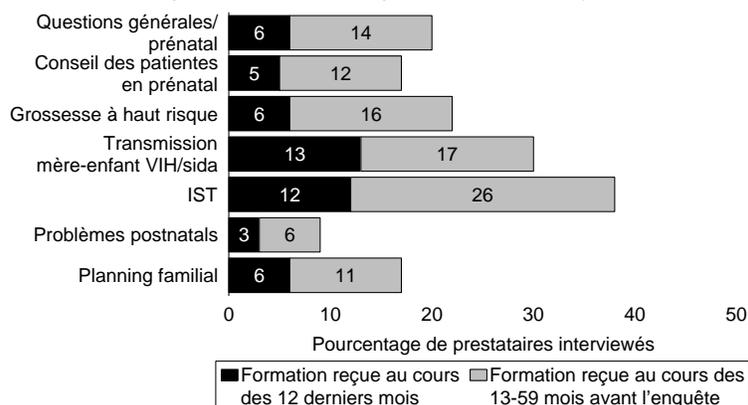
Tableau 6.3 Gestion de support pour des services de soins prénatals de qualité

Parmi les établissements offrant des soins prénatals, pourcentage de ceux disposant d'un registre de soins prénatals à jour, pourcentage ayant de la documentation pour le suivi de la couverture en soins prénatals, pourcentage où au moins la moitié des prestataires de soins prénatals ont été supervisés au moins une fois au cours des 6 derniers mois et ont reçu une formation sur place en rapport avec leur service au cours des 12 derniers mois et pourcentage d'établissements ayant un tarif de routine pour les soins prénatals, par type d'établissement, secteur et province, EPS Rwanda 2001

Caractéristique	Pourcentage							
	Registre à jour ¹	Au moins la moitié des prestataires de soins prénatals interviewés					Tarifs de routine pour les soins prénatals	Effectif d'établissements offrant des soins prénatals
		Documen-tation de suivi de la couverture en soins prénatals	Ont été personnel-ment supervisé au cours des 6 mois précédents	Ont reçu une formation en cours d'emploi en rapport avec les soins prénatals au cours des 12 mois précédents	Ont été personnellement supervisés au cours des 6 mois précédents et ont reçu une formation en cours d'emploi en rapport avec les soins prénatals au cours des 12 mois précédents			
Type d'établissement								
Hôpital	100	36	73	55	0	91	11	
Centre de santé	82	35	68	48	23	88	170	
Dispensaire	71	19	56	33	9	44	18	
Secteur								
Public	81	30	74	48	23	86	129	
Agréé	84	41	54	44	16	80	70	
Province								
Butare	92	0	73	50	27	81	22	
Byumba	73	31	82	44	33	94	16	
Cyangugu	92	23	70	33	14	56	10	
Gikongoro	85	30	55	46	8	92	11	
Gisenyi	65	47	65	65	37	79	19	
Gitarama	87	57	68	48	17	95	25	
Kibungo	89	37	65	53	28	96	17	
Kibuye	87	34	60	31	21	81	15	
M. de la Ville de Kigali	100	27	73	21	15	58	15	
Kigali Ngali	100	7	60	36	16	85	15	
Ruhengeri	42	36	72	56	12	87	18	
Umutara	85	61	53	62	8	92	15	
Total	82	33	67	47	21	84	199	

¹ Le registre comporte les visites des 7 derniers jours et indique au minimum s'il s'agit d'une première visite ou d'une visite de suivi

Graphique 6.7 Formation en cours d'emploi reçue par les prestataires de soins prénatals interviewés selon le sujet de la formation et le moment de la formation la plus récente (soins prénatals N=781 ; postnatals N=594)



EPS Rwanda 2001

Le paiement des soins par les utilisateurs peut, en apportant des fonds supplémentaires, contribuer à l'amélioration des services mais, à l'opposé, peut constituer un frein à l'utilisation des services. Quarante-quatre pour cent des établissements ont déclaré faire payer certains frais pour les soins prénatals ; les hôpitaux (91 %) et les centres de santé (88 %) ayant plus fréquemment déclaré que les dispensaires (44%) faire payer certains services à leurs patients (tableau 6.3).

Les écarts entre les établissements du secteur public et les agréés sont faibles (respectivement, 86 % et 80 %). Les tarifs de routine pour les services de jour de soins postnatals (fréquemment fournis par des prestataires de soins prénatals) étaient les moins courants. En tout, seulement un établissement sur 10 (11 %) faisait payer ces services (données non présentées). Les résultats concernant le coût des soins pour les patientes de soins prénatals observés montrent que les tarifs sont appliqués essentiellement pour la première visite (pas pour une visite de suivi) et que le tarif médian s'établissait à 100 francs rwandais pour les membres appartenant à une mutuelle (seulement 6 % de toutes les premières visites de patientes de soins prénatals interviewées) et à 200 francs rwandais pour les patientes non affiliés à une mutuelle (tableau annexe A-6.6). Les tarifs pour les visites de suivi variaient de 50 à 1 500 Francs rwandais (données non présentées), probablement à cause de traitements spécifiques consécutifs à des problèmes post-partum.

Résumé

La plupart des établissements (82 %) disposent de registres de patientes à jour.

Dans environ un tiers des hôpitaux et des centres de santé, on a constaté la présence d'une documentation attestant le suivi de la couverture en soins prénatals.

Dans 67 % des établissements, au moins la moitié des prestataires de soins prénatals interviewés ont été personnellement supervisés au cours des six derniers mois.

Dans 47 % des établissements, au moins la moitié des prestataires de services prénatals interviewés ont reçu une formation en cours d'emploi en rapport avec les soins prénatals. Les sujets les plus fréquemment traités concernent le VIH/sida et les IST.

6.4 Adhésion aux standards pour des services de soins prénatals de qualité

Au cours de l'EPSR, les observateurs ont utilisé des listes de vérification pour contrôler la présence des éléments clé des soins prénatals et des éléments supplémentaires fournis, au Rwanda, en tant que composants des soins prénatals de façon à déterminer si les consultations prénatales comprenaient :

- Une évaluation et un examen approprié au rang de la visite et au stade de la grossesse, de façon à permettre une identification précoce des signes de risques et la prévention des complications ;
- Des conseils éducatifs appropriés et fournis dans les conditions requises pour promouvoir des comportements adaptés dans le domaine de la santé et une prise de conscience des signes de risque durant la grossesse, et pour promouvoir de bonnes conditions d'accouchements et les pratiques d'allaitement du nouveau-né ;
- L'adhésion à des pratiques pour garantir la continuité des soins ; et
- L'identification des domaines nécessitant des améliorations dans la prestation des services.

Le tableau A-6.7, en annexe, décrit les patientes observées par type d'établissement, secteur et province. Les graphiques 6.8 à 6.12 présentent des informations sur le contenu des conseils, des examens et des interventions effectués au cours des consultations prénatales. Les tableaux A-6.8 à A-6.10, en annexe,

fournissent des résultats détaillés sur chaque élément, par type d'établissement et secteur et, quand c'est possible, en fonction du rang de la visite (première ou visite de suivi) ou du mois de grossesse. Le tableau 6.4 fournit des résultats sur certains composants de la qualité des soins prénatals qui ont été observés durant les consultations.

Étant donné que les services de soins prénatals n'étaient le plus souvent disponibles que seulement un ou deux jours par semaine, tout a été fait pour enquêter ces services le jour où ils fournissaient les soins prénatals. Cela a été possible dans 60 % des établissements (tableau annexe A-6.1). Le reste des établissements ont été revisités le jour des soins prénatals pour pouvoir observer la prestation des soins. Au total, les patientes de soins prénatals ont été observées dans 98 % des établissements offrant des services prénatals. Parmi les patientes observées, dans environ la moitié des cas (52 %), il s'agissait de la première visite, 3 % des patientes étaient enceintes de moins de cinq mois et 43 % en étaient au huitième mois ou plus de grossesse.

6.4.1 Évaluation pour l'identification précoce des signes ou symptômes de risque

Les résultats montrent que pour 93 % de patientes de soins prénatals dont c'était la première visite, des questions ont été posées sur une éventuelle grossesse précédente et sur la date des dernières règles ; dans 88 % des cas, on s'est informé de l'âge de la patiente (tableau annexe A-6.8). Dans pratiquement aucun cas (3 %), on n'a posé aux patientes, dont c'était la première visite, des questions sur les médicaments qu'elles pouvaient prendre. En outre, il n'y a pratiquement pas d'écart entre les divers types d'établissements et les différents secteurs.

Tableau 6.4 Évaluation générale, examens et interventions pour évaluer l'état de santé actuel des clientes de soins prénatals observés						
Pourcentage de clientes de soins prénatals observés pour lesquelles l'évaluation, l'examen ou l'intervention mentionné a été un élément de la consultation, par type d'établissement et secteur, EPS Rwanda 2001						
Éléments	Pourcentage					
	Type d'établissement			Secteur		Ensemble
	Hôpital	Centre de santé	Dispensaire	Public	Agréé	
La cliente a été interrogée sur :						
Saignements vaginaux	7	6	6	4	9	6
Mouvement fœtal (au moins à 5 mois de grossesse)	40	53	45	48	56	51
D'autres problèmes	43	38	34	34	44	38
Examens physiques :						
Vérification de la tension	93	85	61	80	88	83
Palpation de l'abdomen (au moins à 8 mois de grossesse)	99	99	99	99	100	99
Battements du cœur du fœtus écoutés (au moins à 5 mois de grossesse)	99	99	98	98	99	98
Toutes les questions et tous les examens à la première visite	0	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2
Toutes les questions et tous les examens à la visite de suivi	0.7	0.5	0.3	0.3	0.8	0.5
Effectif de clientes en première visite	72	1 288	174	978	556	1 534
Effectif de clients en visites de suivi	67	1 194	147	876	532	1 408
Effectif de clientes de soins prénatals observés	139	2 482	321	1 854	1 088	2 942

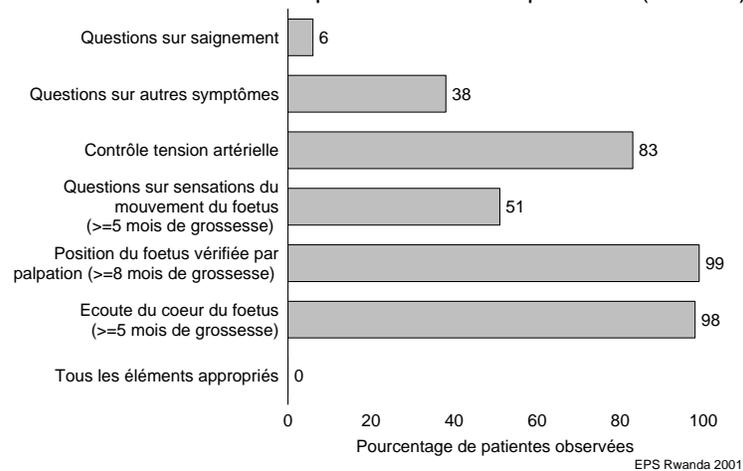
Des questions concernant des complications au cours de grossesses ou des fausses-couches précédentes ont été posées au cours de 57 % des observations de patientes dont c'était la première visite. Poser des

questions sur des complications de la grossesse précédente à une patiente en première visite n'a, à priori, aucun sens ; cependant, le prestataire doit néanmoins interroger toutes les femmes sur d'éventuelles fausses-couches précédentes, dans la mesure où certaines femmes peuvent se souvenir de fausses-couches, mais pas de grossesses quand les fausses-couches sont intervenues en début de grossesse. Seulement 51 % de femmes ont été interrogées sur une éventuelle fausse-couche précédente.

Les éléments spécifiques identifiés pour l'observation de l'évaluation de l'état de santé des patientes de soins prénatals étaient : a) vérifier la survenue de saignements vaginaux ; b) contrôler la tension ; c) contrôler les battements du cœur du fœtus (à au moins cinq mois de grossesse) ; d) évaluer si les mouvements du fœtus ont été ressentis (à au moins cinq mois de grossesse) ; et e) palper la position du fœtus (à au moins huit mois de grossesse).

Palper l'abdomen (99 %) et écouter les battements du cœur du fœtus (98 %) étaient des composants quasi universels de l'évaluation des patientes enceintes de plus de cinq mois ; par contre, seulement 51 % des femmes ont été interrogées pour savoir si elles avaient ressenti les mouvements du fœtus (tableau 6.4 et graphique 6.8). Seulement 6 % des femmes ont été interrogées sur d'éventuels saignements vaginaux et 38 % sur d'autres problèmes. De plus, la tension a été vérifiée dans 83 % des cas, contrôle très important qui devrait être effectué à chaque visite prénatale car il permet de détecter les premiers symptômes de pré-éclampsie. On n'a pas constaté d'écart dans l'évaluation de ces éléments selon le type de visite, première visite ou de suivi. Moins d'un pour cent des patientes ont reçu toute la gamme des contrôles et évaluations, résultat qui s'explique essentiellement par l'absence de questions sur la survenue de saignements vaginaux. Bien que les différences soient faibles, on constate que les agréés ont plus fréquemment que le secteur public intégré chaque aspect de l'évaluation générale comme composant des soins prénatals. Le tableau 6.4 présente les données par genre de visite, type et secteur d'établissement.

Graphique 6.8 Pourcentage de patientes de consultations prénatals observées au cours desquelles les évaluations ci-dessous étaient des composants des soins prénatals (N=2942)



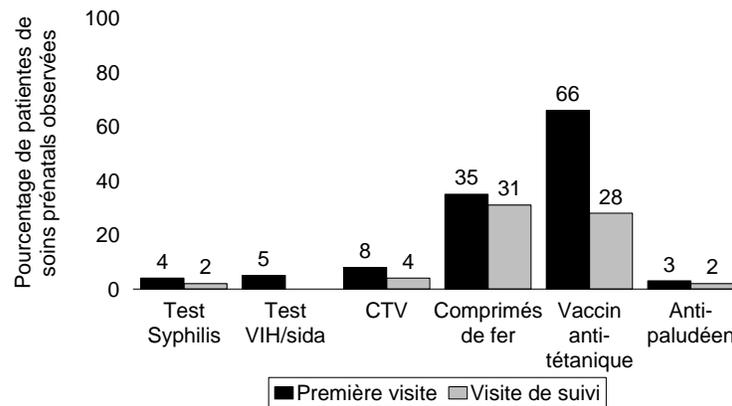
Certains dépistages et certaines interventions préventives nécessitent des laboratoires et des moyens pour maintenir la chaîne du froid. Quand un établissement ne dispose pas des moyens pour fournir un service, il doit être en mesure de pouvoir référer les patientes de soins prénatals à un autre établissement qui fournit ce service. Cependant, certaines interventions, comme fournir des comprimés de fer, nécessitent un support minimum et sont fréquemment considérées comme un composant des soins prénatals à tous les niveaux du service.

La vaccination antitétanique a été effectuée (ou prescrite) à 66 % des femmes au cours de leur première visite et à 28 % de celles dont c'était une visite de suivi (graphique 6.9). De plus, des comprimés de fer ont été donnés (ou prescrits) à 35 % des femmes qui étaient venues pour une première visite et à 31 % de celles dont c'était une visite de suivi. Des antipaludéens ont été rarement donnés ou prescrits (3 % pour les premières visites et 2 % pour les visites de suivi). Comme on l'a déjà noté, seulement 13 % des établissements ont déclaré que le traitement antipaludéen était un composant systématique des soins prénatals.

Le test de la syphilis ainsi que le Conseil et le Test Volontaire (CTV) pour le VIH/sida étaient effectués ou prescrits pour 5 % des patientes lors de leur première visite et pour 2 % au cours de visites de suivi (tableau annexe A-6.9). Alors qu'un faible pourcentage d'établissements (10 %) ont déclaré que le test de syphilis était un composant de routine des soins prénatals, 48 % ont déclaré qu'ils offraient de manière systématique des services de CTV pour les patientes de soins prénatals (tableau annexe A-6.3). Il apparaît que le standard du CTV n'est pas suivi de manière régulière.

Pour assurer un bon déroulement de la grossesse, il est nécessaire de fournir tous les composants de base permettant d'assurer le dépistage, le conseil et les interventions. On constate qu'il n'y a aucun établissement qui fournit tous les composants agrégés permettant d'assurer des services de qualité pour les patientes de première visite. Quand les patientes effectuent, de manière systématique, plusieurs visites successives, il est possible d'offrir les composants manquants au cours des visites suivantes. À ce propos, il faut rappeler que selon les résultats de l'EDSR-II, 13 % des femmes ont effectué seulement une visite prénatale durant leur dernière grossesse et que le nombre médian de visites durant la grossesse la plus récente s'établit à deux ; par conséquent, il est fort probable que les services qui n'ont pas été fournis durant la première visite ne le seront pas du tout.

Graphique 6.9 Pourcentage de patientes en soins prénatals en première visite (N=1534) et en visite de suivi (N=1408) à qui on a donné, ou prescrit, ou que l'on a référé pour les tests ou interventions ci-dessous



EPS Rwanda 2001

Résumé

Au cours de l'évaluation des antécédents médicaux de la patiente en première visite, le prestataire s'informe rarement des médicaments qu'elle prend (3 %).

Des comprimés de fer sont donnés ou prescrits à un tiers des patientes de soins prénatals (les résultats sont similaires que la visite soit une première visite ou une visite de suivi).

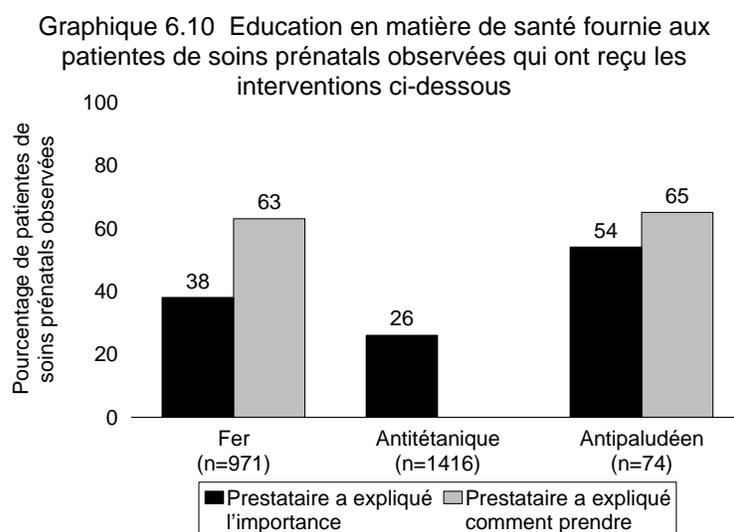
La vaccination antitétanique est effectuée ou prescrite à 66 % des patientes de soins prénatals.

Pour seulement 6 % des patientes de soins prénatals, on s'est informé sur la survenue d'éventuels saignements vaginaux. Dans 17 % des cas, on n'a pas vérifié la tension. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de développer et de renforcer les standards pour les soins prénatals.

6.4.2 Conseils pour assurer un bon déroulement de la grossesse

L'utilisation de supports visuels pour donner des conseils éducatifs en matière de santé au cours des consultations était pratiquement inexistante ; on a constaté l'utilisation de ce type d'aide dans seulement 7 % des consultations, que ce soit pour une première visite ou une visite de suivi (tableau annexe A-6.10).

Les interventions préventives de soins prénatals les plus courantes sont la prescription de comprimés de fer (et d'acide folique), la vaccination antitétanique et la prescription prophylactique d'antipaludéens. Pour améliorer les chances qu'une patiente accepte des médicaments préventifs et pour qu'elle les prenne de manière appropriée, il est nécessaire qu'elle comprenne pourquoi les médicaments sont importants et comment les prendre correctement. Parmi les femmes qui ont reçu (ou à qui on a prescrit) des comprimés de fer, la vaccination antitétanique et des antipaludéens, respectivement, 38 %, 26 % et 54 % ont été informés de l'importance du médicament (graphique 6.10). Des explications sur la manière de prendre le médicament ont été fournies à davantage de femmes : 63 % pour le fer et 65 % pour les antipaludéens.

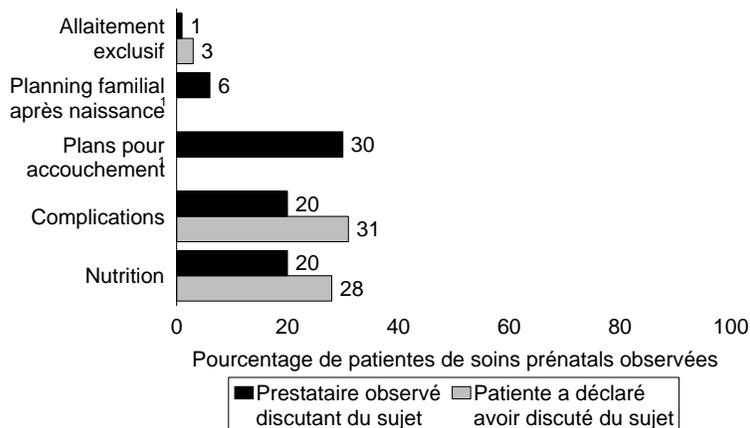


EPS Rwanda 2001

Informar une femme enceinte sur ses besoins nutritionnels particuliers pendant la grossesse ainsi que sur les signes et symptômes qui indiquent un problème doit être un composant de routine du conseil en soins prénatals. Il est important de savoir non seulement ce qui a été dit pendant la consultation, mais aussi ce

que la patiente a compris et ce qu'elle a retenu de la consultation. Au cours de l'EPSR, des informations ont été collectées pendant l'observation de consultations et aussi en interrogeant la patiente observée après qu'elle ait terminé la visite (graphique 6.11 et graphique 6.12)

Graphique 6.11 Sujets éducatifs en matière de santé discutés avec les patientes de soins prénatals lors de la première visite (N=1534)

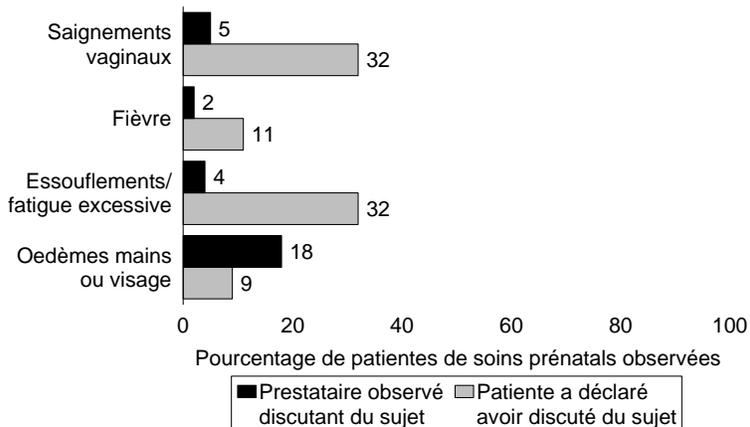


¹ On n'a pas demandé à la patiente si ce problème avait été discuté

EPS Rwanda 2001

Il n'est pas rare de constater des différences entre ce qui a été observé et ce qui est déclaré par la personne observée. Cela peut être dû à un oubli de la cliente ou à la mauvaise compréhension d'un élément des conseils ; de même la cliente peut confondre des informations obtenues lors d'une précédente visite ou des informations reçues ailleurs avec celles obtenues durant la visite actuelle. Il est aussi possible qu'un observateur n'ait pas entendu certains éléments du conseil. Cependant, les informations, qu'elles soient observées ou déclarées, indiquent, dans les deux cas, que les conseils sur l'allaitement exclusif est rare et que moins d'un tiers des femmes ont reçu des conseils en matière de nutrition, sur les signes et symptômes pour lesquels il faut rechercher de l'aide, ou sur les plans pour l'accouchement (graphique 6.11). Concernant les signes de risque pour lesquels il faut rechercher de l'aide, on constate que seulement un tiers des femmes se sont rappelés avoir été prévenues contre une fatigue excessive ou des saignements vaginaux (avec une proportion beaucoup plus faible de patientes observées recevant, en fait, l'information). De même, peu de femmes se sont rappelés avoir reçu des informations sur les problèmes d'œdèmes du visage et des mains ou sur la fièvre (graphique 6.12).

Graphique 6.12 Signes de risques discutés avec les patientes au cours de la première visite (N=1534) et des visites de suivi (N=1408)



EPS Rwanda 2001

On peut supposer que tous les composants des conseils ne sont pas discutés à chaque visite quand une femme effectue plusieurs visites prénatales successives. Par conséquent, le contenu des conseils pour la première visite et celui de la visite de suivi ont fait l'objet d'une évaluation séparée. Il est surprenant de constater qu'il y a peu d'écart entre la proportion de femmes qui ont reçu des conseils sur les divers éléments qui étaient évalués, qu'il s'agisse d'une première visite ou d'une visite de suivi. Le tableau annexe A-6.10 présente les résultats détaillés sur le conseil, selon que la visite est une première visite ou une visite de suivi et par type et secteur d'établissement.

6.4.3 Encourager la continuité des soins

La continuité des soins qui comprend le suivi des changements entre les visites est important pour assurer la qualité des soins prénatals. L'un des moyens le plus fiable pour y parvenir est de conserver un enregistrement des antécédents et des résultats ainsi que des interventions et traitements fournis. Il est fréquent que les services de santé soient organisés de manière à ce que le contrôle de la tension, du poids et d'autres composants de la consultation soient effectués avant que la patiente ne soit examinée par le prestataire responsable de la consultation et que ces informations soient enregistrées dans le dossier de la patiente. Dans 52 % des établissements observés, on a constaté que le contrôle de la tension des patientes de soins prénatals était effectué avant la consultation ; dans un peu plus de la moitié des visites observées, le contrôle de la tension avait lieu à l'extérieur de la salle de consultation (données non présentées). Pour que les soins soient des soins de qualité, le prestataire qui évalue une femme enceinte doit connaître ses antécédents médicaux et toutes les informations en rapport avec l'état de la cliente qui ont été collectées avant la consultation. Bien que l'utilisation des carnets de santé individuels soit très répandue, on a constaté que dans environ 15 % des observations (28 % des premières visites mais seulement 2 % des visites de suivi), les prestataires n'ont pas consulté le carnet de santé durant la consultation ou l'examen. Dans ces cas, les informations des visites précédentes ou les mesures ou examens effectués avant d'avoir vu le prestataire n'auront pas été prises en considération durant l'évaluation (tableau annexe A-6.10). Cependant, l'enregistrement des informations sur le carnet de santé à la fin de l'évaluation a été pratiquement partout effectué. Les résultats n'ont pas mis en évidence des différences importantes en ce qui concerne l'utilisation du carnet pendant la consultation, que l'établissement recueille des informations ou effectue des contrôles avant la consultation ou que l'établissement appartienne au secteur agréé ou public (données non présentées).

Résumé

Une patiente de soins prénatals sur cinq reçoit des conseils en matière de nutrition durant sa grossesse.

L'œdème du visage ou des mains est le signe de risque (pré-éclampsie) le plus fréquemment discuté au cours des consultations de soins prénatals.

Les éléments essentiels concernant l'identification des signes de risques pour lesquels la patiente doit rechercher de l'aide et les conseils sur l'allaitement exclusif manquent fréquemment.

L'utilisation de carnets individuels de santé est universelle.

6.4.4 Identification des domaines de prestation des services à améliorer

Les patientes de soins prénatals dont la visite a été observée ont été interviewées avant qu'elles ne quittent l'établissement sur leurs opinions concernant les services et les problèmes qu'elles avaient rencontrés le jour de la visite. À la question concernant les problèmes spécifiques fréquemment associés à la satisfaction de la patiente, les résultats montrent que l'insuffisance d'information concernant l'évolution

de la grossesse a été le motif de mécontentement le plus fréquemment cité (29 %). Le temps d'attente (14 %), le manque de disponibilité des médicaments (14 %) et le peu de temps passé avec le prestataire (13 %) ont été les plus fréquemment cités comme étant les problèmes les plus importants. Des informations supplémentaires sont présentées au tableau annexe A-6.11 par type et secteur de l'établissement.

Les patientes ont aussi été interrogées sur leurs plans pour l'accouchement. Les résultats montrent que la plupart (80 %) ont déclaré qu'elles avaient prévu d'accoucher dans un établissement ; on relève de très légères différences par type d'établissement (83 % pour les hôpitaux, 80 % pour les centres de santé et 75 % pour les dispensaires) ou entre les secteurs (78 % dans le public et 81 % pour les agréés) (données non présentées). Cependant, il convient de rappeler ici que selon les résultats de l'EDSR-II, 73 % de tous les accouchements se sont déroulés ailleurs que dans un établissement de santé, ce qui pourrait indiquer que les patientes de soins prénatals ne sont pas représentatives de la population générale ou qu'elles ont donné la réponse attendue par l'interviewer (les femmes savent qu'il est préférable d'accoucher dans les formations sanitaires). La plupart des femmes qui ont déclaré qu'elles avaient prévu d'accoucher ailleurs que dans un établissement ont justifié leur décision en disant que c'était une question de préférence (74 %) ; dans 35 % des cas, ces femmes ont avancé des raisons liées au coût et, enfin, pour 9 %, la raison évoquée concernait la distance pour atteindre l'établissement (données non présentées).

6.5 Services d'accouchement et soins obstétriques d'urgence : Capacité de fournir des services d'accouchement de qualité et des soins de qualité aux nouveau-nés

L'EPSR a évalué la disponibilité des services de soins obstétriques d'urgence, ainsi que la disponibilité des standards, du matériel et de l'équipement et la disponibilité des composants du système de santé identifiés comme importants pour assurer une prestation des services de qualité. On a évalué les éléments spécifiques suivants :

- La disponibilité des composants des Soins Obstétriques Essentiels Complètes (SOEC) ;
- Un système de support pour des accouchements sans risque à la maison ;
- L'infrastructure et les ressources pour assurer une prestation de services de qualité ;
- L'équipement et les ressources pour assurer des services d'accouchement de qualité ;
- Des pratiques systématiques pour les soins des nouveau-nés ; et
- Des pratiques de gestion pour assurer des services d'accouchement de qualité.

6.5.1 Disponibilité des composants des services de SOEC

La disponibilité des composants suivants de SOEC a été évaluée :

- La disponibilité des services de soins prénatals et d'accouchements ;
- La disponibilité des services effectuant des césariennes ; et
- Les transports d'urgence.

Le tableau 6.5 présente les résultats détaillés sur la disponibilité de ces services. Le tableau A-6.12 présenté en annexe fournit les résultats détaillés sur les types de systèmes de transport d'urgence disponibles.

À cause de contraintes de disponibilité de ressources et d'ordre logistique, il n'est pas rare de trouver qu'un établissement seul ne peut pas fournir tous les services nécessaires pour adhérer aux standards des SOEC. Quand c'est le cas, les établissements doivent disposer, sur place, d'un système pour aider la patiente à bénéficier d'un niveau plus élevé de prestation des services. Par exemple, un établissement qui ne fournit pas des soins obstétriques d'urgence doit disposer d'une organisation de transport d'urgence

qui permet d'assurer le transfert et donc l'accès à des interventions qui peuvent sauver la vie quand c'est nécessaire.

Pratiquement tous les établissements offraient certains services de santé maternelle : 90 % offraient des services de soins prénatals et 88 % des services d'accouchement (tableau 6.5). Soixante-dix-huit pour cent de tous les établissements offraient les deux catégories de soins. La disponibilité des deux types de soins était plus fréquente parmi les centres de santé (91 %) et beaucoup moins dans les dispensaires (42 %) et dans les hôpitaux (32 %). Cela est essentiellement dû, comme on l'a déjà mentionné, à l'organisation du système de santé, dans lequel les dispensaires situés à côté des hôpitaux fournissent des services de soins prénatals de jour et les hôpitaux des services pour les patients hospitalisés (accouchement). Sauf quelques rares exceptions, les césariennes ne sont effectuées que dans les hôpitaux (94 %) puisque c'est à ce niveau d'établissement que le personnel qualifié est en poste. Parmi les hôpitaux, 29 % offraient des soins prénatals, des services d'accouchement et la possibilité d'accoucher par césarienne.

Tableau 6.5 Disponibilité des services de santé maternelle

Pourcentage d'établissements qui fournissent des soins prénatals, des services d'accouchement, des césariennes, pourcentage de ceux qui fournissent à la fois des soins prénatals et des accouchements et pourcentage de ceux qui fournissent tous ces services (soins prénatals, accouchements et césarienne), pourcentage disposant d'un système de transport pour les urgences, pourcentage fournissant des services d'accouchement à la maison et pourcentage avec documentation sur les activités avec les accoucheuses traditionnelles, par type d'établissement, secteur et province, EPS Rwanda 2001

Caractéristique	Pourcentage								
	Services de santé maternelle dans l'établissement					Services de support aux accouchements à la maison sans risque			
	Soins prénatals	Services d'accouchement normaux	Césarienne	Soins prénatals et accouchements	Soins prénatals, accouchement et césarienne	Transport d'urgence pour les urgences maternelles ¹	Services d'accouchement à la maison ²	Documentation sur un programme officiel de support aux accoucheuses traditionnelles ³	Effectif d'établissements
Type d'établissement									
Hôpital	32	97	94	32	29	92	15	17	34
Centre de santé	100	91	0	91	1	32	7	35	170
Dispensaire	95	47	0	42	0	15	6	42	19
Secteur									
Public	90	91	13	80	4	27	8	37	144
Agréé	89	84	16	73	186	59	9	25	79
Province									
Butare	85	80	12	69	4	56	3	25	26
Byumba	94	94	12	88	12	31	6	74	17
Cyangugu	72	80	29	50	0	35	18	24	14
Gikongoro	92	93	16	85	8	44	0	35	12
Gisenyi	91	86	14	76	5	19	0	57	21
Gitarama	93	96	11	89	4	55	8	28	27
Kibungo	90	96	10	85	0	38	7	56	19
Kibuye	94	88	25	81	19	37	12	18	16
M. de la Ville de Kigali	88	63	12	50	0	52	0	0	17
Kigali Ngali	88	87	12	77	0	32	0	7	17
Ruhengeri	95	94	10	90	5	16	18	42	19
Umutara	88	100	18	88	6	35	27	26	17
Total	90	88	14	78	5	38	8	33	223

¹ N'importe quel système par lequel l'établissement fournit un support quelconque pour le transport des cas urgents vers des sites de référence, ou alors l'établissement est un établissement de référence.

² Aucun établissement n'a déclaré fournir des services d'accouchement à la maison mais certains ont indiqué qu'ils fournissaient ce type de services dans des cas d'urgence uniquement.

³ Toutes activités officielles avec des accoucheuses traditionnelles sur lesquelles l'établissement conserve une documentation.

Pour améliorer l'issue des grossesses et l'état de santé de la mère et du nouveau-né, il est essentiel de disposer d'un système pour transférer rapidement un cas critique d'un service maternel à un service plus compétent. Quand il n'y a pas de système de support, la patiente et sa famille doivent se débrouiller par elles-mêmes pour trouver un moyen de transport dans les cas d'urgence. Seulement 38 % des établissements ont déclaré qu'ils disposaient d'un système de transport pour les cas obstétricaux d'urgence qui doivent être transférés. Les hôpitaux (92 %) disposent plus fréquemment que les centres de santé (32 %) et que les dispensaires (15 %) de systèmes de transport pour les cas urgents (tableau 6.5). Parmi ces établissements, les moyens de transport consistaient, dans 47 % des cas, en un véhicule dans l'établissement affecté uniquement au transport de cas d'urgence ; dans 44 % des cas, il s'agissait d'un arrangement officiel qui stipule que le véhicule est basé quelque part (généralement à l'hôpital) et que l'établissement qui réfère la patiente (le plus souvent un centre de santé ou un dispensaire) appelle le véhicule quand c'est nécessaire ; dans 41 % des cas, il s'agissait d'autres moyens comme des fonds pour payer la location d'un véhicule. On peut donc voir d'après les réponses que certains établissements utilisaient plusieurs systèmes et qu'ils disposaient probablement d'un système de secours au cas où le véhicule de l'établissement n'était pas disponible (tableau annexe A-6.12)

Les résultats à la question concernant le temps nécessaire pour que la patiente référée atteigne l'établissement de référence (en comptant à partir du moment où le véhicule est appelé s'il est basé dans un autre établissement) permettent d'obtenir un temps médian déclaré de 30-40 minutes pour les centres de santé et de 60 minutes pour la plupart des hôpitaux et des dispensaires. On ne constate pas d'écart significatif selon la saison.

6.5.2 Système de support pour des accouchements sans risque à la maison

Dans les pays où une proportion importante d'accouchements se déroulent à domicile, souvent avec l'assistance d'accoucheuses traditionnelles, la mise en place d'un système de support dans l'établissement peut contribuer à accroître les chances que les accouchements à la maison se déroulent dans de bonnes conditions. Les systèmes de support les plus courants consistent pour le personnel de l'établissement à se rendre dans les maisons où ont lieu les accouchements, soit de manière systématique, soit pour les urgences ; pour l'établissement, ces systèmes consistent à instaurer des relations structurées avec les accoucheuses traditionnelles.

Au Rwanda, le Ministère de la Santé ne fournit pas de manière systématique des services d'accouchement à domicile. Cependant, certains établissements déclarent qu'ils offrent des services d'accouchement à la maison quand il s'agit de cas d'urgence. Huit pour cent de tous les établissements ont déclaré fournir ces services d'accouchement en cas d'urgence (15 % des hôpitaux, 7 % des centres de santé et 6 % des dispensaires). On n'a pas constaté d'écart de disponibilité de ce type de service entre les agréés et le secteur public (Tableau 6.5).

Bien qu'on encourage les femmes à choisir des prestataires qui ont reçu une formation supérieure à celle des accoucheuses traditionnelles, on constate que, pour diverses raisons, les femmes continuent de choisir des accoucheuses traditionnelles pour assister leur accouchement. Là où les accouchements à la maison assistés par des accoucheuses traditionnelles sont fréquents, on encourage souvent les accoucheuses à être en relation avec l'établissement de santé. Il semble évident que des accoucheuses traditionnelles qui sont en rapport avec le secteur formel de la santé seront plus susceptibles de référer de manière appropriée une femme et d'utiliser des pratiques d'accouchements sans risque (MNH 2002a).

Le Ministère de la Santé, avec l'appui de certaines ONG, a mis en place un programme de formation et un programme pour développer les relations entre le système de santé et les accoucheuses traditionnelles, dans le but de promouvoir la santé au niveau général et d'améliorer les services d'accouchement. En plus, de la formation officielle organisée sous l'égide du Ministère de la Santé, un établissement peut avoir ses propres programmes, moins formels, avec les accoucheuses traditionnelles. L'EPSR a vérifié la présence

de documentation attestant l'existence de relations structurées entre les accoucheuses traditionnelles et l'établissement (par exemple, compte-rendu ou liste de présence à une réunion) pour s'assurer que ce type de relation allait au-delà du simple fait d'accepter des patientes référées par des accoucheuses traditionnelles ou d'attendre des accoucheuses qu'elles appellent pour obtenir de l'aide.

Alors que 58 % des établissements offrant des services d'accouchement ont indiqué qu'ils avaient des activités avec des accoucheuses traditionnelles (données non présentées), seulement 33 % disposaient de documentation concernant ces activités (Tableau 6.5). La présence d'une documentation sur des activités entre l'établissement et les accoucheuses était plus fréquente dans les dispensaires (42 %) et dans les centres de santé (35 %) que dans les hôpitaux (17 %) ; de même, les établissements du secteur public (37 %) disposaient plus fréquemment que les agréés (25 %) de ce type de documentation.

6.5.3 Infrastructure et ressources permettant d'assurer des services d'accouchement de qualité

Les éléments pour assurer des services d'accouchement de qualité qui ont été évalués comprennent :

- Les éléments pour le contrôle de l'infection ;
- Les éléments de support de la qualité des services ;
- L'équipement de la salle d'accouchement et le matériel ;
- Le matériel de base pour un accouchement normal ;
- Les médicaments pour des accouchements normaux et avec complications ; et
- L'équipement permettant d'effectuer des accouchements avec complications.

Les graphiques 6.13 à 6.15 présentent les données sur la disponibilité du matériel et de l'équipement pour les accouchements normaux et pour ceux comportant des complications. Les tableaux A-6.1 à A-6.16 en annexe fournissent des résultats détaillés sur le matériel et l'équipement pour les accouchements normaux et pour ceux comportant des complications. Le tableau 6.6 présente les données agrégées sur les éléments évalués, par type d'établissement, secteur et province.

Les infections sont les causes les plus courantes de la morbidité ainsi que de la mortalité maternelle et néonatale. Par conséquent, les pratiques pour prévenir les infections sont essentielles pour la qualité des soins à l'accouchement. L'EPSR a évalué la présence des éléments permettant la prévention des infections dans les zones où les accouchements sont effectués. Tous les éléments (nécessaire pour se laver les mains, gants propres, solution désinfectante et conteneur pour objets pointus ou tranchants) étaient présents dans les zones où se déroulaient les accouchements dans la moitié des établissements ; les proportions de centres de santé et d'hôpitaux disposant de tous ces éléments étaient similaires (respectivement, 55 % et 49 %) ; par contre, la proportion de dispensaires était plus faible (33 %) (tableau 6.6). Les agréés disposaient plus fréquemment que les établissements publics de tous ces éléments (62 % contre 43 %). Les conteneurs pour objets pointus ou tranchants et la solution désinfectante étaient les éléments qui manquaient le plus souvent (tableau annexe A-6.13). On peut considérer que pour un établissement qui n'effectue pas beaucoup d'accouchements, la pratique consistant à ne pas préparer de solution désinfectante tant qu'un cas ne se présente pas est appropriée ; mais dans ce cas, les données auraient dû indiquer que le personnel avait déclaré la solution disponible mais qu'elle n'avait pas pu être observée. Seulement 5 % des établissements ne disposaient pas de solution désinfectante préparée mais, selon leur déclaration, cette solution était disponible (données non présentées).

Les partogrammes vierges figuraient parmi les éléments évalués pour assurer la qualité des soins d'accouchement. Le partogramme est un document utilisé pour suivre le travail d'une femme et qui est considéré, au plan international, comme un des moyens qui permet d'améliorer la qualité de soins. Il fournit des indications pour le suivi et pour une détection précoce des complications (MNH, 2002b). Les partogrammes étaient fréquemment disponibles (78 %), en particulier dans les hôpitaux (91 %) ; ils

Tableau 6.6 Disponibilité des éléments assurant des services d'accouchement de qualité

Pourcentage d'établissements disposant de tous les éléments de contrôle de l'infection, disposant de tous les éléments pour assurer des services d'accouchement de qualité, disposant de salle d'accouchement équipée, de tous les médicaments et équipements de base pour l'accouchement, de tous les médicaments pour les urgences et de tous les éléments pour les complications à l'accouchement, par type d'établissement, secteur et province, EPS Rwanda 2001

Caractéristique	Pourcentage								Effectif d'établissements offrant des services d'accouchement
	Tous les éléments de contrôle de l'infection ¹	Tous les éléments de support de qualité ²	Toute l'infrastructure et équipement de la salle d'accouchement ³	Équipement de base pour accouchement ⁴	Tous les équipements et médicaments de base pour accouchements normaux ⁵	Tous les éléments de base pour l'accouchement ⁶	Tous les médicaments pour urgences ⁷	Tous les éléments pour les accouchements avec complications ⁸	
Type d'établissement									
Hôpital	55	36	70	82	100	18	76	15	33
Centre de santé	49	23	38	68	75	8	39	5	155
Dispensaire	33	19	19	20	56	0	20	0	9
Secteur									
Public	43	23	41	63	75	9	37	5	130
Agréé	62	29	45	77	83	8	59	9	66
Province									
Butare	66	50	42	75	88	16	42	12	21
Byumba	31	4	16	55	59	0	28	0	16
Cyangugu	45	32	30	82	82	9	68	9	11
Gikongoro	62	39	55	85	78	16	46	0	12
Gisenyi	34	5	23	70	69	5	42	5	18
Gitarama	43	33	66	67	76	8	51	8	26
Kibungo	31	9	47	58	74	4	40	4	19
Kibuye	50	21	64	84	84	14	50	14	14
M. de la Ville de Kigali	89	46	46	56	86	11	24	0	10
Kigali Ngali	84	54	62	100	100	31	53	23	15
Ruhengeri	31	6	26	45	76	0	44	0	18
Umutara	53	14	25	52	73	0	45	0	17
Total	50	25	42	67	78	9	44	6	197

¹ Savon, eau, conteneur pour objets pointus ou tranchants, solution désinfectante et gants propres.

² Partographe, protocoles, prestataire pour accouchement 24 heures sur 24.

³ Lit, lampe pour examen, à l'abri des regards et sans que les conversations puissent être entendues.

⁴ Ciseaux ou lame, attache pour cordon, poire d'aspiration, pommade antibiotique pour les yeux pour le nouveau-né, désinfectant pour la peau.

⁵ Aiguilles et seringues, solution intraveineuse avec appareillage, antibiotique oral (cotrimoxazole, amoxicilline ou ampicilline), ocytocique injectable, matériel de suture et porte aiguille.

⁶ Tous les éléments de contrôle des infections, de support de la qualité, infrastructure de la salle d'accouchement, et médicaments et fournitures de base.

⁷ Injectable : anticonvulsivant (valium ou sulfate de magnésium), antibiotique (pénicilline et ampicilline, ou gentamicine ou kanamycine) et quinine.

⁸ Tous les éléments pour les accouchements normaux plus les médicaments pour les cas urgents.

l'étaient moins dans les centres de santé (77 %) et dans les dispensaires (49 %) (tableau annexe A-6.13). On n'a pas constaté un écart important entre les secteurs, public et agréé (respectivement 79 % et 77 %).

Les protocoles et directives pour les accouchements et pour la gestion des complications des accouchements ont été beaucoup moins fréquemment observés ; seulement 27 % de tous les établissements en disposaient dans les zones où se déroulent les accouchements (tableau annexe A-6.13). Les hôpitaux (42 %) disposaient plus fréquemment que les centres de santé (24 %) et que les dispensaires (19 %) de protocoles pour les services d'accouchement.

En outre, la disponibilité 24 heures sur 24 d'un prestataire qualifié de services d'accouchement (soit en poste, soit avec des tours de garde observé) a été aussi évaluée. Toute personne ayant un niveau de qualification que l'établissement a jugé suffisant pour effectuer des accouchements a été considérée comme acceptable. Pratiquement tous les établissements (94 %) disposaient d'un prestataire qualifié pour les accouchements, soit en poste sur place (86 %) soit de garde (8 %) 24 heures sur 24.

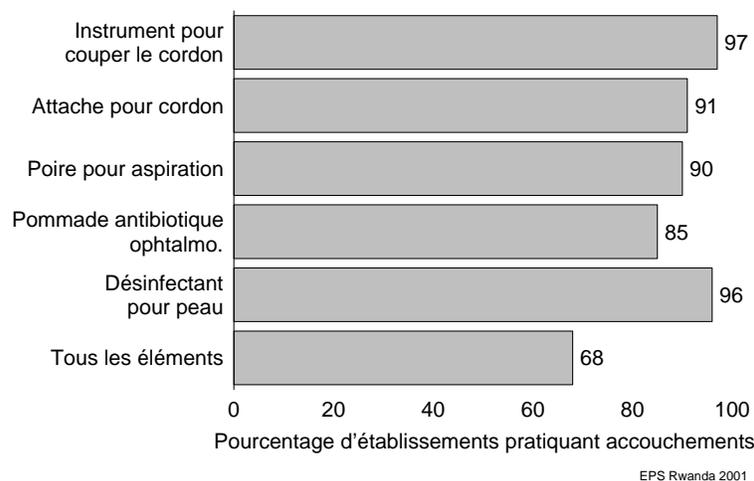
Enfin, l'infrastructure de base et l'équipement de la salle d'accouchement qui ont été évalués comprenaient un lit, une lampe d'examen et un environnement qui permet le respect de l'intimité de la patiente.

Dans la plupart des zones où se déroulaient les accouchements, les examens et les consultations pouvaient se dérouler à l'abri des regards (93 %) et sans que les conversations puissent être entendues (91 %) (tableau annexe A-6.13). La plupart des établissements disposaient d'un lit pour l'accouchement (83 %) ; cependant, parmi les dispensaires, cette proportion n'est que de deux sur trois (66 %). Une proportion plus faible d'établissements disposaient d'une lampe d'examen pouvant être utilisée pour visualiser le périnée (44 %). Dans l'ensemble, seulement 42 % de tous les établissements avaient tous les éléments identifiés comme infrastructure et équipement de base.

6.5.4 Équipement et ressources permettant des services d'accouchement de qualité

Chacun des éléments de base pour l'accouchement qui ont été évalués étaient fréquemment disponibles. Dans 97 % des cas, on a observé des ciseaux et des lames pour couper le cordon ombilical et pour effectuer une épisiotomie si nécessaire ; dans 91 % des cas, on a observé la présence d'instruments pour attacher ou serrer le cordon ombilical, dans 90 % des cas, celle d'une poire ou d'autres moyens d'aspiration ; enfin, des pommades antibiotiques ophtalmiques pour le nouveau-né étaient disponibles dans 85 % des établissements et un désinfectant pour nettoyer la zone périnéale dans 96 % des cas (graphique 6.13). Tous les éléments étaient disponibles dans 82 % des hôpitaux (68 % de tous les établissements). Le tableau en annexe A-6.14 présente les résultats détaillés par type d'établissement.

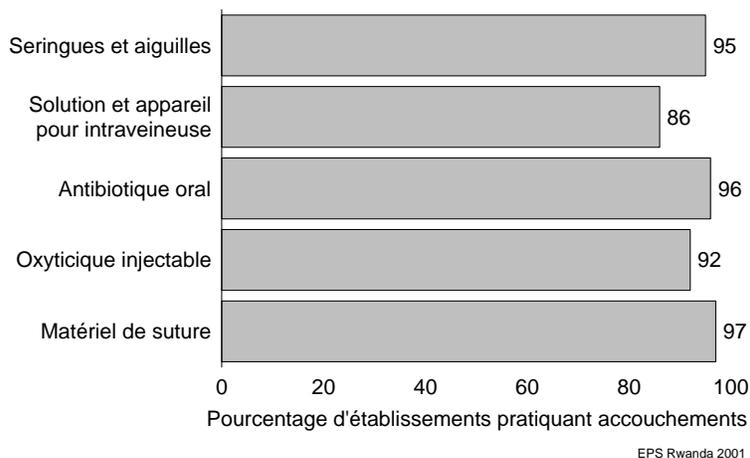
Graphique 6.13 Équipement de base pour accouchement (N=197)



Les interventions pour le traitement des complications les plus courantes du travail et de l'accouchement étaient disponibles dans la plupart des établissements. Le matériel évalué comprenait les seringues et les aiguilles (95 %), une solution intraveineuse avec l'appareillage (86 %), un antibiotique oral (ampicilline, amoxicilline ou cotrimoxazole) (96 %), un médicament oxytocique injectable (92 %) et du matériel de

suture avec un porte-aiguille (97 %) (graphique 6.14). Alors que tous les éléments d'interventions pour les traitements n'étaient disponibles que dans seulement 78 % des établissements, tous les éléments étaient présents dans tous les hôpitaux et dans 75 % des centres de santé mais dans seulement 56 % des dispensaires (tableau 6.6).

Graphique 6.14 Traitement pour les complications courantes du travail et de l'accouchement (N=197)



Tous les éléments permettant d'effectuer des services d'accouchement de qualité (contrôle des infections, éléments de support de la qualité, infrastructure et équipement de la salle d'accouchement et interventions pour les traitements de base) étaient présents dans seulement 9 % de tous les établissements. Seulement 18 % des hôpitaux et 8 % des centres de santé disposaient de tous ces éléments ; aucun dispensaire n'avait tous ces éléments. Les résultats n'ont pas mis en évidence de différences entre les agréés et le public (respectivement, 9 % et 8 %).

Résumé

Des prestataires de services d'accouchement sont disponibles 24 heures sur 24 dans 94 % des établissements.

Les partogrammes sont fréquemment disponibles (78 % des établissements).

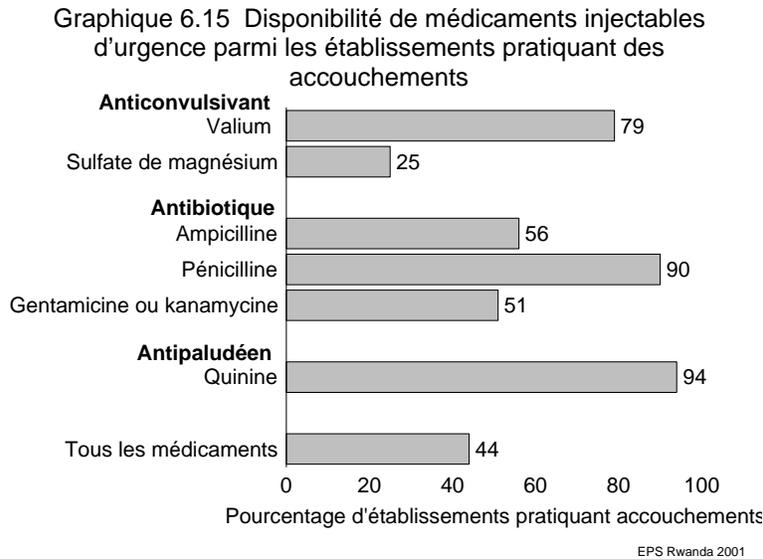
Tous les éléments pour le contrôle des infections sont disponibles dans la moitié des établissements. Une solution désinfectante et un conteneur pour objets pointus sont les éléments qui manquent le plus souvent : un quart des établissements ne disposant d'aucun de ces deux éléments.

Les protocoles pour le traitement des complications du travail et de l'accouchement font défaut dans la zone de prestation des services de plus de 70 % des établissements.

Tous les équipements de base permettant d'effectuer un accouchement normal et qui ont été évalué sont disponibles dans 82 % des hôpitaux (68 % de tous les établissements).

Les médicaments et l'équipement nécessaire pour traiter les complications courantes du travail et de l'accouchement sont disponibles dans tous les hôpitaux (78 % de tous les établissements)

Les médicaments qui ont été évalués pour des situations d'urgence comprenaient des anticonvulsivants (valium et sulfate de magnésium) pour l'éclampsie, des antibiotiques injectables pour les états infectieux (soit gentamicine, soit kanamycine ou l'ampicilline et la pénicilline) et de la quinine injectable puisque le paludisme est un problème endémique au Rwanda. Tous ces médicaments d'urgence n'étaient disponibles que dans 44 % des établissements (graphique 6.15). Soixante-seize pour cent des hôpitaux, 39 % des centres de santé et 20 % des dispensaires disposaient de tous les médicaments d'urgence. Les agréés en étaient plus fréquemment pourvu que les établissements du secteur public (59 % contre 37 %) (tableau annexe A-6.14).



En plus du matériel et des fournitures précédemment mentionnés, un établissement qui est censé gérer des cas compliqués d'accouchement doit aussi disposer d'instruments qui permettent d'assister la patiente si ses contractions ne sont pas efficaces (en utilisant des forceps ou un extracteur); de même, l'établissement doit pouvoir fournir des soins après un avortement en retirant tous les tissus restés dans l'utérus qui peuvent provoquer des hémorragies et des infections (équipement pour dilatation et curetage ou un instrument d'évacuation utérine). Dans les cas où des soins d'urgence obstétricaux sont nécessaires pour sauver la vie, il est nécessaire de disposer des moyens d'effectuer une césarienne et de transfuser. Il faut aussi parfois disposer d'un équipement spécial pour le nouveau-né. L'équipement évalué comprend les moyens d'assistance respiratoire d'urgence (réanimateur ou un masque type ambu) et une source extérieure de chaleur pour maintenir la température du corps d'un prématuré (incubateur, lampe chauffante ou autre appareil).

Pour pouvoir être utilisés, l'équipement et les appareils évalués demandent une formation spéciale et, au Rwanda, ils étaient presque exclusivement disponibles dans les hôpitaux. L'extracteur, un moyen facile et sans risque pour assister l'accouchement, était disponible dans 88 % des hôpitaux mais dans seulement 16 % des centres de santé et 23 % des dispensaires (tableau annexe A-6.15). Dans l'ensemble, seulement 28 % des établissements effectuant des accouchements disposaient d'un extracteur. Les forceps étaient disponibles dans 39 % des hôpitaux. Les agréés étaient plus fréquemment pourvus de ces deux appareils que les établissements du public. L'extracteur utilisé pour l'évacuation utérine après avortement était disponible dans 61 % des hôpitaux et 6 % des centres de santé. L'équipement pour effectuer la dilatation et le curetage a été observé dans 88 % des hôpitaux, 12 % des centres de santé et 23 % des dispensaires. Ce type d'équipement était disponible dans 25 % de tous les établissements.

Parmi les établissements effectuant des césariennes, 88 % (données non présentées) étaient pourvus de tous les éléments de base (table d'opération, lampe pour opérer, zone pour se désinfecter et équipement stérile) nécessaires pour réaliser une césarienne. Des transfusions sanguines étaient effectuées dans 70 % des hôpitaux (tableau annexe A-6.15). Parmi les établissements qui effectuent des transfusions, 73 % disposaient d'un registre pour les transfusions qui a été observé et 68 % avait une banque du sang (données non présentées).

Un appareil pour aider le nouveau-né à respirer était disponible dans 85 % des hôpitaux et une source de chaleur dans 79 % des hôpitaux. On a observé chaque élément dans seulement un cinquième ou moins des centres de santé et des dispensaires (tableau annexe A-6.16)

Résumé

Soixante-seize pour cent des hôpitaux disposent de tous les médicaments d'urgence pour traiter les cas urgents durant le travail et l'accouchement.

Les interventions d'urgence (césarienne et transfusion sanguine) ne sont pas fréquemment disponibles, sauf dans les hôpitaux. Il est difficile de pratiquer ces interventions sans personnel qualifié et sans une infrastructure adaptée.

Alors que les césariennes ne sont effectuées que dans les hôpitaux, les moyens de transport d'urgence à partir des centres de santé et des dispensaires restent peu nombreux.

Il existe des moyens pour faciliter un accouchement et pour diminuer les saignements après un avortement (extracteur, aspirateur pour évacuation utérine) qui peuvent être utilisés sans risque quand le personnel a reçu une formation adaptée et sans que cela nécessite la présence d'une infrastructure de support (MNH 2002c) On pourrait développer l'accès à ces interventions.

6.6 Pratiques de soins des nouveau-nés

Au cours de l'EPSR, les prestataires des services d'accouchement ont été interviewés sur les pratiques de soins de routine des nouveau-nés. Les résultats concernant ces pratiques selon le type d'établissement et le secteur sont présentés au tableau A-6.17 en annexe. Le graphique 6.16 présente les résultats sur la vaccination orale du nouveau-né contre la polio et sur la supplémentation en vitamine A de la mère après la naissance.

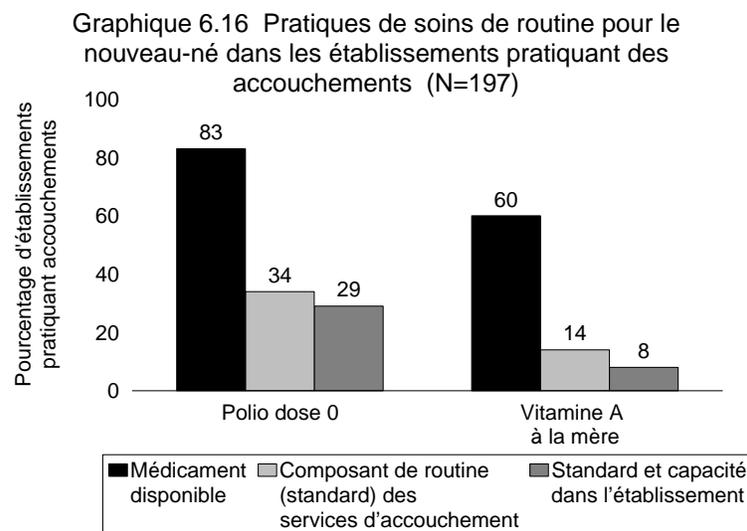
L'utilisation d'un cathéter de succion pour stimuler la respiration des nouveau-nés qui ne respirent pas est une pratique qui n'est pas rare ; cependant cela ne doit pas être une pratique de routine pour le nouveau-né qui n'a pas de problème. Néanmoins, 83 % des établissements, dont la presque totalité des hôpitaux (97 %), 81 % des centres de santé et 71 % des dispensaires ont déclaré avoir recours à cette pratique de manière systématique. Les agréés ont déclaré plus fréquemment que les établissements du public qu'ils utilisaient régulièrement un cathéter de succion. Ce résultat doit être interprété avec prudence car il peut être dû à une mauvaise interprétation de la question ; en effet, il est peu probable que dans pratiquement tous les établissements, on utilise de manière systématique un cathéter de succion avec les nouveau-nés. Cependant, cela mérite un approfondissement pour vérifier si effectivement le cathéter est utilisé systématiquement ou seulement dans des cas d'urgence.

L'hypothermie est un facteur qui contribue à accroître le risque de morbidité et de mortalité des nouveau-nés. Pour éviter l'hypothermie, il faut éviter de plonger complètement l'enfant dans un bain pendant les quelques heures qui suivent sa naissance mais plutôt sécher l'enfant et le donner immédiatement à la mère

pour qu'elle le prenne contre elle ou l'envelopper dans une couverture chaude. Seulement 9 % des établissements ont indiqué qu'ils baignaient complètement l'enfant de manière systématique.

Peser le nouveau-né permet d'obtenir des informations nécessaires pour effectuer le suivi postnatal. Le poids de l'enfant à la naissance est également indicateur du risque de décéder de l'enfant. Pratiquement tous les établissements (94 %) ont déclaré qu'ils pesaient systématiquement les nouveau-nés bien que seulement 85 % d'entre eux aient indiqué qu'ils disposaient d'une balance en état de marche.

L'UNICEF recommande de donner après la naissance une dose orale du vaccin de la polio (appelé polio 0) pour fournir une protection supplémentaire à l'enfant. Seulement 34 % des établissements ont déclaré fournir systématiquement une dose de polio 0 aux nouveau-nés avant leur départ de l'établissement. Au total, 83 % des établissements fournissant des services d'accouchement disposaient du vaccin de la polio 0 le jour de l'enquête (graphique 6.16), ce qui indique que si on le souhaitait, un plus grand nombre de nouveau-nés pourraient bénéficier de cette vaccination.



EPS Rwanda 2001

Il est reconnu que la supplémentation en vitamine A des enfants chez qui on a constaté une carence contribue à réduire les risques d'infection et de décès. Le moyen le plus sain et le plus sûr qu'un nouveau-né reçoive la quantité suffisante de vitamine A est qu'il soit allaité. Étant donné que, chez les femmes enceintes, le risque de développer une carence en vitamine A est accru, il est nécessaire, dans les zones où la carence en vitamine A est un problème fréquent, de fournir des suppléments de vitamine A à la mère, immédiatement après l'accouchement, non seulement pour remplacer ce qu'elle a perdu mais aussi pour en augmenter la quantité dans le lait maternel. Seulement 14 % des établissements ont indiqué qu'ils fournissaient systématiquement de la vitamine A aux femmes qui venaient d'accoucher ; parmi ces établissements, 60 % disposaient de vitamine A le jour de l'enquête. Au total, 60 % des établissements fournissant des services d'accouchement disposaient de vitamine A le jour de l'enquête (graphique 6.16).

Résumé

Donner le vaccin de la polio 0 aux nouveau-nés est une pratique systématique dans 34 % des établissements. Le problème de savoir si l'extension de cette pratique est souhaitable dans le cas du Rwanda doit être étudié.

La supplémentation en vitamine A des femmes qui viennent d'accoucher est une pratique systématique dans 14 % des établissements. Le problème de savoir si l'extension de cette pratique est souhaitable dans le cas du Rwanda doit être étudié.

6.7 Pratiques de gestion garantissant des services d'accouchement de bonne qualité

Les pratiques garantissant des services d'accouchement de bonne qualité qui ont été évaluées comprennent :

- Les enregistrements des services d'accouchement ;
- Le suivi de la couverture en accouchement ;
- Un système pour examiner les cas qui ont frôlé le décès ou les décès ;
- L'utilisation effective de partogrammes ; et
- La supervision et la formation en cours d'emploi du personnel.

Le tableau 6.7 fournit des informations sur ces éléments, par type d'établissement, secteur et province. Le tableau A-6.18 en annexe fournit des résultats détaillés sur la supervision de support du point de vue des prestataires et au graphique 6.17 figurent les résultats sur les sujets traités au cours de la formation, qu'elle se soit déroulée au cours des 12 derniers mois ou des 5 dernières années.

Un registre des accouchements a été considéré comme étant à jour s'il comportait les admissions des 30 derniers jours (en supposant qu'il y a, au moins, une naissance par mois dans les établissements qui fournissent le service) et, pour chaque patiente, l'issue de la grossesse. Dans l'ensemble, 86 % des établissements disposaient de registres à jour ; de plus, on n'a pas constaté de différence entre les types d'établissements et les secteurs (tableau 6.7)

Il est fréquent que chaque établissement soit responsable, dans sa zone de rayonnement, des services pour la population de cette zone. Des statistiques pour la couverture en accouchements sont nécessaires pour qu'un établissement effectue le suivi de la proportion de naissances dont l'accouchement est assisté par du personnel formé. L'EPSR a déterminé si l'établissement disposait d'une documentation attestant qu'il effectuait le suivi de la couverture en accouchements pour la population de sa zone de rayonnement. Quarante-trois pour cent des établissements disposaient de statistiques indiquant qu'ils suivaient la proportion des accouchements qu'ils assistaient (tableau 6.7). Les centres de santé effectuent un peu plus fréquemment que les dispensaires et les hôpitaux le suivi de la couverture en accouchements (45 % contre respectivement, 38 % et 36 %). Les agréés effectuent plus fréquemment ce suivi que le public (51 % contre 39 %).

Une mesure d'assurance de la qualité consiste à passer en revue systématiquement tous les cas maternels ou de nouveau-nés qui ont frôlé la mort ou qui sont décédés pour prendre des mesures qui permettront de réduire ou de prévenir ces problèmes. L'EPSR n'a pas évalué la qualité des programmes pour passer en revue ces cas mais l'évaluation a consisté à vérifier si les établissements avaient effectivement revu ces cas problématiques. Seulement 32 % des établissements ont déclaré qu'ils avaient des procédures pour examiner certains cas d'accouchements. Ces procédures étaient plus fréquentes dans les hôpitaux (46 %)

que dans les centres de santé (30 %) ou que dans les dispensaires (11 %). De même, les agréés effectuaient plus fréquemment que les établissements du secteur public des examens de cas d'accouchements (37 % contre 28 %).

Au total, dans 67 % des cas, l'observation a montré que les établissements avaient utilisé récemment un partogramme. L'utilisation récente d'un partogramme était plus fréquente dans les hôpitaux (85 %) que dans les centres de santé (65 %) ou que dans les dispensaires (33 %) (tableau 6.7). Par contre, on n'a pas constaté de différence entre les agréés et le public (67 % dans chaque cas). Parmi les prestataires de services d'accouchements interviewés, 62 % ont déclaré qu'ils avaient utilisé un partogramme au cours des 6 derniers mois (données non présentées).

Concernant l'évaluation des établissements qui effectuent une supervision de support des prestataires des services d'accouchement (soit une supervision au cours des 6 derniers mois, soit une formation en cours d'emploi au cours des 12 derniers mois d'au moins la moitié des prestataires interviewés), on constate qu'environ les deux tiers des établissements (65 %) avaient effectué, de manière systématique, une

Tableau 6.7 Gestion de support pour des services d'accouchement de qualité

Parmi les établissements fournissant des services d'accouchement, pourcentage disposant d'un registre d'accouchement à jour, pourcentage avec documentation sur le suivi de la couverture en accouchements, pourcentage qui font un suivi des cas de décès ou des cas qui ont frôlé la mort, pourcentage avec preuve d'utilisation de partogramme, pourcentage où au moins la moitié des prestataires d'accouchements interviewés ont été supervisés au moins une fois dans les 6 derniers mois et ont reçu une formation sur place, en rapport avec le service, au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant un tarif de routine pour les accouchements normaux, par type d'établissement, secteur et province, EPS Rwanda 2001

Caractéristique	Pourcentage								
	Registre à jour ¹	Documentation sur le suivi de la couverture en accouchements	Suivi des cas de décès et des cas qui ont frôlé la mort	Preuve d'utilisation de partogramme	Au moins la moitié des prestataires d'accouchements interviewés			Tarif de routine pour accouchement	Effectif d'établissements avec services d'accouchements
					Ont été personnellement supervisés au cours des 6 mois précédents	Ont reçu une formation en cours d'emploi en rapport avec les accouchements au cours des 12 mois précédents	Ont été personnellement supervisés au cours des 6 mois précédents et avoir reçu une formation en cours d'emploi en rapport avec les accouchements au cours des 12 mois précédents		
Type d'établissement									
Hôpital	88	36	46	85	24	9	0	97	33
Centre de santé	85	45	30	65	73	22	14	100	155
Dispensaire	88	38	11	33	68	19	8	100	9
Secteur									
Public	85	39	28	67	72	20	16	100	130
Agréé	87	51	37	67	51	18	3	96	66
Province									
Butare	85	5	14	57	61	8	8	100	21
Byumba	69	38	13	88	88	34	21	100	16
Cyangugu	100	17	58	91	82	9	0	100	11
Gikongoro	83	36	42	36	38	0	0	100	12
Gisenyi	94	58	33	61	89	45	39	100	18
Gitarama	92	80	64	69	55	29	8	100	26
Kibungo	84	53	47	53	91	8	8	100	19
Kibuye	93	36	29	57	38	22	9	100	14
M. de la Ville de Kigali	100	40	0	90	46	25	11	100	10
Kigali Ngali	93	7	7	79	24	23	16	100	15
Ruhengeri	61	50	11	67	77	7	7	85	18
Umutara	82	65	41	65	69	14	7	100	17
Total	86	43	32	67	65	19	12	98	197

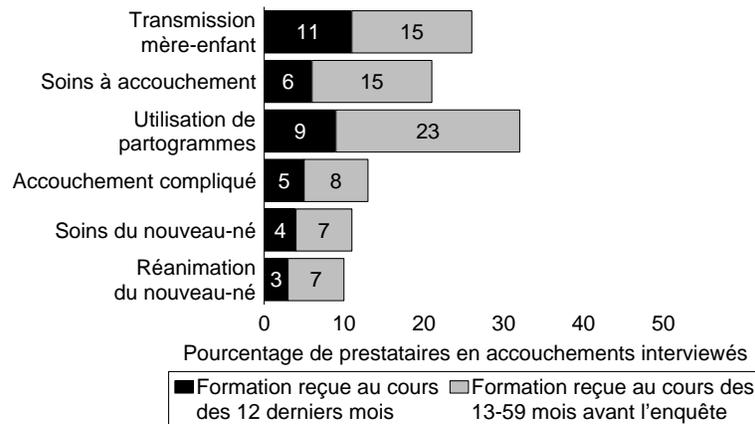
¹ Le registre comporte les admissions des 30 derniers jours et indique l'issue de l'accouchement.

supervision de leurs prestataires des services d'accouchement ; cependant seulement 19 % avaient offert une formation en cours d'emploi à ces prestataires (données non présentées). Dans l'ensemble, dans seulement 12 % des établissements, au moins la moitié des prestataires des services d'accouchement avaient reçu les deux éléments de la supervision de support (tableau 6.7).

Quarante-quatre pour cent des prestataires des services d'accouchement interviewés ont été personnellement supervisés au cours des 6 derniers mois (tableau annexe A-6.18). Dans les centres de santé et dans les dispensaires, les proportions de prestataires supervisés au cours des 6 derniers mois (respectivement, 59 % et 47 %) sont plus élevées que celles des hôpitaux (21 %). Le personnel des établissements publics avait plus fréquemment été supervisé que celui des agréés (47 % contre 38 %).

En ce qui concerne les sujets traités pendant les formations en cours d'emploi, 11 % des prestataires des services d'accouchement interviewés ont déclaré avoir reçu une formation sur la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du sida. Moins de 10 % ont reçu une formation sur un autre sujet (graphique 6.17).

Graphique 6.17 Formation en cours d'emploi reçue par les prestataires en accouchements interviewés selon le sujet de la formation et le moment de la formation la plus récente (N=737)



EPS Rwanda 2001

Le paiement des soins par les utilisateurs peut avoir des conséquences négatives ou positives. L'EPSR fournit des informations sur le pourcentage d'établissements où des tarifs sont instaurés pour les services d'accouchement. Pratiquement tous les établissements ont des tarifs pour les accouchements normaux (tableau 6.7), le tarif médian variant de 1 000 Francs rwandais dans les hôpitaux à 500 Francs rwandais dans les centres de santé et les dispensaires. Le tarif médian pour les établissements du secteur public et les agréés était de 500 Francs rwandais (données non présentées).