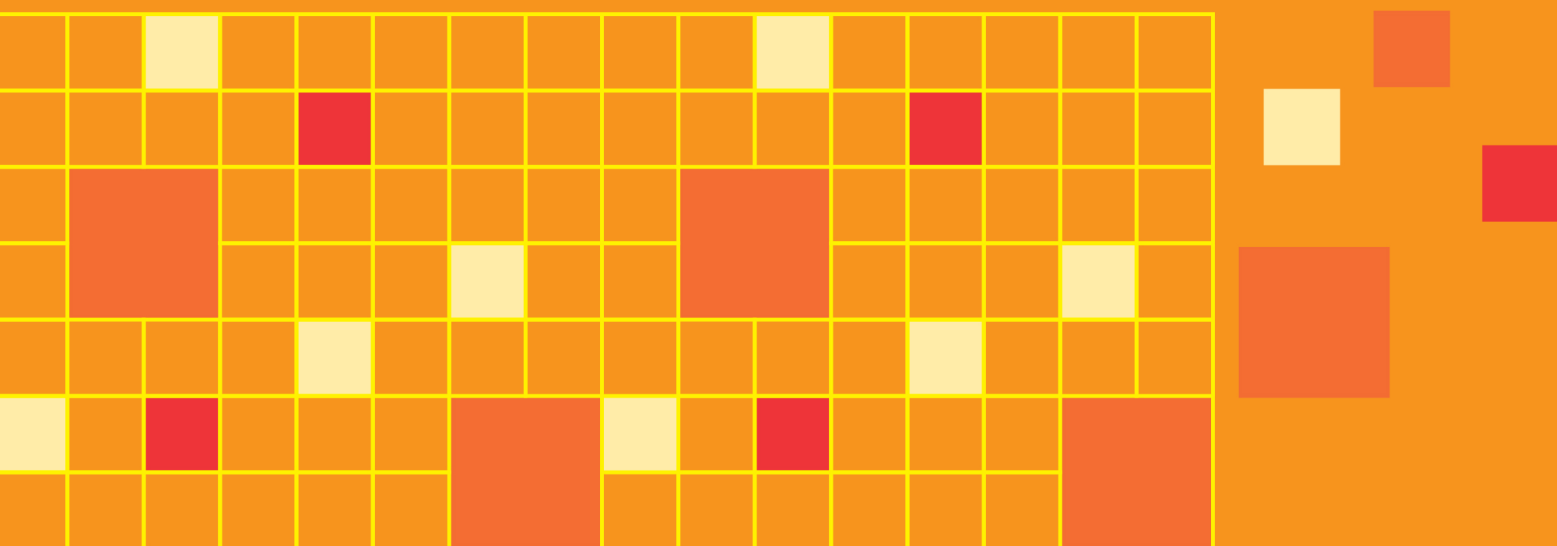


Recommandations de l'OMS

Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale



OPTIMISER LASMN



Organisation
mondiale de la Santé

Recommandations de l'OMS

Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale

OPTIMISERLASMN

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Recommandations de l'OMS : optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale.

1. Protection maternelle. 2. Soins aux patients. 3. Personnel de santé. 4. Main d'œuvre en santé – organisation et administration. 5. Nouveau-né. 6. Administration des services de santé. 7. Directives. I. Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250484 2

(classification NLM : WA 310)

© Organisation mondiale de la Santé 2013

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int . Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Italie

Contents

Remerciements	v
Abréviations	vi
Définitions des catégories d'agents de santé incluses dans les recommandations Optimiser la SMN	vii
1. Résumé d'orientation	1
Objectifs	1
Méthodes d'élaboration des recommandations	1
Recommandations	2
Diffusion, adaptation et mise en œuvre des recommandations	3
Résumé des recommandations	3
2. Introduction	6
La pénurie mondiale de personnel de santé	6
La pénurie de ressources humaines en santé maternelle et infantile	6
L'optimisation des rôles des agents de santé par la délégation des tâches : les grandes lignes	7
3. Méthodologie	10
Identification des questions et des résultats essentiels	10
Récupération des données	13
Évaluation, synthèse et classement des données factuelles	15
Présentation des données factuelles dans un cadre structuré de systèmes de santé	16
Formulation de recommandations	17
Préparation du document et comité de lecture	20
Planification de la diffusion, de la mise en œuvre, de l'évaluation d'impact et de la mise à jour	20
4. Données et recommandations	21
Interventions envisagées pour le personnel non médical	21
Interventions envisagées pour les aides-soignants	36
Interventions envisagées pour les sages-femmes auxiliaires	50
Interventions envisagées pour le personnel infirmier	61
Interventions envisagées pour les sages-femmes	66
Interventions envisagées pour les cliniciens associés (cliniciens non médecins)	73
Interventions envisagées pour les cliniciens associés de niveau avancé (cliniciens non médecins)	77
Interventions envisagées pour les médecins non spécialistes	82

5. Mise en œuvre des programmes de délégation des tâches : résumé des facteurs transversaux basés sur des revues d'études qualitatives et d'études de cas nationales	85
Gouvernance et direction	85
Financement	85
Accès aux produits de base	85
Prestation des services	86
Personnel de santé	87
6. Mise en contexte des recommandations	88
7. Implications pour la recherche	90
8. Diffusion des recommandations	92
9. Révision et mise à jour des recommandations	94
10. Références	95

Liste des annexes

Les annexes suivantes, qui font partie intégrante des présentes recommandations, font l'objet de documents séparés.

- » [Annexe 1](#) : Définition des catégories d'agents de santé figurant dans les recommandations
- » [Annexe- 2](#) : Liste des participants à la réunion de cadrage et aux deux réunions de validation finales
- » [Annexe 3](#) : Les questions de cadrage
- » [Annexe 4](#) : Les critères utilisés pour traduire les données factuelles en recommandations (cadre DECIDE)
- » [Annexe 5](#) : Cadres liés au personnel non médical
- » [Annexe 6](#) : Cadres liés aux autres catégories d'agents de santé (aides-soignants, sages-femmes auxiliaires, personnel infirmier, cliniciens associés, cliniciens associés de niveau avancé, médecins non spécialistes)
- » [Annexe 7](#) : Données factuelles (profils de données GRADE, résumés des résultats des revues documentaires sur les données qualitatives et citations des revues documentaires incluses)
- » [Annexe 8](#) : Manuel de mise en contexte des recommandations

Remerciements

Ces recommandations ont été formulées à l'initiative de A. Metin Gülmezoglu (Département de Santé et Recherche génésiques, OMS), Matthews Mathai, Rajiv Bahl, Blerta Maliqi (Département de Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, OMS) et Carmen Dolea (Politique et développement sanitaires et services de santé, OMS).

A. Metin Gülmezoglu (OMS) a assuré la coordination de ce projet en collaboration avec Simon Lewin et Claire Glenton (The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services – NOKC). Olufemi Oladapo a rédigé le document de référence pour la réunion de cadrage et A. Metin Gülmezoglu, Simon Lewin et Claire Glenton ont fait des commentaires en vue d'y apporter quelques modifications. Simon Lewin, Claire Glenton et A. Metin Gülmezoglu ont rédigé le document final, à l'exception du chapitre 5 (Mise en œuvre des programmes de délégation des tâches) et de l'Annexe 8, rédigés par John Lavis et Elizabeth Alvarez.

Claire Glenton, Simon Lewin et Stephanie Polus ont analysé les données scientifiques extraites des revues documentaires systématiques et ont préparé les synthèses de ces données, y compris le résumé des résultats, les tableaux GRADE et le cadre DECIDE.

A. Metin Gülmezoglu, Zohra Lassi et son équipe de l'université d'Aga Khan, Miranda Laurant, Simon Lewin et son équipe non médicale de recherche, Susan Munabi-Babigumira, Olufemi Oladapo, Stephanie Polus, Bonnie Sibbald et Lynn Sibley ont apporté leur concours à l'élaboration de ces recommandations par la réalisation ou la mise à jour de revues documentaires pertinentes, Cochrane ou autres, sur la question de l'efficacité. Watananirun Kanokwaroon (Fon), Rajesh Khanna et Priya Miriyam Lerberg ont également apporté leur aide.

Benedicte Carlsen, Christopher Colvin, Karen Daniels, Claire Glenton, Jodie de Heer, Akram Karimi-Shahanjarini, Rajesh Khanna, Simon Lewin, Chris Morgan, Jane Noyes, Arash Rashidian, Elin S Nilsen, Elham Shakibazadeh, Alison Swartz et Laura Winterton ont travaillé sur les revues documentaires systématiques des études qualitatives. Stephanie Polus et Unni Gopinathan se sont chargés des études de cas nationales. Claire Glenton, Simon Lewin, Onikepe Owolabi et Neil Pakenham-Walsh ont réalisé l'analyse portant sur les forums de discussion de la campagne mondiale pour « L'information de santé pour tous d'ici à 2015 » (HIFA 2015).

Sarah Rosenbaum et Jenny Moberg (NOKC) ont également apporté leur concours à ce projet par leur travail de présentation des données et par leurs prises de notes durant les réunions du Comité de validation des recommandations. Simon Goudie a pour sa part offert son soutien rédactionnel.

De nombreux membres du personnel de l'OMS ont contribué à ce projet. Parmi eux, il convient de citer : Carmen Dolea et Annette Mwansa Nkowane (HSS/HDS), Eyerusalem Kebede Negussie (HTM/HIV), Rajiv Bahl, Blerta Maliqi, Matthews Mathai, Annie Portela, Severin von Xylander et José Martines (FWC/MCA), Grace Rob, Luz Maria De-Regil et Juan Pablo Pena-Rosas (NMH/NHD), João Paulo Dias De Souza, Mario Festin, A. Metin Gülmezoglu, Mario Merialdi, Lale Say, Catherine Kiener, Stephanie Polus, Watananirun Kanokwaroon, Joshua Vogel et Fabiola Stollar (FWC/RHR), Taghreed Adam et Nhan Tran (HSS/HSR), et George Pariyo (HSS/HWA).

L'OMS remercie l'USAID (Agence des États-Unis pour le développement international) pour son soutien indéfectible envers le travail de l'OMS dans ce domaine. L'OMS tient également à remercier tout spécialement Gynuity Health Projects pour son soutien financier supplémentaire dans ce projet. Merci à la NORAD (Agence norvégienne pour le développement international) pour le soutien apporté au NOKC et à l'OMS dans le cadre de l'élaboration de ce projet. Sans oublier les auteurs des revues documentaires systématiques incluses dans ces recommandations, envers lesquels l'OMS souhaite exprimer sa gratitude, pour leur aide et leur mise à jour des informations pertinentes ainsi que pour avoir communiqué de nouvelles informations concernant des revues publiées. Parmi eux, Arri Coomarasamy, Rachel Harper, Justus Hofmeyr et Juan Pablo Pena-Rosas. Enfin, un grand merci à Helga Fogstad (NORAD) pour ses encouragements, sa participation et son soutien.

Abréviations

AGREE	Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (www.agreetrust.org)
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
AS	Aides-soignants
AT	Accoucheuse traditionnelle
CER	Comité d'élaboration des recommandations (auteurs de ce rapport)
CNM	Clinicien non médecin
DECIDE	Cadre DECIDE (Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence)
DIU	Dispositif intra-utérin
ECR	Essai comparatif randomisé
EPOC	Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group
FPN	Faible poids de naissance
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Approche permettant d'évaluer le degré de certitude des données, consulter le site suivant pour plus d'informations : www.gradeworkinggroup.org)
GRC	Comité d'évaluation des directives de l'OMS (Comité chargé de contrôler la qualité des directives de l'OMS)
GREAT	Guideline development, Research priorities, Evidence synthesis, Applicability of evidence, Transfer of knowledge (projet de l'OMS)
HELLP	Hémolyse, cytolyse hépatique et thrombopénie
HIFA	Health Information For All (Organisation)
HPP	Hémorragie du post-partum
IC	Intervalle de confiance
MCA	Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent de l'OMS
NOKC	The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
Optimiser la SMN	Optimisation de la fourniture d'interventions essentielles par la délégation des tâches pour améliorer la Santé maternelle et néonatale
PICR	Population, interventions, comparaisons et résultats
PNI	Prestataire de niveau intermédiaire
PNM	Personnel non médical
PRFI	Pays à revenu faible et intermédiaire
REVMAN	Review Manager (logiciel)
RHR	Département de Santé et Recherche génésiques de l'OMS
RPMAT	Rupture prématurée des membranes avant terme
RR	Risque relatif
SCPA	Seringue compacte préremplie autobloquante
SE	Surveillance et évaluation
SFA	Sages-femmes auxiliaires
SMN	Santé maternelle et néonatale
Soub	Soins obstétricaux d'urgence de base
Souc	Soins obstétricaux d'urgence complets
SURE	Supporting Use of Research Evidence (Collaboration de recherche financée par l'UE)
TAR	Traitement antirétroviral
TMM	Taux de mortalité maternelle
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VME	Version par manœuvre externe

Définitions des catégories d'agents de santé incluses dans les recommandations Optimiser la SMN

Catégorie générale	Définition ^a	Autres dénominations
Clinicien associé de niveau avancé^b	Clinicien professionnel possédant des compétences avancées en matière de diagnostic et de prise en charge des affections médicales et chirurgicales les plus fréquentes chez la mère et l'enfant, y compris en chirurgie gynécologique et obstétricale (césarienne, par exemple). Le clinicien associé de niveau avancé a généralement suivi une formation de quatre à cinq ans dans une institution d'enseignement supérieur reconnue après ses études secondaires et/ou de trois ans après sa formation initiale de clinicien associé. Il est agréé et l'exercice de sa fonction est réglementé par une autorité réglementaire nationale ou infranationale.	Clinicien non médecin, assistant sanitaire, adjoint au médecin, 'clinical officer' ^c (au Malawi), 'medical licentiate practitioner' ^c , 'health officer' ^c (en Éthiopie), 'surgical technician' ^c , 'medical technician' ^c
Clinicien associé	Clinicien professionnel possédant des compétences de base en matière de diagnostic et de prise en charge des affections médicales et chirurgicales les plus fréquentes chez la mère et l'enfant. Il peut aussi pratiquer des interventions chirurgicales mineures. Les prérequis et la formation peuvent varier d'un pays à l'autre. Toutefois, le clinicien associé a généralement suivi une formation de trois à quatre ans dans une institution d'enseignement supérieur reconnue après ses études secondaires. Il est agréé et l'exercice de sa fonction est réglementé par une autorité réglementaire nationale ou infranationale.	Clinicien non médecin, assistant sanitaire, adjoint au médecin, 'clinical officer' ^c (en Tanzanie, en Ouganda, au Kenya et en Zambie), 'health officer' ^c
Aide-soignant	L'aide-soignant a un niveau de formation secondaire. Il peut avoir suivi une formation sur le terrain, et parfois, un apprentissage officiel. Un aide-soignant possède des compétences de soins infirmiers de base mais n'est pas formé à la prise de décision relative aux soins infirmiers. Le niveau de formation peut toutefois aller de quelques mois à deux à trois ans, selon les pays.	Aide infirmier, infirmier auxiliaire ^d , 'enrolled nurse'
Sage-femme auxiliaire	La sage-femme auxiliaire a un niveau de formation secondaire. Elle peut avoir suivi une formation sur le terrain, et parfois, un apprentissage officiel. Comme l'aide-soignant, la sage-femme auxiliaire possède des compétences de soins infirmiers de base mais n'est pas formée à la prise de décision relative aux soins infirmiers. La sage-femme auxiliaire aide à prodiguer les soins maternels et néonataux, notamment pendant l'accouchement mais aussi pendant les périodes prénatale et postnatale. Elle possède certaines compétences en commun avec la sage-femme sans toutefois être une sage-femme qualifiée.	Sage-femme infirmière auxiliaire, accoucheuse auxiliaire

Catégorie générale	Définition ^a	Autres dénominations
Personnel non médical	<p>Tout agent de santé dont les fonctions sont en lien avec la prestation de soins, ayant été formé dans le contexte de l'intervention, mais n'ayant pas obtenu de diplôme officiel ou de l'enseignement supérieur professionnel ni paraprofessionnel.</p> <p><i>Accoucheuse traditionnelle</i> : personne qui assiste la mère pendant l'accouchement et qui a acquis ses compétences en aidant d'autres femmes à accoucher ou auprès d'autres accoucheuses traditionnelles. L'accoucheuse traditionnelle formée a suivi une formation biomédicale sur la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement^e. Dans ces recommandations, les accoucheuses traditionnelles formées entrent dans la catégorie du personnel non médical.</p>	<p>Agent de santé communautaire, personnel non professionnel de santé, travailleur de la santé non professionnel, promoteur de la santé, travailleur sanitaire local, agent sanitaire du village, etc.</p> <p>Accoucheuse traditionnelle communautaire qualifiée (Bangladesh), Dai (Pakistan), Bidan Kampong (Malaisie), accoucheuse qualifiée (Bangladesh), sage-femme traditionnelle (Guatemala), Daya (Égypte)</p>
Sage-femme	<p>Personne ayant été évaluée par le conseil national de l'ordre des sages-femmes ou une autorité réglementaire similaire et inscrite auprès de celui-ci. Elle assure les soins à la femme enceinte pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et pendant la période du post-partum. Elle prodigue aussi les soins au nouveau-né et aide la mère à allaiter. Sa formation dure trois, quatre ans ou plus à l'école d'infirmière et débouche sur un diplôme universitaire ou de troisième cycle ou équivalent. Une sage-femme d'État possède toutes les compétences requises pour prodiguer les soins inhérents à cette fonction^f.</p>	<p>Sage-femme d'État, SFE, infirmière sage-femme, sage-femme communautaire</p>
Médecin non spécialiste	<p>Praticien en médecine dûment qualifié et agréé, ayant pour mission de maintenir ou de restaurer la santé humaine au moyen de l'étude, du diagnostic et du traitement des maladies et des lésions, en se fondant sur la science de la médecine et l'application pratique de celle-ci. Le docteur en médecine a suivi une formation dans une école de médecine. Selon la juridiction et l'université proposant la formation, l'école de médecine est accessible avec ou sans diplôme, et l'obtention du diplôme de base en médecine prend cinq à neuf ans.</p>	<p>Médecin de famille, médecin généraliste, docteur en médecine, praticien généraliste</p>

Catégorie générale	Définition ^a	Autres dénominations
Personnel infirmier	<p>Diplômé ayant été autorisé légalement (agrée, diplômé d'État) à exercer après examen par un comité national d'examineurs infirmiers ou une autorité réglementaire similaire. Sa formation dure trois, quatre ans ou plus à l'école d'infirmière et débouche sur un diplôme universitaire ou de troisième cycle ou équivalent. Un infirmier diplômé d'État possède toutes les compétences requises pour prodiguer les soins infirmiers.</p> <p>Les soins infirmiers regroupent les soins prodigués seuls ou en équipe à des individus de tous âges, familles, groupes et communautés, malades ou en bonne santé, dans tous les milieux. Ils incluent la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins aux personnes malades, handicapées et mourantes. La défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration des politiques de santé, la gestion des systèmes de santé et d'hospitalisation et l'éducation sont également des missions essentielles du personnel infirmier.</p>	Infirmier diplômé d'État, infirmier clinique, infirmier praticien, infirmier diplômé, infirmier en pratique avancée, infirmier autorisé, infirmier agrée

^a L'Annexe 1 reprend ces définitions et indique la liste des références ayant servi à leur élaboration.

^b Après discussion lors de la réunion du Comité de validation des recommandations, il a été décidé d'écarter le terme « clinicien non médecin » et de lui préférer le terme « clinicien associé ». Il a également été souligné que les cliniciens associés peuvent avoir une formation plus ou moins avancée et, par conséquent, des compétences et champs d'exercice différents. Il convenait donc de prendre en considération deux catégories de cliniciens associés dans le cadre de ces recommandations. Nous les avons nommées « clinicien associé de niveau avancé » et « clinicien associé ».

^c Cette catégorie n'a pas été traduite car elle n'existe pas dans les pays francophones. Elle a néanmoins été incluse en anglais à des fins d'information, notamment pour les personnes qui connaissent les milieux anglophones.

^d Aides-infirmiers : aussi appelés infirmiers auxiliaires. Leur formation dure trois à quatre ans et aboutit à un titre qui n'est pas équivalent à un diplôme universitaire de premier cycle (après l'école secondaire). Un aide-infirmier possède des compétences de base en matière de soins infirmiers. Dans le cadre d'un modèle de services de santé traditionnel, il peut pratiquer des actes médicaux simples ou complexes et travaille généralement sous la supervision d'infirmiers diplômés d'État ou de médecins. Dans le cadre de ces recommandations, on a considéré que les aides-infirmiers entraient dans la catégorie des aides-soignants. La formation et l'étendue des attributions des aides-infirmiers peuvent toutefois varier selon les milieux.

^e Veuillez noter que seules les accoucheuses traditionnelles formées ont été prises en considération dans le cadre de ces recommandations.

^f La publication *State of Midwifery* et le site Internet de la Confédération Internationale des Sages-Femmes (www.internationalmidwives.org) donnent des définitions légèrement différentes mais c'est la définition de l'OMS susmentionnée qui a été utilisée aux fins de ces recommandations.

1. Résumé d'orientation

La pénurie de ressources humaines dans les services de santé est largement reconnue comme une menace pesant sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé. Toute tentative visant à optimiser le potentiel du personnel de santé revêt par conséquent une importance cruciale. Une répartition plus rationnelle des tâches et des responsabilités entre les différentes catégories d'agents de santé est perçue comme une stratégie prometteuse pour améliorer l'accès et le rapport coût-efficacité au sein des systèmes de santé. L'accès aux soins pourrait par exemple être facilité en formant le personnel de santé non médical ou de niveau intermédiaire et en lui permettant de prendre en charge certaines interventions spécifiques dont la pratique est réservée à des catégories d'agents de santé ayant suivi une formation plus longue (et parfois plus spécialisée). Ce type de stratégies de délégation des tâches peut s'avérer particulièrement intéressant pour les pays qui manquent de moyens pour améliorer rapidement l'accès aux soins.

La réussite des stratégies d'optimisation des tâches et des rôles pour la mise en œuvre d'interventions efficaces est assez inégale. Cela s'explique en partie par le fait que les effets de ces stratégies dépendent des différents contextes sanitaires locaux et sont influencés par un ensemble de systèmes culturels, politiques et sociaux très divers. Par ailleurs, la question de l'identification des prestataires de soins pouvant mettre en œuvre des interventions efficaces rejoint des discussions à plus grande échelle visant à déterminer si le personnel soignant ayant un niveau de formation inférieur peut réaliser des interventions essentielles en toute *sécurité*. Dans le domaine de la santé maternelle et néonatale, par exemple, la mise en œuvre de programmes de contraception et d'interventions spécifiques de santé maternelle (telles que l'utilisation d'utérotoniques) est liée à des débats plus larges sur la façon d'optimiser les tâches et les rôles grâce à la délégation des tâches. Un consensus s'est dégagé sur la nécessité de définir quelles sont les interventions essentielles pouvant être mises en œuvre efficacement et en toute sécurité par différentes catégories d'agents de santé.

Objectifs

Ces recommandations ont été élaborées dans le cadre de la mission l'Organisation mondiale de la Santé de fournir des orientations normatives à ses États-membres. L'objectif de

ce document est de formuler des recommandations fondées sur des données factuelles afin de faciliter l'accès universel aux interventions essentielles et efficaces en matière santé maternelle et néonatale, grâce à l'optimisation des rôles du personnel de santé. Ces recommandations s'adressent aux décideurs de la santé, aux responsables et autres acteurs aux niveaux international, national et régional. En fournissant ces recommandations générales à l'échelle internationale, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) part du principe que les pays les adapteront et qu'ils les mettront en œuvre en tenant compte du système politique et des systèmes de santé déjà en place.

Méthodes d'élaboration des recommandations

Les procédures suivies pour élaborer ces recommandations sont décrites dans le manuel de l'OMS pour l'élaboration de directives *WHO handbook for guideline development* (1). Elles consistent en : (i) l'identification des questions liées à la pratique et aux politiques de santé pour lesquelles des réponses sont nécessaires ; (ii) la récupération de données factuelles actualisées issues de la recherche ; (iii) l'évaluation et la synthèse de ces données ; (iv) la formulation de recommandations avec la participation d'un large éventail de parties prenantes ; et (v) l'élaboration de stratégies de diffusion, de mise en œuvre, d'évaluation de l'impact et de mise à jour des recommandations.

La synthèse des données scientifiques sur lesquelles se fondent ces recommandations a été réalisée en suivant la méthodologie GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). Les profils de données reposant sur des revues documentaires systématiques ont été préparés pour chaque question et complétés par des synthèses des données qualitatives et des données relatives à la mise en œuvre des programmes. Le cadre DECIDE (*Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence*) a été utilisé pour résumer et présenter les données au Comité de validation des recommandations. Ce dernier a classé chacune des recommandations dans l'une des catégories suivantes :

1. « Nous recommandons cette option »

Cette catégorie indique que la mise en œuvre de l'intervention devrait être envisagée.

2. « Nous recommandons cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées »

Cette catégorie indique une certaine incertitude quant à l'efficacité ou à l'acceptabilité d'une intervention, notamment dans des conditions ou contextes particuliers. La mise en œuvre des interventions entrant dans cette catégorie peut-être envisagée (y compris à grande échelle), à condition qu'elle s'accompagne d'une surveillance et d'une évaluation ciblées. Une attention particulière doit être accordée aux questions spécifiques donnant lieu à des interrogations (tels que les risques ou effets nocifs) et pour lesquelles il n'existe pas ou que peu d'informations pertinentes. Les informations relatives à la surveillance et à l'évaluation peuvent provenir de différentes sources, y compris des données de routine et des données d'enquêtes (2). Le Comité de validation des recommandations a cherché à spécifier quels aspects des interventions nécessitaient une surveillance et a précisé les indicateurs pertinents.

3. « Nous recommandons cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses »

Cette catégorie indique la présence de fortes incertitudes quant à l'intervention. Dans de telles circonstances, la mise en œuvre peut toujours être réalisée à grande échelle, à condition qu'elle s'inscrive dans le cadre d'une recherche permettant de répondre aux questions et incertitudes en suspens quant à l'efficacité de l'intervention, d'une part, et à son acceptabilité et sa faisabilité, d'autre part. Pour analyser l'efficacité d'une intervention, l'étude devrait (au minimum) comparer des personnes exposées à une option à d'autres personnes qui n'y sont pas exposées et inclure une évaluation initiale. Les groupes de comparaison étudiés devraient être aussi similaires que possibles afin d'assurer que les effets évalués résultent bien de l'intervention et qu'ils ne sont pas liés à d'autres facteurs. Les essais randomisés sont la méthode la plus efficace pour ce faire, mais s'ils ne sont pas réalisables, des analyses de séries chronologiques interrompues ou des études comparatives avant-après devraient être envisagées. Les programmes évalués sans groupe de comparaison ou évaluation initiale présentent un risque élevé de biais et risquent de ne pas mesurer l'effet réel d'une intervention.

Lorsque des questions en suspens ou des incertitudes demeurent quant à l'acceptabilité ou à la faisabilité de l'intervention, les recherches devraient inclure des études qualitatives rigoureuses ainsi que des études quantitatives, telles que des enquêtes, afin d'y répondre.

4. « Nous recommandons de ne pas adopter cette option »

Cette catégorie indique que l'intervention ne devrait pas être mise en œuvre.

Toutes les recommandations finales incluses dans ce rapport ont été formulées et approuvées par un groupe international d'experts (le Comité de validation des recommandations) ayant participé à la Consultation technique de l'OMS sur la fourniture d'interventions essentielles pour atteindre les OMD 4 et 5 (Optimiser la SMN) organisée à Genève, Suisse, du 16 au 19 avril 2012 et le 26 juin 2012. Les experts ont également identifié d'importants manques de connaissances devant être comblés par des recherches primaires supplémentaires.

Recommandations

Le Comité de validation des recommandations a formulé 119 recommandations : 36 concernent le personnel non médical, 23 les aides-soignants, 17 les sages-femmes auxiliaires, 13 le personnel infirmier, 13 les sages-femmes, huit les cliniciens associés, huit les cliniciens associés de niveau avancé et une les médecins non spécialistes. Le Comité de validation des recommandations a exclu une question prioritaire liée à la distribution aux femmes enceintes de misoprostol par quelque catégorie d'agents de santé que ce soit, en vue de son auto-administration après l'accouchement. Il a en effet estimé que plusieurs questions cliniques sous-jacentes restent à élucider concernant l'efficacité et la sécurité de l'auto-administration. Il n'a pas non plus formulé de recommandation sur l'utilisation des seringues compactes préremplies autobloquantes pour l'administration de contraceptifs injectables au sein de la communauté car ce produit n'est pas commercialisé actuellement. Le Comité de validation des recommandations a étudié l'instauration et la poursuite du traitement antirétroviral par différentes catégories d'agents de santé pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et a formulé des recommandations en ce sens. Un ensemble plus vaste et complet de recommandations fondées sur des données plus récentes a toutefois été publié depuis par le département VIH/sida de l'OMS. Pour assurer la cohérence entre les deux directives de l'OMS, les recommandations relatives aux antirétroviraux initialement incluses dans ce document ont été supprimées. Les recommandations sont résumées au Chapitre 4 (Données et recommandations) et l'ensemble des profils de données GRADE et résumés de résultats sont inclus en [Annexe 5](#) et [Annexe 6](#) (ils sont également consultables

sur le site Internet de l'OMS à l'adresse suivante : www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843).

Diffusion, adaptation et mise en œuvre des recommandations

Le Comité de validation des recommandations est conscient que les accords au sein des systèmes de santé et certains facteurs politiques et socioculturels spécifiques influenceront la mise en œuvre des recommandations dans des contextes donnés. Un dialogue est par conséquent nécessaire à l'échelle nationale, afin de déterminer, entre autres, si la (non) disponibilité de personnel de santé qualifié contribue de manière significative à l'accessibilité et à l'utilisation d'interventions essentielles, s'il existe une volonté d'envisager la délégation de tâches comme un moyen permettant de résoudre les problèmes existants, quels agents de santé mentionnés dans ces recommandations pourraient être des candidats potentiels pour la délégation des tâches et satisfaire au besoin d'amélioration de l'accès aux interventions mentionnées et de leur utilisation, et quels ensembles d'interventions pourraient être confiés à ces candidats. Il est important de garder à l'esprit que la réduction des inégalités d'accès aux soins tout en garantissant la sécurité est l'une des principales raisons d'être du transfert des tâches. Un manuel est inclus dans ce document de l'OMS (*Annexe 8*). Il vise à aider et soutenir les décideurs politiques chargés de l'évaluation, de l'adaptation et de l'adoption de ces recommandations aux niveaux national et infranational.

Chaque recommandation incluse dans ce document est formulée à l'intention d'une catégorie d'agents de santé donnée et concerne une intervention spécifique. Dans les politiques et dans la pratique, les recommandations devraient être envisagées comme des « ensembles », portant à la fois sur le thème ou le problème de santé abordé (tels que l'hémorragie du post-partum ou l'infection néonatale) et sur la catégorie de personnel de santé (sages-femmes auxiliaires ou sages-femmes, par exemple).

Résumé des recommandations

Les pratiques recommandées par le Comité de validation des recommandations sont énumérées ci-après. La liste complète (incluant les pratiques recommandées uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses et les pratiques non recommandées par le Comité de validation des recommandations) est présentée au Chapitre 4 (Données et recommandations).

Nous recommandons que les interventions suivantes soient prises en charge par le PERSONNEL NON MÉDICAL :

- *Les interventions de promotion de la santé maternelle et néonatale suivantes :*
 - » *Promotion d'un comportement de demande de soin approprié et des soins prénatals pendant la grossesse*
 - » *Promotion de l'accompagnement pendant le travail*
 - » *Promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides pour dormir pendant la grossesse*
 - » *Promotion de la préparation à l'accouchement*
 - » *Promotion de soins qualifiés pour l'accouchement*
 - » *Promotion d'une alimentation adéquate et d'une supplémentation en fer et en folates pendant la grossesse*
 - » *Promotion de la santé génésique et de la planification familiale*
 - » *Promotion du dépistage du VIH pendant la grossesse*
 - » *Promotion de l'allaitement maternel exclusif*
 - » *Promotion des soins post-partum*
 - » *Promotion de la vaccination conformément aux recommandations nationales*
 - » *Promotion de la méthode mère-kangourou pour les nouveau-nés de faible poids de naissance*
 - » *Promotion des soins néonataux de base et des soins aux nouveau-nés de faible poids de naissance*
- *Administration de misoprostol en prévention de l'hémorragie du post-partum*
- *Apport d'un soutien continu à la femme pendant le travail, en présence d'une accoucheuse qualifiée*

Nous recommandons que les interventions suivantes soient prises en charge par le PERSONNEL NON MÉDICAL, avec une surveillance et une évaluation ciblées :

- *Distribution des supplémentations suivantes aux femmes enceintes :*
 - » *Supplémentation en calcium chez les femmes vivant dans des zones où l'on sait que les apports en calcium sont faibles*
 - » *Supplémentation systématique en fer et en folates chez la femme enceinte*

- » *Traitement présomptif intermittent antipaludéen chez les femmes enceintes vivant dans des zones où le paludisme est endémique*
- » *Supplémentation en vitamine A chez les femmes enceintes vivant dans des zones où la carence sévère en vitamine A constitue un grave problème de santé publique*
- *Instauration et poursuite de l'utilisation de contraceptifs injectables à l'aide d'une seringue standard*

Nous recommandons que les interventions suivantes soient prises en charge par les AIDES-SOIGNANTS :

- *Administration d'ocytocine en prévention de l'hémorragie du post-partum à l'aide d'une seringue standard*
- *Administration d'ocytocine en prévention de l'hémorragie du post-partum à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante*
- *Administration de misoprostol en prévention de l'hémorragie du post-partum*
- *Administration de misoprostol en traitement de l'hémorragie du post-partum avant orientation de la patiente*
- *Administration de liquides par voie intraveineuse pour la réanimation en cas d'hémorragie du post-partum*
- *Suture des lésions périnéales/génitales mineures*
- *Instauration et poursuite de l'utilisation de contraceptifs injectables à l'aide d'une seringue standard*

Nous recommandons que les interventions suivantes soient prises en charge par les AIDES-SOIGNANTS, avec une surveillance et une évaluation ciblées :

- *Administration d'ocytocine en traitement de l'hémorragie du post-partum à l'aide d'une seringue standard*
- *Administration d'ocytocine en traitement de l'hémorragie du post-partum à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante*
- *Instauration de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance*
- *Poursuite de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance*
- *Compression bimanuelle interne de l'utérus en cas d'hémorragie du post-partum*
- *Pose et retrait d'implants contraceptifs*

Nous recommandons que les interventions suivantes soient prises en charge par les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES :

- *Réanimation néonatale*
- *Administration de liquides par voie intraveineuse pour la réanimation en cas d'hémorragie du post-partum*
- *Compression bimanuelle interne de l'utérus en cas d'hémorragie du post-partum*
- *Suture des lésions périnéales/génitales mineures*
- *Instauration et poursuite de l'utilisation de contraceptifs injectables à l'aide d'une seringue standard*
- *Pose et retrait de dispositifs intra-utérins*

Nous recommandons que les interventions suivantes soient prises en charge par les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES, avec une surveillance et une évaluation ciblées :

- *Instauration de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance*
- *Poursuite de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance*
- *Administration d'antihypertenseurs en cas d'hypertension artérielle sévère pendant la grossesse*
- *Pose et retrait d'implants contraceptifs*

Nous recommandons que les interventions suivantes soient prises en charge par le PERSONNEL INFIRMIER :

- *Pose et retrait de dispositifs intra-utérins*
- *Pose et retrait d'implants contraceptifs*

Nous recommandons que les interventions suivantes soient prises en charge par le PERSONNEL INFIRMIER, avec une surveillance et une évaluation ciblées :

- *Diagnostic de la rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT) et administration du traitement initial par antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, avant orientation de la patiente*
- *Administration d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie et orientation de la patiente*

- Administration d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie et orientation de la patiente

Nous recommandons que les interventions suivantes soient prises en charge par les SAGES-FEMMES :

- Pose et retrait de dispositifs intra-utérins
- Pose et retrait d'implants contraceptifs

Nous recommandons que les interventions suivantes soient prises en charge par les SAGES-FEMMES, avec une surveillance et une évaluation ciblées :

- Diagnostic de la rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT) et administration du traitement initial par antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, avant orientation de la patiente
- Extraction par ventouse obstétricale pendant l'accouchement
- Administration d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie et orientation de la patiente
- Administration d'une dose d'entretien de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie et orientation de la patiente
- Administration d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie et orientation de la patiente
- Administration d'une dose d'entretien de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie et orientation de la patiente

Nous recommandons que les interventions suivantes soient prises en charge par les CLINICIENS ASSOCIÉS, avec une surveillance et une évaluation ciblées :

- Administration d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie et orientation de la patiente
- Administration d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie et orientation de la patiente
- Extraction manuelle du placenta

Nous recommandons que les interventions suivantes soient prises en charge par les CLINICIENS ASSOCIÉS DE NIVEAU AVANCÉ :

- Extraction par ventouse obstétricale pendant l'accouchement
- Extraction manuelle du placenta

Nous recommandons que les interventions suivantes soient prises en charge par les CLINICIENS ASSOCIÉS DE NIVEAU AVANCÉ, avec une surveillance et une évaluation ciblées :

- Administration d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie et orientation de la patiente
- Administration d'une dose d'entretien de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie et orientation de la patiente
- Administration d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie et orientation de la patiente
- Administration d'une dose d'entretien de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie et orientation de la patiente
- Césariennes

Nous recommandons que les interventions suivantes soient prises en charge par les MÉDECINS NON SPÉCIALISTES, avec une surveillance et une évaluation ciblées :

- Version par manœuvre externe (VME) en cas de présentation par le siège à terme

2. Introduction

Nombreux sont les États-membres de l'OMS qui s'efforcent d'améliorer l'accès à des interventions efficaces. L'organisation de brèves formations supplémentaires pour les catégories d'agents de santé disponibles visant à leur permettre de se charger d'activités auxquelles ils ne participaient pas avant est un moyen d'atteindre cet objectif. Ce processus dit de « délégation des tâches » ou de « partage des tâches » constitue l'une des stratégies susceptibles d'améliorer l'utilisation des ressources du système de santé. En définitive, la délégation des tâches peut également se traduire par un système de santé plus performant et de meilleurs résultats sanitaires. Les termes utilisés pour décrire ces évolutions sont souvent mal définis et ont tendance à être utilisés de façon interchangeable, mais ils reflètent la même intention générale : former des catégories d'agents de santé qui ne possèdent normalement pas les compétences nécessaires à la réalisation de tâches spécifiques afin qu'ils puissent s'en charger et améliorer ainsi l'accès aux soins de santé. Dans ce document, nous utilisons l'expression « optimisation de la fourniture d'interventions essentielles efficaces » pour souligner l'accent mis sur l'amélioration de l'accès à des interventions dont l'efficacité pour améliorer les résultats sanitaires a été mise en évidence dans des études cliniques.

Afin d'améliorer la santé maternelle et néonatale, de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) cherchent à optimiser la fourniture d'interventions essentielles efficaces en la matière. L'OMS soutient les efforts de ses États-membres visant à accroître la présence d'un personnel qualifié lors de l'accouchement et à améliorer ainsi les soins pendant l'accouchement. Les stratégies de délégation de tâches peuvent jouer un rôle complémentaire majeur pour atteindre ces objectifs et favoriser l'amélioration de la santé maternelle et néonatale en facilitant l'accès à des interventions spécifiques.

Ce projet s'inscrit dans un cadre complet de traduction des connaissances dans la pratique mis en œuvre en 2009 par le Département de Santé et Recherche génésiques de l'OMS. Cette approche, connue sous le nom de projet GREAT (Guideline-driven, Research priorities, Evidence synthesis, Applicability of evidence, Transfer of knowledge) (www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/en/index.html), inclut l'élaboration de recommandations fondées sur des données factuelles conformes aux exigences établies par le Comité d'évaluation des recommandations (GRC) de l'OMS. Ce projet vise en outre à développer des stratégies

d'adaptation et à favoriser la mise en œuvre de ces recommandations.

La pénurie mondiale de personnel de santé

Le manque criant d'effectifs de santé dans le monde menace la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé. D'après le Rapport sur la santé dans le monde 2006, 57 pays sont confrontés à une pénurie chronique de personnel dans ce secteur. Parmi ces pays figurent en règle générale les PRFI et les nations les plus durement touchées par des problèmes de santé tels que le VIH/sida et la mortalité maternelle et néonatale (3).

Ces problèmes se voient aggravés par une répartition inégale des effectifs de santé à l'échelle nationale et internationale. Plus précisément, l'Afrique subsaharienne concentre 36 des 57 pays actuellement confrontés à cette pénurie d'agents de santé. Cette région, qui réunit 11 % de la population mondiale, supporte pas moins de 24 % de la charge mondiale de morbidité. Pour autant, elle ne compte que 3 % des effectifs de santé de la planète et représente à peine 1 % des dépenses liées à la santé dans le monde. La région des Amériques (principalement les États-Unis et le Canada), qui réunit 14 % de la population mondiale, ne supporte quant à elle que 10 % de la charge mondiale de morbidité ; elle compte 37 % des effectifs de santé de la planète et représente à elle seule environ 50 % des dépenses liées à la santé dans le monde (4).

La répartition inégale des effectifs de santé est également une réalité à l'échelle du pays, notamment dans les pays à revenu faible. Selon les estimations, seuls 24 % des médecins et 38 % du personnel infirmier travaillent en milieu rural alors que ces zones concentrent la moitié de la population mondiale (3). Cette inégalité affecte non seulement le nombre et la répartition géographique des agents de santé disponibles, mais également les champs des compétences de ces derniers. La plupart des pays comptent encore trop peu de médecins spécialistes (comme des chirurgiens, des obstétriciens et des anesthésistes) comparativement aux besoins de leur population.

La pénurie de ressources humaines en santé maternelle et infantile

La faible proportion de femmes assistées par des accoucheuses qualifiées lors de l'accouchement constitue

un indicateur important de la pénurie mondiale de personnel de santé. Chaque année, près de 60 millions de naissances surviennent en dehors d'un établissement de santé et 52 millions de ces naissances ont lieu sans l'aide d'une accoucheuse qualifiée (5). Alors que la présence d'une accoucheuse qualifiée est garantie lors de la quasi-totalité des accouchements qui ont lieu dans les pays industrialisés, elle l'est dans moins de la moitié des accouchements qui surviennent dans la plupart des pays d'Asie du Sud et d'Afrique subsaharienne (6). En 2008, l'OMS estimait le taux moyen des accouchements assistés par des accoucheuses qualifiées à 33,7 % en Afrique de l'Est et à 46,9 % en Asie centrale et du Sud (Publication de l'OMS, www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/2008_skilled_attendant.pdf). Étant donné que le taux d'amélioration de cette situation dans les pays en voie de développement n'augmente qu'à raison de moins de 0,5 % par an, encore moins de la moitié des accouchements se dérouleront en présence d'une accoucheuse qualifiée d'ici à 2015 (7).

Il existe souvent une association inverse entre la mortalité néonatale et la disponibilité d'accoucheuses qualifiées : les pays enregistrant un taux très élevé de mortalité maternelle et néonatale comptent généralement très peu de naissances assistées par des accoucheuses qualifiées, très peu d'accouchements par césarienne et une faible densité de médecins. À l'inverse, les pays enregistrant les taux de mortalité maternelle et néonatale les plus faibles affichent généralement les taux les plus élevés d'accouchements en présence d'une accoucheuse qualifiée, un plus grand nombre d'accouchements par césarienne et une densité de médecins plus élevée (7;8). Des politiques d'interventions actives s'avèrent donc nécessaires dans les pays touchés par une telle pénurie afin de renforcer les effectifs de santé.

L'optimisation des rôles des agents de santé par la délégation des tâches : les grandes lignes

Les stratégies nationales en matière de santé permettent de favoriser à la fois l'accès aux soins de santé et la qualité de ces soins. Depuis la mise en place des OMD, des efforts ont été déployés dans les pays à revenu faible et intermédiaire afin d'améliorer la santé maternelle et néonatale en augmentant la prise en charge des accouchements par une accoucheuse qualifiée et le nombre d'accouchements en institution. Ces pays se sont également efforcés d'établir un accès universel à la santé et aux droits sexuels et génésiques.

La prise en charge de tous les accouchements par des accoucheuses qualifiées est une recommandation universellement reconnue et, dans l'ensemble, des progrès sont réalisés pour accroître les taux de couverture à l'échelle nationale. De nombreux pays ont également élaboré des stratégies innovantes pour favoriser l'accès à d'autres interventions essentielles afin d'améliorer la santé maternelle et néonatale, notamment dans les zones les plus reculées. Par exemple, certains pays ont formé du personnel non médical à la réalisation d'interventions spécifiques. Ce personnel peut travailler seul ou en équipe au sein des communautés ou dans des établissements de soins de santé. Le personnel non médical est défini comme tout agent de santé dont les fonctions sont en lien avec la prestation de soins, ayant été formé dans le contexte de l'intervention, mais n'ayant pas obtenu de diplôme officiel ou de l'enseignement supérieur professionnel ni paraprofessionnel. L'expression « personnel non médical » est par définition large et inclut (parmi d'autres catégories d'agents) les agents de santé communautaires, les agents sanitaires de village et les promoteurs de la santé.

Les programmes destinés au personnel non médical sont souvent créés pour fournir des services de promotion de la santé et de conseil. La participation du personnel non médical aux interventions de santé maternelle et néonatale doit par conséquent s'intégrer au cadre de l'ensemble, plus large, des rôles pour lesquels il est formé. Dans certains milieux, par exemple, les accoucheuses traditionnelles (AT) ont été recrutées et formées à la mise en œuvre d'interventions individuelles, notamment la promotion des soins néonataux de base, comme partie intégrante de programmes plus larges visant à favoriser l'accès aux soins. Des catégories de professionnels de santé ont également bénéficié d'une formation supplémentaire à la mise en œuvre d'interventions qui ne s'inscrivaient pas nécessairement dans le cadre de leur formation initiale. Dans certains milieux, des aides-soignants, des sages-femmes auxiliaires, des infirmiers et des sages-femmes ont ainsi appris à réaliser des actes chirurgicaux mineurs. Pour refléter les changements que la délégation des tâches peut entraîner, de nouvelles catégories d'agents de santé (comme les « cliniciens non médecins ») ont été créées, en vue d'offrir, dans une certaine mesure, une reconnaissance formelle à ceux qui ont acquis un niveau de compétences chirurgicales plus avancé¹.

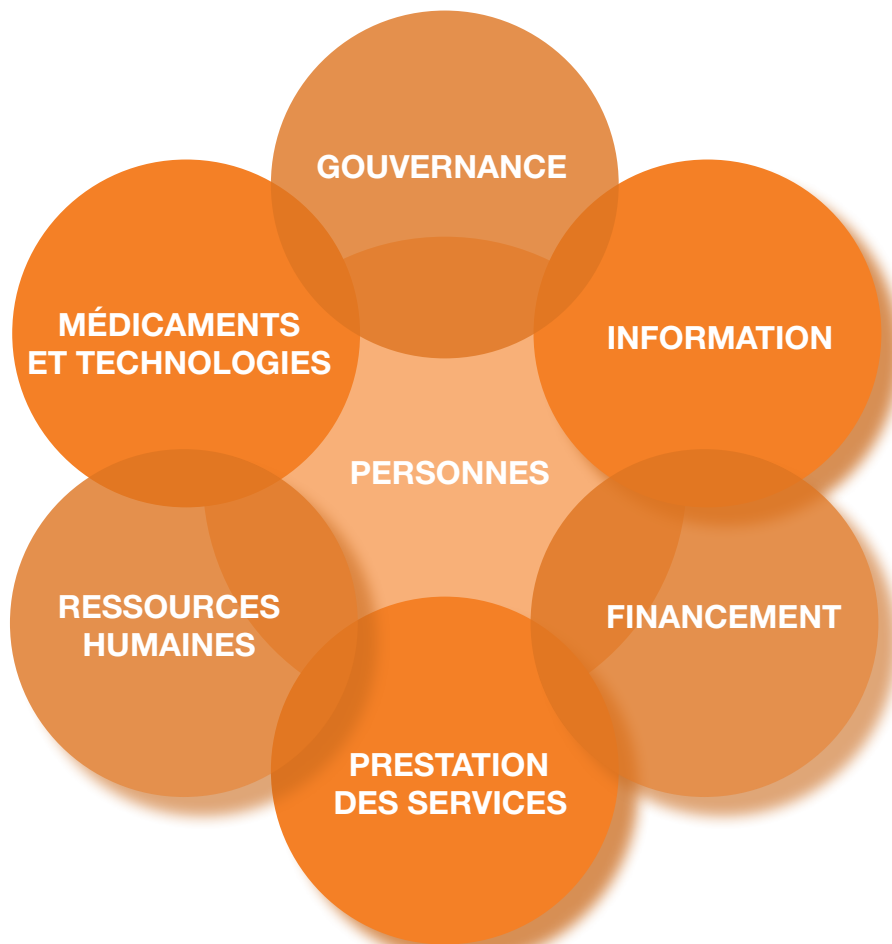
¹ Remarque : dans ce document, nous n'avons pas toujours utilisé le terme « clinicien non médecin » pour nous référer à cette catégorie d'agents de santé. Nous avons également utilisé les termes « clinicien associé » et « clinicien associé de niveau avancé ». Une liste complète des catégories d'agents de santé figurant dans ce document est fournie en [Annexe 1](#).

Ces recommandations de l'OMS visent à favoriser *l'optimisation de la fourniture d'interventions essentielles*. Une première liste d'interventions efficaces en matière de santé maternelle et néonatale a été établie à partir de données extraites de revues documentaires systématiques et de recommandations cliniques déjà existantes. Les recommandations relatives à chaque intervention ont été évaluées afin de déterminer si l'intervention pouvait être mise en œuvre efficacement et en toute sécurité par la catégorie concernée de prestataires de soins (le personnel non médical ou les catégories professionnelles d'agents de santé). Nous sommes partis du principe que la formation d'un plus grand nombre de catégories d'agents de santé à la réalisation de certaines interventions favorisera l'accès et le recours auxdites interventions. La méthodologie est détaillée plus précisément au chapitre 3.

Les interventions décrites dans ce document ne peuvent être mises en œuvre efficacement que si d'autres composantes interdépendantes des systèmes de santé s'inscrivent en soutien des agents de santé (Figure 1). Ces composantes sont présentées et examinées au chapitre 5 (Mise en œuvre des programmes de délégation des tâches) et au chapitre 6 (Mise en contexte des recommandations), portant sur la diffusion et la mise en œuvre des interventions. Le chapitre 4 (Données et recommandations) présente des considérations supplémentaires en la matière.

Les fonctions fondamentales des soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) et des soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) sont des indicateurs de toute une liste de soins obstétricaux d'urgence qui servent à définir une structure sanitaire eu égard à sa capacité de traiter les

Figure 1: Les « éléments constitutifs » des systèmes de santé définis par l'OMS



urgences obstétricales (www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/index.html).

Toutefois, les recommandations formulées dans ce document concernant les catégories d'agents de santé pouvant mettre en œuvre, de façon efficace et en toute sécurité, certaines interventions de santé maternelle et néonatale n'impliquent *aucune* préférence à l'égard d'établissements de soins particuliers ou de types précis de structures. Dans la plupart des cas, nous sommes partis du principe que les agents de santé travaillent seuls, aux niveaux de soins communautaire ou primaire, plutôt qu'en équipe, aux côtés d'autres catégories d'agents et de professionnels de santé.

Il est évident que la mise en œuvre de ces recommandations dépendra de nombreux facteurs politiques, financiers et liés au système de santé. Par exemple, décider de confier une ou plusieurs nouvelles tâches à une catégorie existante d'agents et choisir de lancer un programme visant à créer une nouvelle catégorie d'agents constituent deux scénarios radicalement différents pour les systèmes de santé et les décideurs politiques. Ces facteurs politiques, financiers et liés au système de santé font l'objet d'un examen plus approfondi au chapitre 6 (Mise en contexte des recommandations). Les recommandations formulées dans ce document sont compatibles avec d'autres directives approuvées par le Comité d'évaluation des directives de l'OMS, lesquelles sont mentionnées, le cas échéant, au chapitre 4 (Données et recommandations).

Objectifs

L'objectif de ce document est de formuler des recommandations fondées sur des données factuelles afin de faciliter l'accès universel aux interventions essentielles et efficaces de santé maternelle et néonatale, grâce à l'optimisation des rôles du personnel de santé. Ces recommandations s'adressent aux décideurs de la santé, aux dirigeants et autres acteurs du secteur aux niveaux international, national et régional. En fournissant ces recommandations générales à l'échelle internationale, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) part du principe que les pays adapteront ces recommandations et qu'ils les mettront en œuvre en prenant en considération le système politique et les systèmes de santé déjà en place.

3. Méthodologie

Ces recommandations reflètent les efforts de l'OMS visant à renforcer l'utilisation dans tous les pays de politiques et de pratiques fondées sur des données factuelles. Elles s'inscrivent dans le cadre du projet GREAT de l'OMS, consistant en la traduction des connaissances dans la pratique (10).

Elles ont été élaborées conformément aux méthodes décrites dans le manuel de l'OMS pour l'élaboration de directives *WHO handbook for guideline development* (1) et s'appuient sur celles figurant dans le manuel d'élaboration de recommandations aux systèmes de santé *Handbook for developing health systems guidance* (11). En résumé, les différentes étapes ont été les suivantes :

- (i) l'identification des questions et des résultats essentiels ;
- (ii) la récupération des données factuelles ;
- (iii) l'évaluation, la synthèse et le classement des données factuelles ;
- (iv) la présentation des données factuelles dans un cadre structuré de systèmes de santé ;
- (v) la formulation des recommandations ; et
- (vi) la planification de la diffusion, de la mise en œuvre, de l'évaluation d'impact et de la mise à jour des recommandations.

Identification des questions et des résultats essentiels

Afin d'identifier les questions et les résultats essentiels, nous avons suivi les étapes suivantes :

Évaluation des besoins de recommandations

Ces besoins ont été évalués de deux façons :

- a) *à l'aide d'une enquête de l'OMS sur l'ordre des priorités en matière de recommandations.* Une enquête a été menée en ligne afin d'identifier les priorités de l'OMS en matière de recommandations dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. Elle a été adressée aux Bureaux régionaux et aux Bureaux de pays de l'OMS, ainsi qu'à tous les ministères de la Santé. En outre, l'enquête a été diffusée dans tous les réseaux et tous les forums électroniques pertinents. 393 réponses ont été reçues,

dont 56 provenant de ministères de la Santé et 54 de Bureaux de pays de l'OMS/ONU. 75 % des réponses provenaient de PRFI et les 25 % restants de pays à revenu élevé. Les résultats de l'enquête suggéraient que l'amélioration de la qualité des soins pour réduire toutes les causes de la mortalité maternelle et néonatale constituait le premier thème à traiter dans des recommandations. L'enquête a également fait ressortir le besoin de recommandations pour améliorer l'accès aux soins et de recommandations axées sur la diffusion et la mise en œuvre de pratiques efficaces et sur la formation des professionnels de santé (12).

- b) *en fonction des demandes de la part des États-membres :* de nombreuses demandes des Bureaux régionaux et de pays de l'OMS, ainsi que des ministères de la Santé, parviennent aux Départements de Santé et Recherche génésiques (RHR) et de Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Elles traduisent souvent le besoin d'orientations claires concernant des interventions clés, notamment l'administration potentielle de misoprostol par du personnel non médical aux femmes enceintes en prévention de l'hémorragie du post-partum et la distribution de misoprostol par du personnel non médical aux femmes enceintes en vue de son auto-administration après l'accouchement en prévention de l'hémorragie du post-partum.

Institution du Comité d'élaboration des recommandations de l'OMS

Le Comité d'élaboration des recommandations (CER) de l'OMS, formé spécialement aux fins de ce projet, se composait de membres du personnel de l'OMS, issus des Départements Santé et Recherche génésiques (RHR), Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MCA), Lutte contre le VIH/sida, Nutrition et Ressources humaines. Le Comité a révisé les supports de consultation des parties prenantes, formulé des conseils et des orientations pour les questions et les résultats essentiels et participé à la réunion de cadrage des recommandations (de plus amples informations sur cette réunion sont fournies ci-après). Le CER a fait part de ses observations tout au long du processus d'élaboration des recommandations.

Un Secrétariat technique de l'OMS a également été institué. Parmi ses trois membres, l'un était un conseiller technique principal de l'OMS, et les deux autres étaient des chercheurs du Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, une institution académique norvégienne. Les membres du Secrétariat technique de l'OMS ont apporté leur concours à

l'élaboration des recommandations, coordonné les synthèses d'études et les autres supports requis et se sont chargés de l'élaboration du document de recommandations.

Consultation des parties prenantes en vue d'identifier les questions et les résultats essentiels

Cette consultation s'est déroulée en deux temps : dans un premier temps, via un forum de discussion, puis lors de la réunion de cadrage. La discussion en ligne a eu lieu via le portail de connaissances appelé Knowledge Gateway de l'OMS du 8 au 16 novembre 2010. De nombreuses contributions, de pas moins de 33 pays, ont été reçues, notamment de la part de décideurs politiques, de responsables de projets, de chercheurs et de prestataires de soins de santé. Cette discussion était axée sur trois thèmes principaux : (i) l'optimisation des rôles du personnel de santé au niveau de soins primaire ; (ii) l'optimisation des rôles du personnel de santé au niveau communautaire ; et (iii) l'optimisation des rôles des accoucheuses traditionnelles formées. Les questions et les points soulevés par les 187 participants ont été résumés et ont fait l'objet d'un examen plus approfondi lors de la réunion de cadrage des recommandations. La Figure 2 résume quelques-uns des avis soumis par les parties prenantes lors de la discussion en ligne.

Réunion de cadrage des recommandations

L'OMS a institué un comité de cadrage des recommandations composé de parties prenantes du monde entier et chargé d'examiner, de réviser et de hiérarchiser les questions à l'étude. Ce Comité de cadrage se composait de sages-

femmes, d'obstétriciens, d'un clinicien associé (clinicien non-médecin), de néonatalogistes, de chercheurs, d'experts en synthèse d'études et d'experts en programmes de soins de santé. La liste complète des participants est fournie en [Annexe 2](#).

Le CER et le Secrétariat technique ont formulé un certain nombre de décisions préalables afin de faciliter la discussion lors de la réunion de cadrage et d'assurer le traitement des questions à l'étude dans la limite du temps et des ressources disponibles :

- Catégories d'agents de santé : une liste de catégories d'agents de santé pouvant être concernées par les interventions de délégation des tâches examinées dans ces recommandations a été proposée et une définition de chacune d'entre elles a été fournie aux participants ([Annexe 1](#)). Les catégories les plus courantes dans les PRFI figuraient dans cette liste.
- Bénéficiaires des soins : tous les bénéficiaires concernés ont été pris en considération. Ceux-ci variaient en fonction de l'intervention.
- Interventions ou pratiques à optimiser :
 - » N'ont été retenues que les interventions cliniques dont l'efficacité pour améliorer la santé maternelle et néonatale lorsqu'elles sont mises en œuvre dans des établissements de soins ou par des catégories d'agents de santé plus qualifiés est étayée par la recherche ([Annexe 3](#)).

Figure 2: Quelques avis fournis par les parties prenantes sur le forum de discussion

- Personnel non médical (PNM) : la plupart des participants sont convenus que le personnel non médical peut exécuter en toute sécurité des interventions promotionnelles et comportementales visant à promouvoir un comportement de demande de soins, un mode de vie sain, la supplémentation, et les conseils dans divers domaines, tels que le VIH et la contraception. Toutefois, la question de savoir si le personnel non médical peut se charger en toute sécurité de certaines formes d'interventions thérapeutiques, telles que celles requérant l'administration d'injections, n'a pas fait l'unanimité.
- Accoucheuses traditionnelles formées (AT) : la plupart des participants sont convenus que les accoucheuses traditionnelles, dûment formées et supervisées, peuvent jouer un rôle majeur dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale dans les milieux confrontés à une grave pénurie de services.
- Les participants ont souligné l'importance d'une bonne planification et la formation de liens entre les communautés et les établissements de soins afin d'aider le personnel non médical à orienter efficacement et en temps opportun les femmes et les nouveau-nés vers un niveau de soins supérieur.

- Interventions ou pratiques non retenues :
 - » Ont été exclues, par consensus du Comité de cadrage, les interventions qui pouvaient être mises en œuvre par une catégorie d'agents de santé moins qualifiés et en toute sécurité. Ces interventions ont été évoquées au cours de la discussion, mais elles n'ont pas fait l'objet d'un examen plus approfondi. (Parmi celles-ci figuraient par exemple la promotion de l'accompagnement pendant le travail par des sages-femmes auxiliaires et la pratique de la réanimation néonatale par des médecins non spécialistes.)
 - » Ont été exclues également, par consensus du Comité de cadrage, les interventions qui ne pouvaient être mises en œuvre en toute sécurité que par des spécialistes réunissant la qualification et les compétences requises. Ces interventions n'étaient pas perçues comme entrant dans le champ des attributions des catégories d'agents de santé prises en considération dans ces recommandations et n'ont par conséquent pas été incluses dans les questions examinées à la réunion de cadrage.
- Comparaisons : ont été comparés aux « soins habituels » des soins dispensés par une catégorie d'agents de santé moins qualifiés. On entendait par « soins habituels » une intervention généralement dispensée par *une catégorie d'agents mieux qualifiés* (comparaison entre les aides-soignants et le personnel infirmier pour la pose d'un DIU par exemple) ou *des soins minimes voire l'absence de soins* (comparaison entre l'absence de promotion de la vaccination et la promotion de la vaccination par le personnel non médical par exemple).
- Résultats : il a été décidé de prendre en considération trois principaux groupes de résultats :
 - » La couverture (l'accès) : un indicateur de la mesure dans laquelle une catégorie spécifique d'agents de santé est parvenue à améliorer la couverture d'une intervention, ou l'accès à celle-ci.
 - » Les effets indésirables (la sécurité) : un indicateur de la mesure dans laquelle une intervention a été exécutée en toute sécurité par une catégorie spécifique d'agents de santé (par ex. taux de complications, taux d'échec pour des actes précis ou des interventions dispensées par une catégorie d'agents précise).
 - » Autres résultats sanitaires : mesures de l'impact sur le comportement sanitaire (par exemple, le respect du traitement ou du programme de soins, la vaccination, etc.) ou sur la santé (la tension artérielle ou la mortalité). Ces résultats reflètent les effets d'une intervention dispensée par une catégorie d'agents par rapport à ceux observés lorsqu'elle est mise en œuvre par une autre catégorie d'agents ou par rapport aux « soins habituels ». Toute considération de sécurité mise à part, ces résultats permettent de voir si les interventions peuvent être mises en œuvre plus efficacement par telle ou telle catégorie d'agents de santé.
- Milieux : il a été décidé que la discussion serait axée sur la communauté et les établissements de soins primaires dans les PRFI ayant difficilement accès aux professionnels de santé.

Pour chaque combinaison de catégorie d'agents de santé et d'intervention (par exemple, une version par manœuvre externe réalisée par des sages-femmes ou cette même intervention réalisée par des cliniciens associés), l'une des conclusions suivantes a été tirée lors de la réunion :

 - *La catégorie d'agents de santé peut réaliser efficacement et en toute sécurité l'intervention* : ces questions n'ont pas fait l'objet d'un examen plus approfondi au cours du processus d'élaboration des recommandations.
 - *Nous ignorons si la catégorie d'agents de santé peut mettre en œuvre l'intervention efficacement et en toute sécurité* : ces questions ont été traitées et les données factuelles permettant de le faire ont été évaluées dans le cadre du processus d'élaboration des recommandations.
 - *La catégorie d'agents de santé ne devrait pas mettre en œuvre l'intervention* : cette évaluation a mis en évidence que la catégorie d'agents de santé était peu susceptible de réunir les compétences nécessaires à la mise en œuvre de l'intervention efficacement et en toute sécurité. En outre, même si une catégorie spécifique pouvait, en recevant une formation adaptée, mettre en œuvre cette intervention, cela reviendrait en définitive à un changement de catégorie pour les agents concernés. De tels changements n'ont donc pas été considérés comme une délégation de tâches ou comme un élargissement des attributions entrant dans le champ des compétences d'une catégorie existante d'agents de santé.

Récupération des données

Trois principaux types de données factuelles ont été pris en considération :

- des données relatives à l'efficacité de la mise en œuvre des interventions par certaines catégories d'agents de santé issues d'essais comparatifs randomisés (ECR), d'essais comparatifs non randomisés, d'études comparatives avant-après, d'études de séries chronologiques interrompues et d'études de cohortes ;
- des données issues d'études qualitatives sur les facteurs affectant la mise en œuvre des programmes d'optimisation des tâches et rôles des différentes catégories d'agents de santé ;
- des données issues d'études de cas nationales sur les facteurs affectant la mise en œuvre de programmes visant à renforcer les ressources humaines à grande échelle.

Une analyse transversale des facteurs affectant la mise en œuvre des programmes visant à optimiser les tâches et les rôles du personnel de santé a été réalisée à partir des revues documentaires des études qualitatives et des études de cas nationales.

Les données suivantes ont été récupérées :

Données relatives à l'efficacité de la mise en œuvre des interventions par certaines catégories d'agents de santé

Les revues documentaires systématiques Cochrane ont constitué la première source de données relatives à l'efficacité de la mise en œuvre des interventions par certaines catégories d'agents de santé données². À partir des questions soulevées lors de la réunion du comité de cadrage, le CER a identifié les revues documentaires Cochrane pertinentes. Lorsque ces revues ne semblaient plus d'actualité, leurs auteurs ont été invités à les mettre à jour. Les stratégies de recherche utilisées pour identifier les essais et autres types d'études pertinents, ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques des études sont décrits dans chaque revue documentaire systématique. La

² Dans le cadre du processus éditorial précédant leur publication, les revues documentaires Cochrane sont commentées par trois pairs (un éditeur et deux intervenants externes n'appartenant pas au comité de rédaction), par le conseiller statistique du groupe et par le coordinateur des recherches d'essais (www.cochrane.org/cochrane-reviews). Le *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* décrit de façon détaillée le processus de préparation et de mise à jour des revues documentaires systématiques Cochrane sur les effets des interventions liées à la santé.

plupart des revues documentaires incluses étaient conformes aux méthodes recommandées par le Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Group. Les revues documentaires venant d'être mises à jour ou achevées n'ont pas encore été publiées mais les stratégies de recherche utilisées sont disponibles sur simple demande. Les résultats des revues documentaires sont présentés en [Annexe 7](#).

Il était impossible de mener de nouvelles revues documentaires Cochrane sur l'efficacité des interventions dans le temps imparti pour ce projet. Lorsqu'aucune revue documentaire Cochrane ne répondait aux questions examinées, les recherches de données ont été étendues pour inclure les revues documentaires connexes non réalisées par la Collaboration Cochrane. Une seule analyse d'efficacité de ce type a été incluse dans ces recommandations (13).

Données relatives aux facteurs affectant la mise en œuvre de programmes visant à optimiser les tâches et les rôles des différentes catégories d'agents de santé

Les revues documentaires systématiques d'études qualitatives ont constitué la première source de données sur les facteurs affectant la mise en œuvre des programmes visant à optimiser les tâches et les rôles du personnel de santé. À partir de la liste des questions définies lors de la réunion de cadrage, le Groupe technique de travail sur les recommandations a identifié quatre sujets pour lesquels des revues documentaires des données qualitatives seraient nécessaires :

- les facteurs affectant la délégation des tâches dans les programmes destinés aux sages-femmes ;
- les facteurs affectant la délégation des tâches dans les programmes destinés au personnel non médical ;
- les facteurs affectant la mise en œuvre des programmes de remplacement des médecins par des infirmiers ;
- l'acceptabilité des seringues compactes préremplies autobloquantes.

Les revues de données qualitatives visaient à compléter les revues documentaires principales sur l'efficacité entreprises lors de l'élaboration de ces recommandations. Dans les grandes lignes, elles incluaient des études ayant utilisé des méthodes qualitatives pour la collecte et l'analyse des données qui avaient été réalisées au sein d'une communauté ou dans des établissements de soins primaires et portaient sur les expériences et attitudes des principales parties prenantes au programme, à savoir les prestataires de soins, les bénéficiaires de programmes, les responsables

de ces derniers et les décideurs politiques. Un ensemble de stratégies de recherche a été défini pour chaque revue documentaire. Lorsque cela était possible, nous avons repris les stratégies utilisées dans les revues documentaires Cochrane sur l'efficacité pertinentes. Les stratégies de recherche utilisées pour identifier les études qualitatives, les critères spécifiques d'inclusion et d'exclusion de ces études et les bases de données consultées ont été décrites dans chaque revue documentaire systématique. Les méthodes recommandées par le Cochrane Qualitative Research Methods Group³ ont été suivies dans la mesure du possible. Le guide SURE permettant d'identifier les facteurs affectant la mise en œuvre d'une option de politique a servi à orienter l'examen des trois premières revues énumérées ci-dessus et à organiser les résultats obtenus (<http://global.evipnet.org/SURE-Guides>).

Une analyse qualitative a également été réalisée sur les opinions et expériences des participants aux forums de discussion électroniques de la campagne mondiale pour « L'information de santé pour tous d'ici à 2015 » (HIFA 2015) (voir www.hifa2015.org). Celle-ci examinait les avis sur la façon d'optimiser les rôles des prestataires de soins en vue d'améliorer la santé maternelle et néonatale dans les PRFI et les implications desdites optimisations des rôles. Le texte codé comme pertinent pour la délégation des tâches a été extrait de la base de connaissances HIFA2015 (archive des forums de discussion) et soumis à une analyse qualitative thématique afin d'identifier les principaux points de vue et expériences. Le guide SURE susmentionné a également été utilisé dans cette analyse (<http://global.evipnet.org/SURE-Guides>).

Données relatives aux facteurs affectant la mise en œuvre de programmes visant à renforcer les ressources humaines à grande échelle, basées sur des études de cas nationales

Des programmes à grande échelle visant à combler la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé ont été mis en œuvre dans de nombreux PRFI. Ils incluent notamment des initiatives axées sur l'optimisation des rôles et tâches de différentes catégories de prestataires de soins. Ces efforts ont pour objectif de mettre à profit toutes les possibilités qui permettraient aux effectifs de santé existants de fournir les interventions. Deux revues documentaires ont été réalisées afin d'identifier les facteurs, les politiques et les contextes affectant la mise en œuvre de programmes à grande échelle de renforcement des ressources humaines

dans le secteur de la santé dans les PRFI. La première portait sur les programmes d'amélioration générale de la santé maternelle et néonatale (SMN) tandis que la seconde était axée sur les programmes d'amélioration de la fourniture des contraceptifs dans ces pays. Étaient considérés comme programmes à grande échelle les programmes organisés à l'échelle nationale ou, au minimum, à l'échelle d'un état dans les pays très peuplés, financés par le secteur public ou privé, et ayant été mis en œuvre pendant cinq ans environ ou plus. La consultation d'experts et des recherches sur Google ont permis d'identifier les programmes potentiellement admissibles. Aux fins de l'analyse générale, nous avons intentionnellement sélectionné les programmes qui : (a) portaient sur la santé maternelle et infantile et les soins de santé primaires ; (b) couvraient une zone géographique incluant l'Afrique, l'Asie et l'Amérique du Sud et les zones rurales et urbaines ; (c) concernaient les catégories d'agents de santé intéressées (personnel non médical, personnel infirmier et sages-femmes, autres prestataires de niveau intermédiaire), et (d) comprenaient une documentation suffisante en anglais. Les mêmes critères ont été utilisés pour la revue documentaire sur les contraceptifs, mais les programmes évaluant différents types de contraception ont aussi été sélectionnés délibérément. Les méthodes utilisées dans la revue, les données et résumés sont décrits en [Annexe 7](#).

Pour chaque programme sélectionné, les rapports d'évaluation et autres études ont été obtenus auprès d'informateurs clés et par des recherches menées dans des bases de données électroniques et sur Internet. Les rapports pertinents ont été analysés, avec une attention particulière aux facteurs affectant la mise en œuvre des programmes. Une liste d'identification des facteurs affectant la mise en œuvre des options politiques a également été utilisée (<http://global.evipnet.org/SURE-Guides>). Les résultats préliminaires de chaque programme ont été passés en revue et examinés sur la base des commentaires fournis par au moins un informateur connaissant ledit programme.

Facteurs « transversaux » affectant la mise en œuvre des programmes visant à optimiser les tâches et les rôles, basés sur des revues d'études qualitatives et d'études de cas nationales

Afin de mieux comprendre les facteurs affectant la mise en œuvre des programmes visant à optimiser les tâches et les rôles, une analyse « transversale » des résultats a été réalisée à partir des sources de données suivantes : (a) l'analyse systématique des obstacles à la mise en œuvre de la délégation des tâches dans les programmes destinées aux sages-femmes et des éléments facilitateurs

³ Ces directives sont disponibles à l'adresse suivante : <http://cqrmg.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance>.

de cette mise en œuvre (14), (b) l'analyse systématique des obstacles à la mise en œuvre des programmes pour la santé maternelle et infantile destinés au personnel non médical et des éléments facilitateurs de celle-ci (15), (c) l'analyse systématique des effets, de la sécurité et de l'acceptabilité des seringues compactes préremplies autobloquantes lorsqu'elles sont utilisées par le personnel non médical (16), (d) l'analyse des programmes à grande échelle de renforcement des ressources humaines dans le secteur de la santé dans les PRFI (17), (e) l'analyse systématique des obstacles à l'efficacité et à la mise en œuvre des programmes de remplacement des médecins par des infirmiers et des éléments facilitateurs de celles-ci (18), (f) l'étude des avis des différents acteurs sur l'optimisation des rôles des prestataires de soins en santé maternelle et infantile dans les PRFI, l'analyse des archives du forum HIFA2015 (19).

Les auteurs de la revue documentaire et des études se sont retrouvés au cours d'une série de rencontres en face-à-face et en ligne afin d'identifier les facteurs liés à la mise en œuvre *communs* aux programmes de délégation des tâches ainsi que les facteurs spécifiques à certains types de programmes en particulier. Le guide SURE permettant d'identifier les facteurs affectant la mise en œuvre des options politiques a été utilisé pour étayer l'analyse (<http://global.evipnet.org/SURE-Guides>). Plusieurs itérations de l'analyse ont été réalisées en se fondant sur des réactions, commentaires et discussions. Le rapport final a été structuré conformément aux « éléments constitutifs » des systèmes de santé définis par l'OMS (20).

Évaluation, synthèse et classement des données factuelles

Données relatives à l'efficacité de la mise en œuvre des interventions par certaines catégories d'agents de santé

Les informations et données pertinentes ont été extraites de façon cohérente pour chacune des revues documentaires systématiques sur l'efficacité en appliquant les procédures suivantes : tout d'abord, les données et/ou documents actualisés des revues documentaires ont été obtenus auprès de leurs auteurs ou dans la Cochrane Library. Puis, les analyses portant sur les comparaisons et résultats essentiels pour ces recommandations ont été identifiées et sélectionnées alors que celles qui n'étaient pas en lien avec ces recommandations ont été exclues. Les critères d'évaluation GRADE ont ensuite été appliqués à chaque résultat afin d'évaluer le niveau de certitude avec lequel on peut établir l'estimation de l'effet généré par les données

(aussi appelée « qualité des données ») (21). Cela a permis de déterminer si les données pouvaient être utilisées pour étayer certaines recommandations. Bien que la certitude des données se mesure sur une échelle continue, à des fins pratiques, les catégories GRADE spécifiques « élevées », « moyennes », « faibles » et « très faibles » ont été appliquées.

Il est important de souligner que les évaluations de la certitude des données factuelles reposent sur des critères prédéfinis. Dans certains cas, par exemple, le niveau de certitude peut être jugé bas s'il existe un risque important de biais, si les résultats ne sont pas constants entre les études contribuant aux données relatives à un résultat ou en présence de biais de publication. Le niveau de certitude des données peut aussi être considéré comme faible en cas de doutes sérieux ou très sérieux quant au caractère direct des données, c'est-à-dire lorsque les recherches menées s'écartent considérablement du cadre pour lequel les recommandations sont élaborées. Ces différences peuvent porter, par exemple, sur les populations, les interventions, les comparaisons ou les résultats. Dans les présentes recommandations, le caractère indirect des données n'a pas donné lieu à une baisse du niveau de leur certitude, car chaque profil de données a été utilisé pour plusieurs questions examinées dans ce document. Ainsi, pour chaque question, le Comité de validation des recommandations a évalué le caractère indirect des données en se basant sur les données présentées dans chaque profil de données.

Inversement, le niveau de certitude des données peut être jugé élevé si la taille de l'effet est très grande ou si un lien est établi entre la dose et la réponse.

Le logiciel GRADE profiler⁴ a été appliqué aux méta-analyses quantitatives incluses dans la revue documentaire. Lorsque seuls les résumés narratifs étaient présentés, l'évaluation de la qualité des données a été réalisée d'après un modèle de Résumé des résultats GRADE sous Word.

Los de la dernière étape du processus d'évaluation, les profils de données GRADE (ou tableaux récapitulatifs des résultats) ont été préparés pour chaque comparaison. Les critères GRADE normalisés ont été utilisés pour déterminer la certitude des données. Les profils de données GRADE complets sont inclus en [Annexe 7](#) : un tableau est consacré à chaque comparaison.

⁴ Le logiciel GRADE profiler (GRADEpro) peut être téléchargé à l'adresse suivante : www.gradeworkinggroup.org/toolbox/index.htm

Les revues documentaires complètes sur lesquelles se fondent les profils de données GRADE ne sont pas incluses dans ce document mais sont disponibles sur simple demande.

Données relatives aux facteurs affectant la mise en œuvre de programmes visant à optimiser les tâches et les rôles des catégories d'agents de santé

Les revues documentaires systématiques des études qualitatives portant sur la mise en œuvre de programmes visant à optimiser les tâches et les rôles des agents de santé ont été identifiées, et les informations et données pertinentes sur les facteurs affectant ces programmes extraites. En plus des revues documentaires spécifiquement conduites pour ces recommandations, d'autres revues et des études multinationales sur l'acceptabilité et la faisabilité des programmes ciblant les cliniciens associés ont aussi été incluses. Ces revues documentaires et études sont présentées en [Annexe 7](#).

Les méthodes suivantes ont été appliquées systématiquement :

Dans un premier temps, il a été demandé aux auteurs des revues documentaires spécifiquement conduites pour ces recommandations⁵ d'identifier les principaux résultats entrant dans le cadre de ces dernières. Une méthode similaire à l'approche GRADE a été appliquée afin d'évaluer le niveau de certitude de chacun des principaux résultats. Les évaluations reposaient sur deux facteurs :

- la constance d'un résultat entre plusieurs milieux différents et, lorsque ce n'était le cas, la capacité des auteurs des revues à identifier une raison convaincante expliquant cette différence ;
- la qualité de chaque étude qualitative ayant contribué aux résultats. Dans les revues documentaires, la qualité des études qualitatives incluses était évaluée à l'aide d'une adaptation de l'outil d'évaluation des études qualitatives CASP (Critical Appraisal Skills Programme) (pour plus de précisions sur cet outil, voir : www.casp-uk.net).

Le niveau de certitude des données issues d'études de haute qualité (et observées de manière constante dans différents milieux) était jugé « élevé ». De même, si les résultats n'étaient pas constants mais si une explication convaincante

⁵ Comme indiqué précédemment, des revues documentaires des données qualitatives ont été réalisées dans quatre domaines : la mise en œuvre de programmes de délégation des tâches destinés aux sages-femmes, la mise en œuvre de programmes destinés au personnel non médical, la mise en œuvre de programmes de remplacement des médecins par les infirmiers et l'acceptabilité des seringues compactes préremplies autobloquantes.

de la raison de cette différence était fournie, la qualité des données était jugée « élevée ». Les résultats reposant sur des études de qualité plus faible et ceux n'ayant pas été observés de manière constante dans différentes études et différents milieux (et pour lesquels aucune explication convaincante n'avait pu être identifiée), étaient jugés comme présentant un niveau de certitude « moyen ». Si les résultats reposaient sur des études de faible qualité et n'étaient pas observés de manière constante dans plusieurs études et milieux (et si aucune explication convaincante n'avait pu être identifiée), leur niveau de certitude était jugé « faible ».

En dernier lieu, des tableaux récapitulatifs ont été préparés pour chaque revue documentaire des données qualitatives. Ces tableaux résument les principaux résultats, le niveau de certitude des données relatives à chaque résultat, et fournissent une explication de l'évaluation de ce niveau de certitude.

Données relatives aux facteurs affectant la mise en œuvre de programmes de renforcement des ressources humaines à grande échelle issues d'études de cas nationales

Des tableaux récapitulatifs ont été préparés pour chacune de ces revues documentaires, dans un format similaire à celui des tableaux récapitulatifs présentés pour les revues documentaires des données qualitatives. L'évaluation du niveau de certitude des données pour chacun des résultats principaux des programmes à grande échelle n'était toutefois pas réalisable au vu de la grande diversité des types de données sur lesquelles ces résultats reposaient. Il s'agissait notamment d'études quantitatives et qualitatives soumises à comité de lecture, de rapports programmatiques, d'informations provenant de sites Internet et d'informations fournies lors d'échanges avec des personnes connaissant bien ces programmes.

Présentation des données factuelles dans un cadre structuré de systèmes de santé

Dans les présentes recommandations, les données relatives à chaque question sont présentées à l'aide du cadre Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence (aussi appelé cadre DECIDE de traduction des données factuelles en recommandations). Ce cadre qui s'inscrit dans le projet DECIDE⁶ a été élaboré en association avec le Groupe de

⁶ Des informations supplémentaires sur le projet DECIDE sont disponibles à l'adresse suivante : www.decide-collaboration.eu/welcome.

travail GRADE en vue d'aider les personnes amenées à utiliser des données factuelles à formuler des recommandations liées aux systèmes de santé. Ce cadre est le fruit d'une revue documentaire des études pertinentes (y compris l'approche GRADE sur la transition entre l'identification des données factuelles et l'élaboration de recommandations cliniques), de séances de brainstorming, des réactions des parties intéressées et de son application à des exemples.

Le Comité de validation des recommandations a utilisé ce cadre lors de l'élaboration des recommandations pour éclairer ses jugements sur les avantages et les inconvénients des options complexes et fournir un format structuré pour les éléments suivants :

- les principaux facteurs (critères) sous-jacents aux jugements déterminant si une intervention liée au système de santé devrait ou non être recommandée ;
- les jugements formulés pour chaque critère ;
- les données de recherche servant à étayer chaque jugement ;
- les commentaires (y compris les données non issues de la recherche ou les arguments logiques) servant à éclairer chaque jugement.

Les éléments suivants ont aussi été inclus pour chaque question examinée conformément à la structure du cadre :

- une appréciation de l'équilibre entre conséquences souhaitables et indésirables ;
- une recommandation ;
- une justification de la recommandation ;
- des considérations relatives à la mise en œuvre ;
- la surveillance et l'évaluation correspondantes/les priorités de recherche.

Des informations supplémentaires sur les critères du cadre sont fournies en [Annexe 4](#).

Enfin, le Comité de validation des recommandations a sélectionné l'un des quatre choix de recommandation proposé dans le cadre : recommander une option, recommander de ne pas adopter une option, recommander une option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées, ou recommander d'envisager une option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.

En plus des données compilées dans les cadres DECIDE, les profils complets de données ont été mis à la disposition du Comité de validation des recommandations ([Annexe 7](#)). Y figuraient notamment les profils de données des revues documentaires sur l'efficacité des interventions, ainsi que les résumés des résultats des revues documentaires sur les données qualitatives liées à l'acceptabilité, la faisabilité et la mise en œuvre de ces interventions.

Formulation de recommandations

Deux consultations techniques ont été organisées afin de finaliser les recommandations relatives aux différentes options. La première (du 16 au 19 avril 2012) a permis de formuler la quasi-totalité des recommandations à l'exception de celles portant sur la contraception. La seconde (le 26 juin 2012) s'est exclusivement concentrée sur les recommandations liées aux contraceptifs. Le Comité de validation des recommandations a étudié l'instauration et la poursuite du traitement antirétroviral par différentes catégories d'agents de santé pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et a formulé des recommandations en ce sens. Un ensemble plus vaste et complet de recommandations fondées sur des données plus récentes a toutefois été publié depuis par le département VIH/sida de l'OMS. Pour assurer la cohérence entre les deux ensembles de directives de l'OMS, les recommandations relatives aux antirétroviraux initialement incluses dans ce document ont été supprimées. Les cadres complétés de traduction des données factuelles en recommandations pour chaque question (y compris les projets de recommandations), les profils de données et les résumés des données qualitatives GRADE appuyant les recommandations, ainsi que tous les autres documents pertinents ont été fournis au Comité de validation des recommandations avant chaque consultation technique ([Annexe 5](#), [Annexe 6](#), et [Annexe 7](#)).

Les participants aux consultations techniques ont utilisé les informations présentées dans les cadres structurés, d'une part, pour contrebalancer les effets souhaitables et indésirables et, d'autre part, pour formuler une recommandation pour chaque question et préparer la justification correspondante. Le Comité de validation des recommandations et le Secrétariat technique se sont attachés autant que possible à veiller à ce que les recommandations formulées soient cohérentes avec les recommandations cliniques incluses dans d'autres recommandations de l'OMS (22, 23).

Déclaration d'intérêts des participants à la consultation technique de l'OMS

L'OMS exige de tous les experts participant à des réunions de l'Organisation qu'ils déclarent au préalable tout conflit d'intérêts en lien avec la réunion. Tous les membres du Comité de validation des recommandations et tous les participants ont donc complété un formulaire de déclaration d'intérêts. Ces formulaires ont ensuite été examinés par le Secrétariat de l'OMS avant que la composition du groupe ne soit finalisée et les invitations lancées. De plus, il a été demandé aux conseillers externes de déclarer verbalement tout conflit d'intérêts potentiel en début de réunion. Les procédures de gestion des conflits d'intérêts conformes aux Directives de l'OMS relatives aux déclarations d'intérêts ont été suivies (formulaires disponibles sur demande auprès du Secrétariat). Hormis les intérêts mentionnés ci-dessous, aucun participant aux trois réunions ne recevait de soutien financier d'une entité commerciale ou n'en avait perçu dans le passé. Certains participants (Rebecca Bailey, Leo Bryant, Andrew Guise et Salim Sohani) ont bénéficié du soutien financier de leurs organisations respectives pour leur permettre de participer aux réunions.

Jamiyah Hassan a déclaré avoir perçu des honoraires de laboratoires pharmaceutiques dans le passé, compris entre 150 et 300 US\$ pour des interventions sur la contraception et la santé chez la femme. Certains participants étaient impliqués dans des activités de délégation des tâches dans le cadre de leur emploi au sein de leur organisation.

La pleine participation de tous les membres du Comité de validation des recommandations a été jugée appropriée par l'OMS.

Prise de décision lors de la consultation technique

Les participants aux consultations techniques ont examiné les données résumées dans le cadre de traduction des données factuelles en recommandation pour chaque question puis se sont penchés sur le projet de recommandation correspondant. Chaque question a été débattue, puis la recommandation et la justification ont été modifiées si nécessaire. Dans certains cas, lorsque des interventions avaient été présentées ensemble, le Comité de validation des recommandations a demandé à ce qu'elles soient examinées séparément. Il a aussi demandé à ce que certaines catégories d'agents de santé soient subdivisées en types plus précis. La catégorie « cliniciens associés » a ainsi été divisée en deux, « cliniciens associés de niveau avancé » et « cliniciens associés », ces derniers ayant des niveaux de formation inférieurs. De la même manière, la catégorie « aides-soignants » a été

subdivisée entre « aides-soignants » et « sages-femmes auxiliaires ». Ces changements expliquent pourquoi les jugements formulés par le Comité de validation des recommandations lors de la réunion initiale de cadrage (tels que décrits dans la matrice de cadrage en [Annexe 3](#)), et lors des dernières consultations techniques (cf. tableaux finaux inclus dans le Résumé d'orientation et résultats du Chapitre 4 Données et recommandations) ne coïncident pas totalement.

Pour formuler les recommandations finales, le Comité de validation des recommandations s'est fondé sur les données présentées dans les cadres susmentionnés. Y figurent :

- les effets bénéfiques et nocifs de l'option/intervention (effets) ;
- les ressources nécessaires à la mise en œuvre de l'option/intervention ;
- des considérations relatives à l'acceptabilité : la probabilité que la mise en œuvre de l'option/intervention soit acceptée par les parties prenantes concernées ;
- des considérations relatives à la faisabilité : dans quelle mesure la mise en œuvre de l'option/intervention serait-elle réalisable ? Quelles conditions devraient être réunies ? Quelles seraient les compétences requises pour les différentes catégories d'agents de santé ?

Un consensus, défini comme l'accord d'une *grande* majorité (les trois-quarts) des participants, devait être réuni pour entériner chaque recommandation, à condition que les participants en désaccord n'y soit pas trop fermement opposés. Les désaccords profonds ont été mentionnés dans les recommandations. Si les participants ne parvenaient pas à réunir un consensus, la recommandation ou toute autre décision discutée était soumise à un vote. Ladite recommandation ou décision était maintenue si une majorité *simple* (plus de la moitié) des participants avait voté en sa faveur. En cas de désaccord lié à une question de sécurité, le Secrétariat de l'OMS pouvait choisir de ne pas formuler de recommandation.

Le personnel de l'OMS participant à la réunion, les experts techniques externes impliqués dans la collecte et l'évaluation des données et les observateurs n'étaient pas autorisés à voter. Si la question soumise au vote portait sur des recherches primaires ou revues documentaires systématiques conduites par l'un des participants ayant déclaré un conflit d'intérêt académique, ledit participant était autorisé à prendre part à la discussion mais pas au vote.

La force de chaque recommandation a été déterminée lors de la consultation technique et reposait sur l'un des quatre choix de recommandations décrits précédemment, à savoir :

- Nous recommandons l'option.
- Nous recommandons de ne pas adopter l'option.
- Nous recommandons l'option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.
- Nous recommandons d'envisager l'option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.

Le choix de la catégorie de recommandation se fondait à la fois sur l'évaluation du faisceau de données présenté dans chaque cadre et sur le jugement des participants au Comité de validation des recommandations. Les deux premières catégories (« Nous recommandons l'option » et « Nous recommandons de ne pas adopter l'option ») correspondent à la catégorie GRADE « Recommandation forte ». Les deux dernières catégories (« Nous recommandons l'option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées » et « Nous recommandons d'envisager l'option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses ») correspondent à la catégorie GRADE « Recommandation soumise à conditions ».

Le choix par le Comité de validation des recommandations de la catégorie « *Nous recommandons d'envisager l'option dans le cadre de recherches rigoureuses* » indiquait que :

- Ces interventions devraient être mises en œuvre uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses. La mise en œuvre peut néanmoins se faire à grande échelle, à condition qu'elle prenne la forme d'études permettant de répondre aux questions en suspens.
- Des questions liées à l'efficacité d'une intervention et à son acceptabilité et sa faisabilité restent en suspens. Pour évaluer l'efficacité d'une intervention, les recherches devraient (au minimum) comparer ce qu'il se produit chez des personnes exposées à une option et chez d'autres personnes qui n'y sont pas exposées et inclure une évaluation initiale. Les groupes de comparaison étudiés devraient être aussi similaires que possible afin d'assurer que les effets évalués résultent bien de l'intervention et qu'ils ne sont pas liés à d'autres facteurs. Les essais randomisés sont la méthode la plus efficace pour ce faire, mais s'ils ne sont pas réalisables, des analyses de séries chronologiques interrompues ou des études comparatives avant-après devraient être envisagées. Les programmes évalués sans groupe de comparaison ou évaluation initiale présentent un risque élevé de biais et risquent de ne pas mesurer l'effet réel d'une intervention.

- Lorsque les questions en suspens ou les incertitudes portent sur l'acceptabilité ou la faisabilité de l'intervention, les recherches devraient inclure des études rigoureuses utilisant des méthodes qualitatives pour la collecte et l'analyse des données (ainsi que des études quantitatives telles que des enquêtes) afin d'examiner ces questions. Ces méthodes peuvent permettre de fournir des informations précieuses sur les avis des personnes interrogées, mais les décideurs politiques doivent être conscients que les études de cette nature ne peuvent en aucun cas générer le type de données pouvant servir à estimer l'efficacité d'une option.

Le Comité de validation des recommandations a choisi la catégorie « *Nous recommandons d'envisager l'option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses* » chaque fois que d'importantes incertitudes pesaient sur une intervention, concernant notamment son efficacité, sa sécurité et son acceptabilité.

Le choix par le Comité de validation des recommandations de la catégorie « *Nous recommandons l'option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées* » indiquait que :

- La mise en œuvre de ces interventions peut-être envisagée (y compris à grande échelle), à condition qu'elle s'accompagne d'une surveillance et d'une évaluation ciblées. Ces dernières devraient être axées sur des questions spécifiques donnant lieu à des interrogations et pour lesquelles il n'existe pas ou que peu d'informations disponibles, par exemple, concernant des risques ou effets nocifs donnés.
- Les informations relatives à la surveillance et à l'évaluation peuvent provenir de différentes sources, y compris des données de routine (sur la prévalence des maladies, l'utilisation des soins de santé ou les coûts des services, par exemple) et des données d'enquêtes (sur les conditions au sein du foyer, la santé et la démographie, notamment) (2).
- Le Comité de validation des recommandations a cherché à spécifier quels aspects des interventions nécessitaient une surveillance particulière. Il s'agissait notamment de la surveillance des groupes à haut risque (comme les bébés de très faible poids de naissance) et d'effets nocifs (tels qu'une orientation inappropriée ou l'absence d'orientation alors qu'elle s'avérait nécessaire). Lorsque cela était possible, les indicateurs correspondants ont aussi été précisés.

Le Comité de validation des recommandations a choisi la catégorie « *Nous recommandons l'option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées* » lorsque des incertitudes pesaient sur l'intervention, et notamment sur son efficacité ou son acceptabilité dans certaines conditions ou certains contextes.

La justification de chaque recommandation a été incluse dans le cadre correspondant de traduction des données factuelles en recommandation. Pour certaines questions, des justifications similaires accompagnent parfois une recommandation « *Nous recommandons d'envisager l'option dans le cadre de recherches rigoureuses* » **et** une recommandation « *Nous recommandons d'envisager l'option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées* ». Cela est dû aux jugements spécifiques formulés par le Comité de validation des recommandations et à la nécessité de garantir la cohérence des recommandations au sein d'une même catégorie d'agents de santé et entre les différentes catégories d'interventions. Lorsque la consultation technique a conduit à recommander une option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées ou de recherches rigoureuses, les principaux éléments devant être examinés ont été précisés.

Le Comité de validation des recommandations a choisi de ne pas formuler de recommandation dans deux cas. Il s'agissait, d'une part, de la Question 2.7 (« distribution par différentes catégories d'agents de santé de misoprostol aux femmes enceintes en vue de son auto-administration après l'accouchement »), les membres du Comité ayant estimé que la question de l'efficacité clinique n'avait pas encore été correctement résolue, et, d'autre part, de la Question 12.1 (« l'instauration et la poursuite des contraceptifs injectables administrés à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uninject™ »). Le Comité de validation des recommandations a été informé de l'existence d'études en voie d'achèvement susceptibles de fournir des données venant étayer la recommandation concernée. Il a par conséquent décidé de ne pas formuler de recommandation pour l'instant.

Préparation du document et comité de lecture

Un modèle de rapport de recommandations développé pour la série de directives du projet GREAT de l'OMS a été utilisé pour la préparation de ce document. Le projet de recommandations a été modifié lors des réunions de consultation technique et étayé par les délibérations des participants et les avis reçus lors de la réunion de cadrage et des autres consultations. Après les réunions, les membres du Groupe de travail technique sur les recommandations se sont assurés que la version révisée du document reflétait exactement les délibérations et les décisions prises par les participants. Le projet de recommandations a ensuite été envoyé à un petit nombre de pairs relecteurs afin de recueillir leurs commentaires. Leurs observations ont été évaluées par le Groupe de travail technique sur les recommandations et les modifications nécessaires ont été apportées. Enfin, les recommandations révisées et les déclarations générales ont été renvoyées aux participants à la consultation technique pour commentaires et approbation.

Planification de la diffusion, de la mise en œuvre, de l'évaluation d'impact et de la mise à jour

Lors des consultations techniques, les participants ont débattu de la mise en œuvre (Chapitre 6), de la diffusion (Chapitre 8) et de l'évaluation de l'impact (Chapitre 9) des recommandations. La mise en œuvre a été examinée dans le cadre d'une approche spécifiquement conçue pour les recommandations portant sur les systèmes de santé (24).

La mise à jour des recommandations aura lieu d'ici à 2018 à moins que de nouvelles données factuelles significatives ne soient découvertes et que des modifications ne s'imposent d'ici là.

4. Données et recommandations

Dans les sections suivantes, les recommandations, justifications et conditions correspondant à chaque question sont présentées par catégorie d'agents de santé. Des considérations relatives à la mise en œuvre sont formulées pour chaque catégorie d'agents après chacune des recommandations tandis que des considérations générales applicables à toutes les catégories d'agents sont décrites à la fin de ce chapitre dans l'Encadré 1.

Interventions envisagées pour le personnel non médical

- INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE
- PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM
- DISTRIBUTION DE SUPPLÉMENTS ORAUX AUX FEMMES ENCEINTES
- SOUTIEN CONTINU PENDANT LE TRAVAIL
- PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION PUERPÉRALE PAR ANTIBIOTHÉRAPIE PARENTÉRALE AVANT ORIENTATION DE LA PATIENTE
- INSTAURATION ET POURSUITE DE LA MÉTHODE MÈRE-KANGOUROU
- ADMINISTRATION D'ANTIBIOTIQUES EN CAS D'INFECTION NÉONATALE
- PRATIQUE DE LA RÉANIMATION NÉONATALE
- ADMINISTRATION DE CONTRACEPTIFS

Interventions de promotion de la santé maternelle et néonatale

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
1.1–1.13	<p>Le PERSONNEL NON MÉDICAL (PNM) devrait-il promouvoir l'adoption de comportements liés à la santé et de services de soins en matière de santé maternelle et néonatale, de VIH et de planification familiale ?</p> <p>Cette question couvre les comportements et services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promotion d'un comportement de demande de soin approprié et des soins prénatals pendant la grossesse • Promotion de l'accompagnement pendant le travail • Promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides pour dormir pendant la grossesse • Promotion de la préparation à l'accouchement • Promotion des soins qualifiés pour l'accouchement • Promotion d'une alimentation adéquate et d'une supplémentation en fer et en folates pendant la grossesse • Promotion de la santé génésique et de la planification familiale • Promotion du dépistage du VIH pendant la grossesse • Promotion de l'allaitement maternel exclusif • Promotion des soins post-partum • Promotion de la vaccination conformément aux recommandations nationales • Promotion de la méthode mère-kangourou pour les nouveau-nés de faible poids de naissance • Promotion des soins néonataux de base et des soins aux nouveau-nés de faible poids de naissance 	<p>Nous recommandons cette option.</p>	<p>La promotion par le personnel non médical des comportements et des services liés à la santé maternelle et infantile est probablement efficace (certitude des données moyenne), acceptable et réalisable, et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous recommandons donc cette option.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points liés au partage des tâches et à l'élargissement des responsabilités du personnel non médical, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories d'agents, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

- Les activités de promotion de la santé, à l'instar des autres services, doivent s'avérer pertinentes et significatives aux yeux du personnel non médical et des bénéficiaires. Les travailleurs non médicaux seront peut-être plus motivés s'ils se voient confier des activités de soins en plus des initiatives de promotion. Dans leur conception, les services de promotion doivent veiller à ne pas être perçus comme offensants par les bénéficiaires.
- Le personnel non médical, les formateurs et les superviseurs doivent recevoir une formation initiale et continue aussi bien en contenu d'information qu'en conseil et communication. L'utilisation de supports visuels, la fourniture d'informations de promotion de la santé dans des lieux différents et à des occasions diverses, et les campagnes dans les médias de masse permettant la diffusion répétée des messages de promotion de la santé véhiculés par le personnel non médical sont autant d'outils et de techniques pouvant s'avérer utiles pour communiquer avec les membres de la communauté. Les programmes de promotion de la santé devraient également déterminer si les maris/partenaires et autres membres de la famille doivent prendre part aux activités et comment.
- Les travailleurs non médicaux devraient être bien acceptés par les bénéficiaires des communautés dont ils sont issus. Certains sujets comme la santé sexuelle et génésique peuvent toutefois s'avérer culturellement sensibles. Si prestataires et bénéficiaires sont originaires d'une même communauté, cela peut générer des inquiétudes quant à la confidentialité des informations. Cette question doit être soulevée et résolue lors de la sélection et de la formation des agents de santé

Prévention et traitement de l'hémorragie du post-partum

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
2.1	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il administrer de l'ocytocine en <u>prévention</u> de l'hémorragie du post-partum à l'aide d'une seringue standard ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité et à l'acceptabilité de l'administration d'ocytocine par le personnel non médical en prévention de l'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Les effets indésirables potentiels incluent l'utilisation de l'ocytocine à un moment inopportun pour la prévention de l'hémorragie, la non-détection de la présence d'un second fœtus avant l'administration et une mauvaise utilisation. Cette intervention pourrait toutefois être réalisable dans certaines conditions et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est déjà en place et où ce personnel s'est déjà familiarisé avec les techniques et le matériel d'injection.</p>
2.2	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il administrer de l'ocytocine en <u>traitement</u> de l'hémorragie du post-partum à l'aide d'une seringue standard ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité et à l'acceptabilité de l'administration d'ocytocine par le personnel non médical en traitement de l'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois être réalisable dans certaines conditions et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons aussi que cette intervention soit évaluée dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est déjà en place, où ce personnel s'est déjà familiarisé avec les techniques et le matériel d'injection et où un système d'orientation vers un niveau de soins plus spécialisés existe ou peut être mis en place.</p>
2.3	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il administrer de l'ocytocine en <u>prévention</u> de l'hémorragie du post-partum à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uniject™ ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration d'ocytocine par le personnel non médical en prévention de l'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois être acceptable et réalisable dans certaines conditions et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est déjà en place.</p>

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
2.4	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il administrer de l'ocytocine en <u>traitement</u> de l'hémorragie du post-partum à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uniject™ ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration d'ocytocine par le personnel non médical en traitement de l'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois être acceptable et réalisable dans certaines conditions et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est disponible et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>
2.5	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il administrer du misoprostol en <u>prévention</u> de l'hémorragie du post-partum ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité et à l'acceptabilité de l'administration de misoprostol par le personnel non médical en prévention de l'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois être réalisable dans certaines conditions et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies.</p> <p>Dans les milieux où il n'y a pas d'accoucheuse qualifiée et où l'ocytocine n'est pas disponible, une directive de l'OMS recommande l'administration de misoprostol (600 mcg par voie orale) par les agents de santé communautaires et le personnel non médical en prévention de l'HPP. (Recommandation forte, qualité des données moyenne.) Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est déjà en place.</p>
2.6	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il administrer du misoprostol en <u>traitement</u> de l'hémorragie du post-partum, avant l'orientation de la patiente ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité et à l'acceptabilité de l'administration de misoprostol par le personnel non médical en traitement de l'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois être réalisable dans certaines conditions et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est disponible, où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place et où l'utilisation de misoprostol peut être surveillée au moyen d'indicateurs appropriés.</p>

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
2.7	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il donner aux femmes enceintes du misoprostol en vue de son auto-administration après l'accouchement ?	Aucune recommandation n'a été formulée pour cette option.	De plus amples recherches sont nécessaires sur l'efficacité de la distribution de misoprostol aux femmes enceintes en vue de son auto-administration après l'accouchement. Cette question doit être résolue en priorité avant de décider quelles catégories d'agents de santé pourraient se charger de cette distribution. Le Comité de validation des recommandations n'a par conséquent pas formulé de recommandation. Il a toutefois fait valoir que cette intervention pourrait améliorer l'accès au misoprostol dans certains milieux.

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points liés au partage des tâches et à l'élargissement des responsabilités du personnel non médical, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

- Les travailleurs non médicaux devraient être bien acceptés par les bénéficiaires des communautés dont ils sont issus. Néanmoins, ils peuvent être facilement tenus pour responsable d'un décès accidentel, de maladies ou d'autres problèmes survenant lors d'un traitement. Des systèmes d'aide à ces agents de santé doivent par conséquent être instaurés. Un soutien visible du système de santé, une supervision régulière et des conseils de préparation à l'accouchement sont autant d'exemples de stratégies de soutien possibles.
- Dans la mesure où cette intervention suppose des horaires de travail irréguliers, des compensations pourraient devoir être offertes au personnel non médical afin de refléter les modifications apportées à leurs conditions de travail.
- Des systèmes doivent être instaurés en soutien au personnel non médical pouvant être amené à se déplacer de nuit pour aider une femme pendant le travail ou l'accouchement.

Distribution de suppléments oraux aux femmes enceintes

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
3.1, 3.3, 3.4 et 3.5	<p>Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il mettre en œuvre les types d'intervention suivants de distribution de suppléments oraux aux femmes enceintes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supplémentation en calcium chez les femmes vivant dans des zones où l'on sait que les apports en calcium sont faibles • Supplémentation systématique en fer et en folates chez la femme enceinte • Traitement présomptif intermittent antipaludéen chez les femmes enceintes vivant dans des zones où le paludisme est endémique • Supplémentation en vitamine A chez les femmes enceintes vivant dans des zones où la carence sévère en vitamine A constitue un grave problème de santé publique 	<p>Nous suggérons que cette option soit envisagée dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p>	<p>La distribution par le personnel non médical de suppléments oraux aux femmes enceintes pourrait avoir des effets mitigés (certitude des données faible à moyenne). Toutefois, cette intervention est probablement acceptable et réalisable, et pourrait n'avoir que de rares effets indésirables. Elle pourrait en outre réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p>
3.2	<p>Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il distribuer de faibles doses d'aspirine aux femmes enceintes qui présentent un risque élevé de prééclampsie/d'éclampsie ?</p>	<p>Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.</p>	<p>Les données relatives à l'efficacité de la distribution par le personnel non médical de faibles doses d'aspirine sont insuffisantes. En outre, cette intervention suppose d'identifier les femmes enceintes à haut risque. Toutefois, cette intervention est probablement acceptable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Ces recherches devraient être axées sur le rôle du personnel non médical pour encourager les patientes à prendre la dose d'entretien d'aspirine une fois le traitement instauré par un professionnel de santé. Les compétences du personnel non médical pour évaluer le niveau de risque des femmes devraient aussi être étudiées.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points liés au partage des tâches et à l'élargissement des responsabilités du personnel non médical, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1)

Soutien continu pendant le travail

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
5.1	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il apporter un soutien continu aux femmes pendant le travail, en présence d'une accoucheuse qualifiée ?	Nous recommandons cette option.	<p>L'apport d'un soutien continu par le personnel non médical est probablement efficace (certitude des données faible à moyenne).</p> <p>Cette intervention est probablement réalisable et pourrait n'avoir que de rares effets indésirables. Elle pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies, mais des problèmes d'acceptabilité pourraient se poser. Le rôle du personnel non médical dans ce contexte est d'apporter un soutien social sous la forme de réconfort et de paroles rassurantes. Il ne s'agit pas de fournir des soins médicaux. Nous recommandons donc cette option. Une attention particulière doit toutefois être portée à l'acceptabilité de cette intervention par les autres prestataires de soins.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points liés au partage des tâches et à l'élargissement des responsabilités du personnel non médical, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

- La répartition des rôles et des responsabilités entre sages-femmes et travailleurs non médicaux doit être clairement définie dans les descriptions de poste, les réglementations et tout autre moyen nécessaire.
- Dans la mesure où cette intervention suppose des horaires de travail irréguliers, des compensations pourraient devoir être offertes au personnel non médical afin de refléter les modifications apportées à leurs conditions de travail.
- Des systèmes doivent être instaurés en soutien au personnel non médical pouvant être amené à se déplacer de nuit pour aider une femme pendant le travail ou l'accouchement.

Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie avant orientation de la patiente

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
6.1	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il prendre en charge l'infection puerpérale en administrant des antibiotiques par voie intramusculaire à l'aide d'une seringue standard, avant l'orientation de la patiente ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité, l'acceptabilité et la faisabilité de la prise en charge par le personnel non médical de l'infection puerpérale par antibiothérapie sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons aussi que cette intervention soit évaluée dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est déjà en place, où ce personnel s'est déjà familiarisé avec les techniques et le matériel d'injection, et où l'orientation de la patiente vers un niveau de soins plus spécialisés existe ou peut être mise en place.</p>
6.2	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il prendre en charge l'infection puerpérale en administrant une antibiothérapie par voie orale, avant l'orientation de la patiente ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses	<p>Les données relatives à l'efficacité et à l'acceptabilité de la prise en charge par le personnel non médical de l'infection puerpérale par antibiothérapie orale sont insuffisantes. Toutefois, cette intervention est probablement réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est déjà en place et où un système d'orientation vers un niveau de soins plus spécialisés existe ou peut être mis en place.</p>
6.3	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il prendre en charge l'infection puerpérale en administrant des antibiotiques par voie intramusculaire à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uniject™, avant l'orientation de la patiente ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses	<p>Les données relatives à l'efficacité de la prise en charge par le personnel non médical de l'infection puerpérale par antibiothérapie sont insuffisantes, bien que l'utilisation des seringues compactes préremplies autobloquantes par cette catégorie d'agents soit probablement acceptable. Cette intervention pourrait toutefois être réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est déjà en place et où un système d'orientation vers un niveau de soins plus spécialisés existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points liés au partage des tâches et à l'élargissement des responsabilités du personnel non médical, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

- Les travailleurs non médicaux devraient être bien acceptés par les bénéficiaires des communautés dont ils sont issus. Néanmoins, ils peuvent être facilement tenus pour responsable d'un décès accidentel, de maladies ou d'autres problèmes survenant lors d'un traitement. Des systèmes d'aide à ces agents de santé doivent par conséquent être instaurés. Un soutien visible du système de santé, une supervision régulière et des conseils de préparation à l'accouchement sont autant d'exemples de stratégies de soutien possibles.
- Dans la mesure où cette intervention suppose des horaires de travail irréguliers, des compensations pourraient devoir être offertes au personnel non médical afin de refléter les modifications apportées à leurs conditions de travail.
- Des systèmes doivent être instaurés en soutien au personnel non médical pouvant être amené à se déplacer de nuit pour aider une femme pendant le travail ou l'accouchement.
- Des algorithmes thérapeutiques doivent être développés pour la prise en charge de l'infection puerpérale par le personnel non médical.

Instauration et poursuite de la méthode mère-kangourou

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
7.1	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il <u>instaurer</u> la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'instauration de la méthode mère-kangourou par le personnel non médical sont insuffisantes. Toutefois, cette intervention est probablement acceptable et réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est déjà en place et où un système d'orientation vers un niveau de soins plus spécialisés existe ou peut être mis en place.</p>
7.2	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il <u>poursuivre</u> la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de la poursuite de la méthode mère-kangourou par le personnel non médical sont insuffisantes. Toutefois, cette intervention est probablement acceptable et réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est déjà en place et où un système d'orientation vers un niveau de soins plus spécialisés est disponible ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points liés au partage des tâches et à l'élargissement des responsabilités du personnel non médical, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

Le personnel non médical, les formateurs et les superviseurs doivent recevoir une formation initiale et continue en contenu d'information et en communication. Les programmes devraient également déterminer si les maris/partenaires et autres membres de la famille doivent prendre part à cette intervention et comment.

Administration d'antibiotiques en cas d'infection néonatale

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
8.1	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il administrer des antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, en cas d'infection néonatale ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par le personnel non médical d'antibiotiques injectables en cas d'infection néonatale sont insuffisantes. Cette intervention est néanmoins probablement acceptable, pourrait être réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est déjà en place et où un système d'orientation vers un niveau de soins plus spécialisés existe ou peut être mis en place.</p>
8.2	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il administrer des antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uniject™, en cas d'infection néonatale ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par le personnel non médical d'antibiotiques injectables à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante en cas d'infection néonatale sont insuffisantes. Cette intervention est néanmoins probablement acceptable, pourrait être réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est déjà en place et où un système d'orientation vers un niveau de soins plus spécialisés existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points liés au partage des tâches et à l'élargissement des responsabilités du personnel non médical, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

- Les travailleurs non médicaux devraient être bien acceptés par les bénéficiaires des communautés dont ils sont issus. Néanmoins, ils peuvent être facilement tenus pour responsable d'un décès accidentel, de maladies ou d'autres problèmes survenant lors d'un traitement. Des systèmes d'aide à ces agents de santé doivent par conséquent être instaurés. Un soutien visible du système de santé, une supervision régulière et des conseils de préparation à l'accouchement sont autant d'exemples de stratégies de soutien possibles.
- Dans la mesure où cette intervention suppose des horaires de travail irréguliers, des compensations pourraient devoir être offertes au personnel non médical afin de refléter les modifications apportées à leurs conditions de travail.
- Des systèmes doivent être instaurés en soutien au personnel non médical pouvant être amené à se déplacer de nuit pour aider une femme pendant le travail ou l'accouchement.
- Des algorithmes thérapeutiques doivent être validés pour la prise en charge des infections néonatales par le personnel non médical.

Pratique de la réanimation néonatale

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
9.1	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il pratiquer la réanimation néonatale ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de la pratique de la réanimation néonatale par le personnel non médical sont insuffisantes et son acceptabilité reste incertaine. Cette intervention pourrait toutefois être réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est déjà en place et où un système d'orientation vers un niveau de soins plus spécialisés existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points liés au partage des tâches et à l'élargissement des responsabilités du personnel non médical, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1)

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

- Les travailleurs non médicaux devraient être bien acceptés par les bénéficiaires des communautés dont ils sont issus. Néanmoins, ils peuvent être facilement tenus pour responsable d'un décès accidentel, de maladies ou d'autres problèmes survenant lors d'un traitement. Des systèmes d'aide à ces agents de santé doivent par conséquent être instaurés. Un soutien visible du système de santé, une supervision régulière et des conseils de préparation à l'accouchement sont autant d'exemples de stratégies de soutien possibles.
- Dans la mesure où cette intervention suppose des horaires de travail irréguliers, des compensations pourraient devoir être offertes au personnel non médical afin de refléter les modifications apportées à leurs conditions de travail.
- Des systèmes doivent être instaurés en soutien au personnel non médical pouvant être amené à se déplacer de nuit pour aider une femme pendant le travail ou l'accouchement.
- Des algorithmes thérapeutiques doivent être disponibles pour la pratique de la réanimation néonatale par le personnel non médical.

Administration de contraceptifs

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
12.1	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il instaurer et poursuivre l'administration de contraceptifs injectables, à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uniject™?	Aucune recommandation n'a été formulée pour cette option.	Nous avons conclu qu'il convient de mener des recherches afin de déterminer l'efficacité de l'administration de contraceptifs injectables à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uniject™ <i>avant</i> de recommander les catégories d'agents qui pourraient se charger de cette intervention. Le Comité de validation des recommandations a donc décidé de ne pas formuler de recommandation. Il a également pris acte que des études sur l'efficacité d'utiliser une seringue compacte préremplie autobloquante pour administrer des contraceptifs injectables sont en cours.
12.2	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il instaurer et poursuivre l'administration de contraceptifs injectables à l'aide d'une seringue standard ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. L'expérience de plusieurs programmes nous a toutefois conduits à conclure qu'elle pourrait améliorer l'égalité en rendant la planification familiale plus accessible, et qu'elle ne semblait être associée à aucun problème de sécurité. Dans de nombreux milieux, le personnel non médical dispense déjà des conseils en matière de contraception et pratique des injections à d'autres fins. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées. Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où un programme de personnel non médical fonctionnant bien est déjà en place
12.3	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il poser et retirer des dispositifs intra-utérins (DIU) ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. Sa faisabilité et son acceptabilité sont en outre incertaines. Cette intervention pourrait dépasser les compétences de cette catégorie et s'avérer potentiellement dangereuse. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.

12.4	Le PERSONNEL NON MÉDICAL devrait-il poser et retirer des implants contraceptifs ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de cette intervention pouvant être considérée comme un acte chirurgical mineur sont insuffisantes. Sa faisabilité et son acceptabilité sont en outre incertaines. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée uniquement avec les travailleurs non médicaux qui : (a) ont un niveau de formation approprié et (b) pratiquent les soins dans un établissement ou un local respectant des conditions stériles.</p> <p>Remarque : sept membres du Comité de validation des recommandations n'étaient pas d'accord et auraient souhaité que le Comité se prononce contre cette option. Ils ont fait valoir que la catégorie du personnel non médical, telle que définie dans ces recommandations, inclut un large éventail de niveaux de compétences et de formations et que l'on ignore si les personnes ayant les niveaux de formations les plus bas possèdent les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette intervention. Le risque associé à cette intervention pourrait par conséquent être plus élevé.</p>
------	--	--	--

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points liés au partage des tâches et à l'élargissement des responsabilités du personnel non médical, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

- Les travailleurs non médicaux devraient être bien acceptés par les bénéficiaires des communautés dont ils sont issus. Néanmoins, ils peuvent être facilement tenus pour responsable d'un décès accidentel, de maladies ou d'autres problèmes survenant lors d'un traitement. Des systèmes d'aide à ces agents de santé doivent par conséquent être instaurés. Un soutien visible du système de santé, une supervision régulière et des conseils de préparation à l'accouchement sont autant d'exemples de stratégies de soutien possibles.
- Les questions liées à la santé sexuelle et génésique peuvent constituer un sujet sensible. Les bénéficiaires peuvent s'inquiéter du respect de leur anonymat, surtout si le prestataire est originaire de la même communauté. La sélection des agents de santé communautaires doit tenir compte de ces préoccupations. S'il est important que le personnel non médical soit formé aux questions et préoccupations en matière de confidentialité, il l'est tout autant que les bénéficiaires sachent que leurs relations avec les personnels de santé concernant la contraception sont confidentielles.
- En raison du caractère sensible des questions liées à la sexualité et la contraception, les responsables de la planification devraient s'interroger sur l'opportunité de confier la promotion et la prestation des services de santé génésiques auprès des femmes à des agents de santé du même sexe. Il serait également judicieux, eu égard au respect de l'anonymat et aux sensibilités culturelles, que la formation des femmes agents de santé soit dispensée par des femmes.
- Les travailleurs non médicaux et leurs superviseurs doivent recevoir une formation initiale et continue appropriée. Les thèmes abordés devraient inclure la communication avec les bénéficiaires et les effets indésirables des différentes méthodes de contraception. La formation devrait insister sur le fait que le personnel non médical ne doit pas se fonder sur ses propres critères pour décider qui peut recevoir une contraception.

Interventions envisagées pour les aides-soignants

- PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM
- ADMINISTRATION D'ANTIBIOTIQUES INJECTABLES EN CAS DE RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES AVANT TERME (RPMAT)
- INSTAURATION ET POURSUITE DE LA MÉTHODE MÈRE-KANGOUROU
- ADMINISTRATION D'ANTIBIOTIQUES EN CAS D'INFECTION NÉONATALE
- PRATIQUE DE LA RÉANIMATION NÉONATALE
- INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES À LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT
- ADMINISTRATION DE CONTRACEPTIFS

Prévention et traitement de l'hémorragie du post-partum

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
2.1	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils administrer de l'ocytocine en <u>prévention</u> de l'hémorragie du post-partum à l'aide d'une seringue standard ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité et à l'acceptabilité de l'administration d'ocytocine par les aides-soignants à l'aide d'une seringue standard en <u>prévention</u> de l'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Les effets indésirables potentiels incluent l'utilisation de l'ocytocine à un moment inopportun pour la prévention de l'hémorragie, la non-détection de la présence d'un second fœtus avant l'administration et une mauvaise utilisation. Cependant, le Comité de validation des recommandations considère que les effets bénéfiques sont probablement supérieurs aux effets nocifs, que la prise de décision requise est minime et que l'intervention est probablement acceptable et réalisable. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie.</p>
2.2	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils administrer de l'ocytocine en <u>traitement</u> de l'hémorragie du post-partum à l'aide d'une seringue standard ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité et à l'acceptabilité de l'administration d'ocytocine par les aides-soignants à l'aide d'une seringue standard en traitement de l'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Les effets indésirables potentiels de cette intervention pourraient inclure une mauvaise utilisation. Cependant, le Comité de validation des recommandations considère que les effets bénéfiques sont supérieurs aux effets nocifs, que la prise de décision requise est minime et que l'intervention est probablement acceptable et réalisable. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies.</p> <p>Le Comité de validation des recommandations considère que l'évaluation et le diagnostic de l'hémorragie du post-partum requièrent un certain niveau d'expérience et de discernement. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit utilisée <u>uniquement</u> dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie <u>et</u> où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
2.3	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils administrer de l'ocytocine en <u>prévention</u> de l'hémorragie du post-partum à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uniject™ ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité et à l'acceptabilité de l'administration d'ocytocine par les aides-soignants à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante en <u>prévention</u> de l'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Cependant, le Comité de validation des recommandations considère que les effets bénéfiques sont supérieurs aux effets nocifs, que la prise de décision requise est minime et que l'intervention est probablement acceptable et réalisable. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie.</p>
2.4	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils administrer de l'ocytocine en <u>traitement</u> de l'hémorragie du post-partum à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uniject™ ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité et à l'acceptabilité de l'administration d'ocytocine par les aides-soignants à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante en <u>traitement</u> de l'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Cependant, le Comité de validation des recommandations considère que les effets bénéfiques sont supérieurs aux effets nocifs, que la prise de décision requise est minime et que l'intervention est probablement acceptable et réalisable. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies.</p> <p>Le Comité de validation des recommandations considère que l'évaluation et le diagnostic de l'hémorragie du post-partum requièrent un certain niveau d'expérience et de discernement, et suggère donc que cette option soit envisagée dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre <u>uniquement</u> dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
2.5	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils administrer du misoprostol en <u>prévention</u> de l'hémorragie du post-partum ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité et à l'acceptabilité de l'administration de misoprostol par les aides-soignants en prévention de l'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Cependant, le Comité de validation des recommandations considère que les effets bénéfiques sont supérieurs aux effets nocifs, que la prise de décision requise est minime et que l'intervention est probablement acceptable et réalisable. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Dans les milieux où il n'y a pas d'accoucheuse qualifiée et où l'ocytocine n'est pas disponible, une directive de l'OMS (25) recommande l'administration de misoprostol (600 mcg par voie orale) <u>par les agents de santé communautaires et le personnel non médical en <u>prévention</u> de l'HPP.</u> (Recommandation forte, qualité des données moyenne.) Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous suggérons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie.</p>
2.6	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils administrer du misoprostol en <u>traitement</u> de l'hémorragie du post-partum, avant l'orientation de la patiente ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité et à l'acceptabilité de l'administration de misoprostol par les aides-soignants en traitement de l'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Cependant, le Comité de validation des recommandations considère que les effets bénéfiques sont supérieurs aux effets nocifs, que la prise de décision requise est minime et que l'intervention est probablement acceptable et réalisable. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Dans les milieux où il n'y a pas d'accoucheuse qualifiée et où l'ocytocine n'est pas disponible, une directive de l'OMS recommande l'administration de misoprostol (600 mcg par voie orale) <u>par les agents de santé communautaires et le personnel non médical en <u>prévention</u> de l'HPP.</u> (Recommandation forte, qualité des données moyenne.) Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous suggérons que cette intervention soit mise en œuvre pour le traitement de l'hémorragie du post-partum dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie <u>et</u> où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>
2.7	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils donner aux femmes enceintes du misoprostol en vue de son auto-administration après l'accouchement ?	Aucune recommandation n'a été formulée pour cette option.	<p>Il convient de mener des recherches afin de déterminer l'efficacité de la distribution de misoprostol aux femmes pendant leur grossesse en vue de son auto-administration après l'accouchement <i>avant</i> de décider quelles catégories pourraient se charger de cette intervention. Le Comité de validation des recommandations n'a par conséquent pas formulé de recommandation. Il a toutefois été indiqué que cette intervention pourrait améliorer l'accès au misoprostol dans certains milieux.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Administration d'antibiotiques injectables en cas de rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT)

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
4.1	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils diagnostiquer la rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT) et administrer le traitement initial par antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, avant l'orientation de la patiente ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité du diagnostic de rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT) et de l'administration par les aides-soignants du traitement initial par antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, avant l'orientation de la patiente sont insuffisantes. Les effets nocifs potentiels incluent l'utilisation excessive d'antibiotiques et les erreurs de diagnostic. Les effets bénéfiques potentiels incluent l'accès précoce au traitement de la RPMAT mais on ne sait pas si l'administration légèrement plus précoce du traitement, avant l'orientation, serait bénéfique. Cette intervention pourrait être acceptable, réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Instauration et poursuite de la méthode mère-kangourou

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
7.1	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils <u>instaurer</u> la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité et la faisabilité de l'instauration par les aides-soignants de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois générer d'importants effets bénéfiques et est probablement acceptable et réalisable. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées. La surveillance et l'évaluation devraient être axées sur les différentes catégories de poids afin d'éviter tout effet nocif chez les nouveau-nés d'un poids de naissance inférieur à 1500 grammes.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit utilisée dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie.</p>
7.2	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils <u>poursuivre</u> la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité et la faisabilité de la poursuite par les aides-soignants de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois générer d'importants effets bénéfiques et est probablement faisable et acceptable. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

Les aides-soignants, les formateurs et les superviseurs doivent recevoir une formation initiale et continue en contenu d'information et en communication. Les programmes devraient également déterminer si les maris/partenaires et autres membres de la famille doivent prendre part à cette intervention et comment.

Administration d'antibiotiques en cas d'infection néonatale

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
8.1	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils administrer des antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, en cas d'infection néonatale ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les aides-soignants d'antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, en cas d'infection néonatale sont insuffisantes et la faisabilité de cette option est incertaine. Cette intervention pourrait toutefois être acceptable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Les injections par voies intramusculaire et intraveineuse font normalement partie des compétences de base des aides-soignants. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie, où des protocoles cliniques clairs sont disponibles et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>
8.2	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils administrer des antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uniject™, en cas d'infection néonatale ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les aides-soignants d'antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante, en cas d'infection néonatale sont insuffisantes et la faisabilité de cette option est incertaine. Cette intervention pourrait toutefois être acceptable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Les injections par voies intramusculaire et intraveineuse font normalement partie des compétences de base des aides-soignants. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie, où des protocoles cliniques clairs sont disponibles et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

Des algorithmes thérapeutiques doivent être validés pour la prise en charge des infections néonatales par les aides-soignants.

Pratique de la réanimation néonatale

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
9.1	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils pratiquer la réanimation néonatale ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de la pratique de la réanimation néonatale par les aides-soignants sont insuffisantes. Toutefois, cette intervention est probablement acceptable et réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p> <p>Le Comité de validation des recommandations a également souligné que la réanimation néonatale devrait être considérée comme faisant partie intégrante de l'accouchement sans risque. Dans de nombreux milieux, les aides-soignants ne participent pas activement à l'accouchement, mais peuvent être amenés à intervenir dans la réanimation néonatale.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

Des algorithmes thérapeutiques doivent être validés pour la pratique de la réanimation néonatale par les aides-soignants.

Mise en œuvre d'interventions spécifiques liées à la grossesse et l'accouchement

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.1	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils administrer des liquides par voie intraveineuse pour la réanimation dans le cadre du traitement de l'hémorragie du post-partum ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité et à l'acceptabilité de l'administration par les aides-soignants de liquides par voie intraveineuse pour la réanimation dans le cadre du traitement de l'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Le Comité de validation des recommandations considère toutefois que cette intervention fait partie intégrante des compétences de base des aides-soignants. De plus, cette intervention est probablement réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p> <p>Cette intervention devrait être mise en œuvre dans le cadre des recommandations de l'OMS pour l'HPP (25) qui proposent une approche globale de la prise en charge de l'HPP.</p>
11.2	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils pratiquer la compression bimanuelle interne de l'utérus en cas d'hémorragie du post-partum ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité et à l'acceptabilité de la pratique par les aides-soignants de la compression bimanuelle interne de l'utérus en cas d'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Le risque d'effets nocifs significatifs reste toutefois faible. En outre, cette intervention est probablement réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p> <p>Cette intervention devrait être mise en œuvre dans le cadre des recommandations de l'OMS pour l'HPP (25) qui prévoient une approche globale de la prise en charge de l'HPP.</p>

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.3	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils suturer les lésions périnéales/ génitales mineures ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité et à l'acceptabilité de la suture des lésions périnéales et génitales mineures par les aides-soignants sont insuffisantes. Le Comité de validation des recommandations considère toutefois que les sutures font partie intégrante des compétences de base des aides-soignants. De plus, cette intervention est probablement réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie.</p> <p>Cette intervention devrait être mise en œuvre dans le cadre des recommandations de l'OMS pour l'HPP (25) qui prévoient une approche globale de la prise en charge de l'HPP.</p>
11.4	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils administrer des antihypertenseurs en cas d'hypertension artérielle sévère pendant la grossesse ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration d'antihypertenseurs par les aides-soignants sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois être acceptable et réalisable, et contribuer à réduire les inégalités dans les milieux où l'accès à des prestataires plus qualifiés est limité. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place, et où les soins sont dispensés conformément à un protocole standard.</p>
11.5	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils administrer des corticostéroïdes aux femmes enceintes en cas de travail prématuré afin d'améliorer la santé néonatale ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration de corticostéroïdes par les aides-soignants sont insuffisantes et ces derniers n'ont pas les compétences cliniques nécessaires au diagnostic du travail prématuré. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.</p>
11.6	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils assurer des soins maternels pendant l'accouchement (notamment la surveillance du travail à l'aide, par exemple, d'un partogramme, la surveillance du rythme cardiaque fœtal par auscultation, la décision de transférer la patiente en cas de faible progression du travail et l'expulsion du bébé) ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. De plus, la fourniture d'interventions pendant l'accouchement requiert une formation et des compétences considérables qui n'entrent généralement pas dans le champ des compétences des aides-soignants. Former cette catégorie d'agents à ces fonctions reviendrait, dans la pratique, à les faire changer de catégorie. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1). Cela est d'autant plus essentiel pour les interventions d'urgence peu pratiquées comme la compression bimanuelle.

Administration de contraceptifs

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
12.1	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils instaurer et poursuivre l'administration de contraceptifs injectables, à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uniject™ ?	Aucune recommandation n'a été formulée pour cette option.	Il convient de mener des recherches afin de déterminer l'efficacité de l'administration de contraceptifs injectables à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uniject™ <i>avant</i> de décider quelles catégories d'agents pourraient se charger de cette intervention. Le Comité de validation des recommandations n'a par conséquent pas formulé de recommandation. Il a également pris acte que des études sur l'efficacité d'utiliser une seringue compacte préremplie autobloquante pour administrer des contraceptifs injectables sont en cours.
12.2	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils <u>instaurer</u> et poursuivre l'administration de contraceptifs injectables à l'aide d'une seringue standard ?	Nous recommandons cette option.	Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. Elle pourrait néanmoins constituer un moyen acceptable et faisable d'accroître la disponibilité des contraceptifs injectables. En outre, les injections font partie des tâches attribuées aux aides-soignants dans un certain nombre de milieux. Nous recommandons donc cette option.
12.3	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils poser et retirer des dispositifs intra-utérins (DIU) ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. De plus, les examens pelviens n'entrent pas dans le champ des compétences des aides-soignants et nécessiteraient une formation supplémentaire. Cette intervention pourrait toutefois être acceptable et réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.
12.4	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils poser et retirer des implants contraceptifs ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois être acceptable et réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. En outre, elle ne requiert qu'un minimum de compétences supplémentaires. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées. Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.
12.5	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils pratiquer la ligature des trompes (du post-partum ou d'intervalle) ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. En outre, cet acte n'entre pas dans le champ des compétences de la plupart des aides-soignants. Son acceptabilité et sa faisabilité sont par conséquent incertaines. Nous recommandons de ne pas adopter cette option.

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
12.6	Les AIDES-SOIGNANTS devraient-ils pratiquer la vasectomie ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. En outre, son acceptabilité et sa faisabilité sont incertaines. Nous suggérons donc d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Il conviendrait de mettre en œuvre cette intervention dans le cadre de recherches dans les milieux où la fonction d'aide-soignant est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p> <p>Remarque : cinq membres du Comité de validation des recommandations n'étaient pas d'accord et auraient souhaité que le Comité se prononce contre cette option qui, d'après eux, sort de l'étendue normale des attributions des aides-soignants.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

- En raison du caractère sensible des questions liées à la sexualité et la contraception, les responsables de la planification devraient s'interroger sur l'opportunité de confier la promotion et la prestation des services de santé génésiques auprès des femmes à des agents de santé du même sexe. Il serait également judicieux, eu égard au respect de l'anonymat et aux sensibilités culturelles, que la formation des femmes agents de santé soit dispensée par des femmes.
- Les aides-soignants et leurs superviseurs doivent recevoir une formation initiale et continue appropriée. Les thèmes abordés devraient inclure la communication avec les bénéficiaires et les effets indésirables des différentes méthodes de contraception. La formation devrait insister sur le fait que les aides-soignants ne doivent pas se fonder sur leurs propres critères pour décider qui peut recevoir une contraception.
- Les aides-soignants doivent être formés aux questions de confidentialité et les bénéficiaires doivent savoir que leurs relations avec les personnels de santé concernant la contraception sont confidentielles.

Le Comité d'élaboration des recommandations a reconnu que les tâches suivantes s'inscrivent dans le champ des compétences de cette catégorie d'agents de santé. Aucune évaluation des données n'a donc été réalisée

- » 1.1–1.13 Interventions en matière de promotion de la santé maternelle, néonatale et génésique
- » 3.1, 3.3, 3.4 et 3.5 Distribution de suppléments oraux aux femmes enceintes
- » 3.2 Distribution de faibles doses d'aspirine aux femmes enceintes qui présentent un risque élevé de prééclampsie/d'éclampsie
- » 5.1 Soutien continu à la femme pendant le travail, en présence d'une accoucheuse qualifiée
- » 6.1 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie intramusculaire – seringue standard
- » 6.2 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie orale
- » 6.3 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie intramusculaire – seringue compacte préremplie autobloquante

Interventions envisagées pour les sages-femmes auxiliaires

- PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM
- ADMINISTRATION D'ANTIBIOTIQUES INJECTABLES EN CAS DE RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES AVANT TERME (RPMAT)
- INSTAURATION ET POURSUITE DE LA MÉTHODE MÈRE-KANGOUROU
- ADMINISTRATION D'ANTIBIOTIQUES EN CAS D'INFECTION NÉONATALE
- PRATIQUE DE LA RÉANIMATION NÉONATALE
- MISE EN ŒUVRE D'INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES LIÉES À LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT
- ADMINISTRATION DE CONTRACEPTIFS

Prévention et traitement de l'hémorragie du post-partum

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
2.7	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles donner aux femmes enceintes du misoprostol en vue de son auto-administration après l'accouchement ?	Aucune recommandation n'a été formulée pour cette option.	Il convient de mener des recherches afin de déterminer l'efficacité de la distribution de misoprostol aux femmes pendant leur grossesse en vue de son auto-administration après l'accouchement <i>avant</i> de décider quelles catégories pourraient se charger de cette intervention. Le Comité de validation des recommandations n'a par conséquent pas formulé de recommandation. Il a toutefois été également souligné que l'absence de recommandation pouvait se traduire par un accès réduit au misoprostol dans certains milieux.

Administration d'antibiotiques injectables en cas de rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT)

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
4.1	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elle diagnostiquer une rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT) et administrer le traitement initial par antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, avant l'orientation de la patiente ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité du diagnostic de rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT) et de l'administration, par les sages-femmes auxiliaires, du traitement initial par antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, avant l'orientation de la patiente, sont insuffisantes. Les effets nocifs potentiels incluent l'utilisation excessive d'antibiotiques et les erreurs de diagnostic. Les effets bénéfiques potentiels incluent l'accès précoce au traitement de la RPMAT mais on ignore si l'administration légèrement plus précoce du traitement, avant l'orientation, serait bénéfique. Cette intervention pourrait être acceptable et réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Instauration et poursuite de la méthode mère-kangourou

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
7.1	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles instaurer la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité et la faisabilité de l'instauration par les sages-femmes auxiliaires de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois générer d'importants effets bénéfiques et est probablement réalisable et acceptable. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées. Une attention particulière doit être accordée aux différents sous-groupes de poids de naissance.</p> <p>La surveillance et l'évaluation devraient être axées sur les différentes catégories de poids afin d'éviter tout effet nocif chez les nouveau-nés d'un poids de naissance inférieur à 1500 grammes.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie.</p>
7.2	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles poursuivre la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité et la faisabilité de la poursuite par les sages-femmes auxiliaires de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois générer d'importants effets bénéfiques et est probablement réalisable et acceptable. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p> <p>La surveillance et l'évaluation devraient être axées sur les différentes catégories de poids afin d'éviter tout effet néfaste chez les nouveau-nés d'un poids de naissance inférieur à 1 500 grammes.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

Les sages-femmes auxiliaires, les formateurs et les superviseurs doivent recevoir une formation initiale et continue en contenu d'information et en communication. Les programmes devraient également déterminer si les maris/partenaires et autres membres de la famille doivent prendre part à cette intervention et comment.

Administration d'antibiotiques en cas d'infection néonatale

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
8.1	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles administrer des antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, en cas d'infection néonatale ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les sages-femmes auxiliaires d'antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, en cas d'infection néonatale sont insuffisantes et la faisabilité de cette option est incertaine. Cette intervention pourrait toutefois être acceptable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Les injections par voies intramusculaire et intraveineuse font normalement partie des compétences de base des sages-femmes auxiliaires. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie, où des protocoles cliniques clairs sont disponibles et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>
8.2	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles administrer des antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uniject™, en cas d'infection néonatale ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les sages-femmes auxiliaires d'antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante, en cas d'infection néonatale sont insuffisantes et la faisabilité de cette option est incertaine. Cette intervention pourrait toutefois être acceptable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Les injections par voies intramusculaire et intraveineuse font normalement partie des compétences de base des sages-femmes auxiliaires. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie, où des protocoles cliniques clairs sont disponibles et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

Des algorithmes thérapeutiques doivent être validés pour la prise en charge des infections néonatales par les sages-femmes auxiliaires.

Pratique de la réanimation néonatale

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
9.1	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles pratiquer la réanimation néonatale ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité de la pratique de la réanimation néonatale par les sages-femmes auxiliaires sont insuffisantes. Cette intervention fait toutefois partie des compétences de base des accoucheuses qualifiées. Elle est probablement acceptable et réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

Des algorithmes thérapeutiques doivent être validés pour la pratique de la réanimation néonatale par les sages-femmes auxiliaires.

Mise en œuvre d'interventions spécifiques liées à la grossesse et l'accouchement

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.1	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles administrer des liquides par voie intraveineuse pour la réanimation dans le cadre du traitement de l'hémorragie du post-partum ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les sages-femmes auxiliaires de liquides par voie intraveineuse dans le cadre de la réanimation sont insuffisantes. Le Comité de validation des recommandations considère toutefois que cette intervention fait partie intégrante des compétences de base des sages-femmes auxiliaires. En outre, elle pourrait être acceptable, elle est probablement réalisable et pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations défavorisées. Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p> <p>Cette intervention devrait être mise en œuvre dans le cadre des recommandations de l'OMS pour l'HPP (25) qui prévoient une approche globale de la prise en charge de l'HPP.</p>
11.2	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles pratiquer la compression bimanuelle interne de l'utérus en cas d'hémorragie du post-partum ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité de la pratique par les sages-femmes auxiliaires de la compression bimanuelle interne de l'utérus en cas d'hémorragie du post-partum sont insuffisantes. Le Comité de validation des recommandations considère toutefois que cette intervention fait partie intégrante des compétences de base des sages-femmes auxiliaires. En outre, elle pourrait être acceptable, elle est probablement réalisable et pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations défavorisées. Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p> <p>Cette intervention devrait être mise en œuvre dans le cadre des recommandations de l'OMS pour l'HPP (25) qui prévoient une approche globale de la prise en charge de l'HPP.</p>

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.3	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles suturer les lésions périnéales/génitales mineures ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité de la suture des lésions périnéales et génitales mineures par les sages-femmes auxiliaires sont insuffisantes. Le Comité de validation des recommandations considère toutefois que cette intervention fait partie intégrante des compétences de base des sages-femmes auxiliaires. En outre, elle pourrait être acceptable, elle est probablement réalisable et pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations défavorisées. Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie.</p> <p>Cette intervention devrait être mise en œuvre dans le cadre des recommandations de l'OMS pour l'HPP (25) qui prévoient une approche globale de la prise en charge de l'HPP.</p>
11.4	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles administrer des antihypertenseurs en cas d'hypertension artérielle sévère pendant la grossesse ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration d'antihypertenseurs par les sages-femmes auxiliaires sont insuffisantes. Cette intervention est toutefois probablement acceptable et les sages-femmes auxiliaires ont les compétences cliniques nécessaires. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités dans les milieux où l'accès à des prestataires plus qualifiés est limité. Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p> <p>La surveillance et l'évaluation devraient être axées sur le respect des protocoles cliniques et les effets nocifs potentiels des antihypertenseurs chez la mère et son nouveau-né.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie, dans le cadre d'un épisode aigu, avant orientation de la patiente et conformément au protocole standard.</p>
11.5	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles administrer des corticostéroïdes aux femmes enceintes en cas de travail prématuré afin d'améliorer la santé néonatale ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les sages-femmes auxiliaires de corticostéroïdes aux femmes enceintes, en cas de travail prématuré, afin d'améliorer la santé néonatale sont insuffisantes. Les sages-femmes auxiliaires ont néanmoins les compétences cliniques requises pour diagnostiquer le travail prématuré et administrer des corticostéroïdes. En outre, l'intervention pourrait être acceptable et réalisable. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.12	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles administrer du sulfate de magnésium pour la neuroprotection du fœtus aux femmes en travail prématuré ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les sages-femmes auxiliaires de sulfate de magnésium aux femmes en travail prématuré pour la neuroprotection du fœtus sont insuffisantes. Les sages-femmes auxiliaires ont néanmoins les compétences cliniques requises pour diagnostiquer le travail prématuré et administrer le sulfate de magnésium. Cette intervention pourrait être acceptable et réalisable. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Administration de contraceptifs

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
12.1	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles instaurer et poursuivre l'administration de contraceptifs injectables, à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uniject™ ?	Aucune recommandation n'a été formulée pour cette option.	Il convient de mener des recherches afin de déterminer l'efficacité de l'administration de contraceptifs injectables à l'aide d'une seringue compacte préremplie autobloquante comme Uniject™ avant de décider quelles catégories d'agents pourraient se charger de cette intervention. Le Comité de validation des recommandations n'a donc pas formulé de recommandation. Il a également pris acte que des études sur l'efficacité d'utiliser une seringue compacte préremplie autobloquante pour administrer des contraceptifs injectables sont en cours.
12.2	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles instaurer et poursuivre l'administration de contraceptifs injectables à l'aide d'une seringue standard ?	Nous recommandons cette option.	Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. Elle pourrait néanmoins constituer un moyen acceptable et réalisable d'accroître la disponibilité des contraceptifs injectables. En outre, les injections font partie des tâches attribuées aux sages-femmes auxiliaires dans un certain nombre de milieux. Nous recommandons donc cette option.
12.3	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles poser et retirer des dispositifs intra-utérins (DIU) ?	Nous recommandons cette option.	Cette intervention est probablement efficace (certitude des données de faible à moyenne) et pourrait n'avoir que peu d'effets indésirables. Elle pourrait également être acceptable et réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous recommandons donc cette option. Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie.
12.4	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles poser et retirer des implants contraceptifs ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. Elle pourrait toutefois être acceptable et réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. En outre, elle requiert relativement peu de compétences supplémentaires. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées. Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place..
12.5	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles pratiquer la ligature des trompes (du post-partum et d'intervalle) ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. En outre, cet acte n'entre pas dans le champ des compétences de la plupart des sages-femmes auxiliaires et son acceptabilité et sa faisabilité sont incertaines. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
12.6	Les SAGES-FEMMES AUXILIAIRES devraient-elles pratiquer la vasectomie ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. En outre, son acceptabilité et sa faisabilité sont incertaines. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Il conviendrait de mettre en œuvre cette intervention dans le cadre de recherches dans les milieux où la fonction de sage-femme auxiliaire est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p> <p>Remarque : cinq membres du Comité de validation des recommandations n'étaient pas d'accord et auraient souhaité que le Comité se prononce contre cette option qui, d'après eux, sort de l'étendue normale des attributions des sages-femmes auxiliaires.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

- En raison du caractère sensible des questions liées à la sexualité et la contraception, les responsables de la planification devraient s'interroger sur l'opportunité de confier la promotion et la prestation des services de santé génésiques auprès des femmes à des agents de santé du même sexe. Il serait également judicieux, eu égard aux sensibilités culturelles, que la formation des femmes agents de santé soit dispensée par des femmes.
- Les sages-femmes auxiliaires et leurs superviseurs doivent recevoir une formation initiale et continue appropriée. Les thèmes abordés devraient inclure la communication avec les bénéficiaires et les effets indésirables des différentes méthodes de contraception. La formation devrait insister sur le fait que le personnel non médical ne doit pas se fonder sur ses propres critères pour décider qui peut recevoir une contraception.
- S'il est important que les sages-femmes auxiliaires soient formées aux questions et préoccupations en matière de confidentialité, il l'est tout autant que les bénéficiaires sachent que leurs relations avec les personnels de santé concernant la contraception sont confidentielles.

Le Comité de validation des recommandations a reconnu que les tâches suivantes s'inscrivent dans le champ des compétences de cette catégorie d'agents de santé. Aucune évaluation des données n'a donc été réalisée.

- » 1.1–1.13 Interventions de promotion de la santé maternelle, néonatale et génésique
- » 2.1 Administration d'ocytocine en prévention de l'HPP – seringue standard
- » 2.2 Administration d'ocytocine en traitement de l'HPP – seringue standard
- » 2.3 Administration d'ocytocine en prévention de l'HPP – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 2.4 Administration d'ocytocine en traitement de l'HPP – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 2.5 Administration de misoprostol en prévention de l'HPP
- » 2.6 Administration de misoprostol en traitement de l'HPP
- » 3.1, 3.3, 3.4 et 3.5 Distribution de suppléments oraux aux femmes enceintes

- » 3.2 Distribution de faibles doses d'aspirine aux femmes enceintes qui présentent un risque élevé de prééclampsie/d'éclampsie
- » 5.1 Soutien continu à la femme pendant le travail, en présence d'une accoucheuse qualifiée
- » 6.1 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie intramusculaire – seringue standard
- » 6.2 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie orale
- » 6.3 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie intramusculaire – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 11.6 Soins maternels pendant l'accouchement (notamment la surveillance du travail à l'aide, par exemple, d'un partogramme, la surveillance du rythme cardiaque fœtal par auscultation, la décision de transférer la patiente en cas de faible progression du travail et l'expulsion du bébé)

Interventions envisagées pour le personnel infirmier

- ADMINISTRATION D'ANTIBIOTIQUES INJECTABLES EN CAS DE RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES AVANT TERME (RPMAT)
- VERSION PAR MANŒUVRE EXTERNE (VME)
- MISE EN ŒUVRE D'INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES LIÉES À LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT
- ADMINISTRATION DE CONTRACEPTIFS

Administration d'antibiotiques injectables en cas de rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT)

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
4.1	Le PERSONNEL INFIRMIER devrait-il diagnostiquer la rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT) et administrer le traitement initial par antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, avant l'orientation de la patiente ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité du diagnostic de rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT) et de l'administration par le personnel infirmier du traitement initial par antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, avant l'orientation de la patiente, sont insuffisantes. Cependant, il s'agit probablement d'une approche acceptable et réalisable de la prise en charge de la RPMAT. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités dans les milieux où l'accès à des prestataires plus qualifiés est limité. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p> <p>Dans la mesure où l'on ignore si le personnel infirmier aura les compétences et l'équipement nécessaires pour établir ce diagnostic, cette intervention devrait être mise en œuvre dans les milieux où cette catégorie d'agents de santé prend en charge des femmes enceintes, est formée à l'administration d'injections et où ces pratiques sont réglementairement et professionnellement approuvées.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Version par manœuvre externe (VME)

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
10.1	Le PERSONNEL INFIRMIER devrait-il pratiquer une version par manœuvre externe (VME) en cas de présentation par le siège à terme ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	Les données relatives à l'efficacité de la version par manœuvre externe pratiquée par le personnel infirmier sont insuffisantes. Cette intervention sort de l'étendue normale des attributions du personnel infirmier et son acceptabilité et sa faisabilité sont incertaines. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.

Mise en œuvre d'interventions spécifiques liées à la grossesse et l'accouchement

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.5	Le PERSONNEL INFIRMIER devrait-il administrer des corticostéroïdes aux femmes en cas de travail prématuré afin d'améliorer la santé néonatale ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	Les données relatives à l'efficacité de l'administration de corticostéroïdes par le personnel infirmier sont insuffisantes. Le personnel infirmier ne dispose pas des compétences cliniques nécessaires pour diagnostiquer le travail prématuré. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.
11.7	Le PERSONNEL INFIRMIER devrait-il pratiquer l'extraction par ventouse obstétricale pendant l'accouchement ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	Les données relatives à l'efficacité de l'extraction par ventouse obstétricale pratiquée par le personnel infirmier pendant l'accouchement sont insuffisantes. Cette intervention sort de l'étendue normale de ses attributions et son acceptabilité et sa faisabilité sont incertaines. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.
11.8	Le PERSONNEL INFIRMIER devrait-il administrer une <u>dose d'attaque</u> de sulfate de magnésium en <u>prévention</u> de l'éclampsie puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	Les données relatives à l'efficacité de l'administration par le personnel infirmier d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Cependant, dans les milieux où l'administration d'un schéma thérapeutique complet de sulfate de magnésium est impossible, une directive de l'OMS recommande d'administrer aux femmes qui présentent une prééclampsie sévère ou une éclampsie une dose d'attaque de sulfate de magnésium puis de les transférer immédiatement vers un établissement de santé de niveau supérieur (qualité des données très faible, recommandation faible) (23). Nous recommandons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.9	Le PERSONNEL INFIRMIER devrait-il administrer une <u>dose d'entretien de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie</u> puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	Les données relatives à l'efficacité de l'administration par le personnel infirmier d'une dose d'entretien de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Cette intervention sort de l'étendue normale de ses attributions et son acceptabilité est incertaine. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.
11.10	Le PERSONNEL INFIRMIER devrait-il administrer une <u>dose d'attaque de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie</u> puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	Les données relatives à l'efficacité de l'administration par le personnel infirmier d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Cependant, dans les milieux où l'administration d'un schéma thérapeutique complet de sulfate de magnésium est impossible, une directive de l'OMS recommande d'administrer aux femmes qui présentent une prééclampsie sévère ou une éclampsie une dose d'attaque de sulfate de magnésium puis de les transférer immédiatement vers un établissement de santé de niveau supérieur (qualité des données très faible, recommandation faible) (23). Nous recommandons donc d'envisager cette option si elle s'accompagne d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.
11.11	Le PERSONNEL INFIRMIER devrait-il administrer une <u>dose d'entretien de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie</u> puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	Les données relatives à l'efficacité de l'administration par le personnel infirmier d'une dose d'entretien de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Cette intervention sort de l'étendue de ses attributions normales et son acceptabilité est incertaine. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.
11.12	Le PERSONNEL INFIRMIER devrait-il administrer du sulfate de magnésium pour la neuroprotection du fœtus aux femmes en travail prématuré ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	Si cette intervention pourrait être acceptable et réalisable, les données relatives à l'efficacité de l'administration par le personnel infirmier de sulfate de magnésium aux femmes en travail prématuré pour la neuroprotection du fœtus sont insuffisantes. Cette intervention sort de l'étendue normale de ses attributions. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Administration de contraceptifs

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
12.3	Le PERSONNEL INFIRMIER devrait-il poser et retirer des dispositifs intra-utérins (DIU) ?	Nous recommandons cette option.	Cette intervention, dont l'acceptabilité peut être variable, pourrait être efficace (certitude des données très faible à modérée) et constituer une approche de la contraception réalisable. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous recommandons donc cette option.
12.4	Le PERSONNEL INFIRMIER devrait-il poser et retirer des implants contraceptifs ?	Nous recommandons cette option.	Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes et son acceptabilité peut être variable. Cependant, des données suggèrent que des interventions similaires peuvent être mise en œuvre efficacement par le personnel infirmier. En outre, cette intervention pourrait constituer une approche de la contraception réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous recommandons donc cette option.
12.5	Le PERSONNEL INFIRMIER devrait-il pratiquer la ligature des trompes (du post-partum et d'intervalle) ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois constituer une approche de la contraception acceptable et réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses. Cette intervention devrait être évaluée dans les milieux où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place. Le Comité de validation des recommandations convient que différentes méthodes de ligature des trompes doivent être examinées dans le cadre des études portant sur la pratique de cet acte par le personnel infirmier.
12.6	Le PERSONNEL INFIRMIER devrait-il pratiquer la vasectomie ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois constituer une approche de la contraception acceptable et réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses. Cette intervention devrait être évaluée dans les milieux où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

- En raison du caractère sensible des questions liées à la sexualité et la contraception, les responsables de la planification devraient s'interroger sur l'opportunité de confier la promotion et la prestation des services de santé génésiques auprès des femmes à des agents de santé du même sexe. Il serait également judicieux, eu égard aux questions de confidentialité, que la formation des femmes agents de santé soit dispensée par des femmes.
- Le personnel infirmier et ses superviseurs doivent recevoir une formation initiale et continue appropriée. Les thèmes abordés devraient inclure la communication avec les bénéficiaires et les effets indésirables des différentes méthodes de contraception. La formation devrait insister sur le fait que le personnel infirmier ne doit pas se fonder sur ses propres critères pour décider qui peut recevoir une contraception.
- S'il est important que le personnel infirmier soit formé aux questions et préoccupations en matière de confidentialité, il l'est tout autant que les bénéficiaires sachent que leurs relations avec les personnels de santé concernant la contraception sont confidentielles.

Le Comité de validation des recommandations a reconnu que les tâches suivantes s'inscrivent dans le champ des compétences de cette catégorie d'agents de santé. Aucune évaluation des données n'a donc été réalisée.

- » 1.1–1.13 Interventions de promotion de la santé maternelle, néonatale et génésique
- » 2.1 Administration d'ocytocine en prévention de l'HPP – seringue standard
- » 2.2 Administration d'ocytocine en traitement de l'HPP – seringue standard
- » 2.3 Administration d'ocytocine en prévention de l'HPP – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 2.4 Administration d'ocytocine en traitement de l'HPP – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 2.5 Administration de misoprostol en prévention de l'HPP
- » 2.6 Administration de misoprostol en traitement de l'HPP
- » 3.1, 3.3, 3.4 et 3.5 Distribution de suppléments oraux aux femmes enceintes
- » 3.2 Distribution de faibles doses d'aspirine aux femmes enceintes qui présentent un risque élevé de prééclampsie/d'éclampsie
- » 5.1 Soutien continu à la femme pendant le travail, en présence d'une accoucheuse qualifiée
- » 6.1 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie intramusculaire – seringue standard
- » 6.2 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie orale
- » 6.3 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie intramusculaire – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 7.1 Instauration de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance
- » 7.2 Poursuite de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance
- » 8.1 Administration d'antibiotiques injectables en cas d'infection néonatale – seringue standard
- » 8.2 Administration d'antibiotiques en cas d'infection néonatale – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 9.1 Réanimation néonatale
- » 11.1 Administration de liquides par voie intraveineuse pour la réanimation en cas d'HPP
- » 11.2 Compression bimanuelle interne de l'utérus en cas d'HPP
- » 11.3 Suture de lésions périnéales/génitales mineures
- » 11.4 Administration d'antihypertenseurs en cas d'hypertension artérielle sévère pendant la grossesse
- » 12.2 Instauration et poursuite de l'utilisation de contraceptifs injectables – seringue standard

Interventions envisagées pour les sages-femmes

- ADMINISTRATION D'ANTIBIOTIQUES INJECTABLES EN CAS DE RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES AVANT TERME (RPMAT)
- VERSION PAR MANŒUVRE EXTERNE (VME)
- MISE EN ŒUVRE D'INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES LIÉES À LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT
- ADMINISTRATION DE CONTRACEPTIFS

Administration d'antibiotiques injectables en cas de rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT)

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
4.1	Les SAGES-FEMMES devraient-elles diagnostiquer la rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT) et administrer le traitement initial par antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, avant l'orientation de la patiente ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité et la faisabilité du diagnostic de rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT) et de l'administration par les sages-femmes du traitement initial par antibiotiques injectables, à l'aide d'une seringue standard, avant l'orientation de la patiente, sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois être acceptable et réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction de sage-femme est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

Les programmes doivent veiller à ce que cette tâche encourage la continuité des soins, d'une part, et à ce que toutes les sages-femmes acquièrent les compétences nécessaires pour l'assurer auprès de tous les bénéficiaires potentiels, d'autre part.

Version par manœuvre externe (VME)

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
10.1	Les SAGES-FEMMES devraient-elles pratiquer une version par manœuvre externe (VME) en cas de présentation par le siège à terme ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de la version par manœuvre externe pratiquée par les sages-femmes sont insuffisantes et cette intervention pourrait présenter un danger potentiel. Toutefois, elle est probablement acceptable et réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où la fonction de sage-femme est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

Les programmes doivent veiller à ce que cette tâche encourage la continuité des soins, d'une part, et à ce que toutes les sages-femmes acquièrent les compétences nécessaires pour l'assurer auprès de tous les bénéficiaires potentiels, d'autre part.

Mise en œuvre d'interventions spécifiques liées à la grossesse et l'accouchement

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.5	Les SAGES-FEMMES devraient-elles administrer des corticostéroïdes aux femmes en travail prématuré afin d'améliorer la santé néonatale ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les sages-femmes de corticostéroïdes aux femmes en travail prématuré afin d'améliorer la santé du fœtus sont insuffisantes. Cette intervention est probablement réalisable mais son acceptabilité est incertaine. Elle pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies.</p> <p>Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p>
11.7	Les SAGES-FEMMES devraient-elles pratiquer l'extraction par ventouse obstétricale pendant l'accouchement ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'extraction par ventouse obstétricale pratiquée par les sages-femmes pendant l'accouchement sont insuffisantes et l'acceptabilité de cette intervention est incertaine. Toutefois, cette intervention est probablement réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées des taux d'échec, des complications et des mesures des processus telles que la fréquence d'utilisation.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction de sage-femme est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>
11.8	Les SAGES-FEMMES devraient-elles administrer une dose d'attaque de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les sages-femmes d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Cependant, dans les milieux où l'administration d'un schéma thérapeutique complet de sulfate de magnésium est impossible, une directive de l'OMS recommande d'administrer aux femmes qui présentent une prééclampsie sévère ou une éclampsie une dose d'attaque de sulfate de magnésium puis de les transférer immédiatement vers un établissement de santé de niveau supérieur (qualité des données très faible, recommandation faible) (23). Nous recommandons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p>

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.9	Les SAGES-FEMMES devraient-elles administrer une <u>dose d'entretien</u> de sulfate de magnésium en <u>prévention</u> de l'éclampsie puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les sages-femmes d'une dose d'entretien de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois être réalisable et pourrait être acceptable dans certaines conditions. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où les sages-femmes travaillent seules au niveau de soins primaires et où des catégories d'agents de santé mieux qualifiés ne sont pas toujours accessibles. Un travail d'équipe est nécessaire pour prendre correctement en charge une femme présentant une prééclampsie ou une éclampsie. Ainsi, orienter la patiente vers un niveau de soins supérieur s'avérera peut-être nécessaire.</p>
11.10	Les SAGES-FEMMES devraient-elles administrer une <u>dose d'attaque</u> de sulfate de magnésium en <u>traitement</u> de l'éclampsie puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les sages-femmes d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Cependant, dans les milieux où l'administration d'un schéma thérapeutique complet de sulfate de magnésium est impossible, une directive de l'OMS recommande d'administrer aux femmes qui présentent une prééclampsie sévère ou une éclampsie une dose d'attaque de sulfate de magnésium puis de les transférer immédiatement vers un établissement de santé de niveau supérieur (qualité des données très faible, recommandation faible) (23). Nous recommandons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p>
11.11	Les SAGES-FEMMES devraient-elles administrer une <u>dose d'entretien</u> de sulfate de magnésium en <u>traitement</u> de l'éclampsie puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les sages-femmes d'une dose d'entretien de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Cette intervention pourrait toutefois être réalisable et pourrait être acceptable dans certaines conditions. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où les sages-femmes travaillent seules au niveau de soins primaires et où des catégories d'agents de santé mieux qualifiés ne sont pas toujours accessibles.</p>

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.12	Les SAGES-FEMMES devraient-elles administrer du sulfate de magnésium pour la neuroprotection du fœtus aux femmes en travail prématuré ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les sages-femmes de sulfate de magnésium aux femmes en travail prématuré pour la neuroprotection du fœtus sont insuffisantes. Les sages-femmes ont néanmoins les compétences cliniques requises pour diagnostiquer le travail prématuré et administrer du sulfate de magnésium. En outre, l'intervention pourrait être acceptable et réalisable. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans les milieux où la fonction de sage-femme est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

Les programmes doivent veiller à ce que cette tâche encourage la continuité des soins, d'une part, et à ce que toutes les sages-femmes acquièrent les compétences nécessaires pour l'assurer auprès de tous les bénéficiaires potentiels, d'autre part.

Administration de contraceptifs

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
12.3	Les SAGES-FEMMES devraient-elles poser et retirer des dispositifs intra-utérins (DIU) ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes et son acceptabilité peut être variable. Cependant, des données suggèrent que la pose et le retrait des DIU peuvent être pratiqués efficacement par les sages-femmes auxiliaires et le personnel infirmier. En outre, cette intervention est probablement réalisable et pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans des milieux où un programme destiné aux sages-femmes fonctionnant bien est déjà en place.</p>
12.4	Les SAGES-FEMMES devraient-elles poser et retirer des implants contraceptifs ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes et son acceptabilité est incertaine. Cette intervention ne requiert qu'un minimum de compétences supplémentaires et pourrait constituer une approche réalisable de la contraception. Elle pourrait également contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans des milieux où un programme destiné aux sages-femmes fonctionnant bien est déjà en place.</p>
12.5	Les SAGES-FEMMES devraient-elles pratiquer la ligature des trompes (du post-partum et d'intervalle) ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Cette intervention pourrait être efficace (certitude des données faible à moyenne) et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Il existe une certaine incertitude quant à l'acceptabilité et la faisabilité de cette intervention. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit évaluée dans des milieux où un programme destiné aux sages-femmes fonctionnant bien est disponible et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place. Le Comité de validation des recommandations convient que différentes méthodes de ligature des trompes doivent être examinées dans le cadre des études portant sur la pratique de cet acte par les sages-femmes.</p>
12.6	Les SAGES-FEMMES devraient-elles pratiquer la vasectomie ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de cette intervention sont insuffisantes. Elle pourrait toutefois constituer une approche de la contraception acceptable et réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses.</p> <p>Il conviendrait de mettre en œuvre cette intervention dans le cadre de recherches dans des milieux où un programme destiné aux sages-femmes fonctionnant bien est disponible et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Considérations supplémentaires relatives à la mise en œuvre de cette intervention :

- Les programmes doivent veiller à ce que cette tâche encourage la continuité des soins, d'une part, et à ce que toutes les sages-femmes acquièrent les compétences nécessaires pour l'assurer auprès de tous les bénéficiaires potentiels, d'autre part.
- Les sages-femmes et leurs superviseurs doivent recevoir une formation initiale et continue appropriée. Les thèmes abordés devraient inclure la communication avec les bénéficiaires et les effets indésirables des différentes méthodes de contraception. La formation devrait insister sur le fait que les sages-femmes ne doivent pas se fonder sur leurs propres critères pour décider qui peut recevoir une contraception.
- S'il est important que les sages-femmes soient formées aux questions et préoccupations en matière de confidentialité, il l'est tout autant que les bénéficiaires sachent que leurs relations avec les personnels de santé concernant la contraception sont confidentielles.

Le Comité de validation des recommandations a reconnu que les tâches suivantes s'inscrivent dans le champ des compétences de cette catégorie d'agents de santé. Aucune évaluation des données n'a donc été réalisée.

- » 1.1–1.13 Interventions de promotion de la santé maternelle, néonatale et génésique
- » 2.1 Administration d'ocytocine en prévention de l'HPP – seringue standard
- » 2.2 Administration d'ocytocine en traitement de l'HPP – seringue standard
- » 2.3 Administration d'ocytocine en prévention de l'HPP – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 2.4 Administration d'ocytocine en traitement de l'HPP – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 2.5 Administration de misoprostol en prévention de l'HPP
- » 2.6 Administration de misoprostol en traitement de l'HPP
- » 3.1, 3.3, 3.4 et 3.5 Distribution de suppléments oraux aux femmes enceintes
- » 3.2 Distribution de faibles doses d'aspirine aux femmes enceintes qui présentent un risque élevé de prééclampsie/d'éclampsie
- » 5.1 Soutien continu à la femme pendant le travail, en présence d'une accoucheuse qualifiée
- » 6.1 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie intramusculaire – seringue standard
- » 6.2 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie orale
- » 6.3 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie intramusculaire – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 7.1 Instauration de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance
- » 7.2 Poursuite de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance
- » 8.1 Administration d'antibiotiques injectables en cas d'infection néonatale – seringue standard
- » 8.2 Administration d'antibiotiques en cas d'infection néonatale – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 9.1 Réanimation néonatale
- » 11.1 Administration de liquides par voie intraveineuse pour la réanimation en cas d'HPP
- » 11.2 Compression bimanuelle interne de l'utérus en cas d'HPP
- » 11.3 Suture de lésions périnéales/génitales mineures
- » 11.4 Administration d'antihypertenseurs en cas d'hypertension artérielle sévère pendant la grossesse
- » 11.6 Soins maternels pendant l'accouchement (notamment la surveillance du travail à l'aide, par exemple, d'un partogramme, la surveillance du rythme cardiaque fœtal par auscultation, la décision de transférer la patiente en cas de faible progression du travail et l'expulsion du bébé)
- » 12.2 Instauration et poursuite de l'utilisation de contraceptifs injectables – seringue standard

Interventions envisagées pour les cliniciens associés (cliniciens non médecins)

- VERSION PAR MANŒUVRE EXTERNE (VME)
- MISE EN ŒUVRE D'INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES LIÉES À LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Version par manœuvre externe (VME)

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
10.1	Les CLINIENS ASSOCIÉS devraient-ils pratiquer une version par manœuvre externe (VME) en cas de présentation par le siège à terme ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	Les données relatives à l'efficacité de la version par manœuvre externe pratiquée par les cliniciens associés sont insuffisantes. Cette intervention sort de l'étendue normale de leurs attributions et son acceptabilité et sa faisabilité sont incertaines. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.

Mise en œuvre d'interventions spécifiques liées à la grossesse et l'accouchement

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.7	Les CLINICIENS ASSOCIÉS devraient-ils pratiquer l'extraction par ventouse obstétricale pendant l'accouchement ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	Les données relatives à l'efficacité de l'extraction par ventouse obstétricale pratiquée par les cliniciens associés pendant l'accouchement sont insuffisantes. Cette intervention sort de l'étendue normale de leurs attributions et son acceptabilité et sa faisabilité sont incertaines. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.
11.8	Les CLINICIENS ASSOCIÉS devraient-ils administrer une <u>dose d'attaque</u> de sulfate de magnésium en <u>prévention</u> de l'éclampsie puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les cliniciens associés d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Cependant, dans les milieux où l'administration d'un schéma thérapeutique complet de sulfate de magnésium est impossible, une directive de l'OMS recommande d'administrer aux femmes qui présentent une prééclampsie sévère ou une éclampsie une dose d'attaque de sulfate de magnésium puis de les transférer immédiatement vers un établissement de santé de niveau supérieur (qualité des données très faible, recommandation faible) (23). Nous recommandons donc d'envisager cette dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.
11.9	Les CLINICIENS ASSOCIÉS devraient-ils administrer une <u>dose d'entretien</u> de sulfate de magnésium en <u>prévention</u> de l'éclampsie puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les cliniciens associés d'une dose d'entretien de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Cette intervention sort de l'étendue normale de leurs attributions et son acceptabilité est incertaine. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.10	Les CLINICIENS ASSOCIÉS devraient-ils administrer une <u>dose d'attaque</u> de sulfate de magnésium en <u>traitement</u> de l'éclampsie puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les cliniciens associés d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Cependant, dans les milieux où l'administration d'un schéma thérapeutique complet de sulfate de magnésium est impossible, une directive de l'OMS recommande d'administrer aux femmes qui présentent une prééclampsie sévère ou une éclampsie une dose d'attaque de sulfate de magnésium puis de les transférer immédiatement vers un établissement de santé de niveau supérieur (qualité des données très faible, recommandation faible) (23). Nous recommandons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.
11.11	Les CLINICIENS ASSOCIÉS devraient-ils administrer une <u>dose d'entretien</u> de sulfate de magnésium en <u>traitement</u> de l'éclampsie puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les cliniciens associés d'une dose d'entretien de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Cette intervention sort de l'étendue normale de leurs attributions et son acceptabilité est incertaine. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.
11.13	Les CLINICIENS ASSOCIÉS devraient-ils pratiquer des césariennes ?	Nous recommandons de ne pas adopter cette option.	Les données relatives à l'efficacité des césariennes pratiquées par les cliniciens associés sont insuffisantes. Nous ignorons également dans quelle mesure cette intervention est réalisable dans les nombreux milieux où les cliniciens associés ne disposent généralement pas de compétences chirurgicales. Nous recommandons donc de ne pas adopter cette option.
11.14	Les CLINICIENS ASSOCIÉS devraient-ils pratiquer l'extraction manuelle du placenta ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	Les données relatives à l'efficacité et l'acceptabilité de l'extraction manuelle du placenta par les cliniciens associés sont insuffisantes. Nous ignorons également dans quelle mesure cette intervention est réalisable dans les nombreux milieux où les cliniciens associés ne disposent généralement pas de compétences chirurgicales ni obstétricales. Cette intervention pourrait toutefois contribuer à réduire les inégalités en étendant certains soins de santé vitaux aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées. Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction de clinicien associé est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Le Comité de validation des recommandations a reconnu que les tâches suivantes s'inscrivent dans le champ des compétences de cette catégorie d'agents de santé. Aucune évaluation des données n'a donc été réalisée.

- » 1.1–1.13 Interventions de promotion de la santé maternelle, néonatale et génésique
- » 2.1 Administration d'ocytocine en prévention de l'HPP – seringue standard
- » 2.2 Administration d'ocytocine en traitement de l'HPP – seringue standard
- » 2.3 Administration d'ocytocine en prévention de l'HPP – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 2.4 Administration d'ocytocine en traitement de l'HPP – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 2.5 Administration de misoprostol en prévention de l'HPP
- » 2.6 Administration de misoprostol en traitement de l'HPP
- » 3.1, 3.3, 3.4 et 3.5 Distribution de suppléments oraux aux femmes enceintes
- » 3.2 Distribution de faibles doses d'aspirine aux femmes enceintes qui présentent un risque élevé de prééclampsie/d'éclampsie
- » 5.1 Soutien continu à la femme pendant le travail, en présence d'une accoucheuse qualifiée
- » 6.1 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie intramusculaire – seringue standard
- » 6.2 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie orale
- » 6.3 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie intramusculaire – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 7.1 Instauration de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance
- » 7.2 Poursuite de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance
- » 8.1 Administration d'antibiotiques injectables en cas d'infection néonatale – seringue standard
- » 8.2 Administration d'antibiotiques en cas d'infection néonatale – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 9.1 Réanimation néonatale
- » 12.2 Instauration et poursuite de l'utilisation de contraceptifs injectables – seringue standard
- » 12.3 Pose et retrait de dispositifs intra-utérins
- » 12.4 Pose et retrait d'implants contraceptifs
- » 12.5 Ligature des trompes
- » 12.6 Vasectomie

Interventions envisagées pour les cliniciens associés de niveau avancé (cliniciens non médecins)

- VERSION PAR MANŒUVRE EXTERNE (VME)
- MISE EN ŒUVRE D'INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES LIÉES À LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Version par manœuvre externe (VME)

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
10.1	Les CLINICIENS ASSOCIÉS DE NIVEAU AVANCÉ devraient-ils pratiquer une version par manœuvre externe (VME) en cas de présentation par le siège à terme ?	Nous suggérons d'envisager cette option uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses.	<p>Les données relatives à l'efficacité de la version par manœuvre externe pratiquée par les cliniciens associés de niveau avancé sont insuffisantes. Cette intervention pourrait être réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies mais son acceptabilité peut être variable. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre de recherches rigoureuses menées en milieu hospitalier.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction de clinicien associé de niveau avancé est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Mise en œuvre d'interventions spécifiques liées à la grossesse et l'accouchement

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.7	Les CLINICIENS ASSOCIÉS DE NIVEAU AVANCÉ devraient-ils pratiquer l'extraction par ventouse obstétricale pendant l'accouchement ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'extraction par ventouse obstétricale pratiquée par les cliniciens associés de niveau avancé pendant l'accouchement sont insuffisantes et l'acceptabilité de cette intervention est incertaine. Cependant, les cliniciens associés de niveau avancé devraient normalement disposer des compétences obstétricales nécessaires. Cette intervention est probablement réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction de clinicien associé de niveau avancé disposant de compétences obstétricales est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>
11.8	Les CLINICIENS ASSOCIÉS DE NIVEAU AVANCÉ devraient-ils administrer une <u>dose d'attaque de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie</u> puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les cliniciens associés de niveau avancé d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Cependant, dans les milieux où l'administration d'un schéma thérapeutique complet de sulfate de magnésium est impossible, une directive de l'OMS recommande d'administrer aux femmes qui présentent une prééclampsie sévère ou une éclampsie une dose d'attaque de sulfate de magnésium puis de les transférer immédiatement vers un établissement de santé de niveau supérieur (qualité des données très faible, recommandation faible) (23). Nous recommandons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p>
11.9	Les CLINICIENS ASSOCIÉS DE NIVEAU AVANCÉ devraient-ils administrer une <u>dose d'entretien de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie</u> puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	<p>Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les cliniciens associés de niveau avancé d'une dose d'entretien de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Toutefois, cette intervention est probablement réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies.</p> <p>Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où les cliniciens associés de niveau avancé travaillent seuls au niveau de soins primaires et où des catégories d'agents de santé mieux qualifiés ne sont pas toujours accessibles.</p>

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.10	Les CLINICIENS ASSOCIÉS DE NIVEAU AVANCÉ devraient-ils administrer une <u>dose d'attaque de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie</u> puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les cliniciens associés de niveau avancé d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Cependant, dans les milieux où l'administration d'un schéma thérapeutique complet de sulfate de magnésium est impossible, une directive de l'OMS recommande d'administrer aux femmes qui présentent une prééclampsie sévère ou une éclampsie une dose d'attaque de sulfate de magnésium puis de les transférer immédiatement vers un établissement de santé de niveau supérieur (qualité des données très faible, recommandation faible) (23). Nous recommandons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.
11.11	Les CLINICIENS ASSOCIÉS DE NIVEAU AVANCÉ devraient-ils administrer une <u>dose d'entretien de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie</u> puis orienter la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	Les données relatives à l'efficacité de l'administration par les cliniciens associés de niveau avancé d'une dose d'entretien de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie et de l'orientation de la patiente vers un établissement de niveau de soins supérieur sont insuffisantes. Toutefois, cette intervention pourrait être réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées. Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où les cliniciens associés de niveau avancé travaillent seuls au niveau de soins primaires et où des catégories d'agents de santé mieux qualifiés ne sont pas toujours accessibles.
11.13	Les CLINICIENS ASSOCIÉS DE NIVEAU AVANCÉ devraient-ils pratiquer des césariennes ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	Le degré de certitude des données disponibles relatives à l'efficacité des césariennes pratiquées par les cliniciens associés de niveau avancé est très faible. Dans de nombreux milieux, la faisabilité de cette intervention reste incertaine. Elle pourrait toutefois contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées. Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où les cliniciens associés de niveau avancé sont la seule catégorie d'agents disposant de compétences chirurgicales et où des catégories d'agents de santé mieux qualifiés ne sont pas toujours accessibles.

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
11.14	Les CLINIENS ASSOCIÉS DE NIVEAU AVANCÉ devraient-ils pratiquer l'extraction manuelle du placenta ?	Nous recommandons cette option.	<p>Les données relatives à l'efficacité et l'acceptabilité de l'extraction manuelle du placenta par les cliniciens associés de niveau avancé sont insuffisantes. Cependant, les cliniciens associés de niveau avancé devraient normalement disposer des compétences obstétricales nécessaires. Cette intervention pourrait être réalisable et contribuer à réduire les inégalités en étendant certains soins de santé vitaux aux populations mal desservies. Nous recommandons donc cette option.</p> <p>Nous proposons que cette intervention soit mise en œuvre dans les milieux où la fonction de clinicien associé de niveau avancé disposant de compétences obstétricales est déjà bien établie et où un système d'orientation efficace existe ou peut être mis en place.</p>

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Le Comité de validation des recommandations a reconnu que les tâches suivantes s'inscrivent dans le champ des compétences de cette catégorie d'agents de santé. Aucune évaluation des données n'a donc été réalisée.

- » 1.1–1.13 Interventions de promotion de la santé maternelle, néonatale et génésique
- » 2.1 Administration d'ocytocine en prévention de l'HPP – seringue standard
- » 2.2 Administration d'ocytocine en traitement de l'HPP – seringue standard
- » 2.3 Administration d'ocytocine en prévention de l'HPP – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 2.4 Administration d'ocytocine en traitement de l'HPP – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 2.5 Administration de misoprostol en prévention de l'HPP
- » 2.6 Administration de misoprostol en traitement de l'HPP
- » 3.1, 3.3, 3.4 et 3.5 Distribution de suppléments oraux aux femmes enceintes
- » 3.2 Distribution de faibles doses d'aspirine aux femmes enceintes qui présentent un risque élevé de prééclampsie/d'éclampsie
- » 4.1 Diagnostic de la RMPAT et administration du traitement initial par antibiotiques injectables
- » 5.1 Soutien continu à la femme pendant le travail, en présence d'une accoucheuse qualifiée
- » 6.1 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie intramusculaire – seringue standard
- » 6.2 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie orale
- » 6.3 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie intramusculaire – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 7.1 Instauration de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance
- » 7.2 Poursuite de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance
- » 8.1 Administration d'antibiotiques injectables en cas d'infection néonatale – seringue standard
- » 8.2 Administration d'antibiotiques en cas d'infection néonatale – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 9.1 Réanimation néonatale
- » 11.1 Administration de liquides par voie intraveineuse pour la réanimation en cas d'HPP
- » 11.2 Compression bimanuelle interne de l'utérus en cas d'HPP
- » 11.3 Suture de lésions périnéales/génitales mineures
- » 11.4 Administration d'antihypertenseurs en cas d'hypertension artérielle sévère pendant la grossesse
- » 11.5 Administration de corticostéroïdes aux femmes enceintes, en cas de travail prématuré, pour améliorer la santé néonatale

- » 11.6 Soins maternels pendant l'accouchement (notamment la surveillance du travail à l'aide, par exemple, d'un partogramme, la surveillance du rythme cardiaque fœtal par auscultation, la décision de transférer la patiente en cas de faible progression du travail et l'expulsion du bébé)
- » 11.12 Administration de sulfate de magnésium pour la neuroprotection du fœtus aux femmes enceintes en cas de travail prématuré
- » 12.2 Instauration et poursuite de l'utilisation de contraceptifs injectables – seringue standard
- » 12.3 Pose et retrait de dispositifs intra-utérins
- » 12.4 Pose et retrait d'implants contraceptifs
- » 12.5 Ligature des trompes
- » 12.6 Vasectomie

Interventions envisagées pour les médecins non spécialistes

- VERSION PAR MANŒUVRE EXTERNE (VME)

Version par manœuvre externe (VME)

#	Question	Recommandation	Justification et conditions requises
10.1	Les MÉDECINS NON SPÉCIALISTES devraient-ils pratiquer une version par manœuvre externe (VME) en cas de présentation par le siège à terme ?	Nous suggérons d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	Les données disponibles suggèrent que le recours à des médecins non spécialistes pour pratiquer une version par manœuvre externe a d'importants effets bénéfiques (certitude des données faible à moyenne) et que l'intervention pourrait être acceptable et réalisable. Nous suggérons donc d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.

Considérations générales relatives à la mise en œuvre :

Les responsables de la planification doivent tenir compte d'un certain nombre de points lorsqu'ils transfèrent les tâches d'une catégorie d'agents de santé à une autre, y compris la répartition des rôles entre les différentes catégories, les questions réglementaires, l'implication des parties prenantes, la formation et la supervision, les systèmes d'orientation, les chaînes logistiques et les éventuelles modifications de rémunérations et autres mesures incitatives (voir Encadré 1).

Le Comité de validation des recommandations a reconnu que les tâches suivantes s'inscrivent dans le champ des compétences de cette catégorie d'agents de santé. Aucune évaluation des données n'a donc été réalisée.

- » 1.1–1.13 Interventions de promotion de la santé maternelle, néonatale et génésique
- » 2.1 Administration d'ocytocine en prévention de l'HPP – seringue standard
- » 2.2 Administration d'ocytocine en traitement de l'HPP – seringue standard
- » 2.3 Administration d'ocytocine en prévention de l'HPP – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 2.4 Administration d'ocytocine en traitement de l'HPP – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 2.5 Administration de misoprostol en prévention de l'HPP
- » 2.6 Administration de misoprostol en traitement de l'HPP
- » 3.1, 3.3, 3.4 et 3.5 Distribution de suppléments oraux aux femmes enceintes
- » 3.2 Distribution de faibles doses d'aspirine aux femmes enceintes qui présentent un risque élevé de prééclampsie/d'éclampsie
- » 4.1 Diagnostic de la RMPAT et administration du traitement initial par antibiotiques injectables
- » 5.1 Soutien continu à la femme pendant le travail, en présence d'une accoucheuse qualifiée
- » 6.1 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie intramusculaire – seringue standard
- » 6.2 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie orale
- » 6.3 Prise en charge de l'infection puerpérale par antibiothérapie intramusculaire – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 7.1 Instauration de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance
- » 7.2 Poursuite de la méthode mère-kangourou chez les nouveau-nés de faible poids de naissance
- » 8.1 Administration d'antibiotiques injectables en cas d'infection néonatale – seringue standard
- » 8.2 Administration d'antibiotiques en cas d'infection néonatale – seringue compacte préremplie autobloquante
- » 9.1 Réanimation néonatale
- » 11.1 Administration de liquides par voie intraveineuse pour la réanimation en cas d'HPP
- » 11.2 Compression bimanuelle interne de l'utérus en cas d'HPP
- » 11.3 Suture de lésions périnéales/génitales mineures
- » 11.4 Administration d'antihypertenseurs en cas d'hypertension artérielle sévère pendant la grossesse

- » 11.5 Administration de corticostéroïdes aux femmes enceintes, en cas de travail prématuré, pour améliorer la santé néonatale
- » 11.6 Soins maternels pendant l'accouchement (notamment la surveillance du travail à l'aide, par exemple, d'un partogramme, la surveillance du rythme cardiaque fœtal par auscultation, la décision de transférer la patiente en cas de faible progression du travail et l'expulsion du bébé)
- » 11.7 Extraction par ventouse obstétricale pendant l'accouchement
- » 11.8 Administration d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie
- » 11.9 Administration d'une dose d'entretien de sulfate de magnésium en prévention de l'éclampsie
- » 11.10 Administration d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie
- » 11.11 Administration d'une dose d'entretien de sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie
- » 11.12 Administration de sulfate de magnésium pour la neuroprotection du fœtus aux femmes enceintes en cas de travail prématuré
- » 11.13 Césarienne
- » 11.14 Extraction manuelle du placenta
- » 12.2 Instauration et poursuite de l'utilisation de contraceptifs injectables – seringue standard
- » 12.3 Pose et retrait de dispositifs intra-utérins
- » 12.4 Pose et retrait d'implants contraceptifs
- » 12.5 Ligature des trompes
- » 12.6 Vasectomie

Encadré 1: Considérations générales relatives à la mise en œuvre valables pour toutes les catégories d'agents de santé

Répartition des rôles

- Chaque prestataire de soins de santé doit avoir un champ d'exercice précis et ce, à tous les niveaux du système de santé. La répartition des rôles et des responsabilités entre les agents de santé qui mettent en œuvre les interventions et les autres agents de santé doit être clairement définie dans les réglementations et les descriptions de poste par exemple.

Questions réglementaires

- Des modifications des réglementations pourraient s'avérer nécessaires en parallèle à la redéfinition des champs d'exercice des agents de santé.

Implication des parties prenantes

- Les représentants du personnel de santé et les organismes professionnels intéressés devraient participer à la planification et à la mise en œuvre des interventions afin de s'assurer que les agents de santé concernés acceptent leurs nouvelles conditions de travail.
- Les bénéficiaires des interventions devraient également être impliqués dans ces deux étapes.
- Il conviendrait de tenir compte, dans la conception même du programme, des opinions, croyances et conditions locales relatives aux questions de santé à l'étude.

Formation et supervision

- Les agents de santé et leurs superviseurs doivent recevoir une formation initiale et continue appropriée portant sur l'/les intervention(s).
- Les responsabilités des superviseurs doivent être clairement définies et les agents de santé doivent être régulièrement encadrés et encouragés.

Système d'orientation des patients

- Dès que nécessaire, des systèmes d'orientation efficaces devraient être mis en place, ce qui signifie lever les obstacles d'ordre financier, logistique et relationnel. Il convient plus particulièrement de renforcer les systèmes de santé locaux afin d'améliorer la qualité des soins au sein de l'établissement de référence principal.

Approvisionnement

- L'approvisionnement en médicaments et autres produits de base doit être garanti.

Mesures incitatives

- La délégation des tâches doit s'accompagner d'un système de rémunération global au sein duquel les salaires et les mesures incitatives reflètent les modifications des attributions des agents de santé. Prévoir des incitations pour certaines tâches et pas pour d'autres risquerait de nuire au travail accompli.

5. Mise en œuvre des programmes de délégation des tâches : résumé des facteurs transversaux basés sur des revues d'études qualitatives et d'études de cas nationales

Les résultats résumés dans ce chapitre sont basés sur la revue de cinq études examinant les facteurs qui affectent la mise en œuvre des initiatives de délégation des tâches (14-18) et d'une étude examinant l'opinion des parties prenantes sur l'optimisation des rôles des prestataires de soins de santé (19)⁷.

Gouvernance et direction

Les croyances et les valeurs sociétales sont susceptibles d'influencer les décisions relatives à la mise en œuvre des programmes sanitaires ainsi que l'acceptation, au niveau local, de ces programmes. De la même manière, les idéologies politiques peuvent avoir une incidence sur la répartition des responsabilités dans le domaine de la santé entre les différents organismes gouvernementaux, d'une part, et sur la volonté des autorités locales de mettre en application ces programmes dans un souci particulier d'égalité, d'autre part.

Au Brésil par exemple, les municipalités peuvent décider de mettre en œuvre ou non une initiative de délégation des tâches baptisée « Family Health Program » (programme de santé familiale) et en déterminer elles-mêmes l'étendue. Cette autonomie semble avoir accru le sentiment de responsabilité des acteurs locaux vis-à-vis du processus de mise en œuvre et amélioré la gestion du programme. À l'inverse, en Inde, le manque de transparence quant aux rôles des gouvernements nationaux et locaux, d'une part, et à la mise à disposition des fonds pour le projet, d'autre part, a entravé le bon fonctionnement du programme ASHA (Accredited Social Health Activist, activiste agréé en santé sociale), destiné au personnel non médical.

Gestion de programmes : le manque de personnel et de compétences en matière de gestion au niveau des districts peut nuire à la mise en œuvre des programmes de délégation des tâches. Dans certains milieux, les responsables ne disposent peut-être pas de l'autorité nécessaire pour prendre les décisions administratives qui s'imposent et ils peuvent

rencontrer des difficultés concernant la mise à disposition et la gestion des fonds au niveau local. En revanche, si les responsables de programme locaux parviennent à adapter les politiques nationales à leurs contextes spécifiques, et si les structures sanitaires nationales des gouvernements soutiennent les programmes en assurant une planification et une communication claires, la mise en œuvre de ces programmes s'en trouvera facilitée.

Implication de la communauté : si des structures de gestion au niveau communautaire ne sont pas rapidement mises en place, si les agents de santé ignorent l'existence de ces structures ou si ces dernières sont inefficaces, la participation de la communauté à la mise en œuvre des programmes pourrait être compromise. Dans certains milieux, les communautés considéreront peut-être ces structures de gestion comme une extension du service public et penseront alors qu'elles doivent rendre compte à l'État et non aux communautés elles-mêmes.

Financement

Mise à disposition et gestion des fonds : de nombreuses difficultés ont été identifiées parmi lesquelles le manque de transparence quant aux rôles, aux responsabilités financières et aux pouvoirs des structures nationales et infranationales, et des connaissances insuffisantes et l'absence de directives en matière de gestion financière au niveau des services locaux.

Mode de paiement : le choix du mode de paiement peut avoir une incidence sur la motivation des prestataires. Il peut également affecter les relations entre les agents de santé, d'une part, et entre les agents et les bénéficiaires, d'autre part. Ainsi, dans les milieux où les médecins sont en partie rémunérés à l'acte, la délégation des tâches peut être perçue par cette catégorie d'agents comme une menace pour leur revenu.

Accès aux produits de base

Les pénuries de médicaments et autres fournitures peuvent avoir un impact négatif sur la mise en œuvre des programmes et la délégation des tâches. En outre, des infrastructures inadaptées en matière de transport sont également susceptibles de restreindre la présence des

⁷ Les méthodes utilisées pour cette analyse sont décrites au chapitre 3. Les résultats complets de l'analyse des facteurs transversaux affectant la mise en œuvre des programmes de délégation des tâches sont disponibles en [Annexe 7](#).

professionnels de santé auprès des consommateurs et la capacité des responsables de district à assurer la supervision des agents de santé, et d'affecter l'orientation des patients vers des établissements de soins de niveau supérieur.

Prestation des services

Impact de la délégation des tâches sur les rôles et identités des agents de santé : la délégation des tâches peut entraîner des modifications concernant la teneur de certains rôles spécifiques des agents de santé dans un contexte organisationnel élargi, les relations de travail et les relations entre les différentes composantes des systèmes de santé. Attribuer par exemple des tâches plus techniques aux sages-femmes pourrait bouleverser les relations entre cette catégorie d'agents et les patientes et compromettre la continuité des soins, deux éléments au cœur même du métier de sage-femme. Déléguer des tâches au personnel non médical peut en revanche améliorer leur statut au sein des communautés ou des équipes soignantes.

Opinions et expériences des professionnels à qui de nouvelles tâches ont été attribuées : la façon dont les agents de santé appréhenderont la délégation des tâches dépendra de leur niveau d'implication au processus de décision, de la nature des tâches déléguées et de la valeur et la signification qui y sont attachées. Les études ont montré que, dans certains cas, la délégation des tâches a abouti à une définition confuse et ambiguë des rôles et des catégories d'agents de santé.

La délégation des tâches peut également se traduire par une plus grande satisfaction des agents de santé vis-à-vis de leur travail, en permettant par exemple aux agents de santé moins qualifiés d'élargir leurs compétences pour répondre aux besoins locaux en matière de santé. Si les communautés accordent une certaine valeur aux nouvelles tâches, les agents de santé pourraient bénéficier d'une meilleure reconnaissance sociale. À l'inverse, dans certaines circonstances, si les personnels de santé ne reçoivent pas une formation et un soutien appropriés par exemple, la délégation de tâches peut amoindrir la satisfaction au travail des agents. Ces derniers pourraient alors finir par redouter les nouvelles responsabilités qui leur incombent.

La délégation des tâches a souvent une incidence sur la charge de travail des personnels de santé mais la façon dont ces changements sont perçus dépendra des *types* de tâches déléguées et de la *façon* dont cette délégation est organisée (y compris les mesures incitatives mises en place). Une étude a montré que le personnel non médical ayant été formé à

l'administration de vaccins pensait que les inconvénients liés à l'augmentation de leur charge de travail étaient compensés par les avantages offerts par la possibilité de fournir plus d'interventions importantes en matière de soins de santé. Les habitudes professionnelles peuvent également être bouleversées. D'une manière générale, les sages-femmes préfèrent s'entretenir seules avec les femmes enceintes mais leur intégration au sein d'une équipe ou la participation d'autres catégories d'agents intervenant en soutien pendant l'accouchement pourrait compromettre cette relation.

Lorsque l'on met en œuvre des programmes de délégation des tâches, il est important de bien préciser qui est responsable des soins dispensés et à qui incombe l'obligation de rendre des comptes. Ce type de détails est rarement mentionné dans les réglementations officielles ou la pratique quotidienne et cela pourrait ébranler la confiance des personnels de santé. Quand des catégories d'agents de santé moins qualifiés doivent administrer des traitements perçus comme potentiellement dangereux par les bénéficiaires, un système de soutien devrait également être mis en place. Les agents de santé devraient bénéficier d'un soutien visible des systèmes de santé et d'une bonne assurance en cas de faute professionnelle. Les mesures incitatives qui sont intrinsèquement et extrinsèquement motivantes peuvent être importantes. Citons par exemple la reconnaissance publique et sociale, la valorisation du statut professionnel et les incitations non financières telles que la fourniture d'uniformes. L'absence ou l'interruption de ces mesures pourraient entamer la pérennité et l'intensification des initiatives de délégation des tâches. De la même manière, la mise en place de mesures incitatives pour certaines tâches et pas pour d'autres pourrait nuire à la qualité du travail effectué.

Opinions et expériences des professionnels à qui des tâches ont été retirées : les catégories d'agents de santé ayant des niveaux de formation plus élevés sont plus susceptibles d'accepter de déléguer des tâches s'ils pensent que les tâches qui seront attribuées à d'autres personnels de santé sont répétitives, moins attrayantes ou moins complexes. Les catégories de niveau élevé ont malgré tout exprimé des inquiétudes concernant la responsabilité en générale, la responsabilité médicale (en cas de problèmes) et la capacité des catégories moins bien formées à prendre en charge des cas complexes.

La délégation des tâches peut également affecter les relations interprofessionnelles et les différentes collaborations. La formation pluridisciplinaire peut permettre de promouvoir le respect et la confiance entre les personnels de santé.

Dans le même temps, établir un système de communication interprofessionnel en bonne et due forme, à travers la tenue régulière de réunions par exemple, pourrait améliorer la collaboration et aider à résoudre les conflits.

Relations entre les différents niveaux des systèmes de santé : déléguer des tâches implique généralement de revoir la gestion des patients et peut se traduire par une augmentation des orientations de patients vers différents niveaux des services de santé. Pour faire face à ces changements, il convient donc de mettre en place des systèmes d'orientation. Ces derniers fonctionneront d'autant mieux si les catégories d'agents de santé travaillent en bonne harmonie et si les rôles des différents agents concernés sont bien compris de tous. À l'inverse, un climat de méfiance entre les personnels de santé peut entraver l'orientation, en temps opportun, des patients.

Opinions et expérience des bénéficiaires de soins en matière de délégation des tâches : d'une manière générale, les bénéficiaires semblent faire confiance aux prestataires de soins moins qualifiés mais dans certains milieux et pour certaines tâches, ils préféreront peut-être consulter des agents de santé ayant des niveaux de formation plus élevés. Plusieurs facteurs peuvent avoir une incidence sur la satisfaction des bénéficiaires vis-à-vis de la délégation des tâches : dans quelle mesure les bénéficiaires pensent-ils que les programmes répondent à leurs besoins ? Quel est leur niveau d'implication dans l'élaboration des programmes ? Et quelles autres options s'offrent à eux ?

Attribuer des tâches aux catégories d'agents moins qualifiés peut permettre de rapprocher les bénéficiaires et les prestataires de soins en levant les obstacles liés à la langue,

au statut social, au sexe ou au physique. Toutefois, lorsque des soins liés à des maladies ayant une image négative sont confiés à des agents de santé moins qualifiés issus de la même communauté que les bénéficiaires, ce rapprochement pourrait être perçu par ces derniers comme une menace envers le respect de leur anonymat et de leur vie privée.

Personnel de santé

Formation initiale et continue : une formation inappropriée, une formation qui ne répond pas aux besoins de la pratique, des formateurs non qualifiés, des calendriers de formation rigides et des besoins de formation irréalistes et irréalisables sont autant de problèmes pouvant affecter la qualité des formations. Il ressort des revues documentaires que la formation devrait évoluer en fonction des modifications apportées aux rôles des catégories d'agents de santé ou des tâches que ces derniers devront effectuer.

Supervision et soutien : en plus de la supervision clinique, d'autres formes de soutien, telles que le soutien psychologique et des conseils en matière de responsabilité professionnelle, doivent être assurées. Parmi les problèmes auxquels la supervision des agents de santé se heurte, citons l'insuffisance de la supervision, le manque de préparation ou de confiance des superviseurs, le manque de temps, les questions logistiques (l'absence de financement pour que les superviseurs se rendent dans les établissements de soins situés en périphérie) et la bureaucratisation de la supervision. La supervision sur le terrain, étroitement liée aux conditions de travail et aux pratiques quotidiennes, et l'interaction avec les pairs pourraient permettre d'améliorer le soutien apporté aux personnels de santé.

6. Mise en contexte des recommandations

Grâce à des orientations générales fondées sur des données factuelles, telles que les recommandations publiées par l'OMS, les pays peuvent parvenir à améliorer les performances de leur système de santé. Élaborer ou modifier les politiques et les systèmes de santé met toutefois en jeu des processus complexes. La plupart des documents d'orientation n'inscrivent pas les recommandations dans le contexte spécifique des besoins nationaux, en particulier en ce qui concerne les systèmes sanitaires et politiques. Ce chapitre résume donc brièvement la façon dont les recommandations Optimiser la SMN peuvent être contextualisées au niveau national d'après un modèle de « recommandations liées aux systèmes de santé pour l'élaboration de politiques » en huit étapes (Figure 3). Des informations supplémentaires sur les différentes étapes sont fournies en [Annexe 8](#).

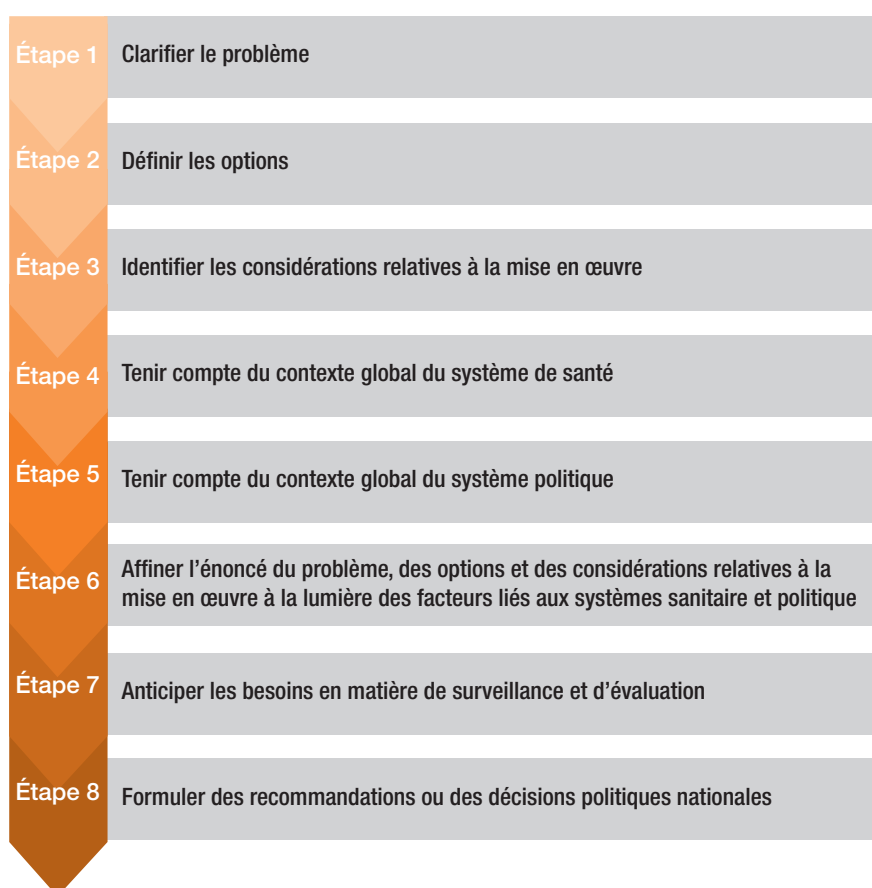
Selon ce modèle en huit étapes, les utilisateurs devraient en premier lieu identifier comment les politiques sont élaborées au niveau national afin de déterminer à quel échelon (un comité d'élaboration national ou les ministères de la Santé par exemple) ces recommandations peuvent être diffusées.

Cette étape est essentielle pour déterminer la forme du document produit, le public visé, le format et la langue qui seront utilisés pour élaborer les recommandations ou les décisions politiques. Identifier le moment opportun pour faire avancer une politique, c'est-à-dire lorsque l'occasion se présente, peut être important pour optimiser les chances de réussite.

Étape 1 – Clarifier le problème : clarifier le problème tel qu'il se présente dans un pays est un élément essentiel du processus d'élaboration de politiques et peut déterminer si, et de quelle manière, les décideurs politiques prendront des mesures pour résoudre ce problème (26).

Étape 2 – Définir les options : les options prévues par les programmes ou les politiques seront d'autant mieux acceptées si elles sont techniquement réalisables (si les ressources nécessaires sont disponibles par exemple), si elles sont en harmonie avec les valeurs dominantes (si elles bénéficient d'un soutien politique) et si elles peuvent être mises en œuvre avec le budget disponible (27). Lors de l'étape 2, les options politiques sont élaborées en fonction des résultats de l'étape 1.

Figure 3. Modèle de recommandations liées aux systèmes de santé pour l'élaboration de politiques



Étape 3 – Identifier les considérations relatives à la mise en œuvre : mettre en œuvre une politique peut s'avérer complexe et, si les considérations relatives à la mise en œuvre ne sont pas correctement examinées, cette politique aura de grandes chances d'échouer (28). Pour faciliter la traduction des politiques dans la pratique, il faut identifier les obstacles à la mise en œuvre et les stratégies qui permettront de les surmonter (28). Les considérations transversales en matière d'égalité sont également importantes et sont spécifiées aux étapes 1 et 3 du modèle.

Étape 4 – Tenir compte du contexte global du système de santé : après avoir travaillé sur le problème puis les options et les considérations relatives à la mise en œuvre aux étapes 1 à 3, il est important de réfléchir à la façon dont les principales caractéristiques des systèmes de santé peuvent influencer la prise de décision, d'une part, et si, et comment, agir sur la base des recommandations formulées dans le document concernant les catégories d'agents concernées, d'autre part (24). L'étape 4 comprend une évaluation de ces facteurs associés aux systèmes de santé et prend en considération les conditions en matière de fourniture des interventions (supports de formation et de supervision et procédures d'orientation), de rétribution (les mesures d'incitation par exemple) et de gouvernance (comme les réglementations qui régissent les champs de compétences).

Étape 5 – Tenir compte du contexte global du système politique : comprendre comment les principales caractéristiques du système politique influent sur les perspectives d'évolution d'une option politique aidera à identifier les obstacles à l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique et leurs éventuels éléments facilitateurs (24). Les caractéristiques du système politique telles que les institutions (les lieux et les processus de décision auxquels s'attendre), les intérêts (à quelles catégories d'agents de santé ou parties prenantes la politique devrait-elle rapporter/coûter beaucoup ?), les idées (les valeurs relatives à l'égalité d'accès/utilisation) et les facteurs externes (la nomination d'un nouveau ministre de la santé) doivent être prises en considération.

Étape 6 – Affiner l'énoncé du problème, des options et des considérations relatives à la mise en œuvre à la lumière des facteurs liés aux systèmes sanitaire et politique : l'étape 6 donne aux utilisateurs du modèle l'occasion de réfléchir à la façon d'inscrire le problème dans un contexte précis, d'une part, et aux considérations relatives à la mise en œuvre des options politiques en tenant compte des caractéristiques de systèmes politique et de santé, d'autre part.

La prise en considération du contexte est importante car l'adoption et le succès de la mise en œuvre d'une politique peuvent en dépendre.

Étape 7 – Anticiper les besoins en matière de surveillance et d'évaluation : la surveillance et l'évaluation permettent de déterminer si une politique a été mise en œuvre comme prévu et si elle fonctionne (29). La surveillance comprend la collecte systématique des données afin de répondre aux questions relatives à la nature et l'étendue de la mise en œuvre, alors que l'évaluation se concentre généralement davantage sur les résultats obtenus (29). Les indicateurs sont des facteurs utilisés pour mesurer les réalisations ou illustrer les changements résultant d'une intervention. Une évaluation d'impact permet de déterminer si une politique est à l'origine des changements observés au niveau des résultats (impacts) (29).

Étape 8 – Formuler des recommandations ou des décisions politiques nationales : il est important d'identifier les processus d'élaboration des politiques pertinents dans le pays concerné et les cadres appropriés pour lancer la contextualisation et la mise en œuvre des recommandations car cela permet de déterminer le produit, le public, le format et la langue appropriés à utiliser lors de l'élaboration de recommandations ou de décisions politiques. Si les décideurs politiques utilisent ce modèle en huit étapes pour formuler des recommandations politiques, ils pourront se faire une bonne idée des options réalisables. Ils comprendront également les avantages et les inconvénients de chaque option eu égard à la mise en œuvre, aux caractéristiques des systèmes politique et de santé, aux besoins de surveillance et d'évaluation et aux considérations transversales en matière d'égalité.

Le fait d'avancer les politiques au *moment opportun* (pendant une élection au cours de laquelle des questions pertinentes en la matière sont soulevées) peut également accroître la probabilité d'agir. Si l'on décide de suivre la/les recommandation(s) contenue(s) dans ce document à la lumière des évaluations des systèmes politique et de santé mentionnées plus haut, les données locales ainsi que les connaissances tacites, opinions et expériences locales peuvent être combinées aux données globales fournies dans les recommandations Optimiser la SMN afin d'élaborer une note d'information stratégique fondée sur des bases factuelles. Les notes d'information stratégiques fondées sur des bases factuelles (ou propositions de politique) conçues de cette façon permettront aux décideurs politiques d'avoir des débats ciblés (comme des concertations) s'appuyant sur des données factuelles locales et mondiales de bonne qualité (24).

7. Implications pour la recherche

Les remarques générales suivantes concernant les futures recherches ont été formulées par le Comité de validation des recommandations au cours de ses réunions.

- Tous les membres du Comité étaient d'accord pour dire que malgré l'attention portée aux programmes de délégation des tâches et destinés au personnel non médical, en particulier dans les PRFI, l'insuffisance flagrante de données fiables est alarmante.
- La majorité des données de recherche identifiées avaient trait aux obstacles et éléments facilitateurs, et à l'efficacité des programmes destinés au personnel non médical. Le nombre de données relatives aux professionnels de santé de niveau intermédiaire, en particulier les aides-soignants, les sages-femmes auxiliaires et les cliniciens associés était bien inférieur.
- Les recherches qualitatives synthétisées ont contribué à identifier les facteurs susceptibles d'influencer la réussite des initiatives de délégation des tâches. Malgré tout, les recherches qualitatives menées en parallèle des essais sur l'efficacité des interventions de délégation des tâches restent insuffisantes. De telles recherches permettraient de mieux comprendre les résultats obtenus dans les essais en question.
- Il serait souhaitable d'évaluer l'optimisation de la mise en œuvre *d'ensembles* d'interventions (par exemple l'efficacité de confier aux aides-soignants différentes

tâches liées à l'accouchement) et non d'interventions seules (comme l'efficacité de l'administration par le personnel non médical de misoprostol en prévention de l'hémorragie du post-partum). Cette approche plus globale des systèmes de santé dans toute leur complexité permettrait de tenir compte aussi bien des rôles que des compétences de chaque catégorie d'agents de santé.

- Ce document contient des recommandations destinées à différentes catégories d'agents de santé. Certains membres du Comité de validation des recommandations auraient souhaité qu'il soit complété par des orientations supplémentaires sur l'efficacité respective de différentes configurations *d'équipes* réunissant plusieurs catégories d'agents.
- De nombreuses questions de recherche ont été proposées pendant les réunions du Comité mais, faute de temps, les membres n'ont pas réussi à convenir des futures priorités de recherche. Ils ont suggéré au Secrétariat de l'OMS d'entamer, après la publication des recommandations, une hiérarchisation des activités de recherche sur la base des idées proposées à l'aide des différents canaux et plates-formes d'échange d'informations.

Certaines des questions spécifiques proposées par les membres du Comité de validation des recommandations sont énumérées ci-dessous. Elles ne sont pas classées par ordre de priorité.

Questions d'ordre général

Comment les interventions spécifiques sont-elles adaptées au contexte du lieu de la mise en œuvre ?

Quel impact la délégation des tâches a-t-elle sur les relations (a) interprofessionnelles et (b) entre les professionnels de santé et les patients ?

Dans quelle mesure les agents de santé conservent-ils les compétences supplémentaires acquises et quelles sont les stratégies efficaces pour qu'ils y parviennent ?

Questions relatives à des catégories d'agents de santé spécifiques

Praticien/guérisseur traditionnel	Quels rôles les praticiens traditionnels (le cas échéant) jouent-ils dans la fourniture de soins de santé au sein de la communauté ?
PNM	Quel est le rapport coût-efficacité de l'utilisation par le personnel non médical des seringues compactes préremplies autobloquantes par rapport aux seringues standards dans le cadre des différentes pratiques/interventions ?
PNM	Quels sont les coûts d'opportunité de la fourniture par le personnel non médical de certaines interventions obstétricales et néonatales d'urgence ? Quelle incidence ces coûts d'opportunité ont-ils sur l'accès des femmes à une accoucheuse qualifiée ?
PNM	Dans quelle mesure la communauté accepte-t-elle que du personnel non médical mette en œuvre certaines interventions obstétricales d'urgences ?
PNM	Quelles sont les formes efficaces de supervision du personnel non médical ?
PNM	Comment peut-on renforcer les liens entre le personnel non médical et le système de santé officiel ?
PNM–PNI	Quels facteurs peuvent influencer les relations entre le personnel non médical et les autres agents de santé ?
PNM–PNI	Quel est le rapport coût-efficacité respectif des différentes catégories d'agents de santé incluses dans ces recommandations concernant la mise en œuvre d'interventions ou de pratiques spécifiques ?
Sages-femmes	L'ajout de tâches non liées à la santé maternelle/néonatale aux responsabilités des sages-femmes a-t-il une incidence sur leurs capacités ou leur volonté à fournir des services de santé maternelle appropriés ?
Cliniciens associés	Quels facteurs affectent le travail et les performances cliniques des cliniciens associés (cliniciens non médecin de base) ?
PNI	Quels sont les taux de rétention des prestataires de niveau intermédiaire par rapport aux taux de rétention des médecins en zones rurales ?

8. Diffusion des recommandations

Le but ultime de ces recommandations est d'améliorer la qualité des soins et les résultats en matière de santé pour les mères et leurs nouveau-nés. La diffusion et la mise en œuvre de ces recommandations représentent des mesures essentielles que la communauté internationale et les services de santé locaux et nationaux devraient entreprendre.

Le Département de Recherche et Santé génésiques de l'OMS a adopté un cadre de traduction des connaissances dans la pratique pour la diffusion, l'adaptation et la mise en œuvre de ces recommandations (10). En complément de ce cadre, une liste des actions prioritaires a été adoptée lors des consultations techniques de l'OMS. Cette liste sera utilisée par l'OMS et d'autres partenaires pour encourager la diffusion et la mise en œuvre des recommandations. Un vaste réseau de partenaires internationaux dont les bureaux nationaux et régionaux de l'OMS, les ministères de la Santé, les centres collaborateurs de l'OMS, d'autres organismes des Nations-Unies et des organisations non gouvernementales assureront la diffusion des recommandations qui y sont formulées.

Ces dernières seront également publiées sur le site Internet de l'OMS et dans la *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* (30) assorties d'une évaluation critique basée sur la Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique AGREE (www.agreecollaboration.org/instrument). Par ailleurs, une note de politique s'adressant à un large éventail de décideurs politiques, responsables de projet et cliniciens sera élaborée et diffusée par les bureaux nationaux de l'OMS.

Le succès de l'introduction de politiques fondées sur des données factuelles relatives à la délégation des tâches dans les programmes et les services de soins de santé nationaux dépend de processus d'adaptation et de mise en œuvre bien conçus, participatifs et basés sur le consensus. Le Chapitre 6 (« Mise en contexte des recommandations ») donne des éléments d'orientation plus détaillés sur les processus d'adaptation et de mise en œuvre. Toutes les recommandations contenues dans ce document doivent être envisagées dans le cadre des différents contextes locaux.

Action prioritaires pour la diffusion

Élaborer des documents dérivés des recommandations pour les décideurs politiques, les consommateurs, les cliniciens et autres groupes (une note de politique de deux pages et un communiqué de presse visant à mobiliser le public par les médias par exemple).

Traduire le Résumé d'orientation des recommandations dans les langues officielles des Nations-Unies.

Faire approuver les recommandations par les sociétés professionnelles nationales et internationales et notamment la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, la Confédération Internationale des Sages-Femmes et d'autres organisations telles que l'American College of Obstetricians and Gynecologists et le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Poursuivre le développement d'outils avec le Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, y compris des films éducatifs et d'autres présentations audiovisuelles, afin de faciliter la formulation de politiques de santé fondées sur des données factuelles à l'aide des recommandations contenues dans ce document.

Réunions et événements à l'occasion desquels ces recommandations ont été ou pourraient être diffusées

- » Institut Royal des régions tropicales (KIT), Pays-Bas – Le rôle des professionnels de santé communautaires dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale : 30 mai 2012, Amsterdam, Pays-Bas
- » Sommet des agents de santé communautaires de l'USAID : juin 2012, Washington DC, États-Unis d'Amérique
- » Sommet sur la planification familiale : 11 juillet 2012, Londres, Royaume-Uni
- » Conférence de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) : 7-12 octobre 2012, Rome, Italie
- » Réunion annuelle du Réseau canadien sur la Santé des Mères, des Nouveau-Nés et des Enfants : octobre 2012
- » Deuxième symposium mondial sur la recherche en systèmes de santé : 31 octobre–3 novembre 2012, Beijing, Chine
- » Conférence des East Central and Southern Africa Association of Obstetrical and Gynaecological Societies (ECSAOGS – Association d'Afrique de l'Est, centrale et australe des sociétés de gynécologie et d'obstétrique) : 21-22 octobre 2012, Maputo, Mozambique
- » Réunion du groupe de travail sur la santé maternelle : 15 - 17 janvier 2012, Arusha, République-Unie de Tanzanie
- » All India Congress of Obstetrics and Gynaecology (AICOG – conférence indienne de gynécologie et d'obstétrique) : 16 - 20 janvier 2013, Mumbai, Inde
- » Women Deliver 2013 (Les femmes donnent la vie) : 28 - 30 mai 2013, Kuala Lumpur, Malaisie
- » Sommet de la francophonie 2013

Autres activités

Tester le manuel ([Annexe 8](#)) dans les pays

Utiliser les canaux de diffusion audiovisuels et Internet tels que YouTube pour poster des vidéos et des informations décrivant les méthodes et les recommandations. Le réseau Afro-Nets, les listes de discussion et de diffusion relatives aux pratiques communautaires peuvent également être utilisés.

Diffusion par le groupe de travail du bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (SEARO) sur les ressources humaines et la délégation des tâches dans la région

L'USAID pourrait soutenir la production de documents dérivés afin de faire connaître les recommandations aux parties prenantes

9. Révision et mise à jour des recommandations

Les recommandations incluses dans le présent document et les produits dérivés seront utilisés dans des initiatives visant à les transposer au niveau national et international. Les commentaires s'y rapportant seront enregistrés et utilisés pour élaborer les futures mises à jour. Les membres du Secrétariat technique de l'OMS et les chercheurs du Norwegian Knowledge Centre for the Health Services testent actuellement les cadres de traduction des données factuelles en recommandations identifiés dans le document. Ces tests permettront de déterminer si ces cadres peuvent être utilisés comme outil efficace de présentation des données factuelles

et de prise de décision au sein des Comités de validation des recommandations (de plus amples informations sont disponibles à l'adresse suivante : www.decide-collaboration.eu). Cette évaluation contribuera également aux révisions à venir des recommandations.

La mise à jour des recommandations aura lieu d'ici à cinq ans (2018) à moins que de nouvelles données factuelles significatives ne soient découvertes et que des modifications ne s'imposent d'ici là.

10. Références

1. OMS. WHO Handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2012.
2. Lewin S, Oxman AD, Garcia Marti S, Munabi-Babigumira S, Fretheim A, Lavis JN. SUPPORT Tools for evidence-informed health policy making (STP) 11: Finding and using evidence on local conditions. *Health Res Policy Syst* 2009;7 Suppl 1:S11.
3. OMS. The World Health Report: Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006.
4. Anyangwe SC, Mtonga C. Inequities in the global health workforce: the greatest impediment to health in sub-Saharan Africa. *Int J Environ Res Public Health* 2007 June;4(2):93-100.
5. UNICEF. State of the World's Children. New York: United Nations Children and Education Fund; 2009.
6. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006 September 30;368(9542):1189-200.
7. Lawn JE, Kinney M, Lee AC, Chopra M, Donnay F, Paul VK et al. Reducing intrapartum-related deaths and disability: can the health system deliver? *Int J Gynaecol Obstet* 2009 October;107 Suppl 1:S123-2.
8. Hofmeyr GJ, Haws RA, Bergstrom S, Lee AC, Okong P, Darmstadt GL et al. Obstetric care in low-resource settings: what, who, and how to overcome challenges to scale up? *Int J Gynaecol Obstet* 2009 October;107 Suppl 1:S21-S45.
9. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B et al. Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD004015.
10. WHO. Knowledge to action framework and the G.R.E.A.T. project. Geneva: World Health Organization; 2009.
11. Bosch-Capblanch, X. and Project Team. Handbook for developing health systems guidance: supporting informed judgements for health systems policies. Basel, Switzerland: Swiss Tropical and Public Health Institute; 2011.
12. Coltart CE, Souza JP, Gulmezoglu AM. Prioritizing WHO normative work on maternal and perinatal health: a multicountry survey. *Reprod Health* 2011;8:30.
13. Wilson A, Lissauer D, Thangaratinam S, Khan KS, MacArthur C, Coomarasamy A. A comparison of clinical officers with medical doctors on outcomes of caesarean section in the developing world: meta-analysis of controlled studies. *BMJ* 2011;342:d2600.
14. Colvin C, de Heer J, Winterton L, Glenton C, Lewin S, Rashidian A et al. A systematic review of barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery programmes. Review in progress, 2012.
15. Glenton C, Colvin C, Carlsen B, Swartz A, Lewin S, Noyes J et al. A systematic review of barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes for maternal and child health. Review in progress, 2012.
16. Glenton C, Khanna R, Morgan C, Nilsen ES. The effects, safety and acceptability of compact, prefilled, auto-disable injection devices such as Uniject™ when delivered by lay health workers: A systematic review. Review in progress, 2012.
17. Gopinathan U, Lewin S, Glenton C. A review of large-scale programmes for scaling up human resources for health in low- and middle-income countries. Study in progress, 2012.
18. Rashidian A, Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Glenton C, Noyes J, Lewin S et al. A systematic review of barriers and facilitators to the effectiveness and implementation of doctor-nurse substitution programmes. Review in progress, 2012.
19. Lewin S, Glenton C, Owolabi O, Pakenham-Walsh N. Stakeholder views on optimizing the roles of health care providers for maternal and newborn health (MNH) in LMICs: an analysis of the HIFA2015 email archive. Review in progress, 2012.
20. De Savigny, D and Adam, T. Systems thinking for health systems strengthening. Geneva: World Health Organization; 2009.
21. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011 April;64(4):383-94.

22. WHO. Task shifting: rational distribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guideline. Geneva: World Health Organization; 2007. Available at: www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf
23. WHO. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: World Health Organization; 2011. Available at: http://apps.who.int/rhl/guidelines/WHO_guideline_prevention_treatment_pre_eclampsia_eclampsia/en/index.html
24. Lavis JN, Rottingen JA, Bosch-Capblanch X, Atun R, El-Jardali F, Gilson L et al. Guidance for evidence-informed policies about health systems: linking guidance development to policy development. PLoS Med 2012 March;9(3):e1001186.
25. WHO. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012. Available at: http://apps.who.int/rhl/guidelines/postpartum_haemorrhage/en/index.html
26. Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 4: Using research evidence to clarify a problem. Health Res Policy Syst 2009;7 Suppl 1:S4.
27. Kingdon JW. Agendas, Alternatives, and Public Policies. 2nd ed. New York: HarperCollins College Publishers; 2003.
28. Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S. SUPPORT tools for evidence-informed policymaking in health (STP) 6: Using research evidence to address how an option will be implemented. Health Res Policy Syst 2009;7 Suppl 1:S6.
29. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S. SUPPORT tools for evidence-informed policymaking in health (STP) 18: Planning monitoring and evaluation of policies. Health Res Policy Syst 2009;7 Suppl 1:S18.
30. OMS. World Health Organization Reproductive Health Library. 2012. Geneva, World Health Organization. Available at: <http://apps.who.int/rhl/en>

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Département Santé et Recherche génésiques
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27, Suisse
Télécopie : +41 22 791 4171
Courriel : reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 250484 2

