



En de bonnes mains



progrès réalisés sur le terrain



Table des matières

Introduction	2
L'assistance qualifiée à l'accouchement:	3
Programmes UNFPA d'appui aux pays 2002-2004	
■ Afrique	4
■ Amérique latine et Caraïbes	7
■ Asie et Pacifique	9
■ États arabes et Europe	14
Le programme de recherche SAFE : définition des stratégies	16
■ Une stratégie modèle pour la généralisation de l'accouchement	16
par du personnel qualifié au Bangladesh	
■ Le renforcement de l'assistance qualifiée à l'accouchement	17
dans le district de Dangbe, dans l'Ouest du Ghana	
■ Des stratégies pour améliorer les soins à l'accouchement en Jamaïque	18
■ Vaincre les obstacles à l'accouchement médicalisé au Malawi	19
■ Projet de démonstration pour améliorer l'assistance qualifiée au Mexique	21

Introduction

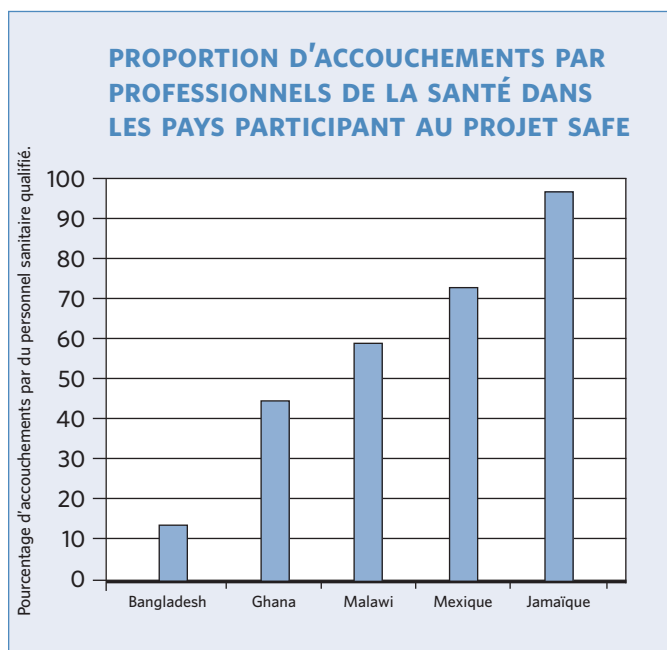


Ce fascicule d'accompagnement à la *Mise à jour 2004 sur la mortalité maternelle*, passe en revue les initiatives prises dans le monde en développement pour augmenter le nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié. Il fournit une vue d'ensemble des actions lancées par l'UNFPA et ses partenaires pour améliorer les politiques, mobiliser les pouvoirs publics, former le personnel de soins, renforcer les systèmes de santé et sensibiliser les communautés. Enfin, il résume les stratégies élaborées avec l'aide de SAFE dans cinq pays.

L'analyse des activités de l'UNFPA permet d'identifier les stratégies et les points d'attaque pour traiter, en fonction du contexte, les différents obstacles à la systématisation de l'accouchement assisté par du personnel qualifié. L'UNFPA, dans ce domaine, intervient principalement en fournissant un appui technique et financier aux programmes de formation, des équipements et des produits pour les soins obstétricaux, et en aidant les gouvernements à définir leurs politiques et méthodes de développement des soins qualifiés. Ces interventions sont intégrées dans les programmes nationaux pour maximiser leur efficacité et assurer leur coordination. Les travaux de SAFE au Bangladesh, au Ghana, à la Jamaïque, au Malawi et au Mexique illustrent les types de problèmes pouvant exister dans différents contextes.

Ils mettent également en lumière la nécessité d'avoir des stratégies pour vaincre ces obstacles.

Le présent rapport montre que systématiser l'accouchement assisté par du personnel qualifié est une tâche complexe passant par l'amélioration du système de santé dans son ensemble. Tirer les enseignements des cas exposés ci-après pour pouvoir les reproduire aidera à protéger la vie de toutes les mères. Les projets qui se sont avérés efficaces doivent être transformés en programmes nationaux.



SOURCE: SAFE, Université d'Aberdeen

L'assistance qualifiée à l'accouchement : programmes UNFPA d'appui aux pays 2002-2004

Systématiser l'accouchement assisté par du personnel qualifié est une mesure préalable indispensable pour que toutes les complications nécessitant des soins obstétricaux d'urgence puissent être traitées à temps.

Les soins qualifiés peuvent être dispensés dans des endroits variés – domicile, centre de santé, clinique privée, hôpital public, mais dans tous les cas il est indispensable que le système de santé global fonctionne de manière efficace. Systématiser l'accouchement en milieu médical est en général une bonne stratégie, mais dans certains pays, notamment ceux où la population rurale est majoritaire et qui manquent de personnel sanitaire qualifié, cela n'est guère faisable à court terme. Indépendamment de l'approche adoptée, la présence d'un prestataire de soins qualifié à l'accouchement qui peut compter sur un système de soins pour traiter les complications obstétricales reste la clé pour sauver les vies.

L'UNFPA, en collaboration avec ses partenaires – ONG, donateurs, gouvernements et société civile – met tout en oeuvre pour définir et implanter une stratégie commune de systématisation de l'accouchement assisté par du personnel qualifié dans toutes les régions du globe où la maternité sans risque n'est pas encore une réalité. Le présent rapport expose les politiques, stratégies et activités menées par les différents pays pour améliorer les soins à l'accouchement avec l'aide de l'UNFPA, par le biais de ses programmes de pays en 2002 et 2003. La variété des approches reflète la diversité des contextes économiques, sociaux et politiques entre régions et au sein des différents pays. Quelques pays ont opté pour une stratégie transitoire prévoyant la formation et le déploiement d'agents de santé communautaires

pouvant assurer un nombre limité de soins salvateurs lors des accouchements à domicile. Certains pays insistent sur la collaboration avec les accoucheuses traditionnelles et sur le rôle qu'elles peuvent jouer, en tant que membres influents de la communauté, pour généraliser l'accouchement en milieu hospitalier par du personnel de soins qualifié. Les stratégies de systématisation de l'accouchement par du personnel de soins qualifié doivent tenir compte du contexte local – ressources disponibles, engagement des dirigeants, normes et pratiques culturelles. Les approches sont multiples mais elles doivent toutes viser à généraliser l'assistance qualifiée à l'accouchement.

Le présent document est basé sur l'information fournie directement par les bureaux de pays de l'UNFPA, ainsi que sur leurs rapports annuels 2002 et 2003. De nombreux pays sont parvenus à des résultats positifs, mais il n'a été possible d'en citer que quelques-uns. Les divisions géographiques de l'UNFPA ont aidé à choisir les exemples inclus dans le présent livret.

Division de l'Afrique

En Afrique subsaharienne, la région dans laquelle se produisent près de la moitié des 529 000 décès liés à la maternité enregistrés chaque année, il est plus que nécessaire d'élargir l'assistance qualifiée à l'accouchement. Entre 1990 et 2000, d'après les enquêtes de population, le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié a peu progressé, passant seulement de 40 à 43 %. Les obstacles à l'assistance qualifiée sont très nombreux. Souvent les femmes accouchent à leur domicile à cause du coût trop élevé des soins ou de normes culturelles. Certaines femmes n'ont tout simplement pas confiance dans le système de santé. Les difficultés de déplacement et le manque de transport peuvent aussi jouer un rôle. Le manque de professionnels de la santé est une autre raison pour laquelle les femmes ne bénéficient pas d'une assistance qualifiée. Enfin, la situation est encore aggravée par les problèmes financiers des services de santé qui empêchent d'offrir des salaires et autres avantages financiers qui pourraient motiver l'installation de personnel de santé qualifié dans les zones rurales ou reculées. Le VIH/sida a aussi des effets dévastateurs sur les effectifs de santé et contribue à la pénurie d'agents qualifiés. Parfois les communautés font aussi plus confiance aux accoucheuses traditionnelles, qui sont des membres connus et respectés de la communauté, qu'au personnel médical.

En février 2004, de nombreuses organisations internationales partenaires – notamment EngenderHealth, Family Care International, Family Health International, Initiative mondiale pour la santé de la mère et du nouveau-né, JHPIEGO, OMS, UNFPA, UNICEF et USAID – réunies à Harare (Zimbabwe) ont défini la stratégie à suivre pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement dans la région. Systématiser l'accouchement assisté par du personnel qualifié a été reconnu comme un but principal. Renforcer les systèmes de transfert des patientes, obtenir l'engagement des pouvoirs publics et mobiliser des ressources (y compris humaines) pour promouvoir la santé maternelle et renforcer les partenariats entre les institutions gouvernementales, les ONG, les établissements d'enseignement et les associations

professionnelles sont les premières mesures à prendre.

De nombreux pays ont déjà adopté des stratégies de systématisation de l'accouchement par du personnel de santé qualifié. On étudie la réforme du secteur de la santé, dans le cadre des approches sectorielles (SWAps), pour assurer une répartition plus équitable des fonds et des ressources humaines entre zones rurales et urbaines. La formation est une autre stratégie ayant la faveur de nombreux gouvernements. De nombreux pays, reconnaissant également le rôle important joué par les accoucheuses traditionnelles au sein de leur communauté, s'efforcent de les intégrer dans les efforts pour une maternité sans risque en leur donnant un rôle de liaison entre les patientes et les centres de soins et en les utilisant comme sources d'information. L'idéal serait de parvenir, au terme d'un dialogue auquel participeraient toutes les parties prenantes, à un consensus régional sur les stratégies et activités à mener pour augmenter le nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié et réduire l'incidence de la mortalité et de la morbidité maternelles.

Politiques et plaidoyer

Pour augmenter la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié, le **Botswana**, le **Burundi**, l'**Ouganda**, le **Sénégal** et le **Zimbabwe** ont défini un profil de l'assistance qualifiée et arrêté une stratégie. Au **Burundi**, en 1995, seulement 9,5 % des accouchements se déroulaient dans les centres de santé. Depuis lors, le pays, dans le cadre de son programme national pour la santé en matière de procréation, a pris des mesures pour renforcer les capacités techniques du personnel des centres de santé et développer l'utilisation du partographe durant l'accouchement. L'UNFPA a aidé le Ministère de la santé à définir des normes pour les services de santé génésique, y compris concernant le personnel qualifié. Au **Sénégal**, les médecins, les sages-femmes et les infirmières sont les seuls agents de santé reconnus comme étant qualifiés par le Plan national de lutte contre la mortalité maternelle. Des écoles régionales de sages-femmes ont été ouvertes avec l'appui



financier de l'Agence japonaise de coopération internationale. L'**Ouganda** limite, dans sa politique nationale pour la santé (National Health Policy) adoptée en 1999, la définition de personnel qualifié aux fournisseurs de soins de santé officiellement formés comme les médecins et les infirmières sages-femmes. Pourtant, durant les 20 dernières années, moins de 40 % des accouchements ont été pratiqués par du personnel de santé qualifié. Le Gouvernement, avec la collaboration de l'UNFPA, cherche à renforcer le corps de professionnels de la santé, à perfectionner les infrastructures, à mettre en place des services de soins obstétricaux d'urgence et à améliorer les systèmes de transfert en cas de complications obstétricales nécessitant des soins d'urgence. La politique nationale pour une maternité sans risque (National Safe Motherhood Policy) du **Zimbabwe** classe l'accouchement assisté par du personnel qualifié comme soin obstétrical primaire (y compris les soins obstétricaux d'urgence et les soins pré- et post-natals fournis par une infirmière sage-femme, un agent hospitalier ou un docteur dans un centre de santé); elle précise que les soins obstétricaux d'urgence primaires et complets, les transfusions de sang et de ses produits dérivés et un système de transfert fiable pour les urgences obstétricales sont indispensables. En 2003, le Ministère de la santé a inclus les services de santé génésique et les programmes pour la santé de la mère et de l'enfant dans sa stratégie de développement de l'accouchement par du personnel qualifié. Au **Botswana**, le protocole pour une maternité sans risque (Safe Motherhood Protocols) précise que l'accouchement par personnel qualifié doit être supervisé par un médecin ou une sage-femme diplômée. La stratégie de systématisation de l'accouchement par du personnel qualifié prévoit notamment le développement des infrastructures, l'augmentation du personnel de santé et la sensibilisation des communautés. Cette action ciblée a permis d'augmenter la proportion des accouchements supervisés de 66 % en 1984 à 87 % en 1996.

La formation du personnel qualifié

La formation du personnel de santé reste l'une des stratégies régionales les plus importantes pour augmenter la proportion d'accouchements par du

personnel qualifié. L'UNFPA a activement contribué au développement de cette stratégie en élaborant des programmes de formation et en finançant la participation du personnel de santé à des séminaires de formation nationaux. Au **Burundi**, le Ministère de la santé a mis sur pied, en 2003, à l'intention de sages-femmes sélectionnées, un programme de formation sur les services de santé sexuelle et de santé génésique, y compris les soins obstétricaux. L'UNFPA fournit également une assistance pour la formation des médecins travaillant dans les hôpitaux locaux et provinciaux. Au **Sénégal**, l'UNFPA a contribué, à différents niveaux, à la formation du personnel de santé. Dans les provinces pilotes de Tambacounda et de Kolda, 89 agents sanitaires travaillant dans des postes sanitaires ont reçu une formation aux soins obstétricaux de base et 25 agents sanitaires venant des centres de santé ont reçu une formation sur les soins suivant un avortement, les transfusions sanguines, la réanimation néonatale et les échographies obstétricales. Le Ministère de la santé a obtenu l'appui financier de donateurs extérieurs pour équiper la province de Ziguinchor en services obstétricaux d'urgence et organiser la formation du personnel. La politique de l'**Ouganda** en matière de formation reflète la volonté du Ministère de la santé de développer, en priorité, l'accouchement par personnel qualifié. Jusqu'ici les infirmières et les sages-femmes suivaient deux formations séparées. Désormais, toutes les infirmières reçoivent une formation de sage-femme. Le Ministère de la santé assure également une formation en cours d'emploi pour les agents souhaitant progresser dans leur carrière. Le pays compte maintenant trois écoles médicales et de plus en plus de médecins qui se spécialisent en obstétrique et en gynécologie. Au **Zimbabwe**, l'UNFPA prête son concours à un programme de formation des formateurs pour les soins suivant un avortement. Au **Botswana** les soins maternels sont pratiquement toujours dispensés par les infirmières et les sages-femmes. L'UNFPA contribue à la formation des infirmières aux techniques d'accouchement et à la formation en cours d'emploi des sages-femmes et des médecins aux soins salvateurs. Le Fonds fournit également une assistance pour un cours de mise à niveau des médecins sur l'accouchement par césarienne.

La création d'un environnement de santé porteur

Au **Burundi**, l'UNFPA fournit des trousseaux d'accouchement ainsi que des équipements et des produits pour les soins obstétricaux aux centres de santé et aux hôpitaux de premier recours, dont certains fréquentés par les déplacées internes. Le Fonds participe également à la mise au point d'instruments pour la collecte des données et à la supervision des 25 centres où se pratiquent des accouchements. Au **Sénégal**, la fourniture d'équipements pour les soins obstétricaux d'urgence primaires a permis de renforcer l'efficacité des centres de santé. En **Ouganda**, 961 centres de santé ont été équipés en matériel et personnel (médecins et infirmières) pour les soins obstétricaux d'urgence. L'UNFPA participe également à "RESCUER", un programme pour la mise en place d'un système de transfert en cas d'urgence obstétricale. Le programme prévoit l'installation d'un système de communication radio, de services d'ambulance et l'amélioration de la qualité des soins dans les unités sanitaires de base. Il a été lancé en 1997 à titre d'essai dans un district. Maintenant il est appliqué dans dix districts et devrait bientôt être étendu à quatre nouveaux districts. Au **Zimbabwe**, l'UNFPA fournit aux centres de santé ruraux de l'équipement pour les soins obstétricaux d'urgence primaires. Bien qu'environ 86 % de la population du **Botswana** vive à moins de 15 kilomètres d'un centre de santé, l'accès aux services de soins reste difficile dans plusieurs zones reculées. Le Gouvernement a adopté une approche multisectorielle qui prévoit la création de nouvelles unités sanitaires de base et l'amélioration de la qualité des soins fournis dans celles déjà en place. L'UNFPA contribue à ces efforts en fournissant des équipements. La plupart des établissements de soins sont maintenant équipés de radios et ont tous au moins un véhicule pour le transport d'urgence.

La mobilisation des populations

Impliquer la communauté est une autre stratégie à laquelle recourent de nombreux pays pour augmenter le nombre des accouchements par du personnel qualifié. Au **Burundi**, les populations ont été sensibilisées à l'importance de l'accouchement par du personnel de santé qualifié et à la nécessité d'envoyer les femmes accoucher dans un centre de santé. Au **Sénégal**, les

imams insistent auprès de la population sur les mesures à prendre pour une maternité sans risque. En **Ouganda**, les communautés participent à un système de transport qui permet d'envoyer les femmes qui en ont besoin dans les centres offrant des soins obstétricaux d'urgence. Au **Zimbabwe**, l'UNFPA, conscient du rôle important joué par les accoucheuses traditionnelles au sein de leurs communautés, prêche son concours à un programme communautaire pour former ces accoucheuses traditionnelles et leur permettre de reconnaître les complications obstétricales et d'envoyer les patientes au centre de santé le plus proche. Au **Botswana**, les éducateurs familiaux jouent un rôle important en expliquant aux villageois l'importance d'assurer aux femmes une maternité sans risque et d'encourager les femmes à accoucher dans les centres de santé. L'UNFPA participe à ces efforts en fournissant de l'information, en menant des campagnes de sensibilisation et de communication et en encourageant l'utilisation des services au sein des communautés.



Division de l'Amérique latine et des Caraïbes



En Amérique latine et dans les Caraïbes, le taux de mortalité maternelle, avec 190 décès pour 100 000 naissances vivantes, est faible comparé à celui des autres régions du monde. Cependant, la plupart des 23 000 décès liés à la maternité qui se produisent chaque année pourraient être évités. Il y a des disparités frappantes entre les pays de la région au niveau de la mortalité maternelle. Haïti, avec 550 décès pour 100 000 naissances vivantes, et la Bolivie, avec 390 décès pour 100 000 naissances vivantes, accusent les taux de mortalité maternelle les plus élevés, alors que le Chili, le Costa Rica, Cuba, le Mexique et Panama ont des taux de mortalité maternelle faibles – moins de 100 décès pour 100 000 naissances vivantes. Il existe aussi des disparités au sein des pays. C'est dans les communautés autochtones et les communautés pauvres que le nombre des décès liés à la maternité est souvent le plus élevé. En 2002, un Groupe de travail régional a été mis sur pied par l'Organisation panaméricaine de la santé (PAHO) pour convenir d'une stratégie commune de réduction de la mortalité maternelle dans la région. Le Groupe de travail, avec la collaboration de différentes organisations dont la Banque interaméricaine de développement, la Banque mondiale, Family Care International, le Population Council, l'UNFPA, l'UNICEF et USAID, élabore actuellement une stratégie commune pour que les pays et les organismes concernés s'attaquent de façon concertée et unifiée à la mortalité maternelle dans la région. Cinq domaines d'action prioritaire ont été retenus, à savoir : appuyer les initiatives nationales et municipales, assurer des services de santé maternelle de qualité, élargir la demande pour ces services, nouer des alliances et fournir l'appui financier requis pour assurer le déroulement et la durabilité des programmes de santé maternelle. La stratégie régionale interorganismes mise sur pied, en s'appuyant sur les expériences des pays développés et des pays en développement, a défini à Santa Cruz (Bolivie), en 2004, l'accouchement par du personnel soignant qualifié comme étant une mesure prioritaire pour parvenir à réduire la maternité maternelle. Les participants à l'atelier régional sur la réduction de la mortalité maternelle, organisé par l'UNFPA à Tegucigalpa (Honduras) en mai 2004, ont

souligné qu'il fallait en priorité chercher à généraliser les soins dispensés par du personnel soignant qualifié. Douze bureaux de pays de l'UNFPA, ainsi que des représentants des divisions régionales et de la Division de l'appui technique, ont élaboré ensemble un plan pour l'application de la stratégie par les pays.

La création de partenariats aux niveaux régional, national et local pour promouvoir la santé de la mère a été aussi retenue comme un moyen efficace d'augmenter la proportion des accouchements par du personnel soignant qualifié. Cette collaboration est facilitée par la volonté résolue des gouvernements de lutter contre la mortalité maternelle, aux niveaux national et régional. La stratégie préconise la mise sur pied de coalitions élargies rassemblant gouvernements, universités, associations professionnelles, instituts d'enseignement, ONG et associations de consommateurs. L'approche doit aussi tenir compte des caractéristiques régionales. Depuis 1990, la région a enregistré une augmentation de : 12 % des accouchements pratiqués par du personnel soignant qualifié, 26 % des accouchements pratiqués par un médecin et 54 % des accouchements par césarienne. Toutefois, la proportion élevée d'accouchements en milieu hospitalier, jusqu'à 79 %, ne signifie pas nécessairement que les femmes reçoivent des soins de qualité. La forte proportion d'accouchements par césarienne, près de 40 % dans certaines zones urbaines, laisse plutôt penser à un recours abusif à cette pratique. La qualité des soins est, par conséquent, devenue une question primordiale. Pour pallier la pénurie de personnel soignant qualifié, certains pays envisagent de créer un corps de sages-femmes professionnelles et d'élargir l'éventail de leurs attributions. L'intégration des services de soins pour une maternité sans risque dans les programmes de santé génésique est également à l'étude.

Politiques et plaidoyer

La mise en place d'une couverture santé maternelle grâce à différentes polices d'assurance maladie est en cours en **Bolivie**, en **Équateur** et au **Pérou**. La **Bolivie**

a été l'un des premiers pays de la région à instituer la gratuité des accouchements par personnel soignant qualifié pour toutes les femmes. L'assurance maladie universelle pour la mère et l'enfant couvre toutes les femmes durant leur grossesse, leur accouchement et la période post-partum. Le Programme national de santé sexuelle et génésique, auquel participe activement l'UNFPA, inclut un plan pour une maternité sans risque prévoyant des mesures spécifiques pour généraliser les accouchements par du personnel soignant qualifié et améliorer les soins obstétricaux d'urgence. Depuis 1998, la proportion d'accouchements par du personnel soignant qualifié dans les zones rurales est passée de 40 % à 48 %, et celle des accouchements en milieu hospitalier de 56 à 57 %. **El Salvador**, le **Honduras** et le **Nicaragua** ont également adopté des politiques spécifiques pour traiter cette question. En **El Salvador**, la politique nationale insiste sur la formation du personnel de soins et sur la définition de protocoles de soins nationaux pour la grossesse et l'accouchement. Au **Honduras**, durant les dix dernières années, la mortalité maternelle a diminué de 40 % grâce à différentes mesures, dont le renforcement des capacités institutionnelles et des ressources humaines, l'organisation des communautés et l'amélioration des infrastructures. La proportion d'accouchements par du personnel soignant qualifié est passée de 42 % au milieu des années 80 à 55 % dix ans plus tard. Au Nicaragua, toutes les femmes ont droit à un suivi médical au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum. Le Gouvernement, dans le cadre de son programme pour la santé de la mère et de l'enfant, a promulgué une réglementation pour que tous les accouchements soient pratiqués par du personnel soignant qualifié. Il a également publié plusieurs protocoles de soins obstétricaux dans le cadre de la lutte nationale contre la mortalité maternelle.

La formation du personnel qualifié

L'UNFPA contribue activement à la formation aux soins d'obstétrique en **Bolivie**, en **El Salvador**, au **Honduras** et au **Nicaragua**. En **El Salvador**, le Fonds apporte son concours au programme de formation des médecins et des infirmières des centres de santé publics et privés dans neuf des 14 districts sanitaires

du pays. Dans deux districts, il fournit également une assistance pour la formation des sages-femmes. En **Équateur**, une formation est assurée aux agents de santé locaux pour qu'ils puissent assurer aux villageoises une maternité sans risque et aux sages-femmes pour qu'elles puissent traiter les grossesses à haut risque.

La création d'un environnement de santé porteur

En 2003, l'UNFPA a réalisé en **Bolivie** une évaluation sur l'accessibilité, la disponibilité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence dans 85 centres médicaux régionaux. Le Fonds a apporté un concours notable à la région en lui fournissant des équipements et des produits pour les soins de santé maternelle. En **El Salvador**, il a également aidé à faire une analyse de situation sur les urgences obstétricales dans 28 maternités. Enfin, au **Nicaragua**, il a mis sur pied, en collaboration avec le Programme Averting Maternal Death and Disability (Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles) de l'Université Columbia, à titre d'essai, un système d'intervention en cas d'urgence obstétricale dans trois districts. En 2003, tous les cas d'urgence obstétricale enregistrés dans ces trois districts pilotes avaient pu être traités.

La mobilisation des populations

C'est parmi les populations autochtones et les couches pauvres de la société que le taux de mortalité maternelle est le plus élevé. Aussi, de nombreux pays de la région cherchent à améliorer les services de santé dans les zones rurales et mal desservies par des stratégies qui non seulement insistent sur l'accès aux centres de santé, mais également sur l'application de protocoles de soins et la sensibilisation du personnel soignant à la culture des patientes. En **Bolivie**, l'UNFPA prêle son concours à une étude importante sur les perceptions sociales des agents de soins et des communautés et les obstacles culturels aux accouchements par du personnel soignant qualifié. Les résultats de cette étude seront utilisés pour l'élaboration de stratégies de systématisation de l'accouchement assisté par personnel soignant qualifié, en particulier dans les communautés autochtones et les communautés mal desservies.

Division de l'Asie et du Pacifique

Dans cette région il existe des différences frappantes entre pays au niveau de l'accouchement assisté par personnel qualifié. À **Sri Lanka**, pratiquement tous les accouchements (98 %) sont pratiqués par un agent de santé qualifié. En **Malaisie**, environ 90 % des naissances ont lieu en milieu hospitalier. Mais dans de nombreux pays plus grands, la proportion d'accouchements par du personnel soignant qualifié est moindre : 42 % en Inde et 13 % au Népal. En **Afghanistan**, seulement 8 % des accouchements sont pratiqués par du personnel soignant qualifié. Avec de telles différences, entre pays et au niveau national, il n'a pas encore été possible d'établir une stratégie commune. En octobre 2003, l'OMS a organisé à Manille (Philippines) un atelier régional sur les progrès réalisés dans la lutte contre la mortalité maternelle dans les pays de la région Asie et Pacifique à l'intention des représentants dans les pays et des organisations partenaires, dont la Banque asiatique de développement, l'Agence japonaise de coopération internationale, l'UNFPA, l'UNICEF et USAID. L'objectif était de dresser un bilan des quatre dernières années et de définir des plans nationaux pour une maternité sans risque. La proportion restreinte d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié dans la région a été l'une des principales questions à l'ordre du jour. Les participants ont examiné les stratégies possibles pour améliorer l'assistance qualifiée à l'accouchement, y compris en remplaçant les accoucheuses traditionnelles. Ils ont insisté sur la nécessité d'adapter la définition du rôle et des compétences des agents de santé qualifiés au contexte local. Ils ont souligné que les gouvernements devaient prendre des mesures pour améliorer les compétences du personnel de santé et l'efficacité des systèmes de transfert.

En avril 2004, l'UNFPA a organisé à Islamabad (Pakistan) un atelier régional sur l'agent de santé qualifié en obstétrique. L'objectif était de dégager une stratégie régionale pour améliorer la qualification des agents de santé dans la région. De nombreux pays ont souligné que la définition du prestataire de soins d'obstétrique devait être suffisamment souple pour s'adapter à la situation et aux besoins locaux. La durée et la qualité de la formation ont été sérieusement

discutées. Le rôle des accoucheuses traditionnelles a également été examiné. L'accouchement à domicile prédomine pratiquement partout en Asie. Les pays à forte population rurale, dans lesquels l'accès à des services de santé de qualité est limité, doivent axer leurs politiques et stratégies sur la formation du personnel soignant pour pratiquer les accouchements à domicile. Le **Bangladesh**, l'**Inde**, l'**Indonésie**, le **Népal** et le **Pakistan** ont adopté une approche transitoire encourageant l'accouchement à domicile par du personnel soignant non médical, plus qualifié que les accoucheuses traditionnelles mais ne pouvant pas dispenser tous les soins salvateurs que peut fournir le personnel soignant professionnel – sages-femmes ou infirmières spécialisées en obstétrique – dans un cadre correctement équipé. Les équipes de pays ont proposé des listes définissant les soins obstétricaux d'urgence que le personnel soignant non médical peut dispenser au domicile de la patiente et ceux qui nécessitent son transfert vers un niveau de soins supérieur. La collaboration des agents de santé qualifiés et des communautés (y compris des accoucheuses traditionnelles et des responsables des collectivités) a été retenue comme étant une bonne solution pour développer l'accouchement par du personnel soignant qualifié, ou en milieu hospitalier. De nombreux pays agissent également au niveau du système de santé global en améliorant la qualité des soins fournis, en équipant les centres de santé, en perfectionnant les méthodes de travail du personnel et en standardisant les systèmes de formation et de supervision.

Politiques et plaidoyer

Au **Bangladesh**, l'un des principaux objectifs de la stratégie nationale pour protéger la santé de la mère est d'augmenter le nombre des agents de santé qualifiés, à tous les échelons du système de santé national. En 2002, le Ministère de la santé, en collaboration avec l'OMS et l'UNFPA, a lancé un programme de formation de six mois, à l'intention des agents de santé communautaires, aux techniques de l'accouchement. En **Inde**, le succès d'un projet pilote consacré



aux soins obstétricaux d'urgence, mené sous l'égide de l'UNFPA dans l'État du Rajasthan, a aidé à élaborer la stratégie de réduction de la mortalité maternelle du deuxième Programme national de santé génésique et infantile. Ce projet pilote a, en outre, amené les autorités de l'État du Rajasthan à améliorer les services de transfusion sanguine en créant, au niveau des sous-districts, des banques de sang et en organisant une spécialisation d'anesthésiste pour les médecins. Le Gouvernement indien envisage, grâce à une aide financière de la Banque mondiale d'un montant de 105 millions de dollars, de reproduire ce programme dans plusieurs autres États du pays. L'Indonésie cherche, dans le cadre de son programme national

« Pour une maternité sans risque » à systématiser l'accouchement par agent de santé qualifié et à assurer le traitement adéquat des complications obstétricales et néonatales. Près de 60 % des accouchements ont lieu au domicile et la plupart sont pratiqués par des accoucheuses traditionnelles. Le Gouvernement a adopté une stratégie dite « accouchement sous supervision » qui permet aux accoucheuses traditionnelles d'aider les sages-femmes communautaires à pratiquer les accouchements sans complication. La proportion d'accouchements pratiqués par du personnel de santé qualifié est passée de 41 % en 1992 à 68 % en 2002. Le gouvernement, soucieux d'élargir l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, a également lancé un

CONFÉRENCE D'ISLAMABAD SUR LA DÉFINITION CONSENSUELLE DES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE FOURNIS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ QUALIFIÉ, AU DOMICILE OU EN MILIEU HOSPITALIER

Soins obstétricaux d'urgence pouvant être fournis par un agent de santé qualifié au cours d'un accouchement à domicile (soins salvateurs) :

- Administration par intraveineuse de sérum, d'antibiotiques, d'anticonvulsifs (première injection de MgSO₄) et d'ocytociques;
- Prise en charge de la troisième période de la délivrance;
- Traitement des hémorragies post-partum;
- Identification d'une évacuation incomplète du placenta et transfert vers un niveau de soins supérieur;
- Identification d'une déchirure cervicale/utérine – stabilisation et transfert vers un niveau de soins supérieur;
- Identification d'une hémorragie durant le travail (dont placenta praevia) – stabilisation et transfert vers un niveau de soins supérieur;
- Traitement des convulsions – pré-éclampsie or éclampsie – stabilisation et transfert vers un niveau de soins supérieur;
- En cas de dystocie/présentation anormale du nouveau-né/accouchement prolongé, transfert vers un niveau de soins supérieur;
- Réanimation néonatale primaire (voies aériennes, réchauffement, bouche à bouche).

Soins obstétricaux d'urgence pouvant être assurés par un prestataire de santé qualifié dans une maternité

Tous les soins susmentionnés plus :

- Suture des déchirures;
- Évacuation manuelle du placenta;
- Préparation de la patiente pour une transfusion sanguine (transfert vers un niveau de soins supérieur);
- Préparation de la patiente en cas d'éclampsie pour un transfert vers un niveau de soins supérieur;
- Accouchement vaginal assisté (utilisation d'un extracteur);
- Préparation de la patiente pour un accouchement par césarienne (transfert vers un niveau de soins supérieur);
- Réanimation néonatale avancée—prise en charge des prématurés.

programme de renforcement des capacités des centres de soins primaires. La **République démocratique populaire lao** insiste, depuis 1997, dans le cadre de sa politique de protection de la santé de la mère et de l'enfant, sur une maternité sans risque, grâce notamment à une stratégie pour un accouchement sans risque et aux soins prénatals. L'UNFPA a également aidé à mettre au point un programme de soins primaires en matière de reproduction qui sera, dans un premier temps, appliqué dans plusieurs districts des trois provinces du Sud. Ce programme pour une maternité sans risque insiste sur les soins prénatals et post-natals, ainsi que sur la formation aux soins obstétricaux d'urgence du personnel de santé travaillant au niveau du district. Au **Népal**, le Gouvernement accorde la priorité à l'application du programme pour une maternité sans risque lancé en 1997. En 2002, un plan pour une maternité sans risque courant sur 15 ans a été adopté. Il prévoit la formation du personnel soignant et des stratégies d'information, d'éducation et de communication. Au **Pakistan**, le Ministère de la santé travaille actuellement sur une stratégie nationale pour la protection de la santé maternelle qui traitera notamment de l'accouchement par du personnel soignant qualifié. L'UNFPA a aussi prêté son concours au Comité national pour le développement humain pour la mise au point du projet national sur les soins obstétricaux soumis depuis au Gouvernement pour approbation. En outre, le Gouvernement prévoit de lancer un projet ayant trait à la santé génésique d'un montant de 45 millions de dollars qui devrait permettre de systématiser les soins obstétricaux d'urgence et l'assistance soignante qualifiée à l'accouchement au niveau des villages.

La formation du personnel qualifié

Au **Bangladesh**, un programme de formation aux soins obstétricaux a été mis en place à l'intention du personnel soignant. L'objectif est de déployer au moins un agent de soins communautaire dans chaque collectivité pour une durée minimum de cinq ans. Dans le cadre de ce programme, les agents de santé communautaires reçoivent également une formation de six mois alliant cours théoriques et stages pratiques en milieu hospitalier et dans les communautés. Dans

le cadre du projet pilote lancé en 2002, 90 agents soignants ont été formés et déployés dans les collectivités. Depuis, le projet pilote a été transformé en programme national¹. Il est maintenant appliqué dans 19 districts et a déjà permis de former 295 sages-femmes communautaires; 270 autres devraient commencer à pratiquer d'ici à la fin 2004. En **Inde**, le programme pilote lancé au Rajasthan a permis de former 59 équipes composées de médecins et de paramédicaux aux soins obstétricaux d'urgence primaires. Grâce à cette initiative, 40 centres de santé de l'État sont maintenant dotés d'un personnel médical et paramédical qualifié pour les soins obstétricaux d'urgence. Un programme de formation pour prévenir les infections a également été lancé au Rajasthan. En Indonésie, l'UNFPA, en collaboration avec l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale, a aidé le Ministère de la santé à évaluer son programme de formation en cours d'emploi et à mettre au point un plan de formation pour les accoucheuses communautaires. L'UNFPA a également prêté son concours au Gouvernement pour la formation en cours d'emploi de plus de 800 sages-femmes communautaires déployées dans 43 districts. En **République démocratique populaire lao**, l'UNFPA a joué un rôle de premier plan dans la formation dispensée aux agents de santé des hôpitaux de district pour leur permettre de traiter les complications obstétricales. Un programme de formation de formateurs devrait, d'ici à la fin 2004, couvrir les 17 provinces et une zone spéciale. Le Ministère de la santé, en collaboration avec l'Université Khonkaen (Thaïlande), a organisé, à l'intention du personnel de santé, un cours de formation aux soins obstétricaux d'urgence. Au **Népal**, le personnel soignant chargé de la santé de la mère et de l'enfant, qui assure les accouchements au niveau des sous-postes sanitaires, reçoit une

¹ En 1993, le Gouvernement, en collaboration avec l'UNFPA, a lancé un projet pilote d'intégration des soins obstétricaux d'urgence dans le programme national de santé génésique. Ce projet pilote a débuté dans le district du Rajshahi dont la population, en majorité rurale, est estimée à 27,5 millions de personnes. Le projet vise à améliorer la qualité et la disponibilité des services offerts par les centres de santé existants, en améliorant la formation, les infrastructures, le système de gestion de l'information, le contrôle de l'assurance qualité et les liens entre centres de santé. Cette initiative a permis d'élargir l'utilisation des services. Le Gouvernement, devant le succès du projet pilote initial, a décidé de le transformer en programme national. En 2003, les 64 centres de santé maternelle et infantile avaient tous améliorés leurs services. Pour tout complément d'information, consulter : Gill Z et Ahmed JU (2004). Experience from Bangladesh: implementing emergency obstetric care as part of the reproductive health agenda. Journal international de gynécologie et d'obstétrique 85, p. 213-220.



formation de trois mois et demi, puis une mise à niveau de six semaines. Les infirmières et les aides infirmières sages-femmes professionnelles qui pratiquent les accouchements dans les hôpitaux, dans les centres de soins primaires et dans les postes sanitaires suivent, outre une formation de base, une spécialisation obstétricale en cours d'emploi de six semaines. L'UNFPA contribue à cette formation de base et à cette mise à niveau en fournissant des trousseaux pour les soins obstétricaux. En 2003, le Fonds a également aidé à former des médecins et des infirmières aux soins obstétricaux d'urgence dans six districts pilotes. Au **Pakistan**, l'UNFPA a prêté son concours à la formation de sages-femmes communautaires dans le cadre du Projet national sur la santé des femmes. Le Projet se poursuit actuellement dans 20 districts sur un total de 105. L'UNFPA a également participé à la conception du programme de formation aux soins obstétricaux et a fourni le matériel de formation.

La création d'un environnement de santé porteur

Au **Bangladesh**, le Gouvernement, pour assurer et superviser la fourniture de soins au niveau communautaire, prend en charge la formation obstétricale des agents de santé travaillant dans les centres de protection familiale. En **Inde**, les systèmes de tenue des registres et de présentation des données ont été modifiés afin

que l'information produite puisse être utilisée pour calculer les indicateurs de progrès définis par l'ONU. L'utilisation des indicateurs permet de suivre les progrès réalisés au niveau régional dans la lutte contre la mortalité maternelle. En **Indonésie**, l'UNFPA a aidé à définir des normes et des protocoles de soins pour améliorer la qualité des services. En outre, l'UNFPA a fourni des trousseaux d'accouchement pour la population en général et les personnes déplacées à l'intérieur du territoire national. Le Fonds fournit les équipements pour les soins généralistes, notamment pour les banques de sang de certains hôpitaux de district. En **République populaire démocratique lao**, l'UNFPA dote également les centres de santé des équipements et autres produits requis dans le cadre de l'initiative pour une maternité sans risque. Des efforts particuliers sont également faits pour améliorer le système de transfert qui relie les communautés aux centres de santé. Au **Népal**, l'UNFPA contribue activement à améliorer et à équiper les centres de santé et les centres de formation au niveau de la région, du district et des villages. En outre, le Fonds a contribué à l'élaboration d'une stratégie et de directives concernant le personnel de santé qualifié. Au **Pakistan**, l'UNFPA encourage et finance le déploiement de personnel médical dans les zones les plus reculées du pays.

La mobilisation des communautés

Dans de nombreux pays de la région, les gouvernements cherchent à établir de bonnes relations entre les communautés et les centres de santé. L'importance accordée aux accoucheuses traditionnelles dans leur communauté et l'appui social qu'elles peuvent offrir aux mères et aux familles sont reconnus et exploités. Au **Bangladesh**, les agents sanitaires recrutés au niveau local sont souvent mieux acceptés par les communautés pour pratiquer les accouchements. En **Inde**, des ateliers ont été organisés avec les médias pour intéresser les populations rurales à la maternité sans risque, les informer sur les mesures à prendre et les mobiliser. En outre, les élus locaux ont été sensibilisés aux conditions à respecter pour assurer une maternité sans risque, notamment

la reconnaissance précoce des signes de complication au cours de la grossesse ou de l'accouchement, le transfert immédiat vers un niveau de soins supérieur et la nécessité de pouvoir faire des transfusions sanguines sur place. En décembre 2003, près de 1 500 élus locaux avaient été touchés par cette campagne. En **Indonésie**, l'UNFPA a contribué au programme de mini-subventions lancé par le Gouvernement pour aider les communautés à mettre en place des systèmes de transport pour transférer les femmes souffrant de complications obstétricales vers un niveau de soins supérieur. Le succès de ce programme a encouragé sa reproduction dans plusieurs districts. L'UNFPA a également participé à la campagne de sensibilisation des communautés à une maternité sans risque.



Division des États arabes et de l'Europe

Réduire la mortalité maternelle reste une tâche difficile pour de nombreux pays de la région. La montée de la pauvreté et la détérioration des infrastructures sanitaires sont autant d'obstacles à la disponibilité et la qualité des soins de santé maternelle. Dans certains pays, la possibilité pour les femmes d'accoucher avec l'assistance de personnel sanitaire qualifié est limitée par les crises politiques et les catastrophes naturelles. C'est particulièrement le cas pour les populations réfugiées, nomades ou déplacées internes. Il n'existe pas, pour l'instant, de consensus régional sur les stratégies et les mesures à adopter pour systématiser l'accouchement par du personnel médical qualifié; cependant, plusieurs pays ont déjà pris, à titre individuel, des initiatives importantes pour aller de l'avant.

Politiques et plaidoyer

En **Azerbaïdjan**, la stratégie nationale pour la santé en matière de procréation précise que seul le personnel médical qualifié est autorisé à fournir des soins obstétricaux. Cependant, au cours des cinq dernières années, 11 % des accouchements ont été pratiqués par des accoucheuses non formées et 26 % se sont déroulés au domicile. Le Gouvernement, pour encourager l'accouchement en milieu hospitalier, a mis en place un réseau de 26 centres de santé génésique. L'UNFPA, outre l'assistance qu'il a fourni pour l'élaboration de la stratégie nationale relative à la santé génésique, a participé à la mise en place de l'agence nationale chargée de l'application et du suivi de cette stratégie.

Au **Kirghizistan**, les accouchements par du personnel non qualifié sont en augmentation, notamment dans les villages reculés qui n'ont pas de système de transport efficace. Le coût des soins médicaux ne permet pas à de nombreuses femmes de se faire suivre dans un centre de santé. En 2004, les patientes devaient payer en partie les soins reçus durant la grossesse et l'accouchement. Au **Soudan**, la politique nationale pour l'assistance qualifiée à l'accouchement exige que les agents de soins pratiquant les accouchements aient suivi une formation obstétricale de base d'une durée d'un an et réussi l'examen de fin d'études. En 1999, d'après une enquête sur la maternité sans risque, 57 % des accouchements étaient pratiqués par du personnel de soins répondant à ces critères – médecins, sages-femmes et accoucheuses communautaires. Le Gouvernement, avec l'aide de l'UNFPA, a mis au point une stratégie pour déployer au moins un agent de santé qualifié pour les accouchements dans chaque village. En outre, suite aux activités de plaidoyer de l'UNFPA, le Gouvernement a fonctionnarisé les sages-femmes qualifiées. Au **Tadjikistan**, le plan stratégique national pour la santé génésique prévoit des mesures pour systématiser l'accouchement par personnel soignant qualifié. En 2003, l'UNFPA a joué un grand rôle dans l'élaboration de la loi sur la santé génésique et les droits de procréation, laquelle traite également de l'assistance qualifiée à l'accouchement. Au **Yémen**, bien que la politique nationale en matière de santé maternelle limite le personnel soignant qualifié pour l'accouchement aux



médecins, infirmières et sages-femmes, près de 21 % des accouchements sont pratiqués par des accoucheuses traditionnelles. L'UNFPA a aidé le Gouvernement à élaborer un train de politiques, stratégies et normes en matière de santé maternelle, y compris concernant l'accouchement par personnel soignant qualifié. La **Somalie**, où le taux de mortalité maternelle oscille entre 828 et 921 décès pour 100 000 naissances vivantes, n'a aucune politique clairement définie concernant l'assistance qualifiée à l'accouchement. Seulement 10 % des femmes sont suivies par du personnel soignant qualifié au cours de leur grossesse ou de leur accouchement.

La formation du personnel qualifié

L'UNFPA a fourni une assistance importante pour la formation du personnel médical en **Azerbaïdjan**. Il a contribué à former 568 gynécologues et 89 sages-femmes travaillant dans les 26 maternités ouvertes par le Gouvernement. Au **Kirghizistan**, le Fonds fournit une assistance technique et financière au gouvernement pour la mise en place d'un système de protection sociale, y compris en formant du personnel paramédical aux soins obstétricaux. En 2002, grâce à l'UNFPA, 425 agents du système de protection sociale ont reçu une formation appropriée pour aider les femmes enceintes à vivre une maternité sans risque et 385 d'entre eux ont reçu un appui financier. En 2003, un programme de formation du personnel médical aux soins prénatals et à l'accouchement a été également lancé. Au **Soudan**, 2 220 sages-femmes sont sorties diplômées des 39 écoles nationales de sages-femmes en 2002 et 2003, dont 15 nouvellement créées. L'UNFPA a financé la formation de 800 sages-femmes et fourni une assistance pour les cours de mise à niveau destinés à améliorer la qualité des soins. Le Fonds, en 2003, a fourni une assistance au **Tadjikistan** pour la formation de gynécologues et de sages-femmes. Au **Yémen**, la formation des sages-femmes s'est avérée un moyen efficace pour améliorer les soins de santé maternelle et augmenter le personnel médical féminin. Près de 12 000 sages-femmes communautaires ont été formées en 2002.

La création d'un environnement de santé porteur

En **Azerbaïdjan**, l'UNFPA a aidé le Gouvernement à mettre en place 26 centres de santé génésique en lui fournissant du matériel médical et un appui technique. Au **Kirghizistan**, le Fonds a contribué à l'organisation de séminaires pour informer le personnel médical sur l'application de protocoles cliniques pour l'accouchement et la grossesse. En 2003, dans le cadre de l'action pour une maternité sans risque, 33 types de protocoles cliniques ont été présentés au personnel de santé. Au **Soudan**, l'UNFPA a fourni aux sages-femmes des trousseaux pour l'accouchement sans risque et aidé à équiper les centres de santé. Le Fonds a également contribué par du matériel, de la documentation et des équipements audiovisuels à la formation du personnel médical au **Tadjikistan**. Le **Yémen** a pris des mesures pour renforcer les systèmes de transfert et de supervision. Au **Soudan**, deux grands services de maternité ont été rénovés avec l'aide de l'UNFPA. En outre, l'UNFPA a fourni de l'équipement médical pour les soins obstétricaux primaires et des médicaments à neuf centres de santé, ainsi que des trousseaux pour une maternité sans risque à 11 établissements de santé.



La mobilisation des populations

Un des principaux éléments de l'initiative lancée au **Kirghizistan** pour réduire la mortalité maternelle a été l'identification des obstacles à l'accouchement par du personnel de santé qualifié. Une enquête nationale sur l'enregistrement des naissances vivantes a été réalisée avec le concours de l'UNFPA. Elle a permis d'évaluer la qualité des soins qualifiés fournis et les obstacles culturels et financiers qui empêchent les femmes de recourir à ces soins. Au **Soudan**, l'UNFPA a participé à la campagne de sensibilisation à une maternité sans risque dans les districts où la mortalité maternelle est élevée. Le Fonds a également contribué aux activités de sensibilisation des communautés au **Yémen**.

Le programme de recherche SAFE : La définition des stratégies

La recherche SAFE a porté sur la détermination, l'application et l'évaluation de stratégies efficaces, abordables et équitables pour augmenter le nombre d'accouchements par du personnel médical qualifié dans les pays en développement. Cette étude, qui a pris environ 30 mois, a été réalisée avec la collaboration des cinq pays suivants : Bangladesh, Ghana, Jamaïque, Malawi et Mexique.

L'objectif n'était pas de mettre en place des stratégies d'intervention mais d'établir des méthodes de collecte et d'exploitation de l'information pour élaborer des stratégies de systématisation de l'accouchement par du personnel soignant qualifié. Une méthodologie systématique a pu être définie pour recenser, pour chaque pays ou location considérée, les points forts et les limites et pour trouver des moyens de combler les lacunes et de traiter les problèmes.

La participation de planificateurs de programme et de décideurs a aidé à sensibiliser à la recherche et à intéresser à ses conclusions. Des partenariats et des échanges positifs entre institutions des pays développés et des pays en développement oeuvrant pour une maternité sans risque, et impliqués notamment dans des travaux de recherche liés aux politiques à suivre, ont été ainsi possibles et ont déjà permis de renforcer les capacités.

Un instrument pour le développement de stratégies² a été élaboré par SAFE pour recueillir et interpréter l'information puis mettre au point des propositions précises pour des projets de démonstration sur l'assistance soignante qualifiée à l'accouchement. Dans chaque pays, des réunions du Comité directeur et des parties prenantes ont été organisées pour définir les composantes des projets de démonstration. Dans de nombreux cas, le ministère de la santé a pris en charge une partie de la recherche et dans tous les cas, il était représenté au Comité directeur. Cette participation du ministère a facilité l'approbation des protocoles de démonstration.

Bon nombre des stratégies définies ont été intégrées dans les programmes nationaux, mais il faut encore s'assurer de l'appui inconditionnel des pouvoirs publics pour leur mise en œuvre à l'échelon national. Les efforts de planification n'aboutiront à rien sans une mise en œuvre soignée qui seule permettra de réduire la proportion de décès liés à la maternité.



UNE STRATÉGIE MODÈLE POUR LA GÉNÉRALISATION DE L'ACCOUCHEMENT PAR DU PERSONNEL SOIGNANT QUALIFIÉ AU BANGLADESH

Au Bangladesh, seulement 14 % des accouchements sont pratiqués par du personnel de santé qualifié, 22 % par des membres de la famille de la parturiente et pratiquement 50 % par des accoucheuses traditionnelles. Les facteurs qui influent sur la décision de recourir à une assistance qualifiée sont notamment l'âge de la patiente, son niveau d'éducation, sa religion, son lieu de résidence, son statut économique et le rang de naissance du futur enfant. Les femmes aisées sont plus susceptibles d'accoucher en milieu hospitalier que les femmes pauvres. D'après les enquêtes démographiques et sanitaires de 1999 et 2000, les femmes qui fréquentent des établissements de santé pour d'autres soins – vaccination, contraception, soins prénatals – sont plus susceptibles d'accoucher en milieu hospitalier.

Les obstacles à l'accouchement par du personnel qualifié se situent à différents niveaux. Au niveau individuel, les femmes refusent d'accoucher en milieu hospitalier par honte, par peur d'un accouchement par césarienne ou de mourir. Au niveau familial, le principal obstacle est d'ordre économique. Les personnes qui prennent les décisions (belle-mère, mari) sont celles qui sont le moins au courant des différents soins obstétricaux disponibles ce qui, au bout du compte, augmente les dépenses de la famille en soins obstétricaux. Au niveau des établissements de santé, les obstacles sont principalement l'attitude peu conviviale du personnel, l'absence de doctresses et les systèmes de transfert déficients.

Un certain nombre de problèmes ont été recensés. Au niveau communautaire, il y a peu de motivation et des

² L'instrument de développement de stratégies de SAFE peut être obtenu gratuitement par les professionnels de la santé publique des pays en développement à l'adresse : impact@abdn.ac.uk



obstacles financiers importants. Au niveau du système de santé, les agents de santé qualifiés sont concentrés dans les zones urbaines. L'absence de formation spécialisée en obstétrique ajoute à la pénurie de personnel qualifié. Les soins obstétricaux d'urgence complets ne sont disponibles qu'au niveau de la division et du district. La pénurie en produits, médicaments et équipements empêche également les agents de santé de fournir les soins requis et entraîne souvent des dépenses supplémentaires que doivent payer les patientes. Les systèmes de transfert sont inopérants parce qu'il n'existe pas de transport organisé entre les villages et les établissements de santé et que les déplacements coûtent très cher. En outre, les établissements de soins n'ont pas de procédure standardisée pour les prises de décision, le transfert des patientes et leur suivi.

BRAC (le Comité du Bangladesh pour le progrès rural) a mis au point une stratégie pour lever ces obstacles :

- En incitant les communautés à faire appel à du personnel soignant qualifié pour les accouchements;
- En incitant les communautés à transporter les femmes ayant besoin de soins d'urgence dans les services appropriés grâce à une information sur les services d'obstétrique disponibles, à la planification des systèmes de transport et l'introduction de plans d'assurance maternité;
- En améliorant les soins en milieu hospitalier grâce à une meilleure tenue des registres;
- En augmentant le nombre d'agents de santé qualifiés dans les villages.

Un projet de démonstration d'une durée de trois ans a été élaboré pour parvenir à ces objectifs.

Pour tout complément d'information, s'adresser aux membres de BRAC collaborant au programme SAFE :

Dr. Mushtaq Chowdhury, Deputy Director
et

Amina Mahbub, Senior Research Fellow
Research & Evaluation Division of BRAC, Floor 19,
75 Mohakhali
Dhaka 1212 (Bangladesh)

LE RENFORCEMENT DE L'ASSISTANCE QUALIFIÉE À L'ACCOUCHEMENT DANS LE DISTRICT DE DANGBE, DANS L'OUEST DU GHANA

Le district de Dangbe est situé dans la région de savanes sur la côte. C'est l'une des trois zones de recherche nationale sur les maladies, créées par le Ministère de la santé à la fin des années 80 pour l'élaboration de la politique nationale de la santé. L'enregistrement, en cours, des villageois du district pour l'assurance maladie a permis de recenser les résidents. Ces données permettront un contrôle longitudinal de la dynamique démographique de la population.

Près de 44 % des femmes ghanéennes accouchent avec l'aide de professionnels de la santé. Des consultations avec le personnel de santé et les villageois ont permis de recenser trois principaux problèmes au niveau de la fourniture des soins de santé maternelle, à savoir : le manque de personnel, l'attitude négative des agents de santé et le manque de préparation des communautés. Les deux premiers problèmes ne pourront être résolus que par des stratégies inclusives et à long terme. Le troisième problème pourrait être résolu rapidement grâce à une information adéquate et appropriée et des mesures pour éduquer les villageois et assurer la communication. Le projet proposé est axé, au niveau de la communauté, sur une meilleure préparation des femmes à l'accouchement et, au niveau des établissements de santé, sur l'amélioration des soins fournis à l'accouchement.

La Directrice des services de santé du district et son équipe ont accepté que le projet soit réalisé, à titre expérimental, dans le district. Une étude de démonstration de 24 mois est prévue qui comportera une étude préliminaire, l'introduction de plusieurs stratégies de communication communautaire et le contrôle périodique des critères cliniques appliqués pour la qualification du personnel soignant des établissements de santé. Les objectifs sont notamment d'apprendre aux villageois à reconnaître les signes de danger durant la grossesse et à l'accouchement et d'encourager les femmes à préparer leur accouchement; d'augmenter le nombre d'infirmières sages-femmes qualifiées pour fournir tous les soins obstétricaux essentiels et de donner au personnel médical du district une

formation leur permettant aussi de dispenser ces soins; d'améliorer la qualité des données fournies par les maternités pour pouvoir évaluer la qualité des soins; de mettre en place un système de transfert.

Le projet sera mené dans deux sous-districts, les deux sous-districts restants servant de référence pour les contrôles. Au bout de deux ans, un test sera réalisé pour mesurer l'amélioration de la qualification du personnel soignant dans les deux districts. Pour tout complément d'information, s'adresser aux collaborateurs de SAFE au Ghana à l'adresse suivante :

Dr. Sam Adjei, Deputy Director General
et

Mercy Abbey, Senior Research Fellow
Health Research Unit
Ghana Health Service
PO Box 184
Accra (Ghana)



LES STRATÉGIES POUR AMÉLIORER LES SOINS À L'ACCOUCHEMENT EN JAMAÏQUE

En Jamaïque, 93 % des accouchements ont lieu en milieu hospitalier³. Néanmoins, le taux de mortalité maternelle en milieu hospitalier est de 106 pour 100 000 naissances vivantes depuis 1986⁴. L'objectif du Gouvernement est de le réduire à 80 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2015.

Les principaux problèmes sont le manque de personnel (avec un taux de vacance des postes de sages-femmes oscillant entre 45 et 70 %), un approvisionnement irrégulier en produits pour les soins de base et le mécontentement de la clientèle dû aux listes d'attente extrêmement longues. Tous ces problèmes résultent d'une capacité institutionnelle insuffisante. Des efforts ont été faits par le passé pour trouver des solutions mais ce n'est que récemment que le Gouvernement a adopté une stratégie globale pour promouvoir la santé génésique⁵.

L'instrument pour le développement de stratégies mis au point par SAFE a été utilisé pour évaluer le niveau d'assistance soignante qualifiée à l'accouchement. Les obstacles aux soins par du personnel qualifié ont été recensés et des stratégies mises en place. Les collaborateurs nationaux ont estimé qu'il était plus utile de définir des activités et des objectifs pouvant s'intégrer dans les programmes en place plutôt que de lancer des projets de démonstration ponctuels.

Les conclusions des consultations organisées avec les prestataires de soins obstétricaux devraient permettre d'améliorer les politiques, la formation professionnelle et les systèmes de transfert, de façon à créer un cadre de santé porteur et à répondre aux besoins de la clientèle. Les principales mesures à prendre pour supprimer les obstacles à une assistance qualifiée à l'accouchement et créer un cadre de santé porteur consistent notamment à :

³ Ministère de la santé, rapport statistique mensuel sur les hôpitaux, 2001. Kingston, Ministère de la santé, 2002.

⁴ McCaw-Binns A. Access to care and maternal mortality in Jamaican Hospitals : 1993-1995. *Journal international d'épidémiologie* 30 (2001), p. 796-801.

⁵ Ministère de la santé jamaïcain, *Strategic Framework for Reproductive Health within the Family Health Programme, 2000-2005*. Kingston, Ministère de la santé, 2000.

- Améliorer les politiques, y compris à élaborer des directives et des protocoles pour la composition des équipes de soins, la fourniture des équipements, la répartition de l'espace et les mécanismes de lutte contre les infections;
- Concevoir des stratégies pour augmenter les effectifs et combler les postes vacants;
- Améliorer les systèmes de transfert en donnant des directives plus précises et en prévoyant des mécanismes de suivi;
- Répondre aux besoins de la clientèle en instituant un carnet de rendez-vous dans les dispensaires, en informant les femmes sur la santé génésique et en formant le personnel pour améliorer ses compétences et la qualité des soins.

Des comités de coordination technique seront mis en place aux niveaux national et régional pour faciliter la réalisation de ces différents objectifs. Des systèmes de surveillance seront installés pour obtenir l'information requise et faciliter le suivi et l'évaluation du programme. Des recherches seront également menées, lorsque nécessaire, pour guider le processus de mise en place et évaluer le déroulement du programme.

Pour tout complément d'information, s'adresser aux collaborateurs de SAFE à la Jamaïque à l'adresse suivante :

Dr. Deanna Ashley, Director of Health Promotion and Protection
Ministry of Health
2-4 Kings Street
Kingston (Jamaïque)



VAINCRE LES OBSTACLES À L'ACCOUCHEMENT MÉDICALISÉ AU MALAWI

La possibilité de bénéficier d'une assistance médicale qualifiée à l'accouchement est limitée au Malawi. Bien qu'environ 55 % des accouchements aient lieu en milieu médical, cela ne signifie pas qu'ils sont pratiqués par du personnel qualifié. La femme qui accouche sans aide, les accouchements pratiqués par le personnel de salle ou le personnel de gardiennage sont des situations courantes. Malgré les mesures prises par le Gouvernement, le taux de mortalité maternelle, déjà extrêmement élevé, est en augmentation⁶.

Les principaux obstacles à l'accès aux services de santé sont le manque d'information, le désintérêt ou l'hostilité à l'égard des soins obstétricaux, les problèmes financiers, les problèmes de transport et la réticence des femmes à se faire soigner par du personnel masculin⁷.

La valeur accordée, pour des raisons culturelles et traditionnelles, à l'accouchement à domicile par une accoucheuse traditionnelle fait que les sages-femmes professionnelles ne sont pas acceptées par les communautés. Ce problème est encore aggravé par la pénurie nationale en infirmières, sages-femmes et anesthésistes. Le manque de professionnalisme du personnel de santé et le mauvais traitement des patientes sont exacerbés par l'inadéquation des systèmes de supervision et la détérioration des normes de santé. L'effondrement des infrastructures sanitaires est prouvé par la longueur des procédures pour l'acquisition des fournitures nécessaires, les problèmes de communication et la mauvaise gestion, ce qui a pour conséquence une pénurie permanente en médicaments et en produits. En dépit des efforts du Gouvernement pour augmenter le parc national d'ambulances, le manque d'essence et l'utilisation, à des fins autres que celles prévues, des véhicules empêchent la mise en place d'un système de transport efficace.

6 Enquête démographique et sanitaire 2000. Bureau national des statistiques, Zomba (Malawi)/ORC Macro, Maryland (États-Unis), août 2001.

7 Malawi Social Indicators Survey (Enquête sur les indicateurs sociaux) 1995, Ministry of Economic Planning and Development /National Statistical Office/Centre for social Research.

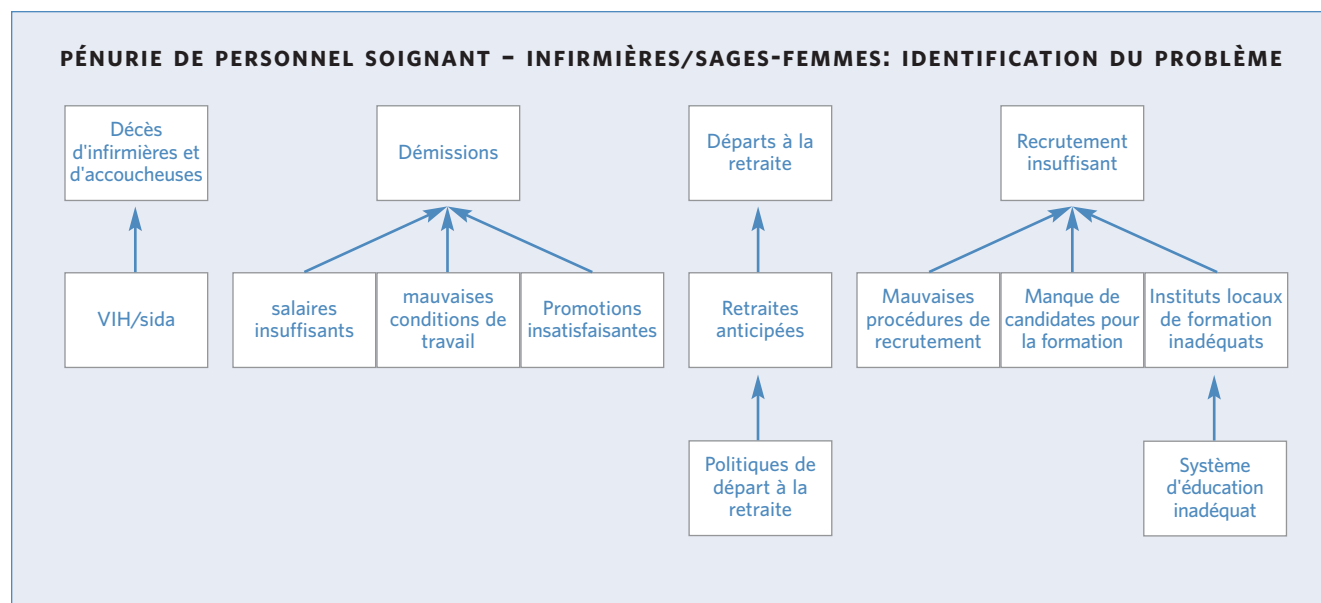
Des études ont été faites pour déterminer les causes sous-jacentes à ces problèmes et leur trouver des solutions. Le manque de personnel soignant – infirmières et sages-femmes, par exemple – a été attribué à un ensemble de facteurs dont les salaires trop bas, le manque de candidates pour la formation et le taux élevé de mortalité du personnel soignant professionnel dû au VIH/sida. Une série de mesures a été proposée pour résoudre ce problème, notamment de modifier les procédures de recrutement et la formation, d'augmenter les salaires, de repousser l'âge de la retraite et de fournir gratuitement des médicaments antirétroviraux aux infirmières/sages-femmes infectées par le VIH/sida.

Des recommandations ont également été faites pour lever les autres obstacles à l'accouchement par du personnel de santé qualifié. Des initiatives ont été prises pour améliorer l'information, assurer l'éducation et développer la communication pour contrer la préférence marquée par les communautés pour l'accouchement à

domicile. La mise en place de comités de transport, l'élargissement du parc d'ambulances et la mobilisation des communautés sont autant de mesures envisagées pour régler les problèmes de transport. Une augmentation des salaires, une meilleure supervision et une diminution du volume de travail ont été recommandées pour remédier au manque de professionnalisme du personnel soignant et à la détérioration des normes de santé. Enfin, des méthodes spécifiques ont été proposées pour améliorer la gestion et résoudre ainsi les problèmes de pénurie en médicaments et autres produits. Ces mesures ont été soumises au Ministère de la santé et de la population en vue de leur inclusion possible dans la stratégie nationale pour une maternité sans risque.

Pour tout complément d'information, s'adresser aux collaborateurs de SAFE à l'adresse suivante :

Dr. Ann Phoya, Director of Nursing Services
 Ministry of Health and Population
 PO Box 30377
 Lilongwe 3 (Malawi)



PROJET DE DÉMONSTRATION POUR AMÉLIORER L'ASSISTANCE QUALIFIÉE AU MEXIQUE

Au Mexique, en 2001, le taux de mortalité maternelle était de 45 pour 100 000 naissances vivantes, et le nombre total de décès liés à la maternité de 1 253⁸. Le Mexique a enregistré une baisse de la mortalité maternelle depuis les années 1930, mais la situation est maintenant stagnante. Le taux de mortalité maternelle se maintient depuis dix ans aux environs de 50 pour 100 000 naissances vivantes⁹. La plupart des décès liés à la maternité pourraient être évités si les femmes avaient accès à des soins de santé de qualité au cours de leur grossesse, de leur accouchement et de la période post-partum¹⁰.

Guerrero, dans le sud de pays, est l'un des États des plus pauvres du Mexique. Le taux de mortalité maternelle est de 51 pour 100 000 naissances vivantes et 20 % des accouchements sont pratiqués par des accoucheuses traditionnelles¹¹. Chilapa, une communauté en majorité indigène de 113 218 personnes, située à 40 miles de Chilpancingo, la capitale de l'État de Guerrero, a été choisie pour la réalisation du programme de recherche de SAFE par le Ministère de la santé du Guerrero. L'hôpital public de Chilapa, avec 600 naissances par an, assure la plupart des accouchements de la communauté.

Grâce aux informations recueillies en utilisant l'instrument pour le développement des stratégies de SAFE, plusieurs obstacles à l'accouchement par du personnel de santé qualifié ont été recensés, notamment :

- Le manque de personnel qualifié pour pratiquer les accouchements, particulièrement la nuit;
- Le manque de formation obstétricale du personnel aux différents niveaux du système de santé;
- La méconnaissance, par le personnel de santé, des besoins et des pratiques culturelles des femmes;
- L'inadéquation des systèmes de supervision, de contrôle et d'évaluation;
- Le manque d'espace, d'équipement et de produits dans les hôpitaux.

L'Institut national de la santé publique, compte tenu de ces résultats, a proposé la création d'un groupe de collaboration comprenant le Ministère de la santé et des ONG de Guerrero; ce groupe décidera des

mesures à prendre pour améliorer la qualité des soins à Chilapa. Des ateliers sont prévus pour que le personnel de santé discute et définisse des normes techniques applicables aux soins obstétricaux. Les aspects techniques et humains seront également examinés. La participation du personnel médical à des cours périodiques sanctionnés par un certificat sera encouragée et les équipes pratiquant les accouchements seront constituées de façon à assurer en permanence la présence d'un agent de santé qualifié. Des mécanismes seront mis en place dans les hôpitaux pour assurer la supervision et la responsabilisation. Ils seront reliés aux centres de santé implantés dans les régions reculées pour qu'il soit possible de recenser les problèmes survenant dans la chaîne de traitement. Cette stratégie sera mise en place avec la collaboration de l'administration locale, de l'équipe locale du Ministère de la santé et du personnel de l'hôpital de Chilapa.

Pour tout complément d'information, s'adresser aux collaborateurs de SAFE au Mexique à l'adresse suivante :

Dr. Bernardo Hernandez, Director de Salud Reproductiva
Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatlán
Cuernavaca
Morelos (Mexique) 62508

8 Secretaría de salud. Mortalidad 2001. Mexique, 2002.

9 Lezana MA. Niveles y tendencias de mortalidad materna en México. In Elu MC y Santos E, Una nueva mirada a la mortalidad materna. Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, Mexico, 1999.

10 Langer A, Hernández B. La mortalidad materna. Una prioridad para la investigación y la acción. Gac Med Mex 2000; 36(S3): p. S49-S53.

11 SISPA: Sistema de información en salud para población abierta. Secretaría de Salud (Secrétariat de la santé), 2000.



**Fonds des Nations Unies pour
la population**

220 East 42nd Street
New York, NY 10017
(États-Unis)
www.unfpa.org

©UNFPA 2004



**The Dugald Baird Centre for
Research on Women's Health**

University of Aberdeen
Aberdeen Maternity Hospital
Cornhill Road, Aberdeen AB25 2ZL
Écosse (Royaume-Uni)

Tél. : + 44 1224 559737
Fax : + 44 1224 553708