



SOINS QUALIFIÉS LORS DE L'ACCOUCHEMENT

PROFILS DES PAYS



la TUNISIE

le SRI LANKA



la MALAISIE



le BOTSWANA

»» Pour sauver la vie des femmes et améliorer la santé des nouveau-nés

Table des matieres



1 Introduction

22 la Tunisie

16 le Sri Lanka

10 la Malaisie

4 le Botswana

L'ampleur du problème

Au plan mondial, plus d'un demi million de femmes meurent des complications de la grossesse et de l'accouchement chaque année – presque tous ces décès (99%) se produisent dans les pays en voie de développement. Pour chaque femme qui meurt, 30 à 50 femmes souffrent de blessure, d'infection et/ou de maladie.

Une recherche de plus d'une décennie a montré que la plupart des décès et incapacités des mères peut être évitée si les femmes ont accès à des services sanitaires de bonne qualité pendant la grossesse et l'accouchement. Cependant, beaucoup de femmes ne reçoivent pas de tels soins : seulement la moitié de tous les accouchements dans les pays en voie de développement ont lieu avec l'assistance d'une accoucheur(se) qualifié(e) ; dans certains pays, ces taux sont aussi bas que 8%. En plus du manque de services de maternité sans risque de bonne qualité et accessibles, une gamme de facteurs sociaux, économiques et culturels contribuent à la faible couverture de santé maternelle – ceux-ci comprennent la pauvreté disproportionnée, l'accès inégal à l'éducation, le statut bas et le manque de revenus et d'opportunités d'emploi des femmes.

Alors qu'il y a eu un progrès limité au niveau mondial dans la réduction de la mortalité et morbidité maternelles, certains pays à bas et moyens revenus ont accompli un succès mesurable dans la réduction de décès maternels. Les quatre pays présentés dans ce rapport (le Botswana, la Malaisie, le Sri Lanka et la Tunisie) démontrent que la mortalité maternelle peut être réduite si la volonté politique et les ressources sont mobilisées autour de la santé et de la responsabilisation des femmes.

Assurer des soins qualifiés pendant l'accouchement

En 1987, quand l'initiative Mondiale pour une maternité sans risque a été lancée, des représentants d'une gamme d'agences internationales et de gouvernements s'étaient engagés en faveur de la réduction des décès maternels. Depuis lors, on a appris beaucoup sur le type d'interventions qui sont plus efficaces, et l'accent s'était déplacé de la prévision des complications obstétricales à leur gestion appropriée. Les experts sont unanimes que l'une des interventions les plus essentielles est de s'assurer que toutes les femmes sont soignées par un professionnel de la santé (sage-femme, infirmière ou médecin) ayant des compétences obstétricales pendant la période la plus dangereuse – pendant et immédiatement après l'accouchement. Les accoucheuses qualifiées, lorsqu'elles sont appuyées par un système fonctionnel de référence, peuvent remplir les fonctions cruciales suivantes :

- S'assurer que tous les accouchements sont assistés hygiéniquement et selon les pratiques médicales agréées ; ainsi on prévient les complications qui sont causées ou exacerbées par des mauvais soins ;
- Identifier les complications de manière prompte et les gérer convenablement – soit en traitant ou en référant les femmes à un niveau plus élevé de soins ;
- Fournir des soins de haute qualité, culturellement convenables et compatissants en assurant un suivi, des liens nécessaires avec les autres services, y compris des soins prénatals et post-partum, ainsi que le planning familial, les soins post-avortement et le traitement des infections sexuellement transmissibles.

En octobre 1999, le Groupe Inter-Agences de la Maternité sans Risque (GIA) a lancé une stratégie à étapes multiples pour évaluer l'importance et l'impact potentiel des soins qualifiés pendant l'accouchement comme un moyen de réduction de la mortalité maternelle. Les composantes clés de cette stratégie comprenaient :

- La préparation d'un document exhaustif examinant les preuves des soins qualifiés pendant l'accouchement.
- Une consultation technique organisée en avril 2000 au siège de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Genève, qui a réuni des experts de premier rang dans le domaine de la maternité sans risque pour examiner les preuves de soins qualifiés pendant l'accouchement, et élaborer des stratégies clés pour la mise en œuvre de l'intervention dans un ensemble de pays en développement.
- Un ensemble de supports d'information relatifs aux composantes cruciales de soins qualifiés pendant l'accouchement. Ces supports comprennent : un dossier de politique, une brochure d'information et des profils de pays en matière de soins qualifiés pendant l'accouchement (voir *les profils des pays dans ce document*).

- Une conférence internationale « Sauver les vies : Assistance qualifiée à l'accouchement » tenue en novembre 2000 en Tunisie. L'objectif de cette conférence était de faciliter l'élaboration au niveau national de plans d'action sur les soins qualifiés pendant l'accouchement dans des pays choisis en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. En outre, quatre pays en voie de développement (le Botswana, la Malaisie, le Sri Lanka et la Tunisie) ont partagé des stratégies et leçons tirées de la réduction de la mortalité maternelle et l'augmentation de la couverture par des assistant(e)s qualifié(e)s.

Dans le cadre de la préparation de la conférence prévue en Tunisie, les quatre pays en voie de développement ayant « une faible mortalité maternelle » ont élaboré des études de cas sur les expériences de leurs pays dans la mise en œuvre de soins qualifiés pendant l'accouchement en tant qu'intervention clé dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle. Suite à la conférence, les profils ont été élargis pour servir d'exemples illustratifs de stratégies programmatiques nationales qui ont abouti à une plus grande couverture en soins qualifiés pendant l'accouchement (voir *les profils des pays esquissés dans ce document*).

Ingrédients de succès

Le Botswana, la Malaisie, le Sri Lanka et la Tunisie ont tous accompli un succès mesurable dans l'amélioration des soins qualifiés et la réduction de mortalité maternelle. Dans ces quatre pays, la couverture en matière de soins qualifiés a augmenté de manière significative – avec des taux dépassant actuellement 90%. Dans les pays où les données sont disponibles, les taux de mortalité maternelle ont dramatiquement baissé de plusieurs milliers de décès maternels pour 100 000 enfants nés-vivants à 20–60 sur une période de 30–50 ans.

Ces expériences montrent que les milieux à faibles et moyens revenus peuvent accomplir une couverture presque universelle en soins qualifiés pendant l'accouchement si la volonté politique et les ressources sont mobilisées pour améliorer le statut des femmes et leur accès aux services sanitaires de base.

En utilisant une approche à multiples facettes, ces pays ont mis en œuvre une gamme de stratégies supplémentaires qui se renforcent mutuellement avec l'objectif d'améliorer la santé maternelle et de sauver la vie des femmes :

- **Mobiliser l'engagement politique au plus haut niveau** : Au Botswana, une série de conférences et de rencontres au cours des années 1990 a galvanisé l'engagement politique en faveur de la maternité sans risque de la part des hautes autorités de l'état, y compris le Président, les membres du Parlement, et la chefferie traditionnelle. Par la suite, un programme national de maternité sans risque, avec la réduction de la mortalité maternelle comme objectif clé, a été élaboré.
- **Investir dans le développement social et économique** – tel que l'alphabétisation et la scolarisation des femmes, la réduction de la pauvreté et les droits fondamentaux de l'être humain – **avec un accent particulier sur les personnes pauvres et vulnérables** : Le Sri Lanka a démontré un appui solide et à long terme pour assurer le bien-être social de ses citoyens. Depuis 1945, l'éducation gratuite – du primaire à l'université – a été disponible sur une base égale pour les hommes et les femmes ; cela a eu comme résultat un taux d'alphabétisation de 91% de la population. Les soins sanitaires sont aussi gratuits dans un effort pour assurer l'accès des groupes pauvres et mal servis. Tous les citoyens jouissent des droits fondamentaux humains et des libertés politiques, qui ont été consignés dans la constitution et dans plusieurs chartes.
- **Professionnaliser les soins par les sages-femmes** : En Malaisie et en Tunisie, l'état a investi dans la répartition géographique des sages-femmes communautaires qui ont été formées et légalement reconnues sur la base d'un ensemble de compétences définies. Ces sages-femmes ont constitué l'épine dorsale du système des services ruraux de santé de chaque pays.
- **Renforcer les systèmes de santé et promouvoir l'accès aux centres médicaux** : En commençant dans les années 1950, la Malaisie a créé une solide infrastructure de soins sanitaires – un réseau extensif de centres ruraux de santé fournissant des services de santé maternelle a été mis en place ; et des prestataires qualifiés ont été formés et déployés pour faire fonctionner ces centres. L'état a mis une haute priorité sur la fourniture gratuite de soins sanitaires et l'assurance que les centres sanitaires sont équitablement repartis dans un effort d'atteindre les pauvres en milieu rural.

- **Améliorer l'accès aux services obstétricaux d'urgence et créer des systèmes de transport et de référence** : Au Sri Lanka, la création d'un réseau de centres de santé de soins primaires a été appuyée par le développement de services obstétricaux spécialisés pour traiter les complications d'urgence. Des systèmes de transport subventionnés ont été créés entre les centres de primaires et les centres de référence, et à partir de 1960–80, le nombre de centres ruraux fournissant des soins obstétricaux de base et d'urgence complets ont considérablement augmenté.
- **Assurer l'accès aux services de planning familial** : En 1965, la Tunisie a mis en œuvre un programme national de planning familial dans le cadre de son système de soins de santé de base. Le gouvernement s'est associé aux organisations non gouvernementales (ONG), aux leaders religieux, et aux médias dans une campagne de mobilisation sociale pour promouvoir le planning familial. Les sages-femmes sont devenues les cadres clés du personnel de santé fournissant des services de planning familial et de soins maternels.
- **Améliorer la qualité des services disponibles** à travers des systèmes efficaces de contrôle (exemple contrôles des décès maternels) : Développé et peaufiné sur une période de 40 ans, le système malaysien d'investigation de la cause des décès maternels fournit un mécanisme pour améliorer continuellement la qualité des services sanitaires existants – en soulignant les raisons des soins en dessous des normes, en évaluant la qualité des soins prénatals et obstétricaux et en identifiant les améliorations des programmes de santé maternelle.
- **Encourager l'implication et l'investissement de la communauté dans les soins de santé maternelle** : Le Botswana a développé une gamme d'activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) pour éveiller les consciences sur la maternité sans risque et encourager l'utilisation des services. Ceux-ci comprennent des supports imprimés, la radio, et des séances d'éducation sanitaire.

Que contiennent ces profils

Chacun des profils de pays contient : des informations socio-démographiques de base ; la politique et le cadre d'appui pour la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration des soins qualifiés ; les interventions principales qui ont été mises en œuvre ou en cours se rapportant à l'objectif d'améliorer les soins qualifiés pendant l'accouchement ; et un encadré résumant les principaux ingrédients du succès de chaque pays.

Ces profils visent à fournir une vue d'ensemble descriptive du processus qui a conduit à la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration des soins qualifiés pendant l'accouchement dans les quatre pays. Adopté sur la base des rapports préparés par les équipes de « faible mortalité maternelle »[†] et complété à partir des littératures publiées et non publiées, le premier but de ces profils est de fournir d'exemples concrets de pays qui ont réussi à améliorer la santé maternelle à travers une couverture accrue de soins qualifiés pendant l'accouchement. À ce titre, les profils complètent les autres composantes de la kit d'information sur *les Soins qualifiés pendant l'accouchement*, en particulier le *Livret d'information sur les Soins qualifiés lors de l'accouchement* et le *Point sur les politiques*, qui fournit et les directives programmatiques et politiques pour les personnes et les organisations qui travaillent pour améliorer la couverture des soins qualifiés.

Les profils des pays sont élaborés pour les planificateurs et gestionnaires de programmes travaillant au niveau des gouvernements, des ONG et des associations professionnelles ; et les représentants des agences de financement, d'assistance technique et les organisations de recherche actives dans le domaine. En plus, ces profils peuvent être utiles aux décideurs et journalistes intéressés par les questions de santé et de développement.

[†] Les représentants des équipes des pays à faible mortalité maternelle étaient : Mabel Magowe et Lucy Sejo Maribe (Botswana) ; Drs. Raj Karim, Ravindran Jegasothy et Mahani Yusoff (Malaisie) ; Dr. Anoma Jayathilaka et Daya Kumurage (Sri Lanka) ; et Dr. Mounira Garbouj et Atf Gherissi (Tunisie).



le Botswana

Population (millions) ¹	1,6
Répartition de la population (%) ⁽¹⁾	
Rurale	50
Urbaine	50
Taux d'analphabétisme (%) ¹	
Hommes	25
Femmes	20
PNB (millions \$ US) ¹	5 285
% du PNB consacré à la santé [*]	2,5
Taux total de fertilité ⁽¹⁾	4,0
Prévalence de la contraception (%) ²	33
Ratio national de la mortalité maternelle [†]	480

Soins qualifiés lors de l'accouchement nécessite la présence d'un médecin ou d'une sage-femme, ou une infirmière avec des connaissances en obstétrique, qui est formé pour gérer le travail et l'accouchement normaux, reconnaître les complications et offrir soit un traitement d'urgence ou une référence immédiate à des centres de santé pour des soins avancés. Les soins qualifiés nécessitent aussi des systèmes fonctionnels de référence et de transport et des médicaments, équipement et approvisionnement nécessaires.

Introduction

Le Botswana est un pays enclavé au centre de l'Afrique Australe, et limité par la Namibie, l'Afrique du Sud, la Zambie et le Zimbabwe. Sa population est petite mais s'accroît rapidement avec une tendance à l'urbanisation. Le Botswana est également jeune : en 2000, près de 42% de ses citoyens étaient âgés de moins de 15 ans.¹

À l'indépendance, en 1966, le Botswana était l'un des pays les plus pauvres de l'Afrique avec un produit national brut (PNB) par habitant de 12 dollars US. Cependant, la découverte du diamant, associée à une gestion économique prudente et une stabilité politique, a considérablement augmenté le PNB par habitant de 3 300 dollars US en 2000.

Les tendances en matière de santé et développement : Le secteur public dépasse 30% des dépenses de l'état dont 8% sont consacrés à la santé.³ Cet investissement en l'infrastructure et services a conduit à des améliorations significatives dans un certain nombre d'indicateurs sanitaires et sociaux y compris le taux de mortalité des moins cinq ans, l'accès à l'eau potable et l'espérance de vie dès la naissance. Le total de la fertilité du Botswana a connu une baisse constante, 6,1 enfants par femme en 1980 à 4,00 de enfants en 2000.¹ En matière d'éducation, le Botswana a réalisé des améliorations significatives dans les niveaux d'inscription des filles à l'école primaire et l'alphabétisation des adultes.

Malgré ces réalisations en matière de santé et en développement, le Botswana lutte maintenant contre l'un des taux d'infections du VIH les plus élevés au monde. Environ 35% de la population adulte est infectée par le VIH,[♦] et en 1998 près de 35% des femmes enceintes étaient séropositive.⁺

Santé maternelle : En 1973, le Ministère de la santé (MS) a officiellement créé un Programme de santé maternelle et infantile/Planning Familial (SMI/PF) coordonné par la cellule SMI/PF au niveau du Ministère. Comme étant partie du programme national, le gouvernement a développé un réseau d'infrastructure de soins sanitaires dans tout le pays pour la fourniture de services intégrés de SMI/PF (voir *la section sur Développer l'infrastructure des services sanitaires*).

Bien que les services prénatals, d'accouchement et post-natals ont été rendus disponibles aux femmes dans les années 1970, la situation de la santé maternelle du Botswana ne s'est pas améliorée. En 1984, un tiers des femmes ont accouché sans l'assistance d'une accoucheuse qualifiée pendant l'accouchement, et seulement plus de la moitié ont recherché des soins post-partum. En 1993, une étude sur les décès maternels a trouvé que l'hémorragie, la septicité et le travail dystocique ont été responsables près de 60% des décès maternels (voir *figure 1*).⁴ En plus, 18% des décès maternels prévalaient chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans, et la septicité (principalement due à un avortement à risques) était responsable de 33% de ces décès.

* Cela reflète les dépenses consacrées à la santé publique en tant que pourcentage du PNB, et comprennent des dépenses récurrentes et en immobilisation des budgets de l'état et des fonds sociaux d'assurance médicale.

† La ratio national de la mortalité (RMM) se réfère au numéro de femmes qui meure pendant la grossesse et l'accouchement pour chaque 100 000 nés-vivants. Cette chiffre s'est estimée de la publication *Mortalité maternelle en 1995 : Estimations de l'OMS, UNICEF, UNFPA* et on la considère haute, étant donnée la couverture assez haute et la bonne qualité des services du système de santé de Botswana. Le gouvernement a réalisé une étude pilote pour tester les outils de collection des données pour une étude qui aura lieu bientôt et qui donnera une estimation révisée de la mortalité maternelle et produira des renseignements sur les causes principales de la mortalité maternelle et les circonstances qui l'entourent.

♦ 1999

+ 1998 surveillance sentinelle.

La réponse du Botswana a été un programme de maternité sans risque centré et soigneusement élaboré (voir *la prochaine section*) qui vise à améliorer de manière significative la qualité et la couverture des soins de santé maternelle. L'Enquête sur la santé de la famille de 1996 au Botswana indique que l'utilisation des services des soins maternels s'est améliorée (voir *figure 2*) : La couverture des soins prénatals (CSP) a augmentée de 94% ; le pourcentage d'accouchements assistés a augmenté de 87% ; le pourcentage et la couverture post-partum de 85%.

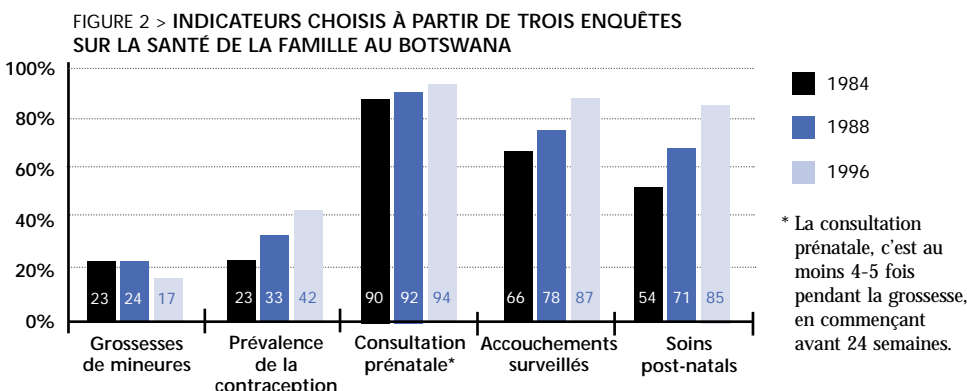
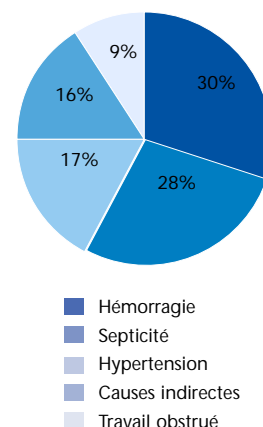


FIGURE 1 > CAUSES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE



Lois, politiques et programmes connexes

Le travail préparatoire : En octobre 1990, une délégation de haut niveau conduite par le présent Président Festus Mogae, a pris part à la Conférence de la coopération pour le développement de l'Afrique australe (SADCC) sur la Maternité sans risque au Zimbabwe. Suite à la conférence, une série d'activités a été entreprise pour éveiller les consciences, impliquer les organisations locales, et rassembler les informations spécifiques sur le problème afin qu'un plan national puisse être élaboré (voir *encadré*).

Le Programme National : La maternité sans risque est une composante intégrale du programme de santé plus large. La cellule de la SMI/PF de la Direction de la santé familiale est responsable de la coordination du programme de la maternité sans risque sur la base d'une approche à large base et multisectorielle pour s'attaquer à une plus large gamme de problèmes qui augmente la morbidité et mortalité maternelles. Les buts globaux du programme comprennent :⁵

- Améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficacé des services de la santé maternelle et infantile/planning familial ;
- Accroître l'accessibilité des services ;
- Renforcer et développer les systèmes d'IEC et de collecte de données ;
- Améliorer l'organisation et la gestion des services SMI/PF ; et
- Réduire l'incidence et les conséquences d'avortement à risque provoqué.*

Le cadre politique d'appui : En tant que composante de son approche holistique à la santé et au développement des femmes, le gouvernement a formulé une série de politiques qui renforcent les buts de la maternité sans risque :

- Les Directives de la politique du planning familial et les normes de services (1987) confirment le droit de toutes les personnes physiques aux services de santé de la reproduction sur la base de leur choix ; et spécifient les types de services à fournir, le personnel cadre pour fournir ces services et les groupes qui doivent les recevoir. Ces directives ont été révisés en 1994 pour lever les barrières médicales au planning familial.
- La Politique nationale de santé (1995) recommande un partenariat des secteurs public et privé en matière de santé et d'attention aux groupes à haut risque.
- La Politique en faveur de la femme et du développement (1995) fait le plaidoyer en faveur des services de santé de la reproduction accessibles aux adolescents dans le contexte de femmes et développement.
- La Politique nationale en matière de population (1996) déclare que la personne physique est au centre des efforts de développement et que le but des services sanitaires et sociaux est « l'amélioration de la qualité de la vie et des conditions de vie de tout le monde au Botswana ».

* L'avortement provoqué est légal au Botswana dans les circonstances suivantes : si la grossesse pose un risque à la vie de la femme enceinte ; si la grossesse est résultat d'un viol ou de l'inceste ; si une infirmité grave du fœtus peut être déterminée.

MATERNITÉ SANS RISQUE : PAS À PAS

En novembre 1990, une conférence à l'intention des membres du Parlement et de la Chambre des chefs traditionnels s'est tenue à Gaborone pour rendre publique la question et mobiliser le soutien politique. Au même moment, le service de Santé familiale du Ministère de la santé a organisé un atelier sur les stratégies de communication pour la maternité sans risque et la prévention du VIH/SIDA.

En 1992, un groupe de travail multisectoriel sur la maternité sans risque a été mis en place pour permettre l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un programme national sur la maternité sans risque. Le groupe de travail se réunit régulièrement et comprend les représentants du gouvernement, des ONG, des institutions de formation, entre autres.

En 1993, deux études clés ont été menées pour permettre de formuler un plan national :

> *La Maternité sans risque au Botswana : Analyse de la situation* qui a revu les informations disponibles sur l'importance de la mortalité maternelle et ses causes et conséquences, ainsi que les autres questions de santé de la femme, et a recommandé des stratégies correctives.

> *Les déterminants de mortalité maternelle au Botswana : Une perspective institutionnelle, familiale et communautaire*, menée par l'unité SMI/PF et l'UNICEF qui ont examiné les données entre 1990-92 en vue d'identifier les causes directes et indirectes de la mortalité maternelle.

Interventions cruciales pour accroître les soins qualifiés pendant l'accouchement

Une série d'interventions centrées a contribué au succès du Botswana dans la réduction de la mortalité maternelle et dans la croissance du taux de soins qualifiés pendant l'accouchement :

Développer l'infrastructure des services de santé

Le Botswana a développé un réseau de services de santé bien répartis pour que la majorité de la population (86%) vive dans un rayon de 15 km d'un centre de santé. Le système des soins de santé est structuré comme suit :

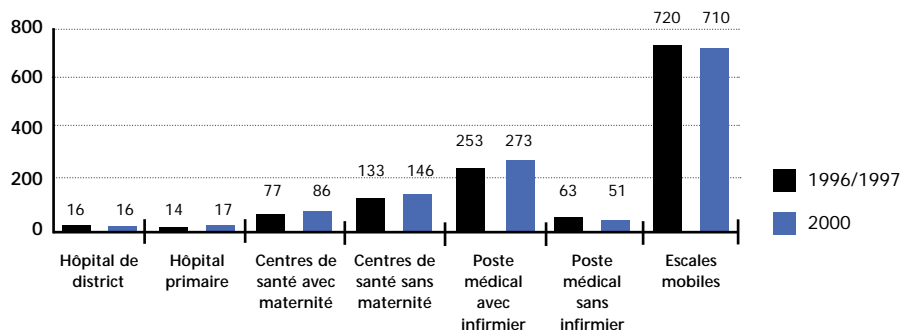
- **Hôpitaux de district/référence** (1 : 100 000 – 350 000 personnes) ont un bloc opératoire pour faire des césariennes, transfusions sanguines et autres services de haut niveau.
- **Hôpitaux de base** (1 : 12 000 – 35 000 personnes) se trouvent dans les régions éloignées, à faible densité dirigés par des agents de santé et des infirmier(e)s – sages-femmes diplômés. Ces facilités fournissent les mêmes services d'urgence avancés disponibles dans les hôpitaux de district.
- **Centres de santé** (1 : 5 000 – 10 000 personnes) sont pourvus d'infirmier(e)s diplômés et des Éducateurs en matière de bien-être familial (EBEF) ; ils s'occupent des services de santé maternelle et infantile, du traitement et du diagnostic des maladies récurrentes et des tests de laboratoire simples.
- **Les postes médicaux** mettent l'accent sur les soins préventifs (services de base de santé maternelle et infantile, santé environnementale, les premiers soins et le diagnostic et le traitement des maladies récurrentes). Le personnel des postes médicaux est d'abord composé d'EBEF, bien que certains aient des infirmier(e)s. Chaque village de 500 – 1 000 habitants a un poste médical.
- **Les dispensaires mobiles** atteignent les populations éloignées sur la base d'un programme mensuel, et sont pourvus en infirmier(e)s ou sages-femmes diplômées. Les dispensaires mobiles fournissent des services de santé primaire limités (simples services de santé maternelle et infantile curatifs et de base).

Les postes médicaux sont ouverts de 7h 30 à 16h 30, cinq jours par semaine, alors que les centres de santé, les hôpitaux primaires et les hôpitaux de district/de référence sont ouverts 24h/24.

L'accès aux facilités et aux services varie et demeure problématique dans les régions éloignées (telles que les parties occidentales, septentrionales et du nord-ouest du pays), bien que beaucoup de facilités aient été améliorées et de nouvelles unités sanitaires soient en train d'être développées comme projet de l'état en cours. Depuis 1996, il y a eu une plus grande insistance sur l'augmentation du nombre des dispensaires et postes médicaux avec des infirmier(e)s et sages-femmes formés qui fournissent des services de santé maternelle et infantile de base au niveau des communautés (voir *figure 3*), et l'amélioration des liens avec les niveaux de références pour soins d'urgence.

Les médicaments sont fournis en vertu des règles de la commission réglementaire, et sont généralement disponibles, bien que des pénuries existent, principalement dans les régions très éloignées. Les

FIGURE 3 >
NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PAR CATÉGORIE (RAPPORT SUR LES STATISTIQUES SANITAIRES, 1997)



équipements et les fournitures des services de santé maternelle de base sont généralement disponibles,⁶ bien que les problèmes de distribution et de logistique existent du fait de la non disponibilité fréquente de tels items nécessaires comme les lampes d'angle ou des tensionmètres. Les programmes émergents (c'est à dire le programme de la Prévention du VIH de la mère à l'enfant) ont aidé à avoir davantage de meilleurs équipements (c'est à dire les ventouses en silicone ont remplacé les ventouses en métal pour faire des AMIU).

Création de systèmes de transport et de référence

Un système de référence relie les postes médicaux aux dispensaires et aux hôpitaux. Des protocoles ont été élaborés pour permettre à un agent de services de santé de référer un malade à un centre médical où des services spécifiques peuvent être obtenus (par exemple, en cas d'urgence, une femme peut être référée d'un poste médical à un hôpital de district). Pour les références, la plupart des centres de santé ont une radio et un récepteur, au moins un véhicule, et un téléphone. Au cas où le seul véhicule n'est pas disponible, on prendra des dispositions pour trouver un moyen de transport payant auprès d'une source privée.

Investissement dans la formation du personnel de santé

Le Botswana a investi dans l'amélioration de la formation et la répartition du personnel cadre clé de santé fournissant des services de santé maternelle. Les infirmier(e)s et les sages-femmes constituent l'épine dorsale du système des soins de santé et sont le personnel principal de soins de santé maternelle. La plupart des infirmier(e)s fournissent des services prénatals et de planning familial de routine ; ceux ayant des compétences en obstétrique fournissent les soins les plus complexes de planning familial, prénatals, d'accouchement et post-partum. Les sages-femmes formées au sauvetage des vies s'occupent des urgences obstétricales et cogèrent avec les médecins les complications obstétricales/médicales/chirurgicales.

Outre les médecins, infirmier(e)s et sages-femmes, les EBEF jouent un rôle dans la fourniture de services de santé maternelle. Ils sont des diplômés des écoles primaires qui éduquent et motivent les communautés sur des questions relatives à la maternité sans risque – en encourageant les femmes à accoucher dans un cadre institutionnel, et en fournissant du counseling et de l'éducation sanitaire aux communautés vivant dans un rayon de cinq kilomètres des postes médicaux.

Programmes de formation : Au cours des dix dernières années, le Botswana a amélioré et élargi la formation du personnel de santé fournissant des soins obstétricaux. En 1993, le Groupe de travail national pour la maternité sans risque a chargé un petit groupe d'experts de faire le bilan de la formation du personnel des services de santé. Ce groupe a évalué les normes, protocoles et manuels de formation existants, et a proposé les améliorations suivantes :

- **Formation de base en obstétrique :** Le curriculum de l'obstétrique a été élargi à un programme de 18 mois avec un plus grand accent sur les soins prénatals, le travail et l'accouchement. Il était axé sur les stratégies de prévention et de soins pour améliorer le bien-être maternel. Un nouveau contenu a été ajouté aux causes qui sont à l'origine de la mauvaise prestation en matière de santé maternelle. Sécurité et soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum et soins d'urgence.

Depuis 1994, 562 sages-femmes ont bénéficié d'un programme de formation. Des plans pour augmenter le nombre de sages-femmes pour satisfaire les objectifs nationaux et les besoins de service sont en cours. Un obstacle pour satisfaire ce but est la capacité limitée des institutions de formation. Actuellement, il y a seulement trois écoles de sages-femmes, contre huit écoles d'infirmier(e)s reconnues. Des sites supplémentaires de formation de sages-femmes sont prévus dans la région sud-est du pays.

- **Autre formation en santé de reproduction :** La formation des sages-femmes en planning familial a été également renforcée en vertu du Programme d'assistance pour le secteur de la population du Botswana. L'accent a été mis sur les techniques cliniques et le counseling, l'intégration des IST/VIH/SIDA dans le planning familial, et la prévention, le dépistage et la gestion des infections sexuellement transmissibles.
- **Formation continue en gestes qui sauvent la vie :** Un curriculum de six semaines sur les grossesses à haut risque et les gestes qui sauvent la vie a été introduit pour les sages-femmes et les médecins. Les gestes comprennent : procédures pour achever l'accouchement (telles que l'évacuation de l'utérus pour un avortement incomplet et inévitable ; l'AMIU ; et l'enlèvement manuel de placenta retenu), réparation des déchirures de troisième degré, l'aspiration par siège et réanimation des nouveau-nés. En plus, les médecins reçoivent une formation en réparation des déchirures de quatrième degré et en césarienne d'urgence. Entre 1994–95, 68 sages-femmes et 12 médecins ont été formés dans le cadre de ce programme.

La formation sur la base de la compétence est dispensée à tout le personnel existant pour s'assurer qu'ils ont les connaissances nécessaires en :

- counseling et communication avec des patients ;
- gestion générale du programme ;
- traitement des cas de maternité à haut-risque et compliquée ;
- nouveaux développements en technologie de contraception ; et
- gestion des IST, en particulier le SIDA.

Supervision : Le haut fonctionnaire dans chaque unité est responsable de la supervision journalière des sages-femmes. L'unité de SMI/PF du Ministère de la santé dirige les visites annuelles de supervision au niveau du district pour évaluer le progrès dans la mise en œuvre des programmes.

Malgré des améliorations considérables, le Botswana souffre du manque de personnel de santé qualifié. La situation du VIH/SIDA a de plus exacerbé les niveaux déjà inappropriés du personnel. Des spécialistes tels que les obstétriciens, pédiatres et chirurgiens ne se trouvent que dans les deux hôpitaux de référence du pays. Puisque le Botswana n'a pas d'école de formation médecins, 85% des médecins employés par l'état sont des expatriés.

Il y a un manque crucial d'infirmier(e)s et de sages-femmes (voir *le tableau 1*). En 1997, il n'y avait que 41,3 infirmier(e)s (y compris des sages-femmes, infirmier(e)s reconnus sans connaissances en obstétrique et les infirmier(e)s recrutés) pour 10 000 habitants.

TABLEAU 1 >
RATIO DE PERSONNEL DE SANTÉ (POUR 10 000 PERSONNES)

	1991	1993	1996	1997
Médecins	2,3	2,3	4,0	4,2
Infirmier(e)s (y compris les sages-femmes)	22,3	23,1	39,6	41,3
Éducateurs en bien-être familial (EBEF)	5,0	5,0	7,3	7,5
Total	29,6	30,4	50,9	53,0

Établissement de normes et protocoles

Les normes et protocoles pour les soins maternels de routine et la gestion des services de haut risque et d'urgence ont été revus et améliorés. Les protocoles ont été élaborés pour les soins généraux, pour spécifier quels services seront fournis à chaque type de centre, et pour les cas de référence. Ces outils sont utilisés pour orienter la formation continue et initiale en faveur des sages-femmes et autres membres du personnel de service de santé.

La fiche obstétrique, un outil pour enregistrer la progression de la grossesse, le travail, l'accouchement et les soins post-partum, a été révisée en 1995. L'outil fournit un système de contrôle des femmes pendant les soins prénatals, l'accouchement (il comprend un partographe), et les soins post-natals. Une femme retient cette fiche pendant toute la grossesse, et elle est libre d'aller à n'importe quel centre de santé pour des services prénatals, d'accouchement et post-natals.

Sensibilisation de la communauté

Une stratégie d'IEC a été élaborée pendant les années 1990 pour sensibiliser les communautés et encourager l'utilisation des services. La stratégie comprenait des supports tels que des posters, des dessins sur les murs, des pamphlets, ainsi que des vidéos dans les langues locales et en anglais, avec une brochure pour plus d'informations. La radio est aussi utilisée intensivement. Des exposés sont faits chaque matin dans les dispensaires sur une gamme de thèmes y compris le besoin de soins qualifiés pendant l'accouchement. Cependant, le contrôle montre que la plupart des centres n'ont toujours pas ces supports.⁶ Là où ils sont disponibles, les infirmier(e)s et les sages-femmes ne les utilisent pas de manière appropriée comme références.

Suivi et évaluation du programme de maternité sans risque

Le suivi et l'évaluation est une partie intégrante du programme national de maternité sans risque. Alors que le programme national de maternité sans risque n'a pas été évalué en tant qu'une entité, la Direction de la santé de la famille fait le suivi et évalue sa progression sur une base continue à travers des visites d'appui, et mène une recherche plus ciblée quand le besoin se fait sentir. Elle publie aussi des statistiques annuelles qui sont utilisées pour aider à évaluer la performance de ses programmes.

En 1996, deux études ont aidé à mettre en relief les forces et les faiblesses de l'évolution du programme de maternité sans risque. *L'analyse de la situation du programme de la mère et de l'enfant et du planning familial* et *l'Étude de la santé de la famille du Botswana* ont identifié un nombre de domaines à améliorer (tels que les insuffisances dans la formation, le recrutement du personnel, les équipements, et l'accès aux soins dans les régions éloignées), en même temps que les stratégies pour s'attaquer à elles.

Dépenses publiques consacrées à la santé

Comme l'indique le *tableau 2*, les dépenses de l'état dans le secteur public ont en général dépassé 35% du PNB. Depuis 1995, les dépenses de l'état consacrées à la santé ont presque doublé (de 45 millions de dollars US à 89 millions de dollars US en 1999).⁷ Avec l'avènement du VIH/SIDA, cependant, le gouvernement devait reprogrammer les fonds pour s'attaquer à l'épidémie, en réduisant les niveaux déjà inappropriés de financement des programmes actuels tels que la formation en gestes qui sauvent la vie.

Pour des informations supplémentaires sur le programme de maternité sans risque du Botswana, contactez :

Mme Lucy Maribe
Cadre principal de santé, Direction de la SME/PF
Ministère de la santé
P.O. Box 992
Direction de la santé familiale
Gaborone, Botswana
Tél : 267-353-561
Fax : 267-302-092
Courrier électronique : lmaribe@gov.bw

TABLEAU 2 >
DÉPENSES PUBLIQUES ET DE SANTÉ
(ANNÉES CHOISIES)

Année	Dépenses publiques (% PNB)	La part de la santé des dépenses publique.
1981	37,9	5,2
1991	43,2	5,1
1994	34,1	6,1
1996	35,5	6,0
2000	39,6	8,0

LES CLÉS AU SUCCÈS DU BOTSWANA SONT :

- > Une stratégie nationale minutieusement élaborée sur la base de l'appui politique accentué.
- > Collaboration et intégration à tous les niveaux.
- > Ressources importantes investies dans la santé, en valeur réelle et comme pourcentage des dépenses de l'état.
- > Personnel formé pour la gestion des urgences obstétricales.
- > Accès amélioré aux centres et services de santé.
- > Des services intégrés de SMI/PF (approche de supermarché).
- > Disponibilité de sages-femmes à tous les niveaux du système de soins de santé.
- > Bon système de référence de la base au sommet.
- > Disponibilité de services obstétricaux d'urgence dans les hôpitaux.

Sources

- ¹ *World Development Indicators 2002*. Banque mondiale, Washington, DC, 2002.
- ² 1988, toutes méthodes. *World Contraceptive Use 2001*. Nations Unies, Division de la Population, Département des affaires sociales et économique, New York, May 2002.
- ³ 2000. *Common Country Assessment (CCA) 2001*.
- ⁴ L. Owuor-Omondi, et al., *Determinants of Maternal Mortality in Botswana: An Institutional, Household and Community Perspective*, Ministère de la Santé, 1993.
- ⁵ Safe Motherhood Task Force, *Safe Motherhood in Botswana: A Situation Analysis*, 1992.
- ⁶ B. Baakile, L. Maribe, et al. *A Situational Analysis of the Maternal and Child and Family Planning*. Africa Project II, Population Council, Nairobi, Kenya, 1996.
- ⁷ *Statistical Bulletin*, Office centrale de la statistique, Ministère de la finance et du planning en développement du Botswana, 1999.



Introduction

La Malaisie se situe au cœur de l'Asie du sud-est. C'est un pays extrêmement varié avec de nombreux groupes ethniques dans 13 états et 2 territoires fédéraux. Elle connaît une croissance stable de sa population, avec une tendance à l'urbanisation.

Depuis son indépendance en 1957, la Malaisie s'est engagée en faveur de la santé et le développement, surtout dans le domaine de la santé de la femme et de la maternité sans risque. La Malaisie s'est départie d'un système de soins sanitaires fragmenté et rudimentaire, spécialement dans les zones rurales pour adopter une infrastructure extensive qui fournit des soins sanitaires complets à plus de 90% de sa population, avec beaucoup de services (soins prénatals, vaccination) gratuits.

Comme conséquence de cet investissement, l'espérance de vie en Malaisie a atteint 73 ans pour les femmes et 70 ans pour les hommes (en moins de 50 ans à partir de 1957) ; la mortalité infantile a baissé de 30 pour 1 000 en 1980 à 8 pour 1 000 en 2000 et l'indice synthétique de fécondité a baissé de 6,7 en 1957 à 3,0 en 2000.

L'engagement de la Malaisie en faveur de la femme s'étend à tous les domaines du développement : les femmes ont des droits égaux en matière d'éducation, de vote et de l'emploi. Au cours de la dernière décennie, plus de filles que de garçons ont été recrutées dans l'éducation tertiaire. À peu près 48% de femmes sont des travailleuses salariées, et les femmes occupent des postes supérieurs de l'état.

Santé maternelle : La mortalité maternelle a baissé de manière significative en Malaisie sur une période de 60 ans, de 1 100 pour 100 000 en 1933 à 39 pour 100 000 en 1953^{3,4} (voir *tableau 1*). Un facteur central dans cette baisse a été l'engagement au haut niveau de l'état pour s'assurer que les services de santé maternelle de qualité sont accessibles à la grande majorité de la population, surtout dans les régions mal servies et rurales.

Un programme extensif au niveau des communautés fournit des services de soins de santé primaire, y compris les vaccinations, les soins prénatals, et les services d'accouchement à la population rurale. Les accoucheuses qualifiées (fondamentalement les sages-femmes) sont le premier point de contact pour des soins de maternité à travers des visites à domicile, dans les dispensaires de villages et les hôpitaux.⁴

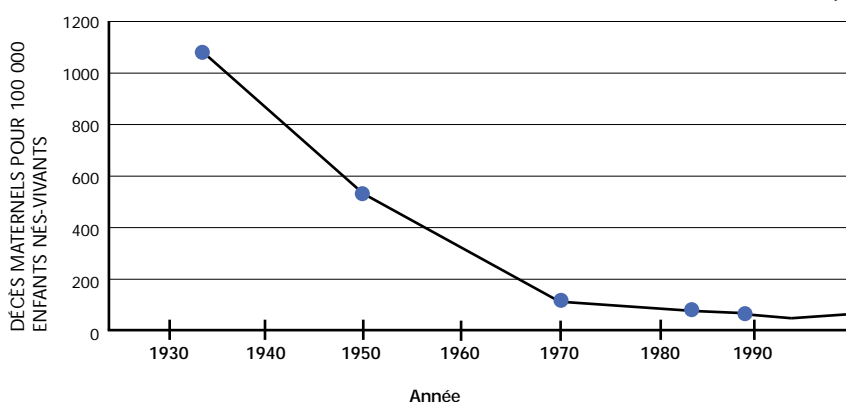
Entre 1949-97, le pourcentage d'accouchements assistés par une prestataire de services de santé qualifiée a augmenté de manière considérable – d'environ 30% à plus de 95%.⁴ Au cours de cette période, les sages-femmes de l'état ont assisté de manière croissante les accouchements à domicile et la demande d'accouchement dans les hôpitaux du secteur public s'est considérablement élargie. En 1995, sur les 98% des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié, 66% ont eu lieu dans des hôpitaux de l'état, 20% dans les hôpitaux ou maternités privés, et 12% à domicile.⁵

Actuellement, la plupart de décès maternels sont dus à : une hémorragie post-partum, une anémie grave, des troubles d'hypertension de la grossesse, une septicité puerpérale et un travail dystocique. L'avortement est permis pour sauver la vie de la femme en grossesse et préserver sa santé physique et mentale ; les décès dus à un avortement à risques comptent pour moins de 1% du total des décès maternels.⁶

Population (millions) ¹	23,3
Répartition de la population (%) ⁽¹⁾	
Rurale	43
Urbaine	57
Taux d'analphabétisme(%) ¹	
Hommes	9
Femmes	17
PNB (millions \$ US) ¹	89 659
% PNB consacré à la santé	1,4
Taux total de fertilité	3,0
Prévalence de la contraception (%) ²	55
Taux national de mortalité maternelle ³	39

Soins qualifiés lors de l'accouchement nécessite la présence d'un médecin ou d'une sage-femme, ou une infirmière avec des connaissances en obstétrique, qui est formé pour gérer le travail et l'accouchement normaux, reconnaître les complications et offrir soit un traitement d'urgence ou une référence immédiate à des centres de santé pour des soins avancés. Les soins qualifiés nécessitent aussi des systèmes fonctionnels de référence et de transport et des médicaments, équipement et approvisionnement nécessaires.

FIGURE 1 >
TENDANCES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE DANS LA MALAISIE PÉNINSULAIRE (1933-1995)



Lois, politiques et programmes connexes

Les lois et politiques soutenant la santé maternelle en général, et les soins qualifiés pendant l'accouchement en particulier, ont été mises en place depuis la période coloniale. Après l'indépendance, le gouvernement national a accordé une haute priorité à la réduction de la mortalité maternelle en investissant dans une large gamme de programmes et stratégies pour améliorer la santé maternelle et infantile (SMI) (voir *la section suivante*).

Professionnalisation de la fonction de sage-femme : En 1932, une législation a été introduite pour réglementer la pratique de la fonction de sage-femme. Les sages-femmes en tant que personnel cadre de la santé ont été formées, certifiées et légalement reconnues sur la base d'une compétence démontrée dans une liste définie de compétences cliniques. Elles ont été déployées comme travailleurs de ligne front de la santé au niveau communautaire pour fournir des soins maternels (voir section Investir dans le personnel sage-femme *pour information sur la formation et la supervision du personnel obstétricien*).⁴

Enregistrement des naissances et décès : Un système d'enregistrement des naissances et de décès a été introduit à l'époque coloniale ; dans les années 1950 un système d'état civil national, basé sur la délivrance d'une carte d'identité personnelle, constitue un moyen d'obtenir des statistiques vitales fiables.

Investissements en faveur de la femme : Plusieurs lois et politiques qui visent à améliorer le statut économique et social de la femme et promouvoir un accès équitable à l'éducation, ont produit un environnement propice pour l'élargissement de l'accès aux soins qualifiés :

- La **Politique nationale en faveur de la femme** assure aux femmes des chances égales en matière d'éducation, d'emploi et d'accès aux services sanitaires et sociaux de base ; empêche les politiques et pratiques discriminatoires ; et responsabilise les femmes.
- La **Politique d'éducation** donne un accès équitable pour les filles (et garçons) à une éducation primaire et secondaire gratuite, et une assistance en matière d'uniformes scolaires, des livres et des repas à l'école pour les pauvres.
- La **Politique du développement rural** fournit l'infrastructure de base, y compris le logement, les écoles, les dispensaires, les routes, le transport, la communication et les programmes de réduction de la pauvreté.
- **Vision 2020**, une politique progressiste, comprend la réduction de la mortalité dans ses neuf actions prioritaires pour une société humaine.

Accent sur la réduction de la pauvreté : Les efforts de la Malaisie pour améliorer la santé maternelle et augmenter l'accès aux soins qualifiés ont été mis en œuvre dans le contexte d'une stratégie de réduction de la pauvreté qui mettait l'accent sur la réduction des lacunes entre les riches et les pauvres. Cela a permis aux groupes défavorisés, particulièrement les pauvres ruraux, de bénéficier de façon plus proportionnelle des programmes sanitaires et sociaux.⁴

Collaboration : Dans le but d'améliorer la qualité des services de la santé maternelle, l'état a encouragé une collaboration de haut niveau aux niveaux de la politique, du programme, et de la communauté :

- **Politiques et normes :** En 1971, des Commissions de la santé maternelle et infantile ont été formées au niveau national, des états et des districts pour aider à développer et surveiller les stratégies du programme et les normes de soins. Ces commissions multisectorielles s'inspirent de l'expertise des spécialistes de la santé, du personnel de la santé publique ainsi

PROGRAMME NATIONAL DE MATERNITÉ SANS RISQUE

Le programme national de maternité sans risque de la Malaisie a utilisé une approche à stratégies multiples pour la réduction de la mortalité maternelle, en se concentrant sur :

- > L'amélioration de la couverture en assurant l'accès aux services de santé de base ;
- > L'élévation de la qualité des soins obstétricaux essentiels ;
- > Le dégraissage et l'amélioration des systèmes d'évacuation et de feedback ;
- > L'amélioration de la capacité et compétences du personnel pour la gestion des complications de la grossesse et de l'accouchement ; et
- > La déclaration des décès maternels.⁽⁷⁾

que des décideurs clés au niveau de l'état et des districts. Les politiques nationales, les manuels et les protocoles sont élaborés par la Commission nationale et ses groupes de travail. Les problèmes locaux de santé maternelle et infantile sont discutés au niveau du district et sont référés pour orientation politique ou technique, en cas de besoin.

- **Élaboration de programme** : Depuis le début des années 1990, les stratégies de réduction de la mortalité maternelle ont été élaborées au niveau local en utilisant une Approche inclusive de solution de problèmes par l'équipe du district. Les équipes identifient leurs propres problèmes, décident des meilleures solutions, conçoivent les interventions appropriées et formulent un plan d'action du district (voir section Évaluation et suivi du programme de maternité sans risque *pour plus d'informations*).
- **Implication du personnel** : Les associations des médecins, infirmier(e)s et sages-femmes sont consultées pour améliorer la formation en sauvetage de vies, et les programmes de formation sont évalués par les comités de contrôle des infirmier(e)s et sages-femmes.
- **Sensibilisation de la communauté** : Les ONG de femmes, la communauté et les groupes religieux ont joué un rôle dans l'éducation de la communauté et de la famille et dans l'augmentation de la prise de conscience dans les communautés.

Interventions cruciales pour accroître les soins qualifiés pendant l'accouchement

Dans le contexte de politiques et de législation d'appui pour améliorer la santé maternelle (voir la section *précédente*), la Malaisie a mis en œuvre une série d'interventions par étapes pour élargir l'accès des ruraux aux services de santé, et augmenter la qualité des services existants à travers une gestion améliorée et une mobilisation de la communauté.

Élargir l'accès de la communauté aux services de la santé

En 1955, le gouvernement a mis en œuvre un programme extensif de santé rurale, avec l'objectif de fournir les soins de santé primaire (y compris des services de maternité tels que soins prénatals, services d'accouchement et soins post-partum) au niveau communautaire. Les dispensaires ruraux ont été construits, les services des hôpitaux publics élargis et des effectifs croissants de personnel qualifié (principalement des sages-femmes et infirmier(e)s) ont été formés et déployés pour servir les communautés rurales. En 1977, la plupart de la population rurale vivait dans un rayon de deux à quatre kilomètres d'un centre de santé le long d'une route goudronnée. Ceux qui vivent loin des centres de santé sont desservis par des équipes mobiles de santé.

Investir dans le personnel sage-femme

Les travailleurs de la santé qui fournissent des soins de maternité comprennent les sages-femmes,* les infirmier(e)s, les médecins et spécialistes obstétriciens. Les sages-femmes sont le personnel de soins de maternité de ligne de front dans les régions rurales – elles fournissent des soins prénatals et post-natals et font tous les accouchements normaux dans les

Réorganisation des soins de santé rurale

En 1975, le système de santé rurale à trois étagères existant a été réorganisé en système à deux étagères afin d'élargir l'éventail de services offerts aux mères au premier contact, de fournir un plus grand accès aux médecins, et de dégraisser le système d'évacuation. Les sages-femmes au niveau de la communauté ont été élevées au rang d'infirmières polyvalentes avec des compétences supplémentaires (voir note de bas de page).⁶

	Centres de santé (1 : 20 000)	Dispensaires communautaires (1 : 4 000)
Personnel	Médecin, dentiste, assistants médicaux, infirmier de santé publique, infirmier(e)s assistants, personnel infirmier, sages-femmes, assistant de laboratoire, pharmacien, employé de bureau.	Infirmier(e)/sage-femme de santé communautaire.
Services	Soins externes, soins de SMI, santé environnementale, éducation sanitaire, planning familial, pharmacie.	Soins de SMI, accouchement à domicile, aliments pour mineurs, planning familial, vaccination.

* Avant 1978, les sages-femmes étaient formées comme prestataires à fonction unique ; leur formation a été subséquemment élargie pour comprendre la santé de l'enfant et les soins externes de base, tout en maintenant leurs fonctions centrales de sage-femme. En tant que cadres des professionnels de la santé, les sages-femmes sont reconnues comme infirmières communautaires.

centres de santé ou à travers les visites à domicile. Les infirmier(e)s fournissent un appui supplémentaire aux sages-femmes en prenant en main les urgences dans les cas où un médecin ayant des compétences obstétricales n'est pas disponible. Alors que les sages-femmes et les infirmier(e)s sont le premier point de contact pour les services de maternité, les médecins et les spécialistes obstétriciens fournissent la première ligne de soins de référence.

Programmes de formation : tout le personnel professionnel de santé reçoit une formation en obstétrique qui met l'accent sur l'expérience pratique et la maîtrise des compétences cliniques :

- Les sages-femmes/les infirmier(e)s communautaires suivent une formation de deux ans et demi basée sur la compétence en obstétrique et soins externes de base, qui comprend un internat pratique dans les hôpitaux de district et les centres de santé. Depuis 1987, les infirmier(e)s communautaires ont été formés pour administrer des ocytociques et des infusions intraveineuses pour les hémorragies post-partum ; depuis 1993, ils ont été formés à l'utilisation du partographe pour aider à éviter les retards dans les références.
- Les infirmier(e)s supérieur(e)s et les infirmier(e)s de santé publique suivent une formation de 3 ans et demi en soins ; les infirmier(e)s supérieur(e)s reçoivent une formation supplémentaire d'un an en obstétrique ; et les infirmier(e)s de santé publique reçoivent une formation additionnelle d'un an en santé publique.
- Depuis 1987, tous les médecins affectés dans les centres de santé et les hôpitaux suivent une formation de 4 à 7 mois en obstétrique et gynécologie pour améliorer leurs compétences dans la prise en main d'une grossesse et des complications obstétricales.

Supervision : basée sur une approche d'appui et de compétence, la supervision a lieu selon les protocoles établis et les manuels. Une liste récapitulative écrite de supervision, couvrant des domaines tels que l'entretien de l'infrastructure, la garde des archives et les connaissances interpersonnelles, guide la supervision des sages-femmes. Le personnel de supervision donne un feedback immédiat sur les questions cliniques et programmatiques ; les visites ont lieu sur la base d'un plan régulier préétabli, bien que des visites surprises sont organisées. Les sages-femmes sont supervisées par les infirmier(e)s et les médecins à travers des cas réguliers de vérifications. L'obstétricien de l'hôpital de district tient des discussions sur la gestion d'urgence des complications et la justesse des références.

Création de systèmes de transport et de référence

Les systèmes de communication, transport et d'évacuation s'assurent que les centres de santé aient un moyen de transport (ex : ambulance) à un niveau plus élevé de soins et les systèmes de communication (ex : téléphone) permettent au personnel de discuter de la gestion des cas avec le personnel supérieur. En plus, les sages-femmes lient la communauté aux centres institutionnels de santé en reconnaissant les complications et en évacuant les femmes qui ont besoin de soins d'urgence au dispensaire le plus proche.

Comme les systèmes d'évacuation ont été créés, les infrastructures sanitaires ont été améliorées par étapes pour fournir des soins obstétricaux essentiels. Les équipements, standardisés ainsi que la fourniture et les listes de médicaments essentiels font en sorte que les équipements et l'approvisionnement (ex : médicament, sang) soient disponibles dans tous les centres de santé appropriés.

Les systèmes de référence peuvent traverser les zones frontalières pour permettre l'évacuation et le traitement rapides des cas d'urgences. Dans les zones de rivières, les zones littorales et insulaires, les navires de la police et de la marine sont mobilisés pour transporter les femmes enceintes proches du terme vers la structure de santé la plus proche avant la saison des crues.

Sensibilisation de la communauté

Dans un effort d'améliorer la qualité des services de soins sanitaires et augmenter leur utilisation, la formation continue et l'implication de la communauté ont été une composante centrale du programme gouvernemental des services ruraux de santé :

- La communauté et les leaders religieux et les personnes influentes encouragent les femmes en grossesse à risque identifiées à accoucher dans les hôpitaux.

IMPLIQUER LES ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES

Jusqu'aux années 1960, les accoucheuses traditionnelles assistaient la plupart des accouchements dans les régions rurales et éloignées. Comme partie de son programme de services de santé rurale, le gouvernement a travaillé avec les accoucheuses traditionnelles comme partenaires pour améliorer l'accès des femmes à une sage-femme ou infirmier(e) qualifié au moment de l'accouchement. Sur une durée limitée, les accoucheuses traditionnelles ont été formées en soins d'hygiène de base et en reconnaissance et en évacuation des complications à un centre de santé. Les accoucheuses traditionnelles sont également devenues partenaires agréés et certifiés dans le système de soins de santé.

Les accoucheuses traditionnelles ont été encouragées à continuer une gamme de services traditionnels (ex : accompagner les mères à l'hôpital, être présente au moment de l'accouchement et, assister à des rituels coutumiers, et fournir des soins à la mère et au nouveau-né) considérés précieux pour les femmes. Les travailleurs de la santé ont été formés pour apprécier le rôle des Accoucheuses Traditionnelles qui fournissent de tels services et travailler avec elles comme partenaires pleines. Comme conséquence de cette approche, la plupart des accouchements sont maintenant assistés par les sages-femmes de l'état. Les accoucheuses traditionnelles jouent toujours un rôle clé dans certaines communautés éloignées et mal servies. Par exemple, à Sabah (Malaisie de l'Est), les accoucheuses traditionnelles ont assisté 12% des accouchements en 1994.

- Les femmes qui ont survécu à un accouchement compliqué partagent leurs expériences avec d'autres femmes et familles.
- Les accoucheuses traditionnelles qui sont des membres respectés de la communauté ont été faites partenaires dans un réseau crucial qui lie le système de santé, les accoucheuses traditionnelles et la communauté (voir *encadré*).

Les travailleurs de la santé offrent une éducation communautaire en matière de santé dans les dispensaires et à domicile. Les sages-femmes communautaires dirigent les visites prénatales à domicile pour s'assurer que les familles et la communauté sont conscientes de la nécessité de soins qualifiés pendant l'accouchement et pour faire des arrangements d'avance pour le transport, les soins infantiles, etc. pour éviter les retards. Les médias ont été excessivement utilisés à travers les réseaux nationaux et régionaux pour offrir des programmes hebdomadaires sur les questions de la santé de la femme.

Amélioration de la qualité et gestion du programme de la santé maternelle

Alors que la période suivant l'indépendance était centrée sur l'augmentation de l'accès aux soins de base de la maternité (voir *la section précédente*), des efforts subséquents (entre les années 1970 et 1990) mettaient l'accent sur l'amélioration de la qualité des services disponibles à travers une meilleure gestion. Depuis les années 1970, le premier indicateur utilisé pour évaluer le programme de santé maternelle a été la proportion des accouchements assistés par une accoucheuse qualifiée, avec des districts évalués sur la base de leur performance sur cet indicateur clé.

Suivi des décès maternels : Le système de suivi des décès maternels a évolué sur une période de 40 ans – des investigations informelles et sporadiques au programme systématique en place aujourd'hui. Pendant la période coloniale, les décès étaient déclarés aux autorités locales de police, et la sage-femme de l'état obtenait des informations sur les décès maternels. De telles investigations impliquaient les administrateurs des hôpitaux et des districts travaillant avec les membres des familles et de la communauté. Des fonctionnaires de haut niveau visitaient les régions où un décès maternel survenait pour attirer l'attention sur l'événement et éveiller la conscience sur l'éventuelle cause et les moyens d'éviter le décès en question. Il a été clair que cela était une revue non punitive avec l'objectif de connaître la cause et les circonstances du décès, et s'attaquer aux insuffisances du système sanitaire.

Dans les années 1980, des formulaires standards et procédures ont été élaborés dans un effort de formaliser le processus d'investigation de décès maternel ; les leaders communautaires et le personnel de supervision ont été impliqués dans cette investigation. En 1991, le système existant d'investigations sur les décès maternels, l'Investigation confidentielle sur les décès maternels (ICDM), a été créé. Chaque décès maternel est évalué par les comités aux niveaux des districts, des états et au niveau national de manière confidentielle non punitive et à temps, pour évaluer la qualité des soins prénatals et obstétricaux, identifier les faiblesses et les raisons de soins en deçà des normes, et recommander des améliorations dans les programmes de santé maternelle.

Élaboration des normes et protocoles : La Commission nationale de la SMI (qui comprend des sages-femmes, des infirmier(e)s, des obstétriciens et des représentants des institutions académiques et de formation) définit les normes de soins cliniques et à travers l'élaboration de manuels et protocoles pour différents cadres de personnel de santé en collaboration avec une gamme d'intervenants (voir *la section précédente sur Lois, politiques et programmes connexes*).

Les normes et les protocoles sont continuellement évalués et mis à jour pour refléter les réalités changeantes. En 1984, des directives nationales pour les soins prénatals et obstétricaux ont été formulées et les protocoles de gestion ont été élaborés pour les causes principales de la mortalité maternelle (hémorragie post-partum, anémie grave, troubles d'hypertension de la grossesse, septicité puerpérale, et travail dystocique). Ces directives ont été amendées en 1996 pour comprendre des indicateurs obstétricaux qui reflètent la qualité des soins.

Normes, procédures et standards pour les soins maternels ont été élaborés pour améliorer la formation et les compétences des sages-femmes et des infirmier(e)s, et des stratégies pour les accouchements assistés par de travailleurs professionnels de la santé. Par exemple, un système repéré par des couleurs a été élaboré pour évaluer les femmes en grossesse pour essayer d'identifier celles qui sont exposées à un risque de complications afin qu'elles reçoivent des soins appropriés.

Évaluation et suivi du programme de la maternité sans risque : Des évaluations régulières, sporadiques et des suivis sont menés sur des aspects spécifiques des soins maternels, et les résultats sont utilisés pour modifier et améliorer les services. Par exemple :

- En 1984, une analyse fonctionnelle du système de soins sanitaires a trouvé des insuffisances dans la formation et la supervision ainsi que les environnements hostiles dans les centres de santé, des longues attentes et un flux non systématique de patients dans les centres de santé ; en conséquence, des normes et procédures ont été évalués pour réduire les procédures non nécessaires, et augmenter les visites prénatales et post-partum ; adapter le curriculum pour les sages-femmes et les

infirmier(e)s ; améliorer la communication interpersonnelle ; et élaborer une fiche récapitulative pour une supervision d'appui.

- Le Programme d'assurance de la qualité a été introduit en 1986 comme un système de contrôle continu de la qualité des soins. Les indicateurs de la qualité des soins prénatals et obstétricaux ont été utilisés pour corriger les faiblesses dans le système de santé et améliorer des soins en deçà des normes. En 1999, des indicateurs de processus ont été ajoutés pour s'assurer qu'une action précoce puisse être prise pour éviter un décès maternel.
- Depuis le début des années 1990, des stratégies de réduction de mortalité maternelle ont été identifiées à travers une approche d'équipe au niveau du district pour une solution des problèmes, où les districts identifient les insuffisances dans les soins, déterminent les stratégies/solutions et conçoivent des interventions pour s'attaquer à ces difficultés à travers le développement d'un plan d'action de district. En 1999, une revue a trouvé que l'approche de l'équipe à la solution des problèmes entre le personnel de la santé et celui des hôpitaux n'a pas été facile à soutenir, mais la sensibilisation et la mobilisation de la communauté avaient augmenté la volonté des femmes à accoucher dans les hôpitaux, réduit l'incidence des accouchements ayant lieu en cours de route (avant l'arrivée à la formation sanitaire), et augmenté les soins qualifiés pendant l'accouchement.

Dépenses publiques consacrées à la santé maternelle

Depuis les années 1950, les dépenses totales consacrées aux soins de santé maternelle sont en moyenne d'environ 1,4 à 1,8 du PNB ; les dépenses totales consacrées aux soins de santé maternelle dans les hôpitaux du secteur public et les services communautaires a atteint des niveaux modestes – en moyenne 0,38% du PNB (voir le tableau 1).⁴

Les services de santé maternelle sont largement fournis à travers le secteur et services publics, y compris les soins qualifiés à l'accouchement, sont gratuits pour les pauvres et presque gratuits pour les autres groupes. Le gouvernement a fait des efforts concertés pour enlever les barrières financières, tel qu'un transport subventionné pour les cas d'urgence.

Pour les informations supplémentaires sur le programme de maternité sans risque contacter :

Raj Karim
Regional Director
International Planned Parenthood Federation
246 Lorong Enau, off Jalan Ampang
East and South East Asia and Oceania Regional Office (ESEAOR)
Kuala Lumpur 50450 Malaisie
Tél : 60 3 456 61 22/246/308
Fax : 60 3 456 6386
Courrier électronique : rkarim@ippfeseaor.org

TABLEAU 1 >
DÉPENSES PUBLIQUES CONSACRÉES
AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX
SOINS DE SANTÉ MATERNELLE EN
POURCENTAGE DU PNB ⁴

Période	Total des services de santé	Soins de santé maternelle
1950–55	ND*	ND
1956–60	1,54	ND
1961–65	1,71	ND
1966–70	ND	ND
1971–75	1,79	0,32
1976–80	1,63	0,36
1981–85	1,59	0,41
1986–90	1,51	0,40
1991–95	1,44	0,37

* ND = Non disponible

LES CLÉS AU SUCCÈS DE LA MALAISIE SONT :

> Engagement politique de haut niveau au but de la réduction des décès maternels et l'amélioration des soins qualifiés pendant la grossesse.

> Approche décentralisée à stratégies multiples qui cible les problèmes spécifiques et s'attaque à eux à travers des améliorations progressives et systématiques des services de santé, des hôpitaux et des systèmes communautaires.

> Collaboration aux niveaux de la politique, du programme et de la communauté.

> Systèmes de contrôle et d'évaluation pour suivre les améliorations et déterminer les insuffisances dans les soins.

> Implication et responsabilisation des communautés y compris un partenariat avec les accoucheuses traditionnelles.

Sources

- ¹ *World Development Indicators* 2003. Banque mondiale, Washington DC, 2002.
- ² 1994, toute méthodes. *World Contraceptive Use 2001*. Nations Unies, Division de la Population, Département des affaires sociales et économique, New York, May 2002.
- ³ 1995, *Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. OMS, Genève, 2001.
- ⁴ Indra Pathmanathan et Jerker Liljestrand, eds. *Investing Effectively in Maternal Health: Malaysia and Sri Lanka*. Banque mondiale, Washington, DC, 2003.
- ⁵ *Safe Motherhood and the World Bank: Lessons from 10 Years of Experience*, Human Development Network Series, Banque mondiale, 1999.
- ⁶ 1996, *Report on the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in Malaysia 1995–1996*. Ministry of Health, Malaisie, 2000.
- ⁷ A.T. Lim, Sharifah Tahir et A. Vasanthamala. *Combating Maternal Mortality: Lessons from Pasir Mas*, Malaisie. International Council on Management of Population Programmes, 1998.



Introduction

La République démocratique et socialiste de Sri Lanka est une île située dans l'Océan Indien. La population est fondamentalement rurale avec une économie basée sur l'agriculture.

Le Sri Lanka s'est longtemps consacré à assurer le bien-être social et la santé de ses citoyens. Depuis les années 1930, des services complets de santé étaient gratuits, et en 1945, le gouvernement a élaboré une politique d'éducation universelle gratuite d'école primaire à l'université – résultant en un taux d'alphabétisation d'ensemble de 91% en 2000.*

Le Sri Lanka a vu des améliorations parallèles dans d'autres indicateurs sanitaires et sociaux : la mortalité infantile a baissé de 82 décès pour 1 000 enfants nés-vivants en 1950 à 15 décès pour 1 000 en 1997,⁴ l'espérance de vie est montée à 73 ans ; la fertilité a baissé de manière constante de 5,1 en 1953 à 2,1 en 2000 ; l'utilisation des méthodes de contraception traditionnelles et modernes est montée à 66% en 1993.²

Les investissements dans la santé et le développement de la femme ont été une composante centrale de l'histoire du succès du Sri Lanka. Les femmes ont des droits égaux en matière d'éducation, de vote et d'emploi. La Constitution nationale (1978) leur a garanti l'égalité, les droits de l'homme et les libertés sur une base égale avec les hommes.⁵

Santé maternelle : La mortalité maternelle a baissé considérablement au cours des cinq dernières décennies de 1 660 décès pour 100 000 enfants nés-vivants en 1947⁵ à 60 pour 100 000 en 1995.³ Les soins qualifiés pendant l'accouchement ont augmenté de 27% en 1939 à 89% en 1996.⁴ Aujourd'hui, la plupart des femmes au Sri Lanka ont accès aux soins qualifiés pendant la grossesse et le travail – presque toutes les femmes (99%) reçoivent des soins prénatals, 90% des femmes accouchent dans les établissements institutionnels, et 95% des accouchements sont assistés par une accoucheuse qualifiée.

La SMI a reçu une haute priorité en matière de politique des soins primaires de santé et d'infrastructure de la part du gouvernement. Depuis la moitié des années 1920, un large réseau de centres de santé basé au niveau des communautés a fourni des services de base de prévention – y compris les soins prénatals, les soins qualifiés pendant l'accouchement et les soins post-partum – à domicile et dans les formations sanitaires.⁶

Bien que le Sri Lanka ait le ratio le plus bas de mortalité maternelle en Asie du sud (ainsi que le taux le plus élevé de prévalence de contraception),⁶ il continue de peaufiner son programme pour réduire les décès et l'infirmité même ultérieure. Les provinces où le conflit civil continue d'être un problème, la mortalité maternelle est deux fois plus élevée. Il est estimé qu'approximativement 3–4% des accouchements (soit un total de 14 000 accouchements chaque année) ne reçoivent aucune assistance qualifiée. Ceux-ci ont lieu principalement dans les régions éloignées (telles que le secteur des plantations) les régions soumises au conflit civil. En plus, certaines femmes préfèrent toujours accoucher à

Population (millions) ¹	19,4
Répartition de la population (%)	
Rurale	76
Urbaine	24
Taux d'analphabétisme (%) ¹	
Homme	6
Femme	11
PNB (millions \$ US) ¹	16 305
% de PNB consacré à la santé	1,7
Taux total de fertilité ¹	2,1
Prévalence de la contraception (%) ²	66
Ratio national de mortalité maternelle ²	60

Soins qualifiés lors de l'accouchement nécessite la présence d'un médecin ou d'une sage-femme, ou une infirmière avec des connaissances en obstétrique, qui est formé pour gérer le travail et l'accouchement normaux, reconnaître les complications et offrir soit un traitement d'urgence ou une référence immédiate à des centres de santé pour des soins avancés. Les soins qualifiés nécessitent aussi des systèmes fonctionnels de référence et de transport et des médicaments, équipement et approvisionnement nécessaires.

* Pourcentage de 15 ans d'âge et plus. *Human Development Report 2002*, United Nations Development Programme, New York, 2002.

domicile, sans assistance d'un personnel qualifié pour des raisons culturelles. La recherche montre aussi que deux tiers de la mortalité et la morbidité maternelles sont dus à des causes que l'on peut prévenir et plus de 70% des décès d'enfants ont lieu au cours de la période néonatale. L'avortement est illégal dans toutes les circonstances sauf quand on doit sauver la vie de la femme, et les avortements à risques ont causé approximativement 7–10% des décès maternels (voir *figure 1*).

Lois, politiques et programmes connexes

Le Sri Lanka a démontré un engagement soutenu de haut niveau en faveur de la maternité sans risque pendant les périodes coloniale et post-indépendance. Un nombre d'initiatives légales et politiques ont aidé à créer un cadre d'appui pour la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration de l'accès aux soins qualifiés pendant l'accouchement, y compris :

La professionnalisation des sages-femmes : Débutant à la fin des années 1800, les sages-femmes étaient formées en matière de compétences cliniques et étaient officiellement reconnues comme cadres du personnel de santé. Ce personnel de santé a été déployé au sein d'un réseau extensif de services de santé rurale domiciliaires et institutionnels. La profession de sage-femme est devenue une profession hautement prestigieuse, et les sages-femmes étaient bien respectées dans les communautés qu'elles servaient. La situation reste la même aujourd'hui.

Système d'enregistrement vital : Dès 1897, un système d'enregistrement des naissances et des décès a été mis en place, et depuis 1921 une section spéciale pour la mortalité maternelle a été incluse : Non seulement la disponibilité de statistiques vitales rend possible la sensibilisation sur le degré du problème et la mobilisation d'action, mais elle fournit aussi un mécanisme d'évaluation et d'amélioration des services de SMI.

Intégration des services de planning familial : Les services de Planning familial sont disponibles comme faisant partie des soins SMI depuis 1965. L'intégration de ces services a facilité la grande acceptation du planning familial et a permis une nette baisse des taux de fertilité.⁴

Investissements en faveur de la femme : Comme esquissé dans la section précédente, le Sri Lanka a fait des investissements significatifs en élevant le statut de la femme à travers des politiques qui font la promotion de l'éducation de la femme, et facilitent la participation des femmes à la vie politique et sociale.

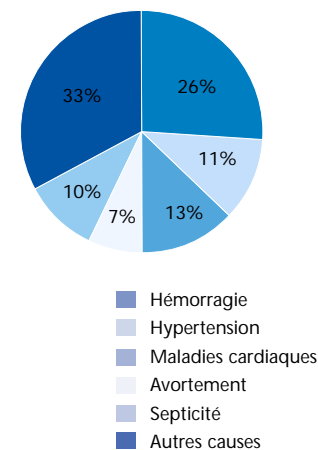
Collaboration : Récemment, le Président ou le Ministre de la Santé a nommé un groupe de travail multisectoriel avec des représentants des Ministères concernés, les corps professionnels et les ONG pour la formulation de politiques nationales. Parfois, des sous-commissions ont été créées pour s'assurer que les divers secteurs (central et régional) et les corps professionnels (c'est à dire le collège des obstétriciens, les associations de sages-femmes, etc.) peuvent considérer des détails de la mise en œuvre avant que la politique ne soit formulée. La Politique de 1998 sur la population et la santé de la reproduction, qui comprend la maternité sans risque comme l'un de ses objectifs, a été élaborée par un groupe de travail composé de représentants du Ministère de la santé, du Ministère chargé de la femme, le Bureau des femmes, les universitaires et les ONG.

Interventions cruciales pour accroître les soins qualifiés pendant l'accouchement

Entre les années 1940 et 1990, le Sri Lanka a investi dans une série de stratégies en phases pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant :

- Améliorer l'accès aux services communautaires de santé, y compris les soins prénatals et les soins qualifiés pendant l'accouchement qui soient gratuits pour la population ;
- Élargir des services spécialisés en obstétrique ; et
- Développer des systèmes de contrôle et d'évaluation pour améliorer la qualité des services.⁴

FIGURE 1 > CAUSES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE



PROGRAMME NATIONAL DE MATERNITÉ SANS RISQUE

La réduction de la mortalité maternelle est un objectif clé dans les grandes politiques de santé et dans les programmes de SMI. Au niveau national, le Bureau de la santé de la famille, sous le leadership du directeur de la SMI, est une cellule centrale du Ministère de la santé responsable de la planification, de la mise en œuvre et du contrôle de toutes les activités de santé maternelle. Les priorités de la maternité sans risque comprennent :

- > La promotion de la répartition équitable des services de santé maternelle pour réduire les disparités intra- et inter-district ;
- > L'amélioration de la qualité des services prénatals, intra-natals et post-natals à travers la formation et la supervision ; l'introduction de partographe dans certains hôpitaux ; et une fiche récapitulative des fournitures et équipements essentiels ;
- > L'amélioration du processus de contrôle de risque et de référence, avec un accent sur les soins obstétricaux essentiels d'urgence ; et
- > Une revue systématique des décès maternels.

SAGE-FEMME DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La sage-femme de santé publique est le travailleur de ligne de front de la santé pour fournir des services domiciliaires de SMI et de planning familial dans la communauté. Il y a environ 4 600 sages-femmes de santé publique en service dans le système de cellule de santé, chacune servant une population allant de 3 000–5 000 personnes. À travers des visites systématiques à domicile, ces sages-femmes fournissent des soins aux femmes en grossesses, les nourrissons, les enfants en âge préscolaire y compris :

- > L'éducation sanitaire et le counselling un sur un ;
- > L'identification et la déclaration de toutes les femmes en grossesse ;
- > Les soins prénatals ;
- > Aider les mères à programmer leur lieu d'accouchement ;
- > Assister les accouchements à domiciles si nécessaire ;
- > Soins post-partum et counselling ;
- > Counselling en planning familial et fourniture de pilules et de capotes aux couples en âge de procréer ;
- > Education en matière de santé de la reproduction pour les adolescents ;
- > Encourager les femmes à rechercher à passer des tests de dépistage des cancers des organes de reproduction et à faire des bilans médicaux réguliers.

Soutenues par un système institutionnel de santé bien structuré, les sages-femmes de santé publique font la liaison entre les services domiciliaires et les services des autres de santé. Leurs activités sont appuyées par un système d'archives qui leur permet de planifier et contrôler leurs activités de routine.

À travers l'encouragement des femmes à planifier le lieu de leur accouchement, les sages-femmes de santé publique sont à l'origine de la forte proportion d'accouchements (88%) qui ont lieu dans les structures sanitaires publiques. Ils veillent également à ce que 65% de femmes environ reçoivent les soins postnatals au moins une fois au cours des dix jours après l'accouchement.

Amélioration de l'accès aux soins de santé communautaire

En 1926, le gouvernement a créé un système de cellule de santé pour fournir des services communautaires, y compris la SMI et le planning familial, à la grande majorité de la population. En fournissant des services aux niveaux institutionnel (à travers les centres situés dans les communautés) et domiciliaire, chaque unité de santé sert des populations allant de 40 000–70 000 personnes. Les cellules de santé comprennent un médecin (responsable de la cellule) et une équipe composée de sœurs infirmières et des sages-femmes de santé publique (voir *encadré*). Chaque cellule de santé est ensuite subdivisée en zone de sages-femmes de santé publique qui constitue la plus petite cellule de travail dans le système de soins de santé sur le terrain.

Vers 1948, le système de cellule de santé s'était élargi pour couvrir le pays entier, et les travailleurs de la santé ont été formés et déployés dans les centres de santé et fournissent des services aux femmes à domicile. En 1975, la plupart de la population vivaient dans un rayon de 1,3 km d'un centre des soins de santé.⁴

Le personnel de santé à la base est formé et supervisé selon ce qui suit :

- La **sage-femme de santé publique** reçoit une formation basée sur la compétence en obstétrique pour une période de 18 mois (12 mois dans une école d'infirmières et six mois dans la communauté dans une zone de formation sur le terrain).
- La **sœur infirmière de santé publique** reçoit une formation de trois ans dans une école d'infirmières, suivie de six mois de formation en obstétrique, une année de formation dans une école supérieure, et six mois de formation sur le terrain.
- Le **médecin** reçoit une formation de cinq ans à la faculté de Médecine, suivie d'une année de période de stage (consistant en deux affectations de six mois chacune). Depuis 1915, tous les étudiants de Médecine sont tenus de compléter une formation en obstétrique.

Une formation continue régulière pour le personnel sur le terrain est organisée pour mettre à jour les connaissances et les techniques en SMI et planning familial. Le personnel de chaque cellule de santé participe aux conférences mensuelles où il reçoit une formation et une supervision et un développement des compétences.

Supervision : Sur la base d'une approche d'appui et non punitive, la supervision et le contrôle sont menés à beaucoup de niveaux et par plusieurs catégories de personnel. Les médecins fournissent une assistance et une supervision d'ensemble de services de santé maternelle à l'intérieur de chaque cellule de santé. Les sages-femmes de santé publique sont supervisées par les sages-femmes de santé publique de supervision, qui sont à leur tour supervisées par les sœurs-infirmières. La sage-femme de santé publique garde les fiches récapitulatives et les registres qui sont évalués par le personnel superviseur.

Systèmes de référence et de transport : Un système de services d'ambulance a été institué en 1926, et rapidement élargi en 1950 afin que le transport d'urgence soit disponible dans la plupart des centres médicaux. Dans les cas où les ambulances ne sont pas disponibles, le personnel de santé peut faire des arrangements pour le paiement d'un autre moyen de transport pour lequel ils sont remboursés par le Ministère de la santé.⁴

Les sages-femmes travaillant sur le terrain peuvent appeler la sœur-infirmière ou le médecin de leur cellule de santé pour discuter des cas d'urgence, et peuvent référer les femmes au centre de santé ou à l'hôpital le plus proche ou directement à un établissement de référence de plus haut niveau.

Sensibilisation de la communauté : Le Ministère de la santé mène des activités d'IEC pour motiver les mères à fréquenter les dispensaires et accoucher dans les hôpitaux. Des supports ont été produits par le Bureau de la santé de la famille et le bureau d'éducation sanitaire du Ministère de la Santé pour éduquer les mères sur les avantages sanitaires des soins qualifiés pendant l'accouchement. Les programmes de la télévision et de la radio fournissent aussi des informations utiles sur la santé, la nutrition et autres thèmes relatifs à la santé élaborés par des spécialistes dans ces domaines. La population hautement éduquée a été plus réceptive aux activités d'éducation en matière de santé ce qui a amélioré l'utilisation accrue des services.

Élargir l'accès aux services spécialisés d'obstétrique

Le système de santé communautaire du Sri Lanka (voir *section précédente*) est lié à un réseau d'infrastructures institutionnelles à trois étages qui fournissent une gamme de services obstétricaux :

- **Hôpitaux spécialisés** (hôpitaux universitaires, provinciaux et de base) sont des infrastructures de niveau tertiaire qui fournissent des soins obstétricaux d'urgence et autres services avancés. Actuellement, il y a un total de 50 hôpitaux spécialisés (1 : 400 000 personnes) équipés de personnel spécialiste en obstétrique.
- **Institutions intermédiaires/secondaires** (hôpitaux de district et cellules périphériques) offrent une large gamme de soins administrés aux patients internes en plus des services de santé maternelle. Ces institutions fournissent des soins obstétricaux essentiels de base, et réfèrent les femmes aux hôpitaux spécialisés (par ambulance) si nécessaire.
- **Institutions primaires** (hôpitaux ruraux, hôpitaux de médecine générale en zone rurale et maternités) fournissent des services des soins aux patients externes et d'accouchement normaux.

TABLEAU 1 >
ÉLARGISSEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

	Hôpitaux*	Maternités	Sages-femmes†	Centres de santé
1941	129	12	347	ND**
1945	153	34	542	503
1950	263	99	1 053	701
1954	270	104	1 854	ND
1970	NA	128	2 680	1 122
1980	357	100	3 350	1 344
1986	389	88	4 652	1 778
1989	400	83	5 030	1 880
1993	410	78	6 533	1 905
1996	426	60	6 745	1 950

* Comprennent les unités d'enseignement, provinciales, de base et périphériques, et les hôpitaux ruraux, dont tous ont les infrastructures de maternité pour les accouchements.

† Comprennent à la fois les sages-femmes des hôpitaux et sur le terrain.

**ND=Non disponible.

Depuis les années 1950, le nombre d'institutions spécialisées s'est accru de manière constante (voir *tableau 1*), fournissant ainsi aux femmes un plus grand accès aux médecins (y compris des spécialistes en obstétrique) pour des soins de maternité. Au cours de la période 1964–83, le nombre d'hôpitaux provinciaux et de base a augmenté de 30% et le nombre des hôpitaux de district périphériques a augmenté de 41%.⁴

Comme l'illustre la figure 2, les accouchements dans les institutions sanitaires ont progressivement augmenté au cours des quatre dernières décennies, à cause de l'amélioration de l'accès aux infrastructures et le contact régulier avec la sage-femme de santé publique. Du nombre total d'accouchements qui ont lieu dans les infrastructures d'état, près de 70% sont faits dans les hôpitaux spécialisés où les obstétriciens/gynécologues, les sages-femmes et infirmières ayant des compétences obstétricales dirigent les accouchements ; plus de 20% surviennent au niveau secondaire ; et approximativement 10% au niveau primaire. Un petit pourcentage (3%) sont assistés par les sages-femmes de l'état à domicile.

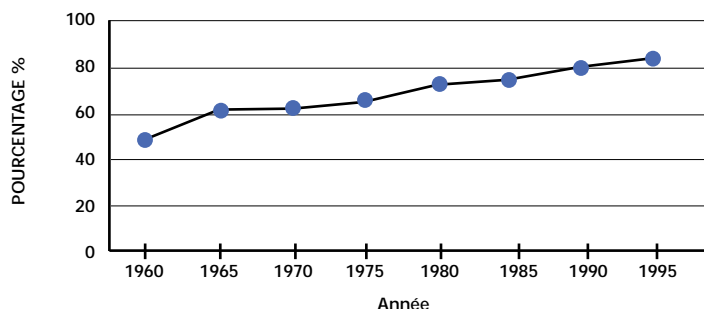
Système de référence et de transport : Tous les grands hôpitaux ont des services d'ambulance pour le transport d'urgence à des centres de référence de plus haut niveau. Si l'ambulance ou les autres véhicules de l'hôpital ne sont pas disponibles, le personnel de la santé peut s'arranger à financer le service de transport d'alternative, qui sera remboursé par le Ministère de la Santé.

INVESTIGUER SUR CHAQUE DÉCÈS MATERNEL

Un système d'investigation sur les décès maternels est mis en place depuis la fin des années 1950. Initialement, le médecin dirigeait l'investigation sur un décès maternel en utilisant un formulaire prescrit et déterminait si une action de suivi était nécessaire. Dans les années 1980, un système officiel de revues des décès maternels a été introduit où un comité – présidé par le Directeur Général des services de santé et comprenant des administrateurs, des obstétriciens, des médecins et membres d'organisations de professionnels de la santé – examine la cause et les circonstances de chaque décès maternel.

Des revues annuelles et trimestrielles des décès maternels sont menées aux niveaux régional et central. Chaque décès est analysé en profondeur (non pas pour trouver la faute, mais pour identifier l'action corrective) en utilisant le Modèle de trois retards. Les mesures appropriées à prendre pour prévenir de tels décès sont discutées avec les gestionnaires du programme et le personnel qualifié. Le Bureau de la santé de la famille agit en tant que point focal de ce système et fournit un feedback sur les questions discutées et les actions correctives appropriées nécessaires pour l'avenir. Quelques exemples d'actions prises comme résultats des revues des décès maternels : création de systèmes d'ambulance 24 h/24, et la nomination de deux spécialistes en obstétrique dans une institution de référence.⁴

FIGURE 2 >
POURCENTAGE D'ACCOUchemENTS DANS LES HÔPITAUX DE L'ÉTAT



Systèmes de contrôle et d'évaluation pour améliorer la qualité des services

Au cours de la période 1966–90, le gouvernement a mis un plus grand accent sur l'amélioration de la qualité des services à travers le développement des systèmes de contrôle et d'évaluation. Au niveau national, toutes les activités de SMI et de planning familial ont été groupées sous une direction, le Bureau de la santé de la famille, dirigée par un directeur de SMI. Le système de rapport sur le terrain a été réorganisé dans un effort de fournir des bilans systématiques réguliers du programme et d'identifier des domaines qui ont besoin d'amélioration.⁴

Le Bureau de santé de la famille coordonne les activités de contrôle et d'évaluation de routine, y compris :

- Vérifications annuels des décès maternels aux niveaux régional et central (voir encadré) ;
- Revues trimestrielles et annuelles des décès maternels au niveau du district.

Un ensemble d'indicateurs de Systèmes de gestion d'informations (SGI) de SMI a été développé pour guider la supervision des travailleurs de la santé aux niveaux du district, de la province et du pays. Le feed-back et l'assistance corrective sont promptement donnés aux travailleurs de la santé.

Normes et protocoles : Les normes et les protocoles ont été élaborés pour la plupart des activités de SMI. Ils guident la formation et l'organisation des services de santé, et sont également préparés et distribués périodiquement aux travailleurs de la santé pour mettre à jour leurs connaissances. Les exemples comprennent :

- Un manuel complet pour les travailleurs de la santé du niveau périphérique sur la santé maternelle et infantile (SMI) et le planning familial (actuellement en cours d'évaluation) est utilisé comme une référence par le personnel de la santé dans leurs activités quotidiennes.
- Des protocoles sur la gestion des urgences obstétricales et la réanimation des nouveaux-nés ont été préparés et distribués au personnel concerné.
- Deux nouveaux manuels sont actuellement en cours de préparation sur la gestion des urgences obstétricales dans le développement de la périphérie et des ressources humaines pour les personnels de la santé avec l'assistance des agences compétentes dans le domaine.
- Un système national a été développé pour évaluer chaque décès maternel (voir encadré).

Une évaluation récente de la qualité des soins maternels a identifié quelques insuffisances dans les institutions de premier niveau, surtout en ce qui concerne les systèmes de communication et de transport. Par exemple, bien que la plupart des hôpitaux aient des ambulances et des téléphones, les plus petites institutions manquent toujours de tels services et font face à des difficultés en matière de transfert d'urgence des patients vers les centres de référence. Des insuffisances de certaines catégories de personnel de santé existent dans les régions particulières du pays et ont entravé la fourniture de soins de meilleure qualité.

Dépenses publiques consacrées à la santé maternelle

La dépense totale de l'état pour la santé s'élevait entre 1,47 à 2,12% du PNB ; de la dépense totale sur les services de santé, un modeste pourcentage est consacré aux soins de santé maternelle (voir *tableau 2*). Avant les années 1990, les services de santé ont subséquentement été fournis à la fois par l'état et les dépenses des ménages.⁴

En plus du financement de l'état, le programme de la maternité sans risque reçoit aussi un appui financier et technique des agences internationales ; les principales agences d'appui sont l'UNICEF, L'OMS, l'UNFPA, et la Banque mondiale.

TABLEAU 2 >
DÉPENSES SUR LES SOINS DE SANTÉ MATERNELLE AU SRI LANKA DE 1950 À 1990⁴

Décennie	Pourcentage du PNB	
	Dépenses sur les soins de santé maternelle	Dépenses totales de l'état sur la santé
1950s	0,28	1,95
1960s	0,30	2,12
1970s	0,26	1,81
1980s	0,18	1,47
1990s	0,16	1,53
1950-1999	0,23	1,79

LES CLÉS DU SUCCÈS DU SRI LANKA SONT :

- > Engagement consistant et à long terme du gouvernement en faveur de la santé et du développement, avec un accent sur l'égalité des femmes.
- > Intégration de la santé maternelle dans une large politique de santé et de développement.
- > Soins de santé communautaire, gratuits et largement accessibles.
- > Accent sur la formation et la qualité des soins.
- > Contrôle et évaluation de routine y compris des vérifications des décès maternels.

Pour informations supplémentaires sur le programme de maternité sans risque du Sri Lanka contactez :

Dr. Anoma Jayathilaka
Ministère de santé
Bureau de la santé de la famille
No. 213, De Saram Place
Colombo, Sri Lanka
Tél : 94 1 696 508
Fax : 941 1 823 012
Courrier électronique : jayandse@sitnet.lk

Sources

- ¹ *World Development Indicators 2002*. Banque mondiale, Washington, DC, 2002.
- ² *World Contraceptive Use 2001*. Nations Unies, Division de la Population, Département des affaires sociales et économique, New York, May, 2001.
- ³ 1995, *Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. OMS, Genève, 2001. *Maternal deaths in Sri Lanka: A Review of Estimates and Causes 1996*. Une étude menée par J. Nalin Rodrigo, Lakshman Fernando, Lakhman Senanayaka, Prasana Gunasekara, Soma da Silva financée par l'Unicef. Cette étude menée en 1996 a généré un RMM de 92 décès pour 100 000 naissances. Cette étude a trouvé que l'utilisation de systèmes vitaux de déclaration pour mesurer le RMM peut sous-estimer les décès maternels de manière sérieuse.
- ⁴ Indra Pathmanathan et Jerker Liljestrand, eds. *Investing Effectively in Maternal Health: Malaysia and Sri Lanka*. Banque mondiale, Washington, DC, 2003.
- ⁵ World Bank Case Study on Sri Lanka, Institute on Reproductive Health and Health Reform, 2000.
- ⁶ H. R. Seneviratne et L. C. Raajapaksa, « Safe Motherhood in Sri Lanka : A 100-year March », *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 70 (2000) : 113-124.



la Tunisie

Population (millions) ¹	9,6
Répartition de la population (%)	
Rurale	35
Urbaine	65
Taux d'analphabétisme (%) ¹	
Homme	19
Femme	39
PNB (millions \$ US) ¹	19 462
% PNB consacré à la santé	2,2
Taux total de fertilité ⁽¹⁾	2,1
Prévalence de la contraception (%) ²	2,1
Ratio national de mortalité maternelle ¹	70

Introduction

La Tunisie est le plus petit des pays de l'Afrique du Nord, limitrophe de l'Algérie, la Libye et de la Mer Méditerranée.

La santé et le niveau de vie de tous les tunisiens se sont substantiellement améliorés ces dernières décennies. Par exemple entre 1970 et 2000, l'espérance de vie a augmenté de 55,6 à 72 ans. En plus, la mortalité infantile a diminué de 135 à 26 décès pour 1 000 enfants nés-vivants sur la période 1970–2000.

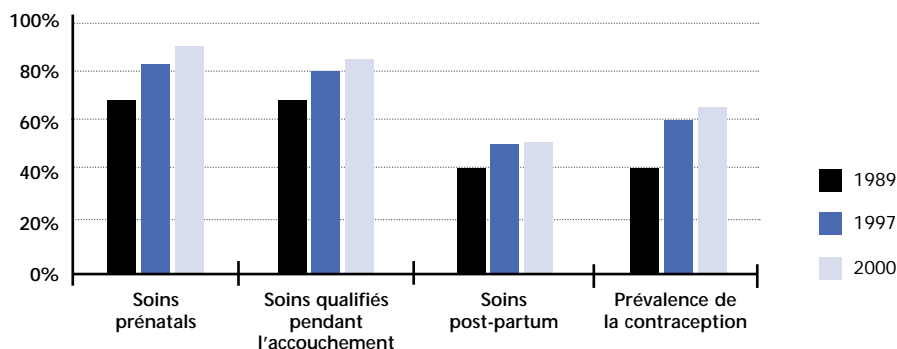
Depuis son indépendance en 1956, la Tunisie a placé une plus haute priorité sur la santé et le bien-être des femmes. La polygamie a été abolie, l'éducation est rendue obligatoire pour les garçons et les filles, et en 1959, il a été accordé aux femmes des droits égaux, les rendant ainsi éligibles pour voter et occuper des postes de responsabilité. Au milieu des années 1960, la Tunisie a légalisé l'avortement et a commencé à mettre en œuvre un programme national de planning familial, qui a conduit à une baisse nette du taux total de la fertilité de 6,2 en 1970 à 2,1 en 2000.

Santé maternelle : Le ratio de mortalité maternelle de la Tunisie a chuté de manière considérable aux cours des dernières décennies – de 80% entre 1971–94 – à son niveau actuel de 70 décès pour 100 000 enfants nés-vivants.² L'utilisation de services de santé maternelle a augmenté de manière impressionnante (voir *figure 1*) : 92% des femmes reçoivent des soins prénatals, et 82% accouchent en présence d'un assistant(e) qualifié(e).

Depuis les années 1960, la Tunisie a fait un effort concerté pour réduire la mortalité maternelle. Les centres de santé maternelle et infantile ont été créés dans tout le pays, avec les sages-femmes jouant un rôle de première importance dans la fourniture de services de santé maternelle et de planning familial. Plusieurs politiques d'appui à l'amélioration de la santé maternelle ont été instituées au cours des années 1960 et 1970 (voir *section suivante*). En 1990, un programme national de santé maternelle a été lancé.

Soins qualifiés lors de l'accouchement nécessite la présence d'un médecin ou d'une sage-femme, ou une infirmière avec des connaissances en obstétrique, qui est formé pour gérer le travail et l'accouchement normaux, reconnaître les complications et offrir soit un traitement d'urgence ou une référence immédiate à des centres de santé pour des soins avancés. Les soins qualifiés nécessitent aussi des systèmes fonctionnels de référence et de transport et des médicaments, équipement et approvisionnement nécessaires.

FIGURE 1 > UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE ET DE PLANNING FAMILIAL



Lois, politiques et programmes connexes

Entre 1950–70, la Tunisie a institué une série de politiques pour promouvoir l'égalité et le statut des femmes :

- **Le Code du statut de la personne** (1956, 1964) a aboli la polygamie et la répudiation, et a relevé l'âge légal du mariage (17 ans pour les filles et 20 ans pour les garçons).*
- **Scolarisation obligatoire** (1958) a été instituée et est gratuite pour les filles et les garçons à partir de l'âge de six ans.
- **La Constitution nationale** (1959) a accordé aux femmes des droits égaux en matière d'affaires sociales, économiques et administratives ; il a été accordé aux femmes le droit de voter et d'occuper des fonctions publiques.

En plus de la création d'un cadre de politique d'appui à l'amélioration de la santé maternelle et à l'augmentation de l'accès aux soins qualifiés pendant l'accouchement, la Tunisie a mis en œuvre un programme national de planning familial (1965) qui a été intégré dans son système de soins de santé de base. Les sages-femmes sont devenues les cadres clés du personnel de la santé qui fournit les soins de planning familial et maternels. Également en 1965, l'avortement a été rendu légal au cours du premier trimestre pour les femmes ayant 5 enfants ou plus. Cette loi a été subséquemment amendée pour permettre l'avortement sur demande pendant les trois premiers mois.†

En 1981, la Tunisie a élaboré une politique de soins de santé primaire qui a mis la priorité sur la réduction de la mortalité maternelle comme un objectif clé. Au début des années 1990, un nombre de corps de surveillance ont été créés pour donner des conseils sur les questions des femmes, y compris la santé maternelle :

- Le centre de recherche, d'étude, de documentation et d'information sur les femmes ;
- Le Ministère chargé de la femme et des questions de la famille (responsable devant le Premier ministre) ;
- Le Conseil national de la femme ;
- La Commission nationale périnatale qui a été créée pour conseiller le Ministre de la santé sur les stratégies et normes de la santé maternelle. La Commission comprend des spécialistes dans le domaine de la périnatologie, les directeurs de la formation initiale, les chefs de services obstétrique/gynécologie (universitaires et/ou régionaux) nationaux et les planificateurs régionaux et les sages-femmes ainsi qu'un représentant du Bureau national de la famille et de la population (BNFP).

Programme national : Alors que la SMI a été identifiée comme une question prioritaire depuis l'indépendance de la Tunisie, un Programme national de maternité sans risque n'a été lancé que jusqu'en 1990. Au cours de la période avant 1990, les principales stratégies pour améliorer la santé maternelle comprenaient :

- Le développement de l'infrastructure et des services primaires de SMI ; et
- La mise en œuvre d'un programme national de planning familial.

En 1973, une direction distincte sous la tutelle de Ministre de la santé, le Bureau national de la famille et de la population (BNFP), a été créé pour surveiller les programmes de santé maternelle et de planning familial.

En 1989, la Tunisie a fait le bilan de ses services de SMI existants et en 1990 elle a élaboré un programme national périnatal pour améliorer leur qualité et coordination. Le programme ne mettait plus l'accent sur le développement et la mise en œuvre des services basés sur l'approche à risques (phase I) mais plutôt sur un effort ciblé pour réduire la mortalité maternelle à travers des buts spécifiques pour des soins qualifiés pendant l'accouchement (phase II).

Le programme national périnatal de 1990 a été élaboré pour s'attaquer aux insuffisances dans les services de maternité spécialement dans les régions rurales, en particulier :

- > Un manque de ressources humaines, surtout les sages-femmes ;
- > Un manque de ressources matérielles ;
- > La faible intégration des activités de la SMI/PF dans les centres de santé primaire (ex : seulement 47% offraient des soins prénatals) ;
- > Le manque de normes pour les soins et une définition des tâches ;
- > Une faible coordination entre les infrastructures périphériques et de référence ; et
- > Une faible utilisation des services par les femmes en grossesse : 50% ne cherchaient pas de soins prénatals et 35% de celles qui y venaient pour leur première visite n'y retournaient pas pour le suivi.

* L'âge minimum du mariage a été relevé à 17 ans pour les filles et de 20 ans pour les garçons en 1964.

† Après le premier trimestre, l'avortement peut être fait sur la base de la santé physique et mentale.

Phase I (1990–1996) :

Stratégies clés :

- Définition de normes de service pour les soins prénatals et post-natals ;
- Amélioration des compétences des sages-femmes et des médecins de santé publique et amélioration de la qualité des soins à travers une formation de recyclage, une supervision d'appui et une intégration du curriculum ;
- Éducation sanitaire pour promouvoir chaque composante des soins maternels ;
- Recherche et évaluation (c'est à dire les enquêtes, les systèmes d'information sanitaire, le contrôle et l'évaluation des activités) ;
- Intégration de la promotion de la santé maternelle et du planning familial dans les Fonds 26/26 de la solidarité nationale, une initiative nationale qui vise à améliorer les conditions de vies dans les régions mal servies (ex : eau potable, électricité, alphabétisation et éducation, logement, santé, emplois locaux et infrastructure routière) ; et
- Réduction des disparités inter- et intra-régionales à travers le projet Population et santé de la famille (1992–96) financé par la Banque mondiale pour intégrer les services de la santé maternelle et de planning familial dans les centres périphériques de santé.

PHASE II : SE FIXER DE NOUVEAUX OBJECTIFS

Les statistiques sur la santé et l'utilisation des services réunies en 1994 ont été utilisées pour peaufiner le programme national périnatal. Certains de ces résultats étaient :

- > Le ratio national de la mortalité maternelle était de 69 décès pour 100 000 enfants nés-vivants, variant de 54 dans la partie Est à 99 dans la partie Ouest du pays ;
- > Les causes principales des décès : hémorragie (31%), hypertension (19%), infection (11%) et les maladies cardiovasculaires (11%) ;
- > Moment du décès : à l'accouchement (36%), dans les 42 jours après l'accouchement (34%), pendant la grossesse (22%) ;
- > Lieu de décès : 72% dans les centres de santé publique (39% au niveau régional, 23% dans les centres hospitaliers universitaires et 10% au niveau périphérique), 3% dans les privés et 19% à domicile ;
- > Causes indirectes du décès : inaccessibilité culturelle (67%) non utilisation de soins prénatals (57%), manque de planning familial (38%).

Phase II (1997–2000) : Pour réduire la mortalité maternelle à moins de 50 décès pour 100 000 enfants nés-vivants en s'assurant que 90% des accouchements aient lieu dans des environnements d'assistance qualifiée.

Les stratégies clés : En plus de la concentration sur les priorités établies dans la phase I les stratégies suivantes ont été identifiées :

- Amélioration de la qualité des soins maternels et de planning familial en créant un partenariat entre les différents niveaux de soins ;
- Encouragement des femmes à utiliser les infrastructures sanitaires ; et
- Création d'un système de vérifications des décès maternels dans les hôpitaux du secteur public.

Interventions cruciales pour accroître les soins qualifiés pendant l'accouchement

Pour augmenter la couverture des accouchements qui ont lieu dans un environnement qualifié, la Tunisie a mis en œuvre une série d'interventions centrées en santé maternelle :

- Développement de l'infrastructure des services de santé ;
- Investissement dans la formation des sages-femmes ;
- Sensibilisation des communautés ; et
- Création de systèmes de contrôle et d'évaluation.

Développement de l'infrastructure de services de santé

Au cours des années 1960 et 1970, la Tunisie a investi dans le développement de centres de santé primaire des mères et des enfants pour fournir des services de planning familial, de vaccinations, de soins prénatals et d'assistance qualifiée pendant l'accouchement. En 1966, il y avait 89 centres ; en 1984, le nombre avait atteint 141.

Actuellement, la Tunisie s'est équipée de 152 maternités qui fournissent un total de 2 847 lits obstétricaux/gynécologiques. En 1998, il y avait 1 lit obstétrical/gynécologique pour 61 accouchements. L'infrastructure sanitaire est organisée à trois niveaux :

- **Le niveau périphérique** : Il y a 112 maternités périphériques pour assurer l'accès géographique aux soins qualifiés. 80% ont un laboratoire et un service de radiologie, et toutes ont au moins une ambulance. Près d'un quart des accouchements du secteur public ont lieu dans ces maternités. Un médecin de santé publique supervise chaque maternité périphérique pour s'assurer de la qualité des soins.

L'état administre aussi quelques 1 957 centres de santé publique (un pour 4 825 habitants) ; 90% de ces centres fournissent des services intégrés prénatals, post-partum et de planning familial.

- **Le niveau régional** : Les 31 maternités régionales sont le « nerf central » qui relie les infrastructures périphériques et universitaires. Chacune a un bloc opératoire, un laboratoire et un service de radiologie et trois ambulances et chacune a un personnel composé d'un pool de neuf sages-femmes et 3-4 obstétriciens/gynécologues. Ces maternités comptent pour 43% de tous les accouchements dans les infrastructures publiques. Le taux de transfert vers les services obstétricaux régionaux à partir des maternités périphériques est de 19%.

Les maternités régionales ont été ciblées dans la seconde phase du programme national. Des efforts ont été faits pour améliorer les équipements et les compétences, notamment par la création d'un partenariat entre les équipes des maternités régionales et universitaires.

- **Le niveau universitaire** : Il y a neuf hôpitaux de référence situés principalement dans la plus grande région de Tunis, dans les grandes cités universitaires (Sousse, Monastir) et dans le sud (Sfax) du pays. Chacun dispose d'un pavillon d'opération et d'un service médical spécialisé 24h/24 qui leur permettent de traiter les complications qui peuvent être mortelles.

En plus, les équipes mobiles fournissent des services de planning familial et de santé aux régions semi-urbaines et rurales sans infrastructures de santé et personnel de santé. Actuellement, il y a 54 équipes mobiles et 12 dispensaires mobiles fonctionnels en Tunisie.³

TABLEAU 1 >
SERVICE CHOISIS FOURNIS PAR LE PERSONNEL DE SANTÉ (1988)⁴

	Sage-femme	Médecin	Accoucheuse traditionnelle (Matrone)	Autres	Aucun
Soins prénatals (total)	34%	24%	-	-	42%
Urbains	35%	36%	-	-	28%
Ruraux	31%	11%	-	-	57%
Soins qualifiés pendant l'accouchement (total)	53%	16%	18%	13%	-
Urbains	61%	26%	8%	4%	-
Ruraux	43%	7%	28%	22%	-

Investir dans le personnel sage-femme

Des investissements en personnel d'obstétrique ont été une solide stratégie depuis les années 1950. En 1957, un décret ministériel a établi l'ampleur des rôles préventifs et curatifs en matière de SMI, et dans les années 1970, le Ministère de la santé a élaboré une *profil du poste* pour la sage-femme.

Les sages-femmes sont le personnel clé de services de planning familial et le cadre principal d'assistance des accouchements, en particulier dans les régions rurales (voir *tableau 1*). Les sages-femmes sont souvent le premier point de contact pour les femmes à la recherche de services de santé, avec des médecins fournissant plus de services spécialisés à des niveaux plus élevés de soins.

Programmes de formation et de supervision : Les programmes de formation ont été constamment évalués pour améliorer les compétences des sages-femmes et des médecins de santé publique :

- Une formation de quatre mois obligatoire en obstétrique et gynécologie a été ajoutée comme une composante de stage de deux ans pour les généralistes.
- Au cours des années 1970, la formation initiale pour les sages-femmes a été prolongée à trois ans, et reformée sur la base d'une approche d'enseignement modulaire centré sur trois thèmes principaux : la pédiatrie, la santé communautaire et la contraception.

Le Programme national périnatal a créé des systèmes de formation continue et une supervision d'appui :

- Un outil d'auto-évaluation appelé un « carnet de stage » a été élaboré pour les élèves sages-femmes pendant la période de stage (formation pratique) pour suivre leur avancement dans la satisfaction des objectifs de la formation ; le carnet est revu par le superviseur de stage, à la fin de la période de stage il est remis à l'élève qui le remet à l'instructeur de la formation.
- Le recyclage a été décentralisé aux niveaux périphérique et régional de l'infrastructure sanitaire. La fréquence et le contenu du recyclage sont donc déterminés localement, sur la base des besoins identifiés au cours de la supervision, comme conséquence des résultats de l'évaluation, et à la demande des praticiens de la santé pendant les rencontres.
- Les directives de supervision ont été élaborées par le Ministère de la santé comme un outil standard pour faire le bilan de la performance des praticiens. La supervision est décentralisée aux niveaux périphérique et régional de la santé, et les équipes périphériques et régionales sont capables de modifier/adapter l'outil selon les besoins locaux.

Normes et protocoles : Les normes de fourniture de soins ont été élaborées en collaboration avec la Commission nationale périnatale (comme le sont aussi les objectifs et le contenu de la formation continue, et le choix des stratégies des services). Un nombre de lois ont été votées pour réglementer l'utilisation de la médication et l'assistance à l'accouchement, y compris un décret du Ministère de la santé publique créant la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent posséder et prescrire.

Parallèlement, les « cartes techniques » sur les pratiques cliniques de gestion fournissent une référence officielle en définissant l'ampleur de l'intervention des sages-femmes et des médecins dans la fourniture de soins maternels.

Sensibilisation de la communauté

Le Programme national périnatal dirige des activités d'éducation et d'information (en utilisant des supports imprimés et les média audio-visuels) pour souligner les avantages des soins maternels à la fois pour la santé de la mère et de l'enfant. Des supports sont distribués aux femmes dans les centres de santé ou au cours des séances d'éducation des groupes organisées et dirigées par les travailleurs de la santé. La sensibilisation communautaire sur les complications de la grossesse et les facteurs de risque, et l'encouragement des femmes à l'utilisation des services appropriés, sont de la plus haute priorité, surtout dans les zones rurales.

Une étude de 1997 a trouvé que, malgré tous les efforts, des problèmes d'accessibilité culturelle

persistent. Par exemple, 60% des femmes qui ont accouché à domicile venaient des zones rurales. Des raisons psychologiques et émotionnelles ont motivé le choix pour 40% d'elles. Le manque d'information a été aussi un facteur ; par exemple, sur les 46% de femmes qui ont cherché des soins post-partum, 73% ont dit qu'elles n'étaient pas informées du programme de soins post-partum.

Par conséquent, en collaboration avec le Fonds national de solidarité, qui vise à améliorer les conditions de vie dans les zones rurales, le Programme national périnatal favorise la santé intégrée de la famille et de la reproduction dans plus de 800 zones défavorisées. Une stratégie distincte, mais relative, est en cours d'élaboration pour améliorer l'atmosphère et l'acceptabilité des maternités périphériques pour encourager les femmes à les utiliser.

Le Programme national périnatal travaille aussi en coordination avec la Commission nationale d'éducation sanitaire, un consortium de groupes qui comprennent des ONG (ex : l'Union nationale des femmes tunisiennes, l'Association tunisienne pour le planning familial, etc.), le parti politique majoritaire (l'Assemblée démocratique constitutionnelle) et les scouts. La commission organise des activités d'IEC à la fois aux niveaux national et local.

Création de systèmes de contrôle et d'évaluation

L'évaluation et la recherche sont intégrées dans le Programme national périnatal. Un système de collecte de données a été élaboré et mis en place en 1994 afin de fournir des statistiques sur les activités de SMI et de planning familial, et il a montré les augmentations constantes de l'utilisation des services.

Selon ces statistiques, l'objectif national déclaré pour des soins qualifiés pendant l'accouchement a été satisfait, bien qu'il y ait toujours des problèmes dans les zones rurales. En plus, sept études nationales ont été menées pour jauger l'évolution et l'impact du programme. Tel que décrit dans les sections précédentes, les résultats de ces études ont été utilisés pour raffiner les stratégies, cibles, et les buts du Programme national périnatal. Dans la phase III du programme, les études indiquent le besoin d'élargir les services pour se concentrer sur la prévention d'anémie et les problèmes supplémentaires de santé de la reproduction (cancers génitaux, ménopause, etc.) et également pour introduire un nouveau certificat médical de décès et étendre les vérifications de décès maternels au secteur privé et à la sphère domestique.

Dépenses publique consacrées à la santé maternelle

La Tunisie consacre 2,2% de son PNB à la santé. Le financement de l'état couvre 91,5% du budget national de la SMI, et les 8,5% restants sont fournis par les agences internationales. Le Programme national périnatal bénéficie de la coopération soutenue de l'UNICEF, la Banque mondiale, et l'OMS.

Pour des informations supplémentaires sur le Programme de maternité sans risque de la Tunisie contactez :

Dr. Mounira Garbouj
Directrice de soins de santé primaire
Ministère de la santé
31 rue Khartoum
Tunis 1002 Tunisie
Tél : 216 1 789 148
Fax : 216 1 789 679

LES CLÉS DU SUCCÈS DE LA TUNISIE SONT :

- > Investissement dans la santé et le développement des femmes avec un accent sur la promotion de l'égalité du genre.
- > Assurance de soins qualifiés pour les accouchements à tous les niveaux de l'infrastructure des soins de santé.
- > Choix des sages-femmes comme personnel central de la santé maternelle, et le point de premier contact pour les femmes en grossesse.
- > Révision continue et mise à jour du curriculum des sages-femmes.
- > Assurance de la continuité des soins à travers chaque étape de la grossesse, l'accouchement et la période post-partum immédiate.
- > Collaborations multisectorielles pour exploiter les forces de tous les partenaires potentiels à la fois publics et privés.
- > Conduite de sensibilisation de la communauté dans les zones défavorisées et s'attaquer aux disparités régionales.
- > Intégration aux soins maternels du processus d'assurance de qualité.

Sources

¹ *World Development Indicators 2002*. Banque mondiale, Washington, DC, 2002.

² 1995 ; *Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. OMS, Genève, 2001.

³ M. Boukhris. *Family Health and Population Policy in Tunisia*, 1992.

⁴ *Enquête Démographique et de Santé en Tunisie 1988*. Ministère de la Santé Publique, Office National de la Famille et de la Population, Direction de la Population, Tunis, Tunisie et Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc. October, 1989.



Liste des acronymes

AMIU	Aspiration manuelle intra utérine
AT	Accoucheurs traditionnels
BNFP	Bureau National de la Famille et de la Population
CEMD	Confidential Enquiry of Maternal Deaths (Enquête confidentielle sur la mortalité maternelle)
FWE	Family Welfare Educator (Éducateur en bien-être familial)
IAG	Groupe interorganisations sur la maternité sans risques
ICDM	Investigation Confidentielle sur les décès maternels
IEC	Information, éducation et communication
IST	Infections sexuellement transmissibles
MSP	Ministère de Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONFP	Office National de la Famille et de la Population (Tunisie)
ONG	Organisation non gouvernementale
PF	Planification familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNB	Produit National Brut
SADCC	Southern Africa Development Community (Comité de développement d'Afrique australe)
SMI	Santé maternelle et infantile
SP	Soin prénatal
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus d'immunodéficience humaine



Maternité
sans risques



Pour de plus amples informations, prière de contacter le secrétariat
du Groupe interorganisations sur la maternité sans risques:

Family Care International
588 Broadway, Suite 503
New York, NY 10012 USA

1.212.941.5300 Téléphone
1.212.941.5563 Fax

smi@familycareintl.org Courrier électronique
<http://www.safemotherhood.org> Site web



Fonds des nations unies pour
la population (UNFPA)



Banque mondiale



Fédération internationale pour
la planification familiale (IPPE)



Organisation mondiale de la santé



Confédération internationale
des sage-femmes



Population Council



Fédération internationale de
gynécologie d'obstétrique



Safe Motherhood Network of Nepal



Réseau de prévention régionale de
mortalité maternelle (Afrique)

Les principes et les politiques de chaque organisation sont régis par les décisions pertinentes de l'organe directeur de l'organisation. Chaque organisation réalise les interventions décrites dans ce document conformément à ces principes et politiques et dans le cadre de sa mission.