DU FOYER A L'HOPITAL : CONTINUUM DE SOINS MATERNELS ET NEONATALS

USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

access
Access to clinical and community maternal, neonatal and women's health services

DU FOYER A L'HOPITAL: CONTINUUM DE SOINS MATERNELS ET NEONATALS

OCTOBRE 2005

Ce résumé fut rédigé par Joseph de Graft-Johnson, Pat Daly, Susan Orchere, Nancy Russell et Robin Bell. De nombreuses personnes ont passé en revue les versions préliminaires de ce document et ont contribué leurs connaissances et expérience au document final. Le partenariat ACCESS tient à remercier les membres du groupe de travail du Continuum de Soins du Foyer à l'Hôpital du Programme ACCESS (CSFH) (Houshold-to-Hospital Continuum of Care) (HHCC) ainsi que les personnes suivantes : Stella Abwao, Koki Agarwal, Deborah Armbruster, Frances Ganges, Lily Kak, Marge Koblinsky, Joy Lawn, Nahed Marra, Mary Beth Powers, Theresa Shaver, Gail Snetro et Mary Ellen Stanton de leur assistance d'avoir révisé la version préliminaire du manuscrit et d'avoir fait des recommandations qui ont renforcé ce résumé de politique.

LE GROUPE DE TRAVAIL DU PROGRAMME CSFH DE ACCESS
Patricia Gomez, JHPIEGO
Gloria Metcalfe, JHPIEGO
Susan Orchere, Save the Children USA
Diana Beck, American College of Nurse-Midwives
Pat Daly, Save the Children USA
Nancy Russell, The Futures Group
Daniel Aukerman, Interchurch Medical Assistance
Berengere DeNegri, Academy for Educational Development
Sarla Chand, Interchurch Medical Assistance
Joseph de Graft-Johnson, Save the Children USA
Indira Narayanan, BASICS
Robin Bell, Save the Children USA

Le Programme ACCESS est le programme mondial de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International visant à améliorer la santé maternelle et néonatale. Le Programme ACCESS œuvre pour étendre la couverture, l'accès aux services clés de santé maternelle et néonatale et leur utilisation à travers un continuum de soins allant du foyer à l'hôpital—avec l'objectif de rendre accessibles les services de qualité aussi proche que possible du foyer. JHPIEGO assure la mise-en-œuvre du programme en partenariat avec Save the Children, Constella Futures, l'Académie pour le Développement éducationnel, l'American College of Nurse-Midwives et Interchurch Medical Assistance.

Pour de plus amples informations :

The ACCESS Program
JHPIEGO
1615 Thames Street
Baltimore, MD 21231-3492
Tel: 410.537.1845

Un soutien financier pour cette publication a été fourni par la Division Santé maternelle et infantile, Office de Santé, des Maladies infectieuses et Nutrition, Bureau de Santé mondial, Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), dans le cadre des termes de l'Accord de Coopération 'Leader with Associates', GHS-A-00-04-00002-00. Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues de l' Agence des Etats-Unis pour le Développement international.

Photo couverture : Ayesha Vellani/Pakistan

Assistance graphique
Pour la Figure 1 : Susan Orchere, Mary Beth Powers et Frances Ganges, Save the Children

Mise en page : Youngae Kim et Jamie Wolfe
Traduction française : Frances Kleeman

Imprimé sur papier recyclé

Brian Moody/Malawi

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

Anglais

AMTSL	Active management of third stage of labor
ANC	Antenatal care
BCC	Behavior change communication
BEONC	Basic essential obstetric and newborn care
BP/CR	Birth preparation/complication readiness
CEONC	Comprehensive essential obstetric and newborn care
CHW	Community health worker
EMNC	Essential maternal and newborn care
ENC	Essential newborn care
FBO	Faith-based organization
HBLSS	Home-based life-saving skills
HHCC	Household-to-hospital continuum of care
IPT	Intermittent preventive treatment of malaria
ITN	Insecticide-treated nets
MOH	Ministry of health
NGO	Nongovernmental organization
PMTCT	Prevention of mother-to-child transmission of HIV
STI	Sexually transmitted infection
TBA	Traditional birth attendant
TT	Tetanus toxoid immunization
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization

Français

PEC	Prise en charge active du troisième stade du travail ; prise en charge active de la délivrance
CPN	Consultation prénatale, Soins prénatals
CCC	Communication pour le changement des comportements
SONU	Soins obstétricaux et néonatals essentiels de base (SONU de base)
PA/PC	Préparation à l'accouchement/Préparatifs en cas de complications
SONU	Soins obstétricaux et néonatals essentiels complets (SONU complets)
ASC	Agent de santé communautaire
SMNE	Soins maternels et néonatals essentiels
SNE	Soins néonatals essentiels
FBO	Organisations axées sur la foi
HBLSS	Home-based life-saving skills (en anglais)
CSFH	Continuum de soins du foyer à l'hôpital
TPI	Traitement préventif intermittent du paludisme
MII	Moustiquaires imprégnées d'insecticide
MSP	Ministère de la santé publique
ONG	Organisation non gouvernementale
PTME	Prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH
IST	Infections sexuellement transmissibles
AT	Accoucheur traditionnel
VAT	Vaccin antitétanique ; Sérum antitétanique
UNFPA	Fonds des nations unies pour la population Autrefois : FNUAP
UNICEF	Fonds des nations unies pour les enfants
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international
OMS	Organisation mondiale de la santé

Ayesha Vellani/Pakistan

INTRODUCTION

Les professionnels de la santé travaillant pour améliorer les soins de santé dans les pays en voie de développement reconnaissent en général qu'il faut considérer les causes multiples de la mortalité et la morbidité maternelles comme prioritaires, mais peu de progrès ont été faits au niveau de l'accomplissement de cet objectif au cours des 20 années passées. Pour des millions de femmes qui manquent d'accès aux soins compétents pendant la grossesse, l'accouchement et le premier mois de vie de leur bébé, la joie particulière que les mères et les familles éprouvent à la naissance d'un enfant, est souvent assombrie par les risques qui mettent la vie de la mère et du bébé en danger. Le miracle d'une nouvelle vie est trop souvent transformé en lutte pénible pour survivre.

Au moins 529 000 femmes, dont la plupart vivent dans des pays en voie de développement, meurent chaque année en résultat de la grossesse et l'accouchement[1]. Pour chacune des femmes qui meurent d'une complication liée à la grossesse, 30 femmes souffrent d'une invalidité. La mortalité infantile est encore plus élevée : Plus de quatre millions d'enfants meurent chaque année au cours des 28 premiers jours de vie, et encore, la plupart dans les pays en développement. Trois quarts de ces décès surviennent pendant la première semaine de la vie et 25 à 45 pour cent surviennent dans les 24 heures après la naissance[2]. Cette immense perte de vies est inutile et n'est pas acceptable : Il serait possible d'éviter un grand pourcentage des décès maternels et néonatals par le biais d'assurer l'accès à des prestataires de soins compétents et un certain nombre d'interventions prouvées, efficaces, et en temps opportun pour les mères et les nouveau-nés[3,4,5].

Bien que les interventions efficaces contre beaucoup de causes de décès maternels et néonatals soient bien documentées[3,5,6] la prestation efficace de soins demeure un défi énorme dans les pays en voie de développement où plus de 60 million de femmes accouchent sans prestataire qualifié—la plupart chez elles[7]. Pour de nombreuses femmes l'accès aux structures sanitaires est entravé par la distance ou le coût des services, ou parce que le transport est trop coûteux ou n'est pas disponible. En outre, les barrières sociales—telles que le manque du droit des femmes de prendre des décisions, de se déplacer librement, de contrôler les finances, ou l'incompatibilité culturelle des structures—peuvent les empêcher d'utiliser les services maternels et néonatals. Beaucoup de pays se sont engagés aux Buts de Développement des Nations Unies pour le Millenium de réduire de trois quarts la mortalité maternelle et de deux tiers la mortalité infantile avant l'année 2015. Pour réaliser ce dernier objectif, il faut qu'il y ait une focalisation stratégique pour diminuer le nombre de décès néonatals parce que 38 pour cent des décès parmi les enfants de moins de cinq ans surviennent pendant la période néonatale[2]. Ces buts seront inaccessibles à moins que les barrières aux soins de santé ne soient abordées de manière efficace.

Des études ont démontré que la mise en œuvre des soins maternels et néonatals essentiels (SMNE) dans les milieux basés dans la communauté peuvent réduire de manière dramatique le nombre de décès parmi les mères et les nouveau-nés, même les mères qui accouchent chez elles, soignées par un prestataire compétent[8,9]. Dans une étude pilote aux Indes, les décès néonatals ont été réduits de 62 pour cent, grâce à l'utilisation d'un modèle de soins néonatals à domicile[4]. Cependant, le potentiel de soins à base communautaire pour les mères et les nouveau-nés n'a pas encore été exploité sur l'échelle régionale ou nationale.

Les prestations de soins de santé sont également problématiques. Beaucoup de centres de soins de santé primaires et de structures au niveau de district dans les pays en voie de développement luttent pour répondre à la demande de soins existant. Les défis auxquels ils font face incluent :

- une infrastructure médiocre ;
- des manques d'équipement essentiel et adéquat ;
- un personnel sanitaire compétent en nombre inadéquat ou la rétention insuffisante de personnel dans les structures près de la communauté ;
- le manque de programmes de formation de base axée sur la compétence et de programmes de recyclage ;
- la communication et les liens pour l'aiguillage faibles ; et
- l'absence d'autorité juridique permettant aux prestataires de services de réaliser certaines procédures qui peuvent sauver la vie.

Pour réussir, une approche à l'amélioration des soins de santé maternels et néonatals doit aborder les problèmes de la communauté et du système sanitaire conjointement, systématiquement et en étroite collaboration parmi toutes les parties prenantes. Les communautés et les prestataires de soins doivent s'unir et travailler ensemble pour surmonter ces obstacles complexes avec le but à longue échéance d'assurer que les femmes enceintes et les nouveau-nés reçoivent les soins appropriés et en temps opportun—de préférence aussi proche de leur foyer que possible. L'effort de réaliser des diminutions significatives de mortalité et morbidité maternelles et néonatales sera facilité par le développement

d'une approche globale aux problèmes sociaux et du système de santé dans des structures de niveau périphérique et de district. Cette approche intégrée à la programmation et à la mise en œuvre à base de la communauté et des structures sanitaires s'appelle le Continuum des soins du foyer à l'hôpital (CSFH) (Household-to-Hospital Continuum of Care) (HHCC)[9].

CSFH dans la communauté

Le point de départ pour le CSFH est le foyer, qui englobe la femme enceinte et sa famille. Beaucoup d'interventions pour la santé maternelle et néonatale—telles que la planification des accouchements, l'espacement des naissances, dormir sous les moustiquaires imprégnées d'insecticide, le repos quotidien, les soins prénatals et postnatals et la présence d'un prestataire compétent à l'accouchement, l'allaitement maternel, l'accouchement sain et hygiénique et soins du cordon, sécher et envelopper le bébé—peuvent être adaptées comme pratiques de routine dans presque tous les foyers, mêmes sous des conditions très limitées. Il est possible d'introduire des stratégies de communication de changement de comportements et d'introduire aux femmes enceintes et aux membres de leur famille les pratiques de SMNE. En fin de compte, le bien-être et la survie de la mère et du bébé peuvent dépendre de l'établissement et du maintien efficace de ces interventions chez eux.

Etroitement liés au foyer sont les prestataires à base communautaire, tels que les agents de santé communautaires, et les accoucheurs traditionnels et autres qui sont formés à travailler avec les familles sur les conseils prénatals, la préparation à l'accouchement et préparatifs en cas de complications (PA/PC), l'accouchement sain et hygiénique, les soins et conseils du postpartum pour la mère et le bébé. En outre, ces prestataires devraient être munis de connaissances des signes de danger et de compétences de soins primaires saines et faisables à domicile.

La participation de toute la gamme de leaders communautaires—dont les leaders politiques, éducationnels, religieux et autres—qui soutiennent et modifient les normes et pratiques sociales est aussi d'importance critique aux soins à base communautaire. Le processus d'établir des partenariats parmi les leaders communautaires, les prestataires et les parties prenantes clés peut jouer un rôle clé pour étendre la portée des services de soins maternels et néonatals, les rapprochant aussi près du foyer que possible.

Pour développer la composante de soins à base communautaire du modèle CSFH, des équipes multi-disciplinaires rassemblent les parties prenantes clés et des membres de la communauté avec des représentants du système de santé. Les leaders communautaires et les prestataires préparent le terrain pour les soins à base communautaire en collaboration avec les membres de la famille et des prestataires basés dans les structures sanitaires, en identifiant les lacunes dans les services maternels et néonatals essentiels et en choisissant les meilleures pratiques provenant de programmes ou de modèles réussis. Travaillant ensemble, les communautés, les prestataires et partenaires d'organisations non gouvernementales œuvrent pour identifier, mettre en œuvre et disséminer les meilleures pratiques, basées sur l'évidence scientifique, pour les soins maternels et néonatals. Le succès d'initiatives de CSFH axées sur la communauté, peut à son tour renforcer les efforts mondiaux pour définir et étendre les stratégies de traitement et de prévention pour les femmes et les nouveau-nés.

Lier la Communauté à la Structure sanitaire

Dans beaucoup de régions du monde, les lacunes sociales et physiques séparant la communauté et les structures sanitaires peuvent être décourageantes. Là où l'accès aux services sanitaires n'est pas disponible, peu importe la raison, les femmes dans les communautés locales se fient généralement à leurs traditions ou leurs pratiques pour faire face à la grossesse, l'accouchement et les soins du nouveau-né. Certaines de ces pratiques sont inoffensives mais d'autres peuvent produire des résultats fâcheux.

Thomas Kelly/Népal

Des membres de la communauté assistent à une réunion sur la santé du nouveau-né au Népal.

L'évidence provenant de la littérature scientifique montre que les interventions de communication pour le changement des comportements peuvent être efficaces pour améliorer les soins maternels et néonatals et augmenter le recours aux soins professionnels pour la mère et le bébé[8,9,10]. Il a aussi été démontré que les barrières sociales qui empêchent les mères de pratiquer des mesures protectrices ou préventives, et les nouveau-nés de les recevoir, peuvent être modifiées. Ces interventions facilitent également l'action communautaire, telle que créer l'environnement favorable aux comportements sains, créer la demande de services de soins de santé, plaider pour la prestation de soins maternels et néonatals de qualité et les appuyer.

La mobilisation communautaire et la mobilisation sociale sont les deux composantes clés du processus de CSFH. Par le biais de mobilisation communautaire les capacités de la communauté sont créées pour explorer les questions essentielles de santé maternelle et néonatale et pour planifier, mettre en œuvre, surveiller et évaluer les stratégies pour améliorer la santé des femmes enceintes, des mères et des nouveau-nés. Le sens d'appartenance communautaire des stratégies est encouragé par le biais d'engager les personnes les plus touchées à planifier et réaliser les actions sanitaires appropriées. Au fur et à mesure que les bienfaits des soins maternels et néonatals essentiels sont reconnus et acceptés, les communautés développent un sens de propriété et de responsabilité pour les améliorations des soins maternels et néonatals et elles entreprennent des actions positives pour renforcer les liens entre les foyers et les systèmes sanitaires.

La mobilisation sociale survient à de multiples niveaux de partenaires travaillant pour accroître la conscience et la compréhension des causes de la morbidité et mortalité néonatales et maternelles et pour encourager des actions de politique et de plaidoyer qui amélioreront les résultats au niveau de la santé des mères et des nouveaux-nés. Les partenariats multisectoriels aux niveaux national, régional

Brian Moody/Malawi

Une femme enceinte reçoit des soins prénatals au Malawi.

Eileen Burke/Pakistan

Commerçantes et agents de santé du district de Haripour à une séance de formation sur les kits d'accouchement hygiénique au Pakistan.

et de district identifient et s'occupent des défis systémiques et mobilisent les ressources existant pour créer ou appuyer l'amélioration en matière de santé maternelle et néonatale. Les alliances parmi les leaders locaux, les ONG et autres parties prenantes peuvent également contribuer à augmenter la demande pour les services de santé de qualité accessibles dans les structures périphériques et de district. Pour compléter le processus, les prestataires aux niveaux périphériques et de district doivent tendre la main aux communautés pour informer les femmes des services disponibles à chaque niveau.

Formation pour les soins à base communautaire et de district

La formation des agents de santé communautaires à offrir des soins préventifs et d'urgence efficaces pour les mères et les nouveau-nés est particulièrement importante dans les pays qui n'ont pas suffisamment de professionnels de la santé pour satisfaire aux besoins de la population. Les projets de recherche ont montré que les membres de la famille et les agents de santé communautaires, dont les volontaires, peuvent être formés à identifier et traiter adéquatement les nouveau-nés malades et à assurer les premiers soins pour des urgences, telles que l'hémorragie du postpartum. Par le biais d'une étroite collaboration avec les ministères de la santé, les ONG et d'autres partenaires peuvent fournir l'assistance technique et le matériel nécessaires pour établir des services de santé de haute qualité.

Le CSFH renforce les capacités des prestataires—que ce soit au foyer, dans la communauté, les structures sanitaires

périphériques ou les hôpitaux—à prendre en charge les soins maternels et néonatals, à prévenir et prendre en charge les complications chez les mères et les nouveau-nés et fournir l'aiguillage prompt au prochain niveau de soins lorsque des complications surviennent qui ne peuvent pas être traitées dans le site (voir Figure 1).

Pour améliorer la survie maternelle et néonatale, les prestataires et le personnel soignant à tous les niveaux doivent avoir les connaissances nécessaires pour effectuer certaines interventions définies de prévention et/ou de traitement de manière compétente. Les chercheurs ont démontré que les agents sanitaires et les médecins généralistes peuvent être formés de manière efficace à effectuer des procédures obstétricales d'urgence, réservées autrefois uniquement aux obstétriciens. D'après le modèle CSFH, les prestataires au niveau du foyer et de la communauté sont capables de fournir les soins maternels et néonatals essentiels et d'utiliser leurs compétences pour sauver les vies à domicile (CSLVD). Ils sont en outre capables de prendre les décisions pour référer les patientes au niveau supérieur et de prendre en charge les soins d'urgence obstétricaux et néonatals.

Il est essentiel que les interventions de SMNE de qualité proposées, basées sur l'évidence scientifique, soient exécutées de manière cohérente et standardisée à chaque niveau du continuum allant des soins par les membres de la famille au foyer jusqu'aux structures périphériques et aux hôpitaux de district, pour assurer la continuité des soins pour la femme et son nouveau-né. Il va falloir l'investissement de ressources de parties prenantes multiples, dont le ministère de la santé et autres ministères gouvernementaux, des bailleurs, des organisations basées sur la foi, et des ONG locaux et internationaux pour atteindre ce but. Pour cette raison, des équipes multidisciplinaires, engageant des représentants des trois niveaux de soins, doivent être pleinement impliquées en la planification, la mise en œuvre, la supervision et l'évaluation du programme.

Soins maternels et néonatals essentiels dans les structures périphériques et de district

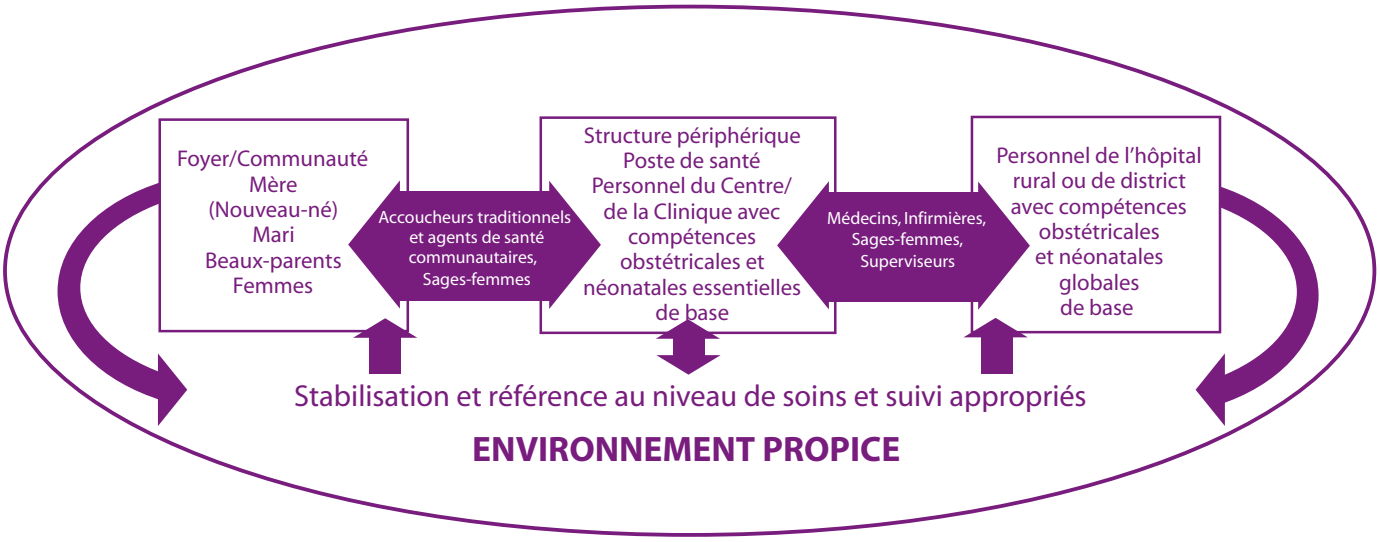
Le modèle CSFH considère la structure sanitaire périphérique comme le lien entre le foyer et l'hôpital de district. Les structures de santé périphériques devraient avoir le personnel et être équipées pour fournir les soins obstétricaux et néonatals de base dont :

1) les six fonctions de soins énumérées pour les soins essentiels obstétricaux tels que définies par l'UNICEF, l'OMS et l'UNFPA[12] ; et
2) les capacités pour fournir les soins essentiels néonatals et prendre en charge des complications néonatales sélectionnées.

Les hôpitaux de district devraient avoir les capacités d'effectuer l'ensemble de services appelés Soins obstétricaux et néonatals essentiels complets, dont :

1) les huit fonctions définies par l'UNICEF, l'OMS et l'UNFPA pour les soins obstétricaux et néonatals essentiels complets[12] ; et
2) les soins pour tous les nouveau-nés malades.

Figure 1. Le Continuum des soins du foyer à l'hôpital



L'OMS classe les structures périphériques en deux types. Les structures du Type I se constituent de structures individuelles non-affiliées pour les soins des mères et des enfants, structures de soins de base, postes de santé et. dispensaires, dont le personnel se compose généralement d'infirmières auxiliaires offrant des services limités. Dans l'idéale, les centres de santé du Type II ont un personnel professionnel multidisciplinaire et ils offrent davantage de services à une population plus importante[5] (voir le Tableau 1).

Pour assurer la survie des mères et des nouveau-nés, il est d'importance cruciale que les structures du Type I et du Type II soient équipées et aient le personnel nécessaire pour :

- Effectuer les accouchements normaux et assurer les soins néonatals essentiels
- Offrir les soins obstétricaux et néonatals essentiels de base
- Prendre en charge les nouveau-nés malades et les référer de manière appropriée

En outre, les centres de santé du Type II devraient avoir les capacités à fournir des transfusions sanguines bien qu'ils ne disposent pas nécessairement d'une banque de sang.

Au bout du continuum de soins du foyer à l'hôpital se situe l'hôpital de district. Cet hôpital devrait avoir le personnel et être équipé pour fournir les Soins obstétricaux et néonatals essentiels complets ainsi que la prise en charge de nouveau-nés malades, 24 heures sur 24. En plus des soins obstétricaux et néonatals essentiels de base, les soins complets obstétricaux et néonatals d'urgence couvrent les services chirurgicaux tels que la césarienne et la laparotomie pour traiter les grossesses ectopiques. Les hôpitaux de district devraient aussi être en mesure de fournir une transfusion sanguine et ils devraient avoir une banque de sang.

Les structures sanitaires, soit périphériques, soit de district, doivent maintenir les services de prestations de soins clés 24 heures par jour, sept jours par semaine, un but qui dépend du renforcement des systèmes pour la gestion des ressources humaines, dont la supervision, l'entretien des dossiers, les activités d'amélioration de la qualité, les mécanismes pour recueillir le feedback des clients, le recyclage du personnel et les programmes de formation. D'autres services d'appui, tels que la disponibilité des médicaments, des systèmes de gestion des médicaments, l'entretien de l'équipement, les systèmes de communication et de sortie dans la population sont tout aussi critiques. Le fait d'atteindre cet objectif demandera l'engagement continu du ministère de la santé, des structures et d'autres parties prenantes dans les professions de santé.

Tableau 1. Classification de l'OMS des Structures sanitaires périphériques

Centre de Santé : Type I	Centre de Santé : Type II
• Personnel Infirmière/ Sage-femme auxiliaire • Services ambulatoires et curatifs limités • Pas de lits, éventuellement un lit pour la maternité • Développement communautaire • Population desservie <10 000	• Equipe professionnelle dont, médecins, médecins chefs, infirmières, infirmières/sages-femmes et/ou agents de santé auxiliaires • Services ambulatoires et curatifs • Promotion, prévention et éducation sanitaires • Appui aux souscentres • Lits de maternité et d'observation • Salle d'opération pour clients non hospitalisés • Population maximum desservie 100 000

Organisation mondiale de la Santé : Kit Mère-Bébé : Mise en œuvre de la maternité sans risque dans les pays. WHO/FHE/MSM/94.1

Modèle : « Les Trois Retards » Là où le Continuum des soins est le plus critique

Outre les interventions préventives des Soins maternels et néonatals essentiels, avant, pendant et après l'accouchement, il importe d'introduire des stratégies pour prendre en charge les complications maternelles et néonatales. Selon le modèle des « Trois Retards », les programmes de SMNE réussis doivent identifier les moments critiques où les femmes et les nouveau-nés souffrant de complications ont besoin de soins et quand quelqu'un doit agir pour répondre à une situation mettant la vie en danger.

- Préparation à l'accouchement/Préparatifs en cas de complications (PA/PC)[13] : Les membres de la famille doivent se préparer à l'avance pour la prestation et le cours d'action à prendre si la mère ou le nouveau-né montre des signes de danger.
- Les décideurs au foyer doivent savoir reconnaître les signes de danger chez la mère et le nouveau-né et ne pas retarder la décision de les faire soigner.
- Les fonds pour les urgences et le transport doivent être disponibles pour permettre aux patientes d'accéder aux Soins obstétricaux et néonatals essentiels de base ou aux Soins obstétricaux et néonatals essentiels complets sans tarder.
- Une fois les patientes arrivées à la structure, les prestataires de soins ne doivent pas tarder à les soigner immédiatement de manière appropriée.

Bien que les prestataires puissent être qualifiés de fournir des interventions différentes, selon leur niveau de formation, ils partagent tous la responsabilité envers les mères et les nouveau-nés. Les capacités et la bonne volonté des

Ayesha Vellani/Pakistan

prestataires de référer les patientes au niveau supérieur de soins, si besoin est, constitue un élément critique du succès de l'approche CSFH—et pour sauver la vie des mères et des nouveau-nés.

Les programmes cherchant à accroître la survie maternelle et néonatale de manière significative doivent mettre en œuvre des changements tout au long du continuum des soins du foyer à l'hôpital afin de :

1) introduire les connaissances et compétences pour utiliser les interventions de soins maternels et néonatals appropriés à chaque niveau ;
2) s'assurer que les prestataires savent reconnaître les signes de danger chez la mère et le nouveau-né et savent quand il faut les référer au prochain niveau de soins ;
3) soutenir les prestataires compétents et maintenir des structures équipées pour fournir les soins de base essentiels complets à l'intention des mères et des nouveau-nés ; et
4) créer des liens parmi les prestataires des structures, de la communauté et des familles assurant la demande de services de haute qualité et la possibilité d'y accéder rapidement.

LE PROCESSUS POUR CREER UN CSFH REUSSI

La première étape pour les pays ou les organisations s'engageant à la mise en œuvre du CSFH est de mener une évaluation des soins offerts aux femmes pendant la période prénatale, le travail et l'accouchement et la période du postpartum et les soins des nouveau-nés à la naissance et immédiatement après. En utilisant les outils qualitatifs et quantitatifs existant pour évaluer les pratiques maternelles et néonatales et les services au niveau des foyers, des structures périphériques et hospitalières, les gestionnaires de programmes peuvent identifier les domaines de soins nécessitant un renforcement à chaque niveau. Etant donné la diversité des lacunes potentielles qui se présentent et le besoin de forger des partenariats pour les aborder, l'évaluation devrait être menée par une équipe multi-disciplinaire de prestataires, de gestionnaires du ministère de la santé et de représentants de la communauté (représentant l'expertise sociale et médicale).

Le Tableau 2 décrit les activités clés de chaque composante du CSFH. Les composantes des capacités de soins de santé aux différents niveaux du foyer, des structures périphériques et des hôpitaux de district nécessitent des activités complémentaires mais intégrées.

- **Planifier et définir le succès au niveau de la communauté.** Le modèle CSFH encourage une approche participative qui soit sensible aux questions culturelles, de genre et d'équité par lesquelles la communauté arrive à une meilleure compréhension des soins de la grossesse saine, de l'accouchement et du nouveau-né ainsi que des problèmes de la santé de la mère et du nouveau-né. Les membres de la communauté sont la clé du processus de planification et de prise de décisions pour améliorer les soins de santé pour les mères et les nouveau-nés, dont :
- Explorer et comprendre les facteurs influençant la santé et la survie des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période du postpartum et la santé et la survie des nouveau-nés ;
- Démarrer le dialogue pour développer des approches de

mobilisation communautaire et sociale, basées sur l'évidence scientifique, pour a) renforcer les pratiques communautaires saines et b) négocier des activités futures ;
- Aider les communautés à développer leurs plans d'action pour mettre en œuvre et soutenir les stratégies qui appuient les pratiques saines ;
- Agir de manière positive pour soutenir les normes sociales ou les comportements individuels qui pourraient contibuer à de meilleurs résultats pour les femmes et les nouveau-nés, ou décourager les pratiques nocives par le biais de l'intégration de nouveaux comportements ;
- Développer des systèmes pour se préparer aux urgences, tels que les plans pour faire des économies, pour le transport et le recrutement de donateurs de sang potentiels ;
- Surveiller et évaluer les résultats des efforts pour améliorer les pratiques au sein du foyer et la qualité des soins dans les structures, l'utilisation de soins compétents, et la couverture par les services de soins clés. Les indicateurs pour le monitorage et l'évaluation des progrès et de l'impact de ces interventions sont énumérés dans la publication du Groupe de travail sur la Maternité sans risque et la Santé génésique du Groupe CORE, intitulé *Maternal and Newborn Standards and Indicators Compendium*[14].

• **Améliorer les compétences des prestataires.** Interagir avec des prestataires (incluant des membres de la famille, des agents de santé communautaires et des prestataires qualifiés au niveau communautaire) est une composante essentielle de la sélection et la mise en œuvre d'activités et des interventions pour améliorer les soins dans la communauté et au niveau des structures. Ces interventions communautaires ne sont pas limitées aux changements du comportement. Les prestataires basés dans les structures doivent aussi améliorer les prestations de services en fonction des besoins de la communauté qu'ils desservent. Des formations de recyclage et/ou de base sont nécessaires pour fournir des connaissances et compétences basées sur les normes, dont une formation en la prise en charge de l'accouchement normal de manière culturellement appropriée et les Soins obstétricaux et néonatals essentiels de base et les Soins essentiels complets. Soutenir et faciliter les partenariats parmi les prestataires basés dans les structures et les leaders communautaires, le personnel sanitaire non ministériel, les bailleurs et les ONG sont un élément fondamental à la création de systèmes sanitaires qui abordent et résolvent les problèmes des femmes de la communauté pour accéder aux soins.

• **Créer un climat propice.** La liaison des communautés aux structures sanitaires périphériques et de district nécessite des changements. Les familles, la communauté et le personnel de la structure sanitaire, des groupes communautaires, les leaders, décideurs et gestionnaires de programmes des ONG et des organisations axées sur la foi doivent collaborer pour créer un environnement propice aux soins maternels et néonatals.
- Les climats social et médical devraient habiliter les familles, les communautés et les prestataires à mettre en pratique les comportements et les services de l'approche du CSFH pour que ces comportements appropriés puissent devenir des normes sociales et communautaires établies.
- L'autorité politique et juridique nécessaire doit être instaurée au niveau national pour permettre aux prestataires de fournir les interventions et services appropriés.
- Un système de référence à base communautaire dont la communication, les fonds pour les urgences et le transport, avec une supervision facilitante de la part de prestataires compétents devrait créer une structure d'appui liant les femmes et les nouveau-nés aux structures sanitaires.
- Les structures sanitaires efficaces et fonctionnelles doivent avoir assez de prestataires compétents ayant le droit légal d'effectuer les compétences pour sauver les vies dans la communauté, spécifiquement par le biais de l'administration d'utérotoniques, d'antibiotiques et de procédures pour sauver les vies, telles qu'appropriées.
- Un système d'appui à l'intention des agents de santé communautaire est nécessaire ; c'est à dire la compensation et la supervision et un équipement adéquat leur fournissant les compétences et les fournitures nécessaires pour effectuer leurs tâches. Il importe de veiller aux besoins en satisfaction au travail des agents de santé à tous les niveaux, s'agissant de l'échelle des salaires, des opportunités pour avancer, de l'éducation médicale continue et la supervision facilitante.

• **Assurer la qualité des soins de santé.** Les communautés, les prestataires, les responsables de politique, les décideurs, les bailleurs et autres parties prenantes doivent être engagés à l'action collective et à la responsabilité partagée pour assurer que des soins de qualité sont fournis à tous les niveaux et que les liens entre les niveaux sont solides. La qualité et la pérennité des services de santé sont engendrées en créant des alliances, en coordonnant des activités et en supervisant des projets conjointement. C'est là la clé du fonctionnement efficace du continuum des soins.

• **Engager les ressources.** Les bailleurs et les décideurs cherchant à réduire la mortalité maternelle et néonatale

Jaime Cisneros/Bolivia

doivent engager les fonds et renforcer les politiques pour appuyer le continuum des soins dans son ensemble et travailler en collaboration avec d'autres partenaires pour assurer que les programmes abordent tous les éléments critiques du CSFH. Les gestionnaires de programmes, les ONG et les organisations axées sur la foi, les prestataires de services, les leaders communautaires et autres parties prenantes doivent plaider et travailler avec le ministère de la santé pour obtenir des politiques améliorées et les ressources humaines et financières nécessaires pour la mise en œuvre intégrale du modèle CSFH.

ETABLIR LA BASE DE SOUTIEN NATIONAL ET MONDIAL

La mise en œuvre du CSFH nécessite le soutien des parties prenantes de la communauté des soins sanitaires et surtout du ministère de la santé. La mise à jour des directives nationales pour les soins maternels et néonatals afin de refléter les nouvelles connaissances et pratiques basées sur l'évidence scientifique et plaidant pour des politiques d'appui peut avoir un impact significatif sur l'amélioration des soins ; le développement d'adhérence aux programmes—tels que la formation et les sorties dans la communauté—qui complètent la demande augmentante provenant des communautés.

En outre, pour obtenir l'autorité juridique pour effectuer des procédures qui sauvent les vies et qui peuvent prévenir la mortalité et morbidité des mères et des nouveau-nés, il faut collaborer avec les partenaires multilatéraux et de la société civile pour aider à persuader les autorités du gouvernement (surtout du ministère de la santé) de permettre aux prestataires des responsabilités accrues de pratiquer ces interventions.

Une coalition de ministères de la santé et d'autres agences et fonctionnaires, d'organisations non gouvernementales et de parties prenantes est essentielle pour assurer les ressources nécessaires à un continuum fonctionnel de soins du foyer à l'hôpital. Cette coalition doit être soutenue par des politiques nationales permettant aux communautés, aux prestataires de soins à tous les niveaux et aux structures du secteur public et privé d'améliorer et renforcer le bien-être et la survie maternels et néonatals. En préparant les femmes et leur famille à la grossesse et l'accouchement et en mettant en place des solutions pour la prestation des soins de base et l'identification et le traitement des urgences, la communauté peut éviter les décès inutiles parmi les femmes et leur nouveau-né. En fin de compte, la mise en œuvre du continuum de soins du foyer à l'hôpital renforce les soins de santé pour tous les membres de la communauté.

TABLEAU 2

	FOYER AU SEIN DE LA COMMUNAUTE	STRUCTURE SANITAIRE DU TYPE 1
SOINS PRENATALS	1. Améliorer les pratiques prénatales préventives, telles que : • Prévention du paludisme ; utilisation des MII et du TPI • Pratiques de rapports sexuels moins risqués • Nutrition adéquate • Vaccination antitétanique 2. Assurer au moins 4 consultations prénatales, commençant le plus tôt possible (à partir de la 12ième semaine de la grossesse) 3. Améliorer la planification pour l'accouchement et les préparatifs en cas de complications pour les femmes enceintes, leur famille et la communauté 4. Améliorer la reconnaissance des signes de danger et le recours aux soins par les mères et les familles 5. S'assurer que les familles et les agents de santé communautaires ont les connaissances et les compétences nécessaires pour le secourisme obstétrical 6. Encourager les conseils et les tests pour le dépistage du VIH	1. Fournir les services de soins prénatals focalisés [11] : TPI, TT, prévention des IST et dépistage, PTME, fer/folate, PA/PC 2. Reconnaître les signes de danger et les prendre en charge de manière appropriée 3. Fournir des soins obstétricaux et néonatals essentiels de base 24 heures sur 24 4. Améliorer l'engagement de la communauté dans la gestion du centre 5. Améliorer le système d'aiguillage (référence), dont le transport au niveau supérieur des soins 6. Fournir des services de soins prénatals ambulatoires 7. Soutenir et superviser les interventions au niveau du foyer
ACCOUCHEMENT ET SOINS DU NOUVEAU-NE	**Pour la mère** 1. Promouvoir l'accouchement par un prestataire compétent (qui utilise le partogramme et la prise en charge active du troisième stade du travail à domicile) 2. Assurer un accouchement propre et sain (dont l'utilisation du misoprostol après la naissance du bébé, là où les prestataires compétents ne sont pas disponibles) 3. Assurer l'hydratation et la nutrition adéquates pour la mère pendant le travail **Pour le nouveau-né**[16] 1. Initier l'allaitement maternel immédiat et exclusif dès la première heure 2. Maintenir le bébé au chaud ; sécher et envelopper le nouveau-né immédiatement ou le sécher et le placer en contact peau-à-peau avec la mère, en le recouvrant d'une couverture propre 3. Reporter le bain 4. Reconnaître la mort apparente du nouveau-né et réanimer le bébé **Pour les deux** 1. Améliorer la connaissance des signes de danger maternels et néonatals et le recours aux soins par les mères et les familles 2. S'assurer que les familles et les agents de santé communautaires ont les connaissances et compétences pour le secourisme obstétrical	1. Mener des accouchements sains et propres, avec l'utilisation du partogramme et la prise en charge active du troisième stade du travail[15] 2. Reconnaître les signes de danger chez la mére et le nouveau-né et les prendre en charge de manière appropriée 3. Fournir des soins obstétricaux et néonatals essentiels de base 24 heures sur 24 4. Améliorer le système d'aiguillage (référence), dont la communication avec le niveau supérieur des soins et le transport pour y accéder 5. Soutenir et superviser les interventions au niveau du foyer 6. Fournir des services de PTME, dont l'utilisation de la névirapine
SOINS DU POSTPARTUM	**Pour la mère** 1. Améliorer les pratiques préventives telles que : • Utilisation des MII et du TPI pour la prévention du paludisme • Pratiques de rapports sexuels moins risquées • Nutrition adéquate • Pratiques d'hygiène de base 2. Initier la planification familiale **Pour le nouveau-né** 1. Continuer l'allaitement maternel exclusif 2. Tenir le bébé au chaud 3. Maintenir le cordon propre et sec 4. Fournir les vaccinations recommandées 5. Laisser le bébé dormir avec la mère sous la moustiquaire **Pour les deux** 1. Assurer une consultation postnatale précoce avec un prestataire compétent dans un délai des 3 premiers jours 2. Améliorer la connaissance des signes de danger et le recours aux soins chez les mères et les familles 3. S'assurer que les familles et les agents de santé communautaires ont les connaissances et les compétences pour effectuer les gestes du secourisme obstétrical	1. Reconnaître les signes de danger maternels et néonatals et les prendre en charge de manière appropriée 2. Assurer les soins obstétricaux et néonatals essentiels de base 24 heures sur 24 3. Améliorer le système d'aiguillage (référence), dont la communication avec le prochain niveau de soins et le transport 4. Soutenir et superviser les interventions au niveau du foyer 5. Fournir des services de PTME, dont l'utilisation de la névirapine pour le bébé 6. Fournir des services de soins postnatals ambulatoires

	STRUCTURE SANITAIRE DU TYPE 2	HOPITAL DE DISTRICT	CLIMAT PROPICE
SOINS PRENATALS	1. Toutes les interventions énumérées pour les structures sanitaires du Type 1, PLUS : 2. Fournir des services de laboratoire de base pour dépister l'anémie, les IST et le VIH 3. Fournir les transfusions sanguines	1. Toutes les interventions décrites pour les structures sanitaires du Type 2, PLUS : 2. Assurer une banque de sang au sein de l'hôpital 3. Fournir des services complets de laboratoire	1. L'effort de lier des communautés aux structures sanitaires périphériques et de district nécessite des changements. Les familles, la communauté et le personnel de la structure sanitaire, des groupes communautaires, les leaders, décideurs et gestionnaires de programmes des ONG et des organisations axées sur la foi doivent collaborer pour créer un environnement propice aux soins maternels et néonatals. 2. Les climats social et médical devraient habiliter les familles, les communautés et les prestataires à mettre en pratique les comportements et les services de l'approche du CSFH pour que ces comportements appropriés puissent devenir des normes sociales et communautaires établies. 3. L'autorité politique et juridique nécessaire devrait être instaurée au niveau national pour permettre aux prestataires de fournir les interventions et services appropriés. 4. Un système d'aiguillage à base communautaire dont la communication, les fonds pour les urgences et le transport ainsi que la supervision facilitante par des prestataires de soins compétents devrait constituer un ensemble d'appui liant les femmes, les nouveau-nés et les agents de santé communautaires aux structures de soins de santé. 5. Les structures sanitaires efficaces et fonctionnelles doivent avoir assez de prestataires compétents ayant le droit légal d'effectuer les gestes qui sauvent la vie dans la communauté, spécifiquement par le biais de l'administration de médicaments utérotoniques et antibiotiques et d'effectuer les procédures qui sauvent la vie, telles qu'appropriées. 6. Un système d'appui à l'intention des agents de santé communautaire est nécessaire ; c'est à dire la compensation et la supervision et un équipement adéquat leur fournissant les compétences et les fournitures nécessaires pour effectuer leurs tâches. Il importe de veiller aux besoins en satisfaction au travail des agents de santé à tous les niveaux, s'agissant de l'échelle des salaires, des opportunités pour avancer, de l'éducation médicale continue et la supervision facilitante. 7. Assurer la qualité des soins de santé. Les communautés, les prestataires, les responsables de politique, les décideurs, les bailleurs et autres parties prenantes doivent être engagés à l'action collective et à la responsabilité partagée pour assurer que des soins de qualité sont fournis à tous les niveaux et que les liens entre les niveaux sont solides. La qualité et la durabilité des services de santé sont engendrées en créant des alliances, en coordonnant des activités et en supervisant des projets conjointement. C'est là la clé du fonctionnement efficace du continuum des soins. 8. Engager les ressources. Les bailleurs et les décideurs cherchant à réduire la mortalité maternelle et néonatale doivent engager les fonds et renforcer les politiques pour appuyer le continuum des soins dans son ensemble et travailler en collaboration avec d'autres partenaires pour assurer que les programmes abordent tous les éléments critiques du CSFH. Les gestionnaires de programmes, les ONG et les organisations axée sur la foi, les prestataires de services, les leaders communautaires et autres parties prenantes doivent plaidoyer et travailler avec le ministère de la santé pour obtenir des politiques améliorées et les ressources humaines et financières nécessaires.
ACCOUCHEMENT ET SOINS DU NOUVEAU-NE	1. Les mêmes services que ceux décrits pour les structures sanitaires du Type 1, PLUS : 2. Transfusions sanguines 3. Services de laboratoire de base	1. Les mêmes services que ceux décrits pour les structures sanitaires du Type 2, PLUS : 2. Capacités de prise en charge de toutes les complications liées à la grossesse et traitement pour le nouveau-né malade, dont les procédures obstétricales chirurgicales associées 3. Services complets de laboratoire : tous les tests de laboratoire de base, glycémie, bilirubine, IST 4. Banque de sang au sein de l'hôpital 5. Fournir des soins obstétricaux et néonatals essentiels complets 24 heures sur 24	
SOINS DU POSTPARTUM	1. Les mêmes services que ceux décrits pour les structures sanitaires du Type 1, PLUS : 2. Transfusions sanguines 3. Services de laboratoire de base	1. Les mêmes services que ceux décrits pour les structures sanitaires du Type 2, PLUS : 2. Capacités de prise en charge de toutes les complications liées à la grossesse et traitement pour le nouveau-né malade, dont les procédures obstétricales chirurgicales associées 3. Services complets de laboratoire : tous les tests de laboratoire de base, glycémie, bilirubine, IST 4. Banque de sang au sein de l'hôpital 5. Fournir des soins obstétricaux et néonatals essentiels complets 24 heures sur 24	

REFERENCES

1. World Health Organization. *World Health Report: 2005 : Make Every Mother and Child Count.* Geneva: WHO, 2005.

2. Lawn J. et al. "4 million neonatal deaths: when? where? why?" *The Lancet,* Neonatal Survival series, March 2005, 9-18.

3. Darmstadt G, et al. "Evidence-based, cost-effective interventions : how many newborn babies can we save?" *The Lancet,* Neonatal Survival series, March 2005, 19-30.

4. Bang A, Bang R, et Reddy H. "Home-based neonatal care : summary and applications of the field trial in rural Gadchiroli, India (1993 to 2003)." *J. Perinatology* 2005 ; 25 : S108-S122.

5. World Health Organization. "Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries." WHO/FHE/MSM/94.11

6. World Health Organization. "Managing newborn problems : a guide for doctors, nurses and midwives." Geneva: WHO, 2003.

7. Knippenberg R, et al. "Systematic scaling up of neonatal care in countries," *The Lancet,* Neonatal Survival series. March 2005, 31-43.

8. Morrison J, et al. "Women's health groups to improve perinatal care in rural Nepal." *BioMed Central Pregnancy and Childbirth* 2005, 5 : 6.

9. Nanda G, Switlick K, et Lule E. "Accelerating progress towards achieving the MDG to improve maternal health: a collection of promising approaches." *Health, Nutrition and Population.* Washington D.C. : The World Bank, April 2005.

10. Parlato R, Darmstadt G, et Tinker, A. "Qualitative Research to Improve Newborn Care Practices." Saving Newborn Lives: Tools for Newborn Health. Washington, D.C. : Save the Children, 2004.

11. Sibley L, Buffington S T, Beck D, et Armbruster D. "Home based life saving skills: promoting safe motherhood through innovative community based interventions." *J. Midwifery and Women's Health* 46(4) : 258-266, 2001.

12. UNICEF, WHO and UNFPA. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. UNICEF, WHO and UNFPA, October 1997. Selon ces directives, les Soins obstétricaux essentiels de base (BEOC) incluent l'administration parentérale d'antibiotiques, administration de médicaments ocytociques, administration parentérale d'anticonvulsivants pour la pré-éclampsie et l'éclampsie, retrait des fragments placentaires retenus (par exemple, aspiration manuelle intrautérine) et l'accouchement par voie basse assisté. Les soins obstétricaux essentiels complets (CEOC) couvrent tous les soins obstétricaux essentiels de base plus la chirurgie (césarienne) et les transfusions sanguines.

13. The MNH Program. "BP/CR: A Matrix of Shared Responsibility." Poster (revised). Baltimore: JHPIEGO, 2004.

14. Safe Motherhood and Reproductive Health Working Group, CORE Group, *Maternal and Newborn Standards and Indicators Compendium,* Washington, D.C. : December 2004.

15. Prendiville WJ, Elbourne D, et McDonald S. "Active versus expectant management in the third stage of labour." The Cochrane Review, The Cochrane Library, Issue 3. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., 2004.

16. Kinzie B et Gomez P. "Basic maternal and newborn care : a guide for skilled providers." Maternal and Neonatal Health. Baltimore : JHPIEGO, 2004.

17. Beck D, Ganges F, Goldman S, et Long P. *Care of the newborn: reference manual.* Saving Newborn Lives. Washington D.C. : Save the Children, 2004.

Julia Ruben/Indes

Michael Biscelgie/Mali

Le Programme ACCESS est le programme mondial de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International visant à améliorer la santé maternelle et néonatale. Le Programme ACCESS œuvre pour étendre la couverture, l'accès aux services clés de santé maternelle et néonatale et leur utilisation à travers un continuum de soins allant du foyer à l'hôpital avec l'objectif de rendre accessibles les services de qualité aussi proche que possible du foyer. JHPIEGO assure la mise-en-œuvre du programme en partenariat avec Save the Children, Constella Futures, l'Académie pour le Développement éducationnel, l'American College of Nurse-Midwives et Interchurch Medical Assistance.

access

Access to clinical and community maternal, neonatal and women's health services