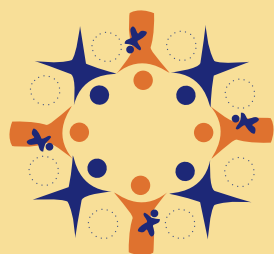
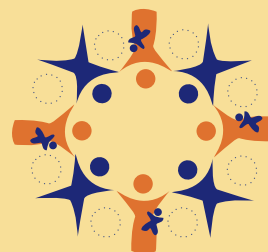
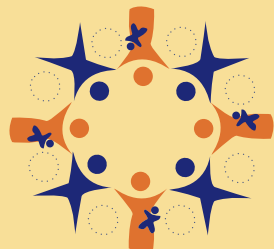
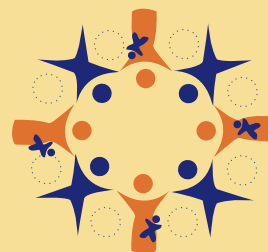
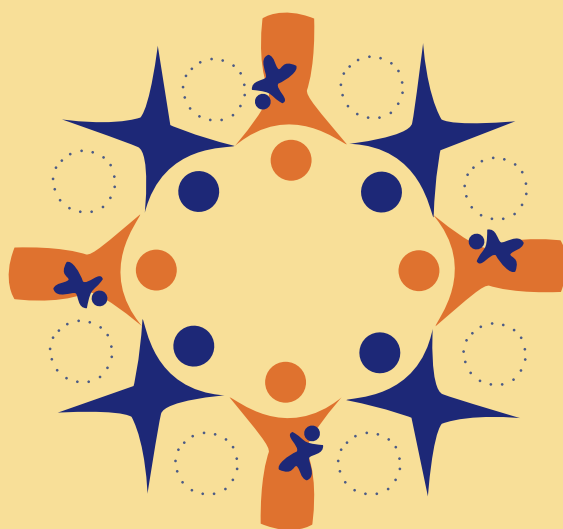


Collaborer avec les individus,  
les familles et les communautés



pour améliorer la Santé  
maternelle et néonatale

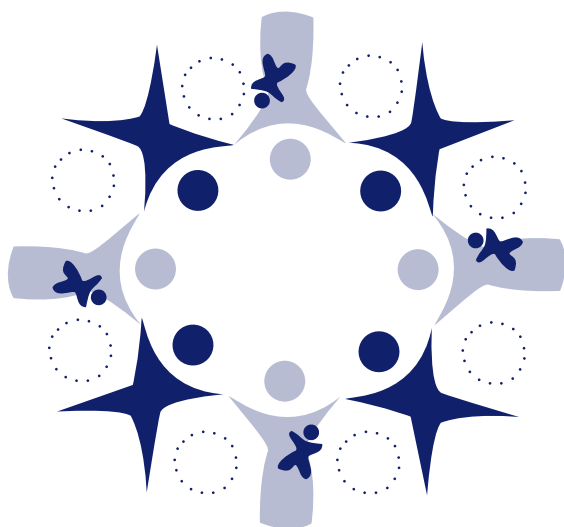


Organisation  
mondiale de la Santé



Collaborer avec les individus,  
les familles et les communautés

pour améliorer la Santé  
maternelle et néonatale



**Organisation  
mondiale de la Santé**

Département Pour une Grossesse à Moindre Risque

© Organisation mondiale de la Santé 2010

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Press, at the above address (fax: +41 22 791 4806; e-mail: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

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

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

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité ni l'exactitude des informations contenues dans la présente publication, et ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de leur utilisation.

Les opinions exprimées dans ce document par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	v
1. INTRODUCTION, CONTEXTE ET CONCEPTS.....	1
1.1 Introduction.....	1
1.2 Contexte.....	2
1.3 Le concept du département MPS en ce qui concerne la collaboration avec les individus, les familles et les communautés.....	3
1.4 Principes directeurs.....	6
1.5 Cadre stratégique pour le développement d'interventions IFC.....	7
2. STRATÉGIES, MILIEUX FAVORABLES ET CHAMPS D'INTERVENTION PRIORITAIRES.....	8
2.1 Stratégies.....	8
Education.....	8
Les actions communautaires pour la santé.....	9
Les partenariats.....	10
Le renforcement institutionnel au niveau du district de santé.....	11
Le plaidoyer local.....	11
2.2 Milieux favorables pour la femme, la mère et le nouveau-né.....	12
Le foyer.....	12
La communauté.....	12
Les services de santé.....	12
Autres milieux favorables.....	13
2.3 Les champs prioritaires d'intervention.....	13
Développement des APTITUDES.....	14
Renforcement des CONNAISSANCES.....	17
Renforcement des LIENS.....	21
Amélioration de la QUALITÉ.....	25
3. MISE EN ŒUVRE DES CONCEPTS ET DES STRATÉGIES.....	30
3.1 Développer les stratégies IFC sur le plan national.....	30
3.2 Le diagnostic, la sélection des priorités et la planification au niveau du district.....	31
3.3 Mise en oeuvre.....	33
3.4 Le suivi et l'évaluation.....	34
4. LE RÔLE DE L'OMS.....	40
4.1 Les rôles spécifiques.....	41
4.2 Les activités.....	42
4.3 Les partenariats.....	42
4.4 Perspectives.....	43
RÉFÉRENCES.....	45
ANNEXE 1 : La Promotion de la Santé, base conceptuelle de la collaboration avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale.....	50
ANNEXE 2 : Modèle d'analyse de résultats proposé par le département Pour une grossesse à moindre risque pour le développement d'interventions IFC.....	52
ANNEXE 3 : Autres matériaux consultés.....	53





## ABRÉVIATIONS

AFRO	Bureau régional OMS pour l'Afrique
AMRO/PAHO	Bureau régional OMS pour les Amériques
AS	Approches sectorielles
ASC	Agent de santé communautaire
AT	Accoucheuse traditionnelle
BIT/STEP	Bureau international du Travail / Programme Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté
CAH	Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent / OMS
CCC	Communication pour un changement de comportement
CSV	Comité de santé villageois
DFID	Département pour le développement international (Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord)
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe (stratégie de lutte contre la tuberculose recommandée par l'OMS)
EMRO	Bureau régional OMS pour la Méditerranée orientale
EURO	Bureau régional OMS pour l'Europe
FCI	Family Care International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FRP	Initiative Faire reculer le paludisme / OMS
FSS	Fourniture des soins de santé
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH (Coopération technique allemande)
GWH	Département Genre, femmes et santé / OMS
IAR	Infections de l'appareil reproducteur
IEC	Information, éducation et communication
IFC	Individus, familles et communautés
IST	Infections sexuellement transmissibles
MNT	Division des maladies non transmissibles / OMS
MPS	Département Pour une grossesse à moindre risque / OMS
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSD	Département Prestation des services de santé / OMS
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEV	Programme élargi de vaccination / OMS
PF	Planification familiale
RHR	Département Santé et recherche génésiques / OMS
RO	Recherche opérationnelle
SEARO	Bureau régional OMS pour l'Asie du sud-est
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMN/JHPIEGO	Santé maternelle et néonatale / Programme John Hopkins pour l'éducation internationale en gynécologie
SOEb	Soins obstétricaux essentiels de base
SONU <sub>b</sub>	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SSG	Santé sexuelle et génésique
Stop TB	Département Halte à la tuberculose / OMS
UNDAF	Plan-Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WPRO	Bureau régional OMS pour le Pacifique occidental



## REMERCIEMENTS

L'auteur, Carlo Santarelli - consultant, tient ici à exprimer ses sincères remerciements à plusieurs collègues de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de différentes organisations qui ont contribué à l'élaboration de ce document. Il convient tout d'abord de souligner la collaboration constante et fructueuse d'Annie Portela, du Département Pour une grossesse à moindre risque de l'OMS (MPS), sans qui ce travail n'aurait pas pu être mené à bien. Luc de Bernis (OMS/MPS) a également été activement associé à l'ensemble du processus qu'il a orienté et nourri de ses idées et auquel il a apporté son appui technique et moral.

Il faut également relever le niveau exceptionnel d'appui technique et de collaboration de Helga Fogstad, Della Sherratt et Ornella Lincetto qui ont fait partie du groupe de travail « individus, familles et communautés » au sein de l'équipe MPS. Des remerciements spéciaux sont dus à Bocar Diallo, Directeur de l'équipe MPS, pour ses contributions et l'importance donnée au rôle des individus, des familles et des communautés dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. Rita Kabra et Adriane Martin-Hilber (OMS/MPS) ont fourni de précieux commentaires et encouragements. L'appui de Carla AbouZahr et Paul Van Look est également à souligner. Enfin, l'assistance administrative et en recherche documentaire fournie par Catherine Legros mérite une mention particulière.

La collaboration, la documentation et la contribution technique reçues des bureaux régionaux de l'OMS (AFRO, AMRO, EMRO, EURO, SEARO et WPRO), notamment des conseillers régionaux et des personnes de contact MPS, a été d'une valeur inestimable pour l'élaboration du document. Chacun doit ici être remercié personnellement : Doyin Oluwole et Seipati Mothebesoane-Anoh (AFRO), Virginia Camacho (AMRO), Ramez Mahaini (EMRO), Alberta Bacci (EURO), Ardi Kaptiningsih (SEARO), Pang Ru-yan et Khine Sabai Latt (WPRO). AFRO, AMRO et SEARO ont de plus facilité des visites et des échanges avec des représentants de différentes institutions et programmes. L'auteur remercie particulièrement les représentants de l'OMS et de MPS en Bolivie (José Antonio Pagés et Fernando Amado) et en Indonésie (Georg Petersen, Laura Guarenti et Imma Batubara). Il convient également de remercier les nombreux partenaires dans ces deux pays qui ont pris le temps de participer aux rencontres, de correspondre par courrier électronique, et de rechercher et d'envoyer des documents. Plus largement, l'ensemble des représentants MPS des différents pays d'intervention ont encouragé et appuyé ce processus.

Au siège de l'OMS à Genève, Haile Mariam Kahssay du Département OSD, Cathy Wolfheim de CAH et Desmond O'Byrne de MNT ont été des partenaires importants. D'autres départements ont donné du temps et fourni des documents, notamment FRP, VIH/SIDA et Stop TB.

L'auteur souhaite aussi souligner les contributions de France Donnay et Francesca Monetti (FNUAP), Khama Rogo (Banque mondiale), Marilen Danguilan et Abdel El Abassi (UNICEF), Evy Messel (BIT), Jill Sheffield et Ann Starrs (Family Care International), Yanick Guiteau Dandin (Enfants du Monde, Haïti), Theresa Shaver (ONG Networks for Health), Mona Moore (Projet CHANGE), Mary-Josée Burnier (Fondation suisse de promotion de la Santé), Jacques Mader (Direction du développement et de la coopération suisse) et Jerker Liljestrand (consultant). Parmi les autres organisations contactées DFID et Save the Children doivent être citées pour leur appui. Enfin, tous nos remerciements aux participants de la Consultation informelle des 17 et 18 octobre 2002 pour l'ensemble de leurs commentaires. La version actuelle de ce document et les perspectives d'application future en sont le reflet.





## RÉSUMÉ

Le département Pour une grossesse à moindre risque de l'OMS (MPS) a été lancé pour renforcer les efforts de l'OMS au sein du mouvement international Pour une Maternité sans risque. MPS préconise que l'amélioration des services de santé doit aller de pair avec le développement d'actions au niveau communautaire afin de garantir que les femmes et leurs nouveau-nés aient accès aux soins qualifiés dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin.

Collaborer avec les individus, les familles et les communautés (IFC) est un élément déterminant pour assurer la continuité des soins recommandés durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. En outre, il est reconnu que la disponibilité de services de santé de qualité ne produira pas les résultats escomptés si les conditions de vie ne permettent pas d'être en bonne santé, ni de prendre des décisions favorables à la santé, ni de pouvoir les réaliser.

Sur la base de l'approche de Promotion de la Santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa, le présent document propose un cadre pour le développement d'interventions au niveau IFC visant à améliorer la santé maternelle et néonatale. Pour le département MPS, il s'agit d'une première étape dans l'élaboration d'une approche IFC cohérente et validée.

La finalité de cette collaboration est de contribuer au renforcement des moyens d'agir des individus, des familles et des communautés en vue d'améliorer la santé maternelle et néonatale, et d'exercer un plus grand contrôle sur celle-ci, tout en facilitant l'accès et l'utilisation de services de santé de qualité, en particulier ceux fournis par du personnel qualifié. Les interventions sont organisées en quatre champs prioritaires :

- développement des **APTITUDES** à rester en bonne santé, à prendre des décisions favorables à la santé et à réagir de manière adéquate à des urgences obstétriques et néonatales ;
- renforcement des **CONNAISSANCES** sur les droits, ainsi que sur les besoins et problèmes potentiels liés à la santé maternelle et néonatale ;
- renforcement des **LIENS** favorisant le soutien social entre les femmes, les hommes, les familles et les communautés ainsi qu'entre ceux-ci et les services de santé ;
- amélioration de la **QUALITÉ** des soins, des services de santé et de leurs interactions avec les femmes, les hommes, les familles et les communautés.

Une stratégie d'ensemble est recommandée, avec des actions dans chacun de ces quatre champs prioritaires. Le caractère complexe de la santé maternelle et néonatale, et de la collaboration avec les individus, les familles et les communautés, exige une approche intégrée qui optimise les bienfaits d'une large gamme d'activités, tant au sein même du système de santé qu'avec d'autres secteurs, en particulier avec des programmes d'éducation et d'amélioration des revenus.

Le département Pour une grossesse à moindre risque a des rôles spécifiques, basés sur la mission et les avantages comparatifs de l'OMS. Le département ainsi entreprendre des efforts importants pour favoriser la collaboration avec les individus, les familles et les communautés en d'améliorer la santé maternelle et néonatale dans les domaines d'action suivants :

- constitution d'une base solide de recherches et d'expériences,
- promotion active de l'importance capitale de cette composante, et
- établissement de partenariats pour sa mise en œuvre, dans le cadre des stratégies de santé maternelle et néonatale.





# 1. INTRODUCTION, CONTEXTE ET CONCEPTS

## 1.1 Introduction

L'initiative Pour une grossesse à moindre risque (MPS) a été lancée en 2000 pour renforcer les efforts de l'OMS au sein du mouvement international Maternité sans risque. Cette initiative (actuellement un département de l'OMS) vise à soutenir les pays dans le renforcement de leurs systèmes de santé, principalement en proposant des interventions validées et visant les causes majeures de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. Le département préconise que l'amélioration des services de santé doit aller de pair avec le développement d'actions au niveau communautaire afin de garantir que les femmes et leurs nouveau-nés aient accès aux soins qualifiés dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin. De plus, elle met en évidence le rôle important des femmes, de leurs partenaires, de leurs familles et plus largement de la communauté dans l'amélioration de la santé.

L'objet du présent document est d'établir une vision et une approche concernant la collaboration avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale, tout en identifiant le rôle spécifique en la matière du département Pour une grossesse à moindre risque de l'OMS. Ainsi, la 1<sup>ère</sup> partie du document définit les concepts, les principes directeurs et le cadre général ; la 2<sup>ème</sup> partie présente les stratégies, les milieux favorables et les champs prioritaires ; la 3<sup>ème</sup> partie propose une démarche de mise en œuvre ; enfin, la 4<sup>ème</sup> partie porte sur le rôle et les fonctions de l'OMS/MPS.

La principale base conceptuelle pour l'élaboration de ce document est l'approche de « Promotion de la Santé », telle que définie par la Charte d'Ottawa, 1986.<sup>1</sup> Cette approche souligne le rôle actif et positif des individus et des groupes dans l'amélioration de la santé ainsi que la grande diversité des facteurs qui influencent la santé (voir en Annexe 1 une brève présentation de la « Promotion de la Santé »). Ont également été prises en compte plusieurs stratégies régionales et nationales de l'OMS en matière de travail avec les communautés, ainsi que le rapport de la Consultation informelle sur cette question qui a eu lieu au siège de l'OMS en octobre 2001.

Ce document conceptuel et stratégique est surtout destiné à ceux qui ont largement contribué à son élaboration : l'ensemble de l'équipe internationale du département Pour une grossesse à moindre risque de l'OMS, des collaborateurs de l'OMS impliqués dans le domaine de la santé maternelle et néonatale, les partenaires du mouvement Maternité sans risque ainsi que d'autres spécialistes de domaines connexes. Ce document est le fruit d'un large processus de consultation, incluant, entre autres, des visites en Bolivie et en Indonésie, la participation à la Réunion des responsables de programmes de santé génésique de la Région africaine de l'OMS, ainsi que des réunions avec des conseillers en santé génésique de l'OMS et d'autres partenaires.



## 1.2 Contexte

### Le département MPS

Le département MPS vise à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales en contribuant à améliorer l'attention portée aux femmes enceintes et à augmenter le nombre des femmes bénéficiant de soins dispensés par du personnel qualifié pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Le département concentre son action dans six domaines : 1) le plaidoyer, 2) l'appui technique aux pays, 3) l'établissement de partenariats, 4) le développement de normes, de standards et de méthodes, 5) la recherche, 6) le suivi et l'évaluation des actions internationales.

Le nombre annuel de grossesses est d'environ 210 millions ; on estime à 30 millions celles qui présentent des complications et à 515'000 le nombre de femmes qui en meurent; en outre, 3 millions de naissances donnent lieu à des mort-nés, 3 autres millions de bébés meurent dans la première semaine de vie, et des millions d'autres souffrent d'incapacités à vie. Depuis longtemps, il est reconnu que ces tragédies sont, dans une large mesure, évitables.<sup>a</sup>

Les bases d'une collaboration avec les individus, les familles et les communautés

Le département MPS fonde son approche en matière de collaboration avec les individus, les familles et les communautés sur toute une série d'expériences et de leçons apprises du mouvement Maternité sans risque au cours des dix dernières années, sur l'efficacité avérée du concept de Promotion de la Santé de l'OMS, ainsi que sur diverses déclarations internationales et prises de position sur l'importance du rôle des individus, des familles et des communautés pour améliorer la santé (voir encadré).

Partant de cette base solide, le département MPS considère qu'une amélioration de la santé maternelle et néonatale n'est possible que si les femmes, les hommes, les familles et les communautés sont activement impliqués et si leurs capacités en matière de santé et à prendre des décisions favorables à leur santé sont renforcées. En outre, compte tenu du caractère très personnel, familial et social de la grossesse et de l'accouchement, le département estime qu'il est indispensable de développer des attitudes et un environnement favorable au sein de la famille et de la communauté.

Le département MPS relève aussi que la collaboration avec les individus, les familles et les communautés établit le lien nécessaire à la continuité des soins recommandée pendant toute la durée de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Pour être efficace, cette continuité des soins doit être assurée de la femme, de sa famille et de la communauté jusqu'aux services de santé,

- La Conférence d'Alma-Ata en 1978
- La Charte d'Ottawa en 1986
- La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire en 1994
- La quatrième Conférence mondiale des Femmes à Beijing en 1995
- La Déclaration conjointe de l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale sur la réduction de la mortalité maternelle en 1999

<sup>a</sup> *Mortalité Maternelle en 1995. Estimations réalisées par l'OMS, UNICEF et UNFPA.* Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2001. WHO/RHR/01.9



ceux-ci comprenant des soins obstétricaux et néonataux de base. L'accès à un personnel qualifié lors de complications obstétricales et néonatales constitue un des déterminants majeurs en matière de soins pour la survie de la femme et du nouveau-né.

Enfin, conformément au *Cadre d'évaluation pour une analyse des performances des systèmes de santé de l'OMS* (1999), le département MPS souligne que, de par leurs décisions et leurs actions en faveur de la santé ainsi que de par leurs attentes en matière de services de santé, les individus, les familles et les communautés sont des acteurs et des ressources importantes des systèmes de santé.<sup>2,3</sup> Ainsi, une approche fondée sur les systèmes de santé devrait nécessairement prendre en compte des stratégies de travail tant avec les services de santé qu'avec les individus, les familles et les communautés.

---

### **1.3 Le concept du département MPS en ce qui concerne la collaboration avec les individus, les familles et les communautés**

Le concept proposé par le département Pour une grossesse à moindre risque de l'OMS en matière de collaboration avec les individus, les familles et les communautés (IFC) est basé sur l'approche de Promotion de la Santé, définie comme un « processus qui confère aux populations les moyens de mieux contrôler et d'améliorer leur propre santé ainsi que leur qualité de vie ».<sup>1</sup>

Il est reconnu que la disponibilité de services de santé de qualité ne produira pas les résultats escomptés là où il n'y a pas la possibilité pour les femmes, les hommes, les familles et les communautés d'être en bonne santé, de prendre des décisions favorables à leur santé et d'être en mesure de les mettre en œuvre. Les actions développées au niveau IFC visent à promouvoir un environnement non seulement favorable à la survie, mais également à l'amélioration de la santé des mères, des nouveau-nés, des familles et des communautés.

La finalité d'une collaboration au niveau IFC est de contribuer au renforcement des moyens d'agir des individus, des familles et des communautés en vue d'améliorer la santé maternelle et néonatale, et d'exercer un plus grand contrôle sur celle-ci, tout en facilitant l'accès et l'utilisation de services de santé de qualité, en particulier ceux fournis par du personnel qualifié.

- Dans le présent contexte, le *renforcement des moyens d'agir* (en anglais, *empowerment*) est défini comme un processus permettant aux femmes, aux hommes, aux familles et aux communautés d'avoir un plus grand contrôle sur la santé maternelle et néonatale ainsi que sur les problématiques qui y sont liées. Un tel processus leur permet d'agir en faveur de la santé maternelle et néonatale et a lieu tant aux niveaux individuel et que collectif.
- L'intervention au niveau IFC, en ce qui concerne *l'accès et l'utilisation de services de santé de qualité*, en particulier ceux fournis par du personnel qualifié, vise au développement de démarches et d'actions contextuellement pertinentes et permettant d'aider les femmes et les nouveau-nés à accéder et utiliser les soins de qualité dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin.

La réalisation de cette finalité passe par la mise en œuvre de stratégies d'éducation, d'actions communautaires pour la santé, de partenariats, de renforcement institutionnel et de plaidoyer au niveau local. Ces stratégies devront en priorité être mises en œuvre dans les milieux favorables à la santé maternelle et néonatale que sont le foyer, la communauté et les services de santé (le concept de



« milieu favorable » est développé dans la section suivante). Les interventions sont organisées en quatre champs prioritaires :

- développement des **APTITUDES** à rester en bonne santé, à prendre des décisions favorables à la santé et à réagir de manière adéquate à des urgences obstétriques et néonatales ;
- renforcement des **CONNAISSANCES** sur les droits, ainsi que sur les besoins et problèmes potentiels liés à la santé maternelle et néonatale ;
- renforcement des **LIENS** favorisant le soutien social entre les femmes, les hommes, les familles et les communautés ainsi qu'entre ceux-ci et les services de santé ;
- amélioration de la **QUALITÉ** des soins, des services de santé et de leurs interactions avec les femmes, les hommes, les familles et les communautés.

Une stratégie globale est recommandée, avec des interventions dans chacun de ces quatre champs prioritaires. Les aptitudes et les connaissances des femmes, des hommes, des familles et des communautés doivent être développées en même temps que sont renforcés les liens au sein des communautés, ainsi qu'entre les communautés et les services de santé. De même, les effets positifs des interventions au niveau IFC ne seront pleinement atteints que si les services de santé maternelle et néonatale sont disponibles et de la qualité requise. C'est la synergie de ces quatre champs prioritaires qui permet d'améliorer la santé maternelle et néonatale.

Une attention particulière doit être accordée aux différentes interventions qui traitent du statut des femmes, surtout à l'intérieur de la famille. Les résultats obtenus en matière de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés, qu'ils soient positifs ou négatifs, sont en effet en grande partie déterminés par les décisions prises au sein de la famille.

Pour être durables, les démarches d'amélioration de la santé maternelle et néonatale doivent être conçues de manière à faciliter le développement d'**APTITUDES** individuelles et sociales. Les interventions doivent encourager la participation active des femmes, des hommes, des familles et des communautés en matière de santé maternelle et néonatale, au-delà des actions qui limitent leur rôle à celui de récepteurs passifs de messages et de soins.

« Prendre soin de soi » consiste à avoir des aptitudes à mener une vie saine et à prendre des décisions favorables à la santé, y compris un comportement de recherche de soins. Prendre soin de soi est un comportement social qui s'acquiert dans un contexte culturel donné.<sup>4</sup> Les femmes, les hommes et les familles ont tous des aptitudes à prendre soin d'eux-mêmes, dont ils se servent dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. Les efforts doivent donc viser à accroître et à améliorer ces aptitudes, et notamment leurs connaissances, leurs capacités cognitives, ainsi que leurs capacités à faire des choix favorables à la santé.

Le meilleur moyen de développer ces aptitudes passe par des partenariats et des alliances dans le secteur de l'éducation, et notamment avec des organisations non gouvernementales (ONG), avec le Fonds pour l'Enfance des Nations Unies (UNICEF), avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), ainsi qu'avec d'autres agences internationales. Il s'agit d'intervenir sur les lieux de travail, dans les écoles et dans les programmes de formation pour adultes, ainsi qu'à travers divers canaux de communication, dans le cadre d'une stratégie globale. Le personnel des services de santé et d'autres prestataires de soins qualifiés, en particulier les sages-femmes, peuvent aussi contribuer à améliorer des aptitudes. L'effet multiplicateur de ces actions doit permettre d'influencer certaines normes socioculturelles qui sont à l'origine du statut peu élevé des femmes et de l'iniquité entre les sexes. L'éducation des filles doit également être une priorité, car la relation est clairement établie entre leur accès à l'éducation et une mortalité maternelle réduite.<sup>5</sup>



Le développement des aptitudes est étroitement lié à un renforcement des **CONNAISSANCES** sur les questions relatives au genre et aux dimensions de la santé maternelle et néonatale, notamment les causes directes et indirectes de morbidité et de mortalité, les soins appropriés à donner ainsi que les décisions adéquates à prendre dans les situations d'urgence.

Le développement de la prise de conscience et des aptitudes au niveau individuel et collectif sera maximisé par la mise sur pied ou le renforcement de *réseaux sociaux* capables de collaborer et d'interagir avec les *réseaux des services de santé*.

Reconnaître que la maternité et la naissance sans risques sont des droits humains, promouvoir le rôle des hommes en tant que partenaires et pères, ainsi que le soutien par d'autres personnes influentes dans la famille et dans la communauté<sup>b</sup> constituent des éléments clés dans le renforcement des connaissances sur les besoins en santé maternelle et néonatale et pour réduire les inégalités liées au genre. Ces efforts contribuent également à prévenir les violences et la discrimination contre les femmes, facteurs qui entraînent des grossesses non désirées et des problèmes à la naissance, comme par exemple d'insuffisance pondérale du bébé. Mener des démarches de sensibilisation sur les questions de la santé sexuelle et génésique de l'adolescent est pertinent pour réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes ainsi que les abus liés à des questions de genre.

La participation de la communauté dans l'analyse des informations sur la santé maternelle et néonatale favorise également le renforcement des connaissances et tend, par la même occasion, à stimuler le soutien social et la participation à la résolution de problèmes en matière de santé maternelle et néonatale. Cette démarche contribue par ailleurs à l'établissement de mécanismes visant la transparence et la redevabilité des services de santé envers la communauté.

Cette prise de conscience et le développement des aptitudes des individus et des collectivités seront plus efficaces en établissant ou en renforçant des *réseaux sociaux* capables de collaborer et d'interagir avec les *réseaux de services de santé*. Les réseaux sociaux sont établis sur la base de partenariats entre les individus, les organisations communautaires et d'autres acteurs du système de santé au niveau du district. Tous les acteurs et les ressources existantes doivent être pris en compte, y compris les guérisseurs traditionnels, les comités de santé, les ONG et les autorités locales. Les organisations et structures faisant partie de ces réseaux sociaux peuvent prendre part à l'analyse de la situation de la santé maternelle et néonatale, à l'identification de solutions pour la prise en charge des dépenses de transport et de santé, à l'amélioration de la qualité des soins ainsi qu'à des démarches de plaidoyer au niveau local, de mobilisation de ressources et d'éducation pour la santé. En particulier, les systèmes communautaires de financement des dépenses de santé peuvent notablement améliorer l'accès aux soins et stimuler les actions communautaires en faveur de la santé.

Les actions des réseaux sociaux renforcent les **LIENS** entre les femmes enceintes, les mères et leurs nouveau-nés, la famille et la communauté en général, tout en renforçant les liens avec les services de santé. Ces liens favorisent l'établissement d'alliances efficaces pour générer des actions complémentaires et coordonnées en faveur de la protection et de la promotion de la santé maternelle et néonatale. Ces structures sont nécessaires pour établir une interface entre les soins au niveau individuel (au sein du foyer et de la communauté) et ceux prodigués par les professionnels de la santé. Ces liens peuvent aussi être améliorés en définissant des rôles clairs pour les accoucheuses traditionnelles (AT) et des relations pertinentes de celles-ci avec le système formel de prestation des soins. Ce point reste une question centrale dans de nombreux pays où les AT fournissent encore l'essentiel des soins. L'établissement de partenariats entre les AT et le personnel de santé qualifié, ainsi que de leurs rôles dans le système de référence, dans la diffusion d'informations sur la santé et dans le renforcement du soutien social sont des éléments à considérer.

<sup>b</sup> Dans ce document, le terme "influent" s'utilise pour caractériser les personnes qui influent sur les décisions qui se prennent.



S'il est important de permettre aux communautés de mieux collaborer avec les services de santé, il est également important de renforcer les capacités des services de santé à travailler avec les communautés. Une démarche visant à impliquer la communauté dans la définition et le suivi de la **QUALITÉ** des soins peut être un point de départ efficace pour une collaboration entre la communauté et les services de santé. Le concept IFC du département MPS préconise une approche de la qualité centrée sur la communauté et par conséquent une la participation de la communauté dans la définition de la qualité des soins.

Au delà de l'amélioration des services et du sentiment de satisfaction par rapport aux prestations, l'implication de la communauté dans la qualité des soins renforce ses relations avec les services de santé. Les approches utilisées prennent en général en considération divers déterminants de l'utilisation des services, tels que la croyance en l'efficacité des soins, la croyance en la capacité des soins existants à résoudre les problèmes de santé, ainsi que la perception d'une certaine sensibilité socioculturelle. Parmi les moyens permettant d'améliorer la qualité des soins maternels et néonataux, peuvent être cités le développement des compétences interculturelles et interpersonnelles des prestataires de soins et la mise en place d'un environnement attentionné et favorable lors de l'accouchement.

Afin de produire des améliorations durables, les différents partenaires internationaux et nationaux devraient plaider pour que certains facteurs déterminants de la santé maternelle et néonatale soient particulièrement pris en compte, en particulier la réduction de la pauvreté, l'égalité entre les sexes, ainsi que l'éducation des filles et des femmes. Les interventions IFC en matière de plaidoyer au niveau du système de santé du district doivent être développées en étroite collaboration avec ces efforts internationaux. Ce plaidoyer local vise en particulier à renforcer la prise de conscience, à améliorer la qualité des services, à construire des alliances avec d'autres secteurs et à influencer les décisions permettant de trouver des solutions et d'allouer des ressources pour la santé maternelle et néonatale.

La prévention des grossesses non désirées et des infections de l'appareil reproducteur (IAR), du paludisme, du VIH/SIDA ainsi que la prévention et le traitement des avortements à risque sont d'autres besoins en santé sexuelle et génésique qui doivent être abordés de manière appropriée au niveau IFC. En particulier, la santé sexuelle et génésique des adolescents doit être envisagée dans le cadre d'une intense collaboration avec les principaux partenaires actifs dans ce domaine. La mauvaise comme la bonne santé ont un caractère cumulatif et reflètent les différentes expériences d'un individu au cours de sa vie (approche du Cycle de santé familiale).<sup>6, 7</sup>

Le caractère complexe de la santé maternelle et néonatale, et de la collaboration avec les individus, les familles et les communautés, exigent une approche intégrale optimisant les effets d'une large gamme d'activités, tant au sein même du système de santé qu'avec d'autres secteurs, en particulier avec des programmes d'éducation et d'amélioration des revenus. Des stratégies globales, basées sur les synergies entre les quatre champs prioritaires, doivent répondre afin d'être efficaces aux besoins et aux priorités spécifiques d'une région, d'un pays et d'un district. Autrement dit, il n'existe pas de solution parfaite ni de modèle applicable partout.

---

## 1.4 Principes directeurs

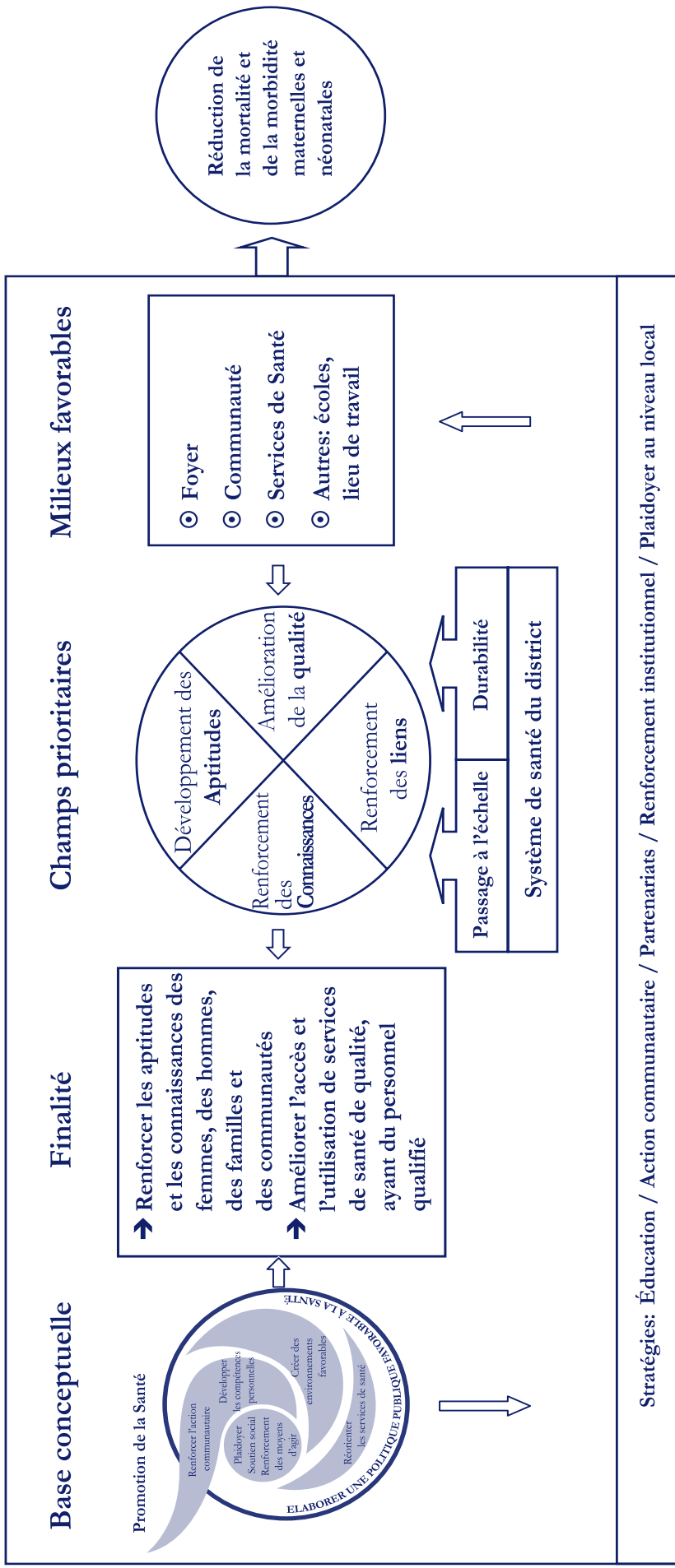
**L**es principes directeurs pour une collaboration avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale sont notamment :

1) la recherche de la justice sociale et de la réduction de la pauvreté pour éliminer les inégalités en matière de santé, 2) la promotion du respect, protection et accomplissement des droits humains des femmes, des hommes, des adolescents et des nouveau-nés, 3) le respect des valeurs fondamentales de choix, de dignité, de diversité et d'égalité, 4) la prise en compte des sensibilités culturelles et des questions de genre, 5) l'accent mis sur les ressources personnelles et sociales existantes. Ces principes constituent la base sous-jacente pour la mise en œuvre du cadre stratégique d'interventions au niveau IFC, présenté ci-dessous.



## 1.5 Cadre stratégique pour le développement d'interventions IFC

La Promotion de la Santé est « un processus qui confère aux individus et aux groupes les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et sur la qualité de leur vie, et d'améliorer celles-ci. »<sup>8</sup>



Source : adapté de Indonesia Health Promotion concept (Le concept de Promotion de la Santé en Indonésie), Healthy Indonesia (juillet 2002)<sup>8</sup>  
Image de Promotion de la Santé (voir en page 46 pour une version de plus grande taille), adaptée du Plan d'action national de Maternité sans risque 2001-05 : Région du Pacifique Ouest.<sup>9</sup>



## 2. STRATÉGIES, MILIEUX FAVORABLES ET CHAMPS D'INTERVENTION PRIORITAIRES

### 2.1 Stratégies

La présente section décrit les stratégies permettant d'atteindre les finalités du travail avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Ces stratégies ont été choisies à cause de leur perspective à long terme, de leur capacité à atteindre les finalités proposées, ainsi que de leur relation avec les champs prioritaires. Ces stratégies sont conçues pour interagir et se renforcer mutuellement.

#### Éducation

Dans la Déclaration d'Alma-Ata, l'éducation est citée en tant que premier des huit éléments essentiels des soins de santé primaires et est considérée comme l'un des éléments les plus importants contribuant à la santé maternelle et néonatale.<sup>10, 11</sup> Dans la perspective du présent document, l'éducation fait référence à : a) l'éducation à la santé et les responsabilités en la matière au sein du secteur de la santé ; b) la collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation (éducation de base et éducation des adultes). Le concept de « littératie en matière de santé » peut être définie comme « un niveau donné de capacités qu'ont les individus à obtenir, traiter et comprendre les informations de base relatives à la santé et aux services de santé dont ils ont besoin pour prendre des décisions appropriées en matière de santé. »<sup>10</sup> Dans l'approche IFC, l'éducation va au-delà de ce concept de littératie en matière de santé en visant à fournir aux femmes, aux hommes, aux familles et aux communautés les connaissances et les compétences nécessaires pour agir, maintenir, sauvegarder, promouvoir et améliorer la santé maternelle et néonatale.

Cela nécessite une vision globale de l'éducation à la santé qui devrait inclure :

- les facteurs personnels (connaissances, attitudes, comportements, concept de soi, compétences) ;
- les processus interpersonnels (systèmes de soutien social, familles, groupes de travail) ;
- les facteurs institutionnels (institutions sociales et sanitaires) ;
- les facteurs communautaires (insertion dans les organisations et les groupes) ;
- la politique publique (lois et politiques locales et nationales).<sup>12</sup>

Les démarches de communication telles que d'information, d'éducation et de communication (IEC), de marketing social, et de communication pour un changement de comportement (CCC), constituent des tentatives systématiques d'influencer positivement les pratiques sanitaires de larges secteurs de la population.<sup>11</sup> Leur principal objectif est d'induire des améliorations dans les pratiques associées à la santé. L'approche IFC de l'initiative MPS propose que ces démarches de communication soient combinées avec des démarches d'éducation à la santé visant à renforcer les moyens d'agir (empowerment) des individus, des familles et des communautés.



Nous faisons ici une distinction entre l'approche d'éducation proposée par l'initiative MPS et les approches de communication mentionnées, en ce sens que la première promeut le soutien social et a comme but ultime de renforcer les moyens d'agir de l'individu et de la communauté, plutôt que de se limiter à générer un comportement souhaité.<sup>11</sup> Plus spécifiquement, les approches socio-interactionnistes seront préconisées en tant que base théorique car elles sont mieux à même de renforcer les moyens d'agir de l'individu et du groupe.<sup>13</sup> De plus, les démarches d'éducation doivent être orientées de façon à créer des connaissances et non simplement à en délivrer. L'hypothèse de travail est que les connaissances sont développées et obtenues grâce à un processus de réflexion critique et de délibération dans le cadre duquel un nouveau savoir est relié au savoir existant.<sup>14</sup>

La collaboration avec le secteur de l'éducation dans des programmes d'éducation de base et d'éducation des adultes est complémentaire aux actions d'éducation à la santé. Cette collaboration a principalement trait à l'introduction des questions relatives à la santé maternelle, néonatale et génésique dans les contenus de formation de ces programmes. C'est un moyen avec un excellent rapport coût-efficacité d'influencer quelques-uns des facteurs sous-jacents des mortalités et des morbidités maternelles et néonatales, en particulier les normes sociales relatives au statut des femmes, à la sexualité, ainsi les aptitudes à prendre soin de soi.<sup>15</sup>

## Les actions communautaires pour la santé

La communauté est définie par l'initiative MPS comme étant un groupe pertinent de personnes qui partagent les mêmes besoins et les mêmes problèmes. Le concept de communauté va ainsi au-delà de son expression purement géographique (qui est la signification la plus courante). Il faut s'écarter d'une vision idéaliste de la communauté en tant que groupe homogène avec des valeurs et des normes communes, une personnalité collective et une volonté de travailler ensemble pour résoudre les problèmes. Il convient de prendre en compte les différences et les intérêts économiques et sociaux au sein de la communauté. Les interventions au niveau communautaire doivent ainsi commencer par une identification claire et sans équivoque, basée sur les critères économiques et sociaux, des personnes qui constituent la « communauté ».<sup>16</sup>

Le « dialogue communautaire » reconnaît le rôle central des communautés dans la prise de décisions et dans les actions qui ont un impact sur leur santé et sur leur bien-être.

Le concept IFC se base sur le modèle « action communautaire pour la santé », défini comme « un processus complet et durable permettant à une communauté – sociale, géographique ou professionnelle – de s'impliquer en tant que partenaire à part entière à tous les stades du processus des soins de santé. L'identification des besoins, la sélection des priorités, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités ont lieu en étroite collaboration avec le secteur de la santé, ainsi qu'avec les autres secteurs concernés. »<sup>17</sup>

De même que l'éducation, l'action communautaire pour la santé est essentielle à l'ensemble des champs prioritaires. La communauté a un rôle de première importance à jouer notamment dans le renforcement des liens avec les services de santé (système de financement et de transport), dans la prise de conscience sur les besoins en santé maternelle et néonatale (surveillance épidémiologique communautaire, etc.), et dans l'amélioration de la qualité des soins (implication de la communauté dans la qualité). Une augmentation des connaissances de la communauté dans ces domaines génère une action accrue en faveur de la santé et une participation plus marquée dans la résolution des problèmes liés à la santé maternelle et néonatale.



Le « dialogue communautaire » (entre la communauté et les services de santé) est une méthode innovante qui permet d'améliorer la compréhension mutuelle et de renforcer la prise de conscience de la réalité, des perspectives et des circonstances de l'autre partie.<sup>18, 19</sup> Le dialogue communautaire est un processus de discussion permettant d'échanger des idées et des opinions, en vue de rechercher une solution. Il reconnaît l'importance du savoir existant en tant que point de départ, de la mise à disposition d'informations sur les besoins en santé maternelle et néonatale pour discussion et débat, ainsi que le rôle central que jouent les communautés dans les décisions et actions qui influencent leur santé et leur propre bien-être.

En adéquation avec l'approche de Promotion de la Santé, le « dialogue communautaire » cherche à donner des moyens d'agir aux individus et aux groupes et à faciliter une meilleure compréhension des efforts fournis par les communautés, les foyers et les femmes pour promouvoir une grossesse et une naissance sans risques, afin que les interventions et contributions extérieures deviennent plus pertinentes et plus appropriées.<sup>18, 19</sup>

## Les partenariats

Le partenariat est défini comme « une relation de collaboration entre des entités visant à atteindre des objectifs communs dans le cadre d'une division du travail convenue de part et d'autre. »<sup>20</sup> La mise en place de partenariats est un élément essentiel du processus de mise en œuvre de la composante IFC, comme décrit dans les parties 3 et 4 du présent document. Des partenariats sont prévus aux niveaux national (au sein des systèmes de santé du district et avec d'autres secteurs), régional, et international (entre les différentes organisations des Nations unies, les coopérations intergouvernementales, les agences d'assistance technique et les ONG internationales). L'établissement de partenariats entre différentes institutions, y compris les ministères, les agences internationales, les groupes communautaires, les ONG et les groupes privés, que ce soit au niveau national ou aux niveaux intermédiaire et du district, est une condition essentielle pour le passage à l'échelle et la durabilité des actions.

### Les partenariats au sein du système de santé du district

Certains pays ont des expériences de partenariats visant à faciliter la coordination entre les services de santé publics et privés, et entre le Ministère de la santé, les ONG et les organisations communautaires.<sup>c</sup> L'OMS a développé de telles expériences, dénommées « systèmes locaux » ou « partenariats pour la santé ».<sup>21</sup> Les partenariats au niveau du district sont essentiels pour garantir la coordination et la convergence des efforts, assurer la qualité et éviter une duplication des activités. De même, une coordination formelle entre les acteurs publics et privés est nécessaire pour le développement d'une planification sanitaire cohérente aux niveaux local, intermédiaire et national.

### Les partenariats intersectoriels

Conformément à l'approche de Promotion de la Santé et à plusieurs résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé promouvant le concept de l'action intersectorielle,<sup>21</sup> des déterminants tels que la nutrition, l'éducation pour les femmes et l'infrastructure en matière de transports doivent être intégrés aux efforts visant à améliorer la santé maternelle et néonatale. Au niveau national, des partenariats intersectoriels avec les ministères concernés, les agences internationales et les ONG

<sup>c</sup> Exemples: « Unité Communautaire de Santé » à Haïti, « Sistemas Integrales de Atención en Salud » [Systèmes intégraux de soins de santé] au Guatemala, « Community Driven Development » [Développement défini par la communauté] (CDD) promu par la Banque mondiale.



doivent être encouragés. Au niveau du système de santé du district, les partenariats intersectoriels constituent, pour les autorités locales, les ONG, les organisations de la société civile et d'autres acteurs, des occasions de collaborer plus activement en faveur de la santé maternelle et néonatale. Il convient de prendre en compte les plates-formes ou collaborations existantes aux niveaux national et local.

Il faut tout particulièrement renforcer les efforts intersectoriels qui font un lien direct entre les activités sociales et de développement et les questions maternelles et néonatales. Par exemple, les projets en rapport avec l'agriculture permettent d'augmenter la quantité et la diversité de la nourriture dont a besoin la femme enceinte, ou les activités d'appui aux micro-entreprises ou de microcrédits qui peuvent être combinées avec des systèmes d'assurance de santé. Les efforts intersectoriels ne sont pas basés sur des structures formelles ou rigides, et ne sont pas des programmes de développement intégral, mais permettent surtout information, collaboration et coordination.

Des cadres de travail favorisant la coordination des interventions tels que le Plan-Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) peuvent aider à minimiser les situations de duplication et de gaspillage d'efforts au niveau du district. Ce Plan-Cadre vise à intégrer toutes les agences de l'ONU et la Banque mondiale dans le développement de programmes conjoints, sur la base d'approches intersectorielles et coordonnées.<sup>22</sup> Des approches s'étendant à tout un secteur (les SWAps - l'approche sectorielle) ont aussi été lancées pour mettre en place des mécanismes basés sur l'identification des besoins, la mise en commun des ressources disponibles et leur allocation aux soins de base, dans le but d'améliorer la gestion des actions de coopération et les résultats.<sup>22, 23</sup>

## **Le renforcement institutionnel au niveau du district de santé**

Dans un contexte de décentralisation, un renforcement institutionnel des organisations au niveau du district et de la communauté doit être planifié afin qu'elles soient notamment en mesure de mettre en œuvre les stratégies de santé maternelle et néonatale. Des appuis peuvent ainsi s'avérer nécessaires pour développer les capacités en planification, mise en œuvre, suivi et évaluation des programmes au niveau du district et de la communauté, notamment en ce qui concerne le diagnostic communautaire, les approches participatives, et pour l'élaboration d'outils et de méthodes d'évaluation. Dans la phase initiale d'analyse de la situation, il est important d'identifier les ressources disponibles ainsi que les limites de celles-ci quant aux compétences de mise en œuvre requises. Au stade de la planification, il convient d'élaborer une stratégie de développement de compétences qui prenne en compte les insuffisances identifiées.<sup>24</sup> Des financements durables, ainsi que des compétences en gestion et en organisations sont des facteurs clés du développement des systèmes de santé au niveau du district.<sup>25</sup> Pour les interventions IFC, il faut en outre évaluer les compétences existantes en mobilisation communautaire, dialogue communautaire, recherches, communication, ainsi qu'en termes d'approches éducatives et de capacités d'interaction avec les communautés. Ces démarches doivent être intégrées aux processus de renforcement institutionnel existants.

## **Le plaidoyer local**

Les efforts au niveau IFC doivent être étroitement liés aux efforts plus larges de plaidoyer pour les programmes de santé maternelle et néonatale. Plusieurs interventions IFC sont orientées vers le plaidoyer, augmentant la « demande » de la part des femmes, des hommes, des familles et des communautés, stimulant la prise de conscience de la communauté sur les questions de santé



maternelle et néonatale et visant également une plus grande participation dans la prise de décision au niveau du district pour trouver des solutions et allouer des ressources. La génération de cette demande et cette participation accrue sont nécessaires, non seulement pour changer les politiques et générer un environnement plus favorable, mais aussi pour renforcer les moyens d’agir des individus et des groupes. Enfin, les médias sont un partenaire important dans le travail de plaidoyer, autant pour l’ensemble du programme de santé maternelle et néonatale que pour les efforts en matière d’IFC.

---

## **2.2 Milieux favorables pour la femme, la mère et le nouveau-né**

Les « milieux favorables », tels que définis dans la Promotion de la Santé, permettent une approche efficace visant le développement d’une gamme complète d’interventions dans un contexte physique défini, afin de créer un environnement sain et favorable.<sup>26</sup> Il est important de noter que le concept de « milieu » tel que défini dans la Promotion de la Santé ne correspond pas à celui de groupe cible (en communication). Les milieux ayant une importance particulière pour la santé maternelle et néonatale sont le foyer, la communauté et les services de santé. Les écoles et les lieux de travail sont d’autres milieux favorables. Selon le contexte régional ou national, d’autres milieux favorables peuvent être identifiés (par exemple, les « îles santé » dans le cas de la région OMS/Pacifique occidental).

### **Le foyer**

Dans le présent document, le « foyer » est considéré comme un milieu équivalent à la famille. Dans le contexte du présent document, la famille désigne « tout groupe de personnes assumant la responsabilité de la santé maternelle et néonatale ». <sup>6</sup> L’évolution de la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés, qu’elle soit positive ou négative, est en grande partie déterminée par des décisions prises par le partenaire et par la famille, au sein du foyer. Dans les foyers favorables à la santé, les femmes, les hommes et la famille sont mieux disposés à rechercher et utiliser des soins qualifiés, à fournir un soutien du partenaire et de la famille pendant la grossesse, l’accouchement et la période postnatale, et enfin à assurer une meilleure nutrition ainsi qu’un meilleur statut de la femme au sein du foyer.

### **La communauté**

Une communauté saine pour les femmes enceintes, les mères et les nouveau-nés est une communauté informée, participative et solidaire, et qui joue un rôle actif en facilitant l’accès aux soins qualifiés, notamment à travers des systèmes de financement et de transport. Elle permet également de mieux répondre à d’autres besoins de santé maternelle et néonatale, par exemple en réduisant la charge de travail des femmes enceintes, en apportant une aide pour faciliter l’allaitement ou autres. Les rôles des hommes et d’autres acteurs influents, ou en position de décider, doivent être pris en compte lors de la conception des programmes communautaires de santé maternelle et néonatale.



## Les services de santé

En santé maternelle et néonatale, les services de santé comprennent les soins obstétricaux essentiels de base (SOEb) aux niveaux primaire et de référence (dispensaire, centre sanitaire, hôpital de district), afin de minimiser les délais et de recevoir un traitement adéquat dans les établissements de santé.<sup>27</sup> En collaborant avec la communauté, les services de santé peuvent être améliorés, y compris dans la provision des services et le genre de soins prodigués, afin qu'ils soient plus en lien avec les besoins, plus adéquats, plus appropriés et plus respectueux par rapport aux questions de genre et à la culture des femmes, des hommes, des familles et des communautés concernées. Par exemple, peuvent être considérés des éléments tels que les horaires de service pour les urgences et pour favoriser la participation des hommes, les temps d'attente, le respect, les couleurs et la température des salles, la mise à disposition de conseils et d'informations appropriées, la présence de personnel parlant les langues locales, l'accès des membres de la famille pendant les soins et l'accouchement, un équipement convenable pour les SOEb et la restitution du placenta après l'accouchement.<sup>28, 29</sup>

## Autres milieux favorables

*Écoles* : Selon l'UNICEF, le système d'éducation formel est « le moyen le plus large et le plus approfondi dont disposent les pays en développement pour mettre des informations à disposition des familles, des enseignants et des membres de la communauté ainsi que des étudiants. »<sup>30, 31</sup> Les programmes de santé scolaires développés par les écoles engagées dans une démarche de Promotion de la Santé peuvent être particulièrement pertinents pour traiter des questions ayant trait à la santé génésique.<sup>32</sup> Les écoles permettent aux enfants et aux adolescents d'acquérir des aptitudes essentielles pour la santé et la vie, pour faire des choix et pour adopter des comportements favorables à la santé. L'impact de la scolarisation est marqué pour la réduction des taux de fertilité, le recul de l'âge du mariage, l'usage accru des méthodes de planning familial, et l'amélioration des comportements de recherche de soins.<sup>33</sup>

*Lieux de travail* : Un lieu de travail sain est essentiel pour les femmes enceintes. Cela est important dans les grandes entreprises, mais aussi dans les petites et moyennes entreprises ainsi que dans le milieu non formel. Les lieux de travail ont comme valeur en soi d'être des sources de revenus pour les femmes et les hommes. Mais en outre, les lieux de travail méritent une approche globale de la santé permettant de mieux prendre en considération les facteurs physiques, organisationnels et sociaux favorisant la santé des femmes enceintes. Enfin, des informations et des approches appropriées de sensibilisation des hommes et d'autres membres influents de la communauté et du foyer peuvent être diffusées dans certains lieux de travail.

---

## 2.3 Les champs prioritaires d'intervention

Chacun des champs prioritaires d'intervention est décrit dans le chapitre ci-dessous. Des actions doivent être mises en place simultanément dans chacun des quatre champs pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Mais la sélection des interventions dépendra de la situation locale, du contexte et des ressources disponibles, comme évoqué dans la partie 3. du présent document. Par exemple, là où les transports ne sont pas à l'origine de délais préjudiciables à la recherche de soins, les systèmes de transport communautaire ne seront pas pris en considération. Une évaluation initiale sera donc nécessaire pour déterminer les priorités. Un suivi et une évaluation permanente permettront ensuite une mise en œuvre dynamique, réagissant aux changements intervenant dans la durée.



## Aperçu général des champs prioritaires d'intervention

Développement des APTITUDES	Renforcement des CONNAISSANCES	Renforcement des LIENS	Amélioration de la QUALITÉ
<i>à rester en bonne santé, à prendre des décisions favorables à la santé et à réagir de manière adéquate aux urgences obstétriques et néonatales</i>	<i>sur les droits, ainsi que sur les besoins et problèmes potentiels liés à la santé maternelle et néonatale</i>	<i>favorisant le soutien social entre les femmes, les hommes, les familles et les communautés, ainsi qu'entre ceux-ci et les services de santé</i>	<i>des soins, des services de santé et de leurs interactions avec les femmes, les hommes, les familles et les communautés</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prendre soin de soi</li> <li>■ Comportement de recherche de soins</li> <li>■ Préparation à l'accouchement et aux situations d'urgence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Droits humains et droits génésiques</li> <li>■ Rôles des hommes et des autres personnes influentes</li> <li>■ Surveillance épidémiologique communautaire et audits des décès maternels et périnataux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Systèmes de financement et de transport communautaires</li> <li>■ Foyers pour les femmes enceintes</li> <li>■ Rôle des accoucheuses traditionnelles au sein du système de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Participation de la communauté dans la qualité des soins</li> <li>■ Soutien social durant l'accouchement</li> <li>■ Compétences interpersonnelles et interculturelles des fournisseurs de soins en santé</li> </ul>

**Développement des APTITUDES**

## Prendre soin de soi

Le développement des connaissances et des compétences de la mère à prendre soin d'elle-même et de son nouveau-né est une dimension essentielle de l'approche de Promotion de la Santé et du concept IFC. Elle inclut les habitudes de la vie quotidienne susceptibles de protéger et de promouvoir la santé,<sup>4</sup> ainsi que les décisions et les actions qui peuvent prévenir les urgences. En résumé, l'aptitude à prendre soin de soi comprend la mise en place de modes de vie sains, d'un comportement de recherche de soins et l'observation des recommandations reçues en matière de soins. Prendre soin de soi est étroitement lié aux connaissances et aux normes sociales. Certains auteurs considèrent aussi que l'aptitude à prendre soin de soi fait partie d'un processus se développant essentiellement au sein du foyer.<sup>4, 34, 35</sup>

L'amélioration des capacités et des compétences à prendre soin de soi est possible par l'éducation - à la fois par des programmes d'éducation à la santé et dans le cadre du système d'éducation formel. Les interventions d'éducation à la santé ayant trait à prendre soin de soi doivent être conçues en collaboration avec les femmes enceintes, leurs partenaires et les autres personnes influentes dans les processus de prise de décision au sein de la famille. Des changements dans les savoirs, les normes et les comportements correspondants ne peuvent intervenir qu'à long terme en collaborant avec les programmes d'éducation de base et d'éducation des adultes.

Une attention particulière doit être donnée à l'éducation des filles. Il est en effet démontré que les





femmes qui ont été scolarisées ont une plus grande probabilité d'avoir moins d'enfants et de rechercher des soins; ces phénomènes deviennent encore plus évidents au fur et à mesure que les années de scolarisation augmentent.<sup>36, 37, 38</sup>

Les écoles constituent ainsi un milieu essentiel au développement des aptitudes à prendre soin de soi et des capacités à prendre des décisions favorables à la santé,<sup>33</sup> y compris la capacité à s'affirmer en tant que personne. D'autres milieux favorables sont le foyer, les services de santé, la communauté et les lieux de travail.

---

### Éléments clés pour prendre soin de la femme/mère et du nouveau-né :

- ✓ Problématique maternelle : régime alimentaire et nutrition ; alcool et autres drogues ; charge de travail/activités ; équité entre les sexes et violence ; hygiène ; soins prénatals ; soins pendant l'accouchement ; soins postnatals ; prévention des IST/VIH/SIDA ; espacement des naissances et planification familiale
- ✓ Problématique du nouveau-né : soins pendant l'accouchement ; non séparation de la mère et du nouveau-né à la naissance ; pratiques d'alimentation du nourrisson

Sources: WHO, 2003<sup>39</sup> et Nachbar, Baume et Parekh, 1998<sup>40</sup>

---

### Le comportement de recherche de soins

Promouvoir un comportement de recherche de soins, y compris l'utilisation d'un personnel qualifié pendant toute la durée de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale (pour la femme/mère et le nouveau-né) est un des objectifs principaux de l'OMS et d'autres partenaires clés.<sup>41, 42</sup> Les différents moments clés pour consulter du personnel qualifié sont indiqués dans le tableau ci-dessous. L'équipe du département MPS de l'OMS développe, conjointement avec d'autres partenaires, des normes techniques pour les soins de la mère et du nouveau né qui spécifient davantage le contenu des services à offrir.

L'utilisation de ces services est encouragée par le biais de différents moyens de communication et d'activités d'éducation à la santé mises en œuvre avec les femmes, les hommes, d'autres personnes influentes et la communauté au sens large, dans le cadre des interventions IFC. Pour optimiser les résultats, les éléments suivants devraient être déjà en place ou développés en parallèle : développement des capacités du système de santé à fournir efficacement une éducation à la santé ; conception, production et utilisation des moyens appropriés de diffusion de messages, matériels et approches pertinentes ; prise de conscience individuelle et sociale accrue des besoins et des droits des femmes en matière de santé, ainsi que des besoins et des droits de la mère et du nouveau-né en matière de santé ; collaboration avec les agents de santé communautaire (ASC) et les AT afin de garantir la continuité des soins et le soutien social.

Des études et des enquêtes ont été réalisées pour tirer les leçons des expériences passées et démontrer l'efficacité des différentes interventions d'éducation à la santé et de communication visant à promouvoir un comportement de recherche de soins. De tels efforts de documentation doivent être poursuivis afin d'analyser les résultats obtenus par les différentes approches éducatives quant à l'amélioration des aptitudes à prendre soin de soi et à utiliser les services de santé. De même, une compréhension initiale des raisons conduisant à utiliser ou à ne pas utiliser les services d'un personnel qualifié lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale est fondamentale pour le développement de stratégies et de messages appropriés pour l'éducation et la communication en santé. La recherche est donc une partie importante du développement de cette intervention.



Avoir un comportement de recherche de soins est étroitement lié aux actions visant à : développer les moyens de transport et les systèmes de financement ; améliorer les relations de genre ; valoriser le soutien des hommes et des autres personnes influentes ; impliquer plus fortement la communauté dans la qualité des soins. Les milieux propices pour cette intervention sont le foyer, les services de santé, la communauté et les lieux de travail.

---

### **Moments clés du comportement de recherche de soins et d'utilisation du personnel qualifié :**

- ✓ Quatre visites prénatales pour une femme enceinte sans complications
- ✓ Soins à l'accouchement et postnatals, dans l'heure suivant la naissance et les 12 premières heures après la naissance
- ✓ Visites postnatales pour la femme et le nouveau-né
- ✓ Urgence obstétrique
- ✓ Urgence néonatale



Source : WHO, 2003<sup>39</sup>

---

### La préparation à l'accouchement et aux situations d'urgence

La préparation à l'accouchement et aux situations d'urgence constitue un élément dont l'importance est mondialement reconnue dans les programmes de maternité sans risque<sup>43</sup>, et fait l'objet d'une promotion à large échelle par les agences internationales. Le manque de planification pour l'utilisation d'un personnel qualifié lors des naissances normales et une préparation inadéquate à des éventuelles complications sont des facteurs qui retardent indûment le moment où une attention qualifiée doit être dispensée.<sup>44</sup> Il est vrai que certaines cultures peuvent présenter certaines résistances quant au concept de planification, particulièrement en ce qui concerne les urgences.

Des efforts sont en cours afin de renforcer la base d'expériences et de recherches qui associent les interventions de préparation à la naissance et aux urgences avec une utilisation accrue des services de santé. De même, de nombreux programmes testent l'efficacité et la démarche permettant de faciliter cette planification. Par exemple, la Matrice de préparation à l'accouchement élaborée par MNH/JHPIEGO envisage des actions à différents niveaux, avec les décideurs, les centres de santé et leur personnel de santé, ainsi qu'avec les femmes, les hommes, les familles et les communautés.

Le département MPS de l'OMS considère la préparation à l'accouchement et aux situations d'urgence comme un élément central contribuant non seulement à la réduction des délais, mais aussi au renforcement des capacités des femmes, des hommes et des familles. En outre, cette intervention permet d'améliorer la communication intrafamiliale et les relations avec le personnel de santé. La préparation est nécessaire tant pour les soins de la mère que pour ceux du nouveau-né.

Cette intervention est associée : au développement des capacités des prestataires de soins en communication interpersonnelle et en conseil, dans le cadre du processus de prise de décision ; au développement des connaissances du personnel de santé sur les éléments à discuter lors de la préparation à l'accouchement et aux situations d'urgence ; à la conception, à la production et à l'utilisation lors des soins prénatals d'une « carte de préparation à l'accouchement et aux situations d'urgence » ; à



l'amélioration de l'identification des signes du travail et de danger pour la mère et le nouveau-né au niveau individuel et social; à la promotion de la communication au sein du couple et de la famille pour aider à la planification et à l'action ; à une collaboration avec les ASC et les AT pour plus de soutien social.

La préparation à l'accouchement et aux situations d'urgence est aussi fortement liée aux mesures prises pour développer les moyens de transport et les systèmes de financement, et à toutes les mesures prises pour accroître le rôle des hommes et d'autres personnes influentes. Les milieux propices aux activités de ce domaine d'interventions sont le foyer, les services de santé et la communauté.

---

### **Éléments clés pour l'élaboration de préparation à l'accouchement et aux situations d'urgence (obstétriques et néonatales) :**

- ✓ Choix du lieu de l'accouchement (domicile, centre de santé ou hôpital)
- ✓ Identification du centre de soins approprié le plus proche, en cas d'urgence
- ✓ Identification du personnel qualifié
- ✓ Identification d'un accompagnant pour l'accouchement et en cas d'urgence
- ✓ Identification d'une personne pour s'occuper de la maison et des enfants pendant l'accouchement et en cas d'urgence
- ✓ Planification des fonds nécessaires pour couvrir les dépenses liées à l'accouchement et aux cas d'urgence
- ✓ Organisation du transport pour un accouchement ayant lieu dans un centre de soins et en cas d'urgence
- ✓ Disponibilité des fournitures adéquates pour la naissance (selon qu'elle a lieu au domicile, au centre de santé ou à l'hôpital) : un kit d'accouchement propre, des vêtements propres, de l'eau propre (et de quoi la chauffer), des vêtements pour la mère et le bébé, du savon, de la nourriture et de l'eau pour la mère et la personne qui l'accompagne
- ✓ Identification d'un donneur de sang compatible en cas d'hémorragie

Sources : WHO, 2003<sup>39</sup> et Moore, 2000<sup>43</sup>

---

## **Renforcement des CONNAISSANCES**

Les droits humains et les droits génésiques

Un élément critique pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale est la reconnaissance qu'une maternité et une naissance sans risque constituent des droits humains. La Déclaration universelle des Droits de l'Homme stipule que « la maternité et l'enfance ont droit à des soins et à une assistance spéciaux. »<sup>45</sup> Le droit à une grossesse et à un accouchement sans risque a ensuite été confirmé lors de l'élaboration subséquente des traités, chartes et autres conventions sur les droits humains et fait à présent l'objet d'une large reconnaissance, comme le démontre l'importance accordée à la maternité sans risque dans différents documents internationaux tels que le Programme d'action de la Conférence internationale sur la coopération et le développement.<sup>d</sup>

<sup>d</sup> Voir par exemple, le Comité des Droits Economiques, Sociaux et Culturels, Observations Générales 14: le Niveau de Santé le plus élevé possible (Article 12) ; le Comité des Droits de l'Homme, Observations Générales 28: l'Egalité des Droits entre les Hommes et les Femmes (Article 3) ; le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Observations Générales 24: Femmes et la Santé (Article 12) ; Le Programme d'Action du CIPD, Le Caire, 1994.



Pour aider les pays à mieux respecter et remplir leurs obligations en matière de droits humains et de protection de la grossesse et de l'accouchement, l'équipe MPS a développé un Cadre d'intervention et un instrument pour l'évaluation de la santé et des droits humains. Ce cadre d'intervention et cet instrument aident les pays à analyser leur situation légale, politique et pratique en santé maternelle et néonatale grâce à une méthodologie participative qui prend en compte les points de vue de tous les acteurs concernés, y compris les individus, les familles et les communautés. Contrairement à d'autres évaluations basées sur les services de santé, ce processus d'évaluation analyse les insuffisances et/ou les obstacles aux soins de santé maternelle et néonatale en allant des individus, des familles et des communautés jusqu'aux services de santé de troisième niveau. Puis, par une approche participative, les parties concernées identifient les problèmes les plus importants d'accès, d'utilisation et de fonctionnement des services en matière de santé maternelle et néonatale. L'abondante documentation sur le sujet montre que des obstacles existent à tous les niveaux.<sup>46</sup> Ce processus d'évaluation prend particulièrement en considération les aspects légaux, politiques et pratiques permettant de réduire les retards lors de la recherche de soins et lors des traitements.

Une approche basée sur les droits humains renforce l'idée que l'accès à et la provision de soins appropriés est un droit que les populations sont en droit d'exiger de leur gouvernement, et un engagement que le gouvernement a pris envers elles en participant au consensus international sur les droits humains.<sup>47</sup> Cette approche vise donc à faciliter le plaidoyer et l'action des femmes, des hommes et des communautés au niveau du district, en vue de garantir que des services, ainsi que des informations, soient accessibles et disponibles lorsque cela est nécessaire. De plus, accroître la conscience de leurs droits renforce les moyens d'agir des femmes, des hommes et des communautés, les conduisant à « exiger » des services de qualité correspondant à leurs besoins ainsi que la mise en place de processus leur permettant d'être entendus dans la planification, le suivi et l'évaluation de ces services.

Enfin, au niveau individuel, les utilisateurs les mieux informés sur leurs droits génésiques sont en mesure d'améliorer leurs interactions avec le personnel de santé. Les femmes conscientes de leurs droits sexuels et

---

### Les droits humains associés à la santé maternelle et néonatale comprennent :

- ✓ La vie, la sécurité, la survie et l'identité
  - La vie, la survie et le développement
  - La liberté et la sécurité de la personne
  - La garantie de ne pas être exposé à un traitement inhumain ou dégradant
  - L'identité
- ✓ La non-discrimination et la participation
  - La non-discrimination
  - La participation
- ✓ L'information et l'éducation
  - Rechercher, recevoir et partager des informations
  - L'éducation
- ✓ La santé et la maternité
  - Les droits relatifs à la santé
  - Les bienfaits des progrès scientifiques
  - Le mariage et fonder une famille
  - L'intimité
  - La décision libre et responsable du nombre de grossesses et de leur espacement dans le temps

Sources: Harvard School of Public Health et OMS, 2002<sup>49</sup>

---



génésiques sont dans une position plus forte pour décider comment elles vont se comporter au sein de la famille, comment elles vont accéder aux soins et comment elles doivent être traitées par les services de santé.<sup>48</sup>

Les services de santé et d'autres partenaires peuvent appuyer ce domaine d'intervention en diffusant les informations concernant les droits gènesiques et les droits des usagers. Le dialogue communautaire sur les droits humains, les partenariats avec les organisations communautaires pour développer des stratégies de plaidoyer et de communication, ainsi que les programmes d'éducation au sein des écoles sont d'autres moyens pertinents pour aborder cette intervention.

### Le rôle des hommes et des autres personnes influentes

Les programmes de santé gènesique ont suscité une prise de conscience accrue du rôle des hommes dans la santé maternelle et néonatale, en tant que partenaires, pères et membres de la communauté.<sup>36</sup> Leur rôle est défini par un jeu complexe de facteurs culturels, sociaux, économiques et de genre, qui en général ne préparent pas les hommes à une participation aux aspects les plus importants des soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum.<sup>50</sup> De même, les droits des hommes en matière gènesique ainsi que leurs propres besoins dans ce domaine sont mieux reconnus, y compris leur participation active et informée dans la maternité, l'accouchement et les soins aux nouveau-nés.

Les hommes sont souvent des décideurs clés dans les comportements de recherche de soins maternels et néonataux. Ils doivent comprendre les besoins, les risques et les signes de danger de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale afin de pouvoir aider les femmes. La promotion du rôle des hommes en tant que partenaires et pères est essentielle à ce soutien et à cette participation.

Pourtant, les programmes de santé sont traditionnellement conçus pour interagir avec les femmes, et ne s'occupent généralement pas des rôles des hommes. Cela est vrai pour les aspects IEC (information, éducation, communication) de ces programmes mais également dans les différents moments de provision des soins. Les programmes doivent élargir leur compréhension des besoins et des points de vue des hommes quant aux soins à prodiguer à la mère et au nouveau-né pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, et quant à la paternité (sans compromettre les droits gènesiques des femmes).<sup>51</sup>

De même que pour les démarches visant à prendre soin de soi, les efforts visant à générer une nouvelle vision des rôles des hommes ne produiront des effets durables qu'à long terme, principalement par le biais de l'éducation (les programmes d'éducation à la santé et dans le cadre du système d'éducation formelle). Ces interventions devraient être mises en œuvre avec la participation des hommes et des femmes (adolescents et adultes), en les amenant à comprendre que les dimensions de genre et des droits gènesiques sont pertinentes tant aux uns qu'aux autres.

Les professionnels de la santé doivent être préparés à travailler autant avec les hommes qu'avec les femmes, afin de les soutenir dans leurs rôles respectifs. Les services de santé devraient prendre en considération les heures qui conviennent aux hommes pour que, si possible, les femmes puissent être encouragées à inviter leur partenaire lors des consultations, ou encore faire en sorte que les pères puissent soutenir leurs femmes lors de l'accouchement. Le personnel doit également avoir des compétences interpersonnelles pour travailler avec les hommes et les soutenir dans leurs rôles, tout en aidant les femmes à développer leurs capacités de prise de décision. La préparation à l'accouchement et aux situations d'urgence renforce également, comme nous l'avons vu plus haut, le besoin de communication et de prise de décision au sein du couple.



Les leaders communautaires, les membres de la famille, les AT et d'autres personnes influentes peuvent aussi contribuer à répondre à certains besoins des femmes et des nouveau-nés, ainsi qu'à prendre certaines décisions. Selon le contexte et la culture, les personnes plus âgées de la famille, par exemple les belles-mères, ont un pouvoir important dans les prises de décision et dans l'attention donnée à la femme enceinte. Cela peut concerner par exemple le régime alimentaire, la charge de travail et les responsabilités au sein de la famille, ainsi que le recours aux services d'urgence.<sup>35</sup> Ici aussi, l'action passe par l'éducation à la santé et la collaboration avec le secteur de l'éducation afin d'inclure des contenus appropriés dans les programmes d'éducation des enfants et des adultes.

Des personnes influentes peuvent être des exemples positifs. Dans l'approche appelée « déviance positive », les communautés sont mobilisées en démontrant que les comportements atypiques de quelques individus ont permis à leur famille d'atteindre un meilleur état de santé que celui de leurs voisins disposant des mêmes ressources.<sup>52</sup>

Les milieux favorables à ce domaine d'intervention sont la famille, les services de santé, la communauté, le lieu de travail et l'école.

---

### **Thèmes pour les rôles des hommes dans la santé maternelle et néonatale :**

- ✓ Les besoins de la santé maternelle et néonatale
- ✓ La communication au sein du couple et la prise de décision en commun dans la planification de la naissance
- ✓ La participation aux soins prénatals, aux soins pendant l'accouchement, ainsi qu'aux soins postnatals de la mère et du nouveau-né
- ✓ Les signes de danger et les soins appropriés pour la femme et le nouveau-né
- ✓ La prévention des IST/VIH/SIDA
- ✓ L'espacement des naissances et la planification familiale pendant la période postnatale
- ✓ Le soutien à l'allaitement
- ✓ La participation des hommes dans l'entretien et l'éducation de leurs enfants
- ✓ La responsabilité dans la paternité et dans la vie d'adulte (pour les jeunes)

Sources : WHO, 2003<sup>39</sup> et PAHO, 2001<sup>36</sup>

---

La surveillance épidémiologique communautaire et les audits de décès maternels et périnataux

Pour assumer un rôle, les communautés ont tout d'abord besoin d'informations concernant les besoins locaux en santé maternelle et néonatale. Il existe différentes méthodologies et outils conçus pour permettre aux systèmes de santé de collecter des informations sur la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. Plusieurs d'entre eux reconnaissent la valeur de la communauté en tant que source d'informations. Selon le concept IFC du département MPS, lors de l'utilisation d'outils et de méthodologies tels que la surveillance épidémiologique communautaire, les études de décès dans la communauté, les audits de décès maternels et périnataux, les autopsies verbales, et autres recherches menées sur les questions de la santé maternelle et néonatale, la communauté doit être considérée comme un partenaire de tous les instants, y compris dans la collecte, l'analyse et l'exploitation des



informations. De nombreuses expériences ont été menées dans ce domaine, notamment dans deux pays pilotes du département MPS (l'Indonésie et la Bolivie), dans la région AMRO/OMS, ainsi que par Save the Children, JHPIEGO et USAID.

Présenter les résultats de ces analyses approfondies non seulement accroît les connaissances et la prise de conscience de la communauté, mais sert de base pour le dialogue communautaire à la fois au sein même de la communauté et entre la communauté et les services de santé. Les informations recueillies, en particulier celles qui concernent les facteurs contribuant à la mortalité, sont également nécessaires pour le développement de stratégies et d'actions. La communauté doit prendre part à l'élaboration, à la planification et à la mise en œuvre de ces stratégies et actions. Des comités de mortalité maternelle, aux niveaux national et local, prennent en charge le travail d'identification et d'investigation des cas de décès maternels (par exemple par des audits), et par la suite émettent des recommandations sur les actions à entreprendre.<sup>28</sup>

Il s'agit là d'un domaine étroitement lié aux efforts de plaidoyer ainsi qu'aux efforts d'amélioration de la qualité des soins. Comme l'a noté PAHO, l'échange d'informations avec les communautés et les organisations est une démarche essentielle ; elles peuvent ensuite utiliser ces données pour plaider en faveur de changements au niveau de la politique sanitaire ou du personnel de santé.<sup>28</sup>

---

En **Bolivie**, le Ministère de la Santé a mis sur pied des Comités pour l'analyse des informations (CAI) à la fois au niveau de la communauté et des centres de santé. Un « CAI communal » jouit de la participation du personnel soignant, de leaders communautaires et de représentants des autorités locales et d'organisations communautaires ainsi que d'ASC, qui se rencontrent périodiquement pour analyser les informations sanitaires et prendre des décisions. Ces expériences ont été estimées utiles pour :

- ✓ servir de base à l'élaboration des plans d'actions communautaires,
- ✓ promouvoir les soins au niveau de la famille et de la communauté, et
- ✓ renforcer les liens et la communication entre le centre de santé, les ASC et la communauté.

Source : Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia [Ministère bolivien de la Santé et des affaires sociales], 2001<sup>53</sup>

---

La participation de la communauté dans les audits et les recherches doit aller de pair avec d'autres actions d'éducation. Mais, les femmes, les hommes, les familles et les communautés peuvent ainsi prendre conscience des conditions qui contribuent à la mortalité et à la morbidité à partir de cas observés dans leurs propres communautés, et discuter des actions préventives à entreprendre. Les milieux favorables envisagés sont le foyer, la communauté et les services de santé.

## Renforcement des LIENS

Les systèmes de financement et de transports communautaires

Les domaines d'interventions susmentionnés ont traité de la prise de conscience individuelle et sociale, ainsi que des aptitudes et de l'appui social pour améliorer l'accès aux soins. Cependant un facteur particulièrement évident dans l'accès aux soins est la capacité d'atteindre physiquement et d'utiliser les services de santé. La présence de systèmes de financement et de transports peut faciliter



le processus de prise de décision individuel et familial quant à utiliser des soins qualifiés, réduisant ainsi les délais pour en bénéficier. De même, les aspects financiers sont associés à l'un des objectifs fondamentaux des systèmes de santé, qui est d'être équitable dans le financement<sup>2</sup>, et plus largement à la question de la protection sociale. Un effort important est en cours en ce qui concerne les systèmes de financement et de transport chez des partenaires clés, notamment GTZ, FNUAP, BIT-STEP, UNICEF et USAID.

### Les systèmes de financement

Une couverture universelle assurée par un système de sécurité sociale national a été introduite dans plusieurs pays. La Bolivie a mis en œuvre un programme de sécurité sociale qui vise à fournir des services de santé maternelle et néonatale gratuits, comprenant les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et postnatals, l'accès ainsi que le traitement en cas d'urgences obstétriques et néonatales. Par la suite, un système décentralisé allouant des ressources nationales aux municipalités a été mis en place pour assurer des mécanismes locaux de financement. L'impact sur l'utilisation de l'ensemble des services de santé maternelle et néonatale a été considérable (augmentation de 16% à 39% pour les soins prénatals et de 43% à 50% pour les soins pendant l'accouchement).<sup>28</sup>

Des approches plus locales de protection sociale recouvrent des expériences comme la micro-assurance, l'assurance de santé rurale, la mutuelle d'assurance de santé, les fonds de roulement pour les médicaments et la participation communautaire dans la gestion de la tarification. Une étude de ces approches en Asie et en Afrique a conclu qu'elles améliorent l'accès aux soins de santé, et confirment l'hypothèse selon laquelle un partage large des risques en matière de financement de la santé a un impact significatif sur les niveaux et l'accessibilité de la santé.<sup>54</sup>

Une étude sur les mutuelles de santé menée en 1998 en Afrique de l'ouest et centrale montre qu'elles permettent une plus grande couverture, l'extension de la protection sociale aux couches désavantagées de la population, et l'amélioration de la qualité de la santé.<sup>55</sup> En Amérique du sud, des micro-assurances sont proposées comme mécanismes complémentaires, en sus et en lien avec les systèmes de protection sociale de l'Etat.<sup>56</sup> Des expériences de crédit pour améliorer l'accès aux soins obstétriques ont été menées et documentées dans plusieurs pays, par plusieurs institutions.<sup>57, 58, 59, 60</sup>

Les différentes études montrent qu'il faut renforcer les capacités institutionnelles, administratives et de gestion des organisations communautaires impliquées, et mettent en évidence l'importance de la participation des gouvernements dans la mise sur pied d'un contexte légal, fiscal, et institutionnel favorable.<sup>55, 56</sup> Néanmoins, la durabilité de ces systèmes est parfois limitée. Du fait que ces systèmes sont conçus pour des personnes aux ressources limitées, des mécanismes de réassurance pris en charge par l'Etat (comme c'est le cas en Bolivie), voire par la coopération internationale, sont nécessaires.<sup>56</sup> De plus, ces efforts communautaires doivent être reliés à un système plus large de protection sociale, lorsque celui-ci existe.

Une autre mesure contribuant à la viabilité consiste à utiliser des mécanismes de solidarité financière existants. En partant de ces systèmes, le coût administratif additionnel lié aux éléments de santé ne sera pas aussi élevé qu'en cas de création d'une nouvelle entité. De plus, le fait qu'ils soient basés sur des accords existants minimise les probabilités de choix erronés.<sup>61</sup>

Un des bénéfices évidents des systèmes communautaires de financement de la santé est l'amélioration de l'accès aux services. Mais ils peuvent aussi contribuer à une plus grande redevabilité des services de santé envers la communauté, induisant une amélioration de la qualité des services de santé au niveau local.<sup>62</sup> Ces mécanismes stimulent aussi l'organisation et les actions communautaires pour la santé, renforçant ainsi les moyens d'agir des femmes et des communautés dans leur relation avec le personnel soignant.<sup>56</sup>





### Éléments clés d'un système communautaire de financement de la santé :

- ✓ Partir de ce qui existe en matière des systèmes de solidarité financière, d'initiatives et d'organisations communautaires
- ✓ Soutien technique et financier pour améliorer la gestion et la durabilité
- ✓ Promotion d'une participation accrue et active des femmes dans l'administration de ces systèmes
- ✓ Recherche de synergies avec des activités génératrices de revenus et d'appui d'autres acteurs clés, y compris les organisations communautaires
- ✓ Participation des gouvernements dans l'établissement d'un contexte légal, fiscal, financier et institutionnel favorable
- ✓ Aide aux prestataires de soins pour qu'ils deviennent de vrais partenaires

Sources : BIT et PAHO, 1999<sup>56</sup>

### Les systèmes de transport

La disponibilité de moyens de transport pour atteindre le centre de santé est un facteur important d'accès aux soins. Les leçons apprises des projets de santé maternelle en Afrique, en Asie et en Amérique latine suggèrent, qu'en l'absence de services publics, les systèmes communautaires de transport d'urgence en cas de complications obstétriques peuvent être un moyen efficace pour réduire le délai d'accès aux soins.<sup>63</sup> L'adaptation des solutions aux contextes locaux et une participation active des communautés à toutes les étapes du processus semblent être des facteurs de succès essentiels.<sup>64, 65</sup>

L'« ambulance bicyclette », les camions, les bus, les bateaux, les chariots à bœufs, les tricycles modifiés avec plate-forme, les canoës, les taxis, les motos à trois roues et les remorques sont quelques-unes des solutions locales qui ont été identifiées.<sup>66, 67</sup> accords peuvent être passés avec les syndicats de transports locaux, les chauffeurs privés et les compagnies de bus, si disponibles. Des fonds pour les transports d'urgence (fonds spéciaux ou systèmes de financement communautaires) peuvent être prévus pour faciliter l'utilisation des moyens de transport.<sup>58</sup> La communication lors des transferts est aussi une problématique liée à l'accès et au transport. Un système de radio bidirectionnel peut être utilisé pour contacter les sages-femmes dans des lieux de référence convenus.

Pour le développement de ce domaine d'intervention (systèmes de financement et de transport), un certain nombre d'actions de soutien sont nécessaires, parmi lesquelles : une prise de conscience sociale et individuelle accrue des besoins en santé maternelle et néonatale, y compris les signes de travail et de danger ; des liens avec les ASC et les AT pour un soutien lors des transferts ; des partenariats avec les ONG et les organisations communautaires ayant de l'expérience dans ces domaines. Les systèmes de financement et de transport sont également étroitement liés à la préparation à l'accouchement et aux urgences. Les milieux favorables envisagés sont le foyer et la communauté.



## Les foyers pour femmes enceintes

Dans les zones où la disponibilité de soins qualifiés est extrêmement limitée en raison du manque de personnel qualifié et/ou de la distance à parcourir pour les atteindre, il peut être pertinent d'envisager des foyers pour femmes enceintes.<sup>68, 69</sup> Ceux-ci ont pour but de fournir un lieu à proximité du personnel de santé qualifié, où les femmes peuvent passer les dernières semaines de leur grossesse. Certains de ces foyers mènent aussi des actions d'éducation et de conseil pour aider les femmes à améliorer leurs aptitudes à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs nouveau-nés.

Différents modèles de foyers pour femmes enceintes existent (voir les études de cas dans les pays suivants : Bangladesh, Cuba, Éthiopie, Indonésie, Malawi, Mozambique, Nicaragua, Nigeria, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée et Zimbabwe). Bien qu'il n'y ait pas eu d'évaluation formelle de leur efficacité, leur maintien indique une certaine viabilité locale.<sup>69</sup> Pour une mise œuvre réussie et une viabilité à long terme de ces foyers, la prise de conscience communautaire des besoins en santé maternelle et néonatale doit être importante. De plus, la participation de la communauté doit être assurée dans la planification, la mise en œuvre, la surveillance, ainsi que le développement de foyers culturellement appropriés et répondant aux besoins locaux. Ces foyers ne doivent pas être mis en place de manière isolée, mais doivent plutôt servir à établir des liens entre les communautés et le système de santé, dans le cadre d'une continuité planifiée des soins.

---

### **Considérations clés pour une bonne gestion des foyers pour femmes enceintes :**

- ✓ Offre de services
- ✓ Liens avec les services communautaires de santé et le système de référence
- ✓ Besoins en administration et en personnel
- ✓ Equipements et fournitures
- ✓ Aspects financiers



Source : WHO, 1996<sup>69</sup>

---

## Les rôles des accoucheuses traditionnelles au sein du système de santé

Tandis que l'OMS et ses partenaires promeuvent la disponibilité de personnel qualifié et des soins qualifiés, les responsabilités des AT dans la santé maternelle et néonatale doivent être mieux spécifiées, *dans les pays et les zones où elles existent actuellement*. Dans plusieurs pays en développement, des AT assument les soins lors de la grossesse, l'accouchement et période postnatale. En raison de leur acceptation culturelle et sociale, de leur savoir et de leurs expériences, les AT peuvent être considérées comme des alliées importantes pour l'éducation à la santé, le soutien social, et le renforcement des liens entre les femmes, les familles, les communautés et le système de soins formel.<sup>70</sup>

La Déclaration commune sur la réduction de la mortalité maternelle (OMS/FNUAP/ UNICEF/ Banque mondiale, 1999) reconnaît que, dans de nombreuses situations, le personnel qualifié n'est actuellement pas disponible, et ne le sera pas dans un futur proche. Pendant que les pays sont encouragés à élaborer et à mettre en œuvre des plans pour garantir l'accès à un personnel qualifié, il est reconnu que les AT peuvent continuer à être une source importante de soins. Dans ces situations, et



même dans celles où un personnel qualifié est disponible en plus des AT, il est stratégiquement utile de renforcer les capacités des AT à identifier les problèmes pouvant survenir pendant la période prénatale, à l'accouchement et pendant la période postnatale, et lorsque cela est nécessaire et possible, de conduire les femmes vers les services de prestation de soins, et de les guider à l'intérieur de ceux-ci.<sup>35, 71, 72</sup>

Là où un personnel qualifié est disponible, en particulier des sages-femmes, il faut définir et développer des partenariats et des accords avec les AT.<sup>50</sup> Les rôles possibles pour les AT sont énumérés dans le tableau ci-dessous. Ces rôles doivent être négociés et définis avec les AT, et non leur être imposés. La communauté doit aussi être consultée à ce sujet. Les AT ne constituent pas un groupe homogène et, d'un endroit à l'autre, leur niveau de qualification et les services qu'elles fournissent varient énormément.<sup>35, 40</sup>

« Dans les lieux où les AT jouent un rôle important dans la prestation de soins ou dans l'éducation des femmes et de la communauté, elles peuvent et doivent faire partie des membres de "l'équipe de santé" qui collabore à l'amélioration de l'accès aux soins et de leur qualité. »<sup>73</sup> Dans le contexte d'un travail en équipe, les AT peuvent aider le personnel à comprendre et à respecter les connaissances et traditions locales.

Dans la définition des rôles et des responsabilités, il est important de prendre en considération les intérêts des différentes parties, y compris les revenus ou salaires, les préférences culturelles et les rivalités professionnelles. Le rôle et le mode de fonctionnement des AT doit être mieux compris par le personnel qualifié et les professionnels de la santé.<sup>74</sup> Les AT doivent sentir qu'elles font partie du système et qu'elles doivent le soutenir, au lieu d'avoir l'impression que chaque cas référé ailleurs est le résultat d'un « échec de leur engagement envers les femmes et familles. »<sup>75</sup>

---

### Rôles possibles pour les AT au sein du système de santé :

- ✓ Plaidoyer pour les besoins de la santé maternelle et néonatale
- ✓ Encourager (et même accompagner) les femmes d'assister aux consultations prénatales et postnatales de base, et d'avoir des soins qualifiés lors de l'accouchement
- ✓ Aider les femmes à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs nouveau-nés et à respecter les recommandations sanitaires (nutrition, traitement, vitamines, vaccination, prise de rendez-vous, planification de la naissance et des urgences, planification familiale, alimentation du bébé, etc.)
- ✓ Diffuser les informations relatives à la santé dans les communautés et les familles
- ✓ Fournir un soutien social avant et après l'accouchement, soit en accompagnant la femme lors de la naissance, soit en aidant au sein du foyer pendant que la femme est absente pour accoucher
- ✓ Servir d'intermédiaire entre les femmes, les familles, les communautés, les autorités locales et les services de santé formels

Sources : WHO/ICM/FIGO, 2003<sup>70</sup>

---

## Amélioration de la QUALITÉ

La participation de la communauté dans la qualité des soins

Les approches d'amélioration de la qualité des services estiment que l'accent doit être mis sur ce que la communauté entend par qualité et sur son point de vue concernant l'adéquation de ces services à



sa culture et à ses besoins. Différentes méthodologies ont été développées pour aborder ces éléments, notamment des processus organisés et continus de participation communautaire dans la qualité des soins, démarche appelée « qualité définie par la communauté », ou alors de participation du « consommateur » dans la qualité.

Il est prouvé que les différences culturelles entre les préférences des femmes, des familles et des communautés d'une part, et les manières et procédures du personnel de santé d'autre part, peuvent limiter l'utilisation des soins même lorsque des services dont la qualité a été améliorée sont disponibles.<sup>35, 36, 37, 59</sup> C'est ainsi qu'une des manières les plus efficaces de vraiment assurer des services de bonne qualité et une utilisation accrue de ces services est d'impliquer la communauté dans leur planification, gestion et évaluation.

Consulter la communauté, et les femmes en particulier, sur leurs croyances, leurs points de vue et leurs préférences relatives à la grossesse, à la naissance, ainsi que par rapport aux soins postnatals de la mère et du nouveau-né, est particulièrement important. En effet, ces différents moments sont associés à des valeurs sociales et culturelles, à des significations et à des rites. Les services de santé peuvent prendre en compte ces éléments, de même que d'autres contributions de la communauté, afin d'améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité ainsi que la perception de la qualité des soins, et par conséquent l'utilisation des services. Dans ce cas, le but est d'aller au-delà d'une approche de type « clients » ou « usagers » des services, et de mieux répondre aux besoins de la communauté au sens large, tout en atteignant des usagers potentiels non encore touchés.

Etablir des liens avec les AT, les autres agents de santé communautaire et les groupes communautaires peut aider les services de santé à mieux comprendre les préférences et les besoins de la communauté. L'équipe de santé du district, les femmes, les membres de la communauté et les représentants de différents groupes communautaires peuvent développer ensemble une vision de leurs besoins en matière de santé maternelle et néonatale, et trouver ensemble des solutions. De même, la participation de la communauté facilite une recherche de soins et l'utilisation des services qui soit davantage le résultat de décisions collectives, plutôt que de comportements exclusivement individuels ou familiaux.<sup>76</sup> Enfin, la participation de la communauté dans les questions liées à la qualité des soins peut résulter en une meilleure compréhension de la situation existante, des difficultés et des limites rencontrées par les prestataires de services. Des solutions pratiques peuvent alors être mises en place par les services et/ou la communauté.

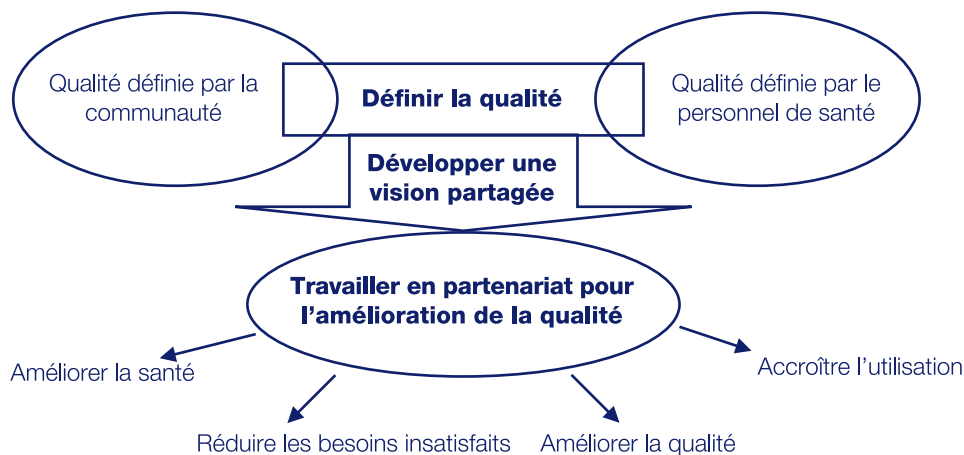
Comme dans d'autres domaines liés à la participation communautaire, différentes approches et méthodologies ont été utilisées pour établir la participation de la communauté dans la qualité des soins. « La plupart des centres de santé n'ont pas de mécanismes formels permettant un retour régulier d'informations des communautés vers le personnel de santé et administratif, quant à leur perception de la qualité des services et pour faire des suggestions pour l'amélioration de celle-ci. Une première étape pourrait être de stimuler la participation de la communauté à travers des réunions ou des enquêtes dans les familles. L'étape suivante pourrait être d'organiser des rencontres régulières avec la communauté. Quelques projets ont établi des conseils consultatifs communautaires ou une gestion communautaire du centre de santé par un conseil communautaire.»<sup>29</sup>

Les leçons apprises des programmes d'amélioration de la qualité indiquent qu'il est important que celle-ci soit établie en tant que culture organisationnelle (du centre de prestation des soins) et en tant que processus continu. Partant, la participation communautaire dans ce genre de processus doit aussi répondre à ces mêmes critères.<sup>77</sup>




---

### Cadre de l'approche « Qualité définie par la communauté » :



Source : *Maximizing Access and Quality, Community Driven Quality Sub-committee* [Maximiser l'accès et la qualité, Sous-comité pour la qualité définie par la communauté] <sup>77</sup>

---

Les actions de soutien à cette intervention sont : le plaidoyer pour la mise en place de politiques et de mécanismes encourageant la participation communautaire dans la qualité ; l'intégration dans les programmes de formation du personnel de santé d'éléments liés au développement de compétences pour travailler avec la communauté ; une prise de conscience communautaire accrue de leur intérêt à participer dans l'organisation des services de santé. Les milieux favorables à cette intervention comprennent le ménage, le centre de santé et la communauté.

#### Le soutien social pendant l'accouchement

Comme mentionné tout au long du présent document, la sensibilité interpersonnelle et culturelle joue un rôle important dans la perception de la qualité des soins offerts. Les chercheurs ayant étudié la qualité des soins dans différents milieux ont particulièrement insisté sur la présence de ces éléments durant l'accouchement. Le soutien social pendant l'accouchement est un moyen économique et efficace d'améliorer la santé maternelle et néonatale ainsi que la satisfaction des femmes par rapport aux soins reçus. Il a été démontré qu'avoir un soutien social pendant le travail (quand il n'y a pas d'urgences) a un impact positif pour un accouchement normal, à la fois pour la femme et le nouveau-né.<sup>48</sup>

Il a également été démontré qu'un soutien social pendant l'accouchement permet : de réduire l'incidence des interventions médicales telles que l'emploi de médicaments anti-douleurs, l'accouchement aux forceps, la césarienne ; un temps de travail raccourci ; une satisfaction accrue de la femme en ce qui concerne la naissance ; une récupération physique plus rapide suite à l'accouchement ; un allaitement plus facile et une amélioration des premières relations entre la mère et son enfant.<sup>78, 79</sup> Par ailleurs, le soutien social durant la phase de travail, dans un environnement agité et à forte densité technologique, est associé à une expérience de travail positive.<sup>42</sup>



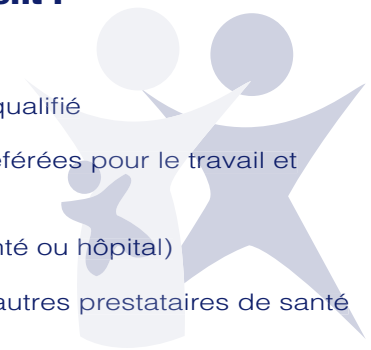
Un soutien social durant la phase de travail et l'accouchement signifie prêter attention aux souhaits, aux sensations de bien-être, aux besoins d'information et de choix de la femme.<sup>48</sup> Le soutien social peut être assuré par un accompagnant choisi par la femme, mais également et plus simplement par une attitude positive et respectueuse des professionnels de la santé.

Pour la mise en œuvre de cette intervention, les actions associées sont : le plaidoyer pour l'application de politiques qui promeuvent le soutien social pendant l'accouchement ; la planification de la naissance et des situations d'urgence pour que les femmes décident à l'avance de leurs préférences en matière d'accouchement et identifient un accompagnant ; l'amélioration des compétences du personnel de santé ; une prise de conscience accrue des hommes, de la famille et de la communauté sur de l'importance du soutien social durant l'accouchement ; des liens avec les ASC et les AT, que beaucoup de femmes choisissent comme accompagnants. Les milieux favorables pour cette intervention comprennent le foyer, les services de santé et la communauté.

---

### Éléments clés du soutien social pendant l'accouchement :

- ✓ Présence d'un accompagnant choisi par la femme enceinte
- ✓ Partenariat entre la femme, l'accompagnant/e et le personnel qualifié
- ✓ Respect des souhaits de la femme, y compris les positions préférées pour le travail et l'accouchement
- ✓ Naissance dans un lieu de préférence (domicile, centre de santé ou hôpital)
- ✓ Attitude positive et respectueuse du personnel qualifié et des autres prestataires de santé



Sources : WHO/RHR, 2002<sup>42</sup> et The Panos Institute, 2001<sup>48</sup>

---

### Les compétences interpersonnelles et interculturelles des prestataires de soins

La qualité est déterminée non seulement par des capacités techniques, mais aussi par l'adéquation culturelle et la dynamique de l'interaction entre clients et prestataires.<sup>80</sup> L'OMS et d'autres importants partenaires conçoivent l'amélioration des interactions entre les prestataires de soins et les femmes, les hommes et la communauté comme un facteur clé de la qualité. Différentes études ont par ailleurs montré que l'amélioration des compétences interpersonnelles et interculturelles des prestataires de soins a un effet positif sur l'observation des recommandations en matière de soins, le niveau d'acquisition de connaissances par les femmes, la perception de la qualité des soins et l'utilisation des services.<sup>35, 36, 80, 81</sup>

Promouvoir le droit des femmes et des hommes à des informations pertinentes, à pouvoir faire des choix liés à la santé génésique, à indiquer leurs préférences en matière d'accouchement et à participer aux décisions affectant leur santé, implique des compétences particulières chez les prestataires de soins pour fournir ces services. Conseiller pour une prise de décision et la résolution de situations problématiques, tel que proposé notamment dans la démarche de préparation à l'accouchement et aux urgences, ou aborder différemment les actions d'éducation à la santé, demande des capacités d'écoute et d'implication active des femmes, une attitude de respect du savoir existant, une sensibilité culturelle et des capacités d'accompagnement. Tout cela implique un changement par rapport aux habituelles sessions d'informations destinées aux femmes.<sup>82</sup>



La promotion des rôles que les hommes peuvent assumer implique que chaque prestataire de soins examine ses propres attitudes et développe des capacités d'interaction et de soutien. Selon leurs fonctions, les prestataires de soins peuvent être amenés à développer des compétences tant pour des interactions individuelles que pour le travail avec la communauté. Les sages-femmes pourraient être bien placées pour un travail de ce genre, car ces aptitudes sont considérées comme des facettes essentielles du travail des sages-femmes (voir *Foundation Module : the midwife in the community*, WHO/FRH/MSM/96.1 Modules de formation des sages-femmes de l'OMS).<sup>83</sup>

L'ensemble du personnel de santé doit être conscient qu'une bonne communication est importante, que donner des conseils appropriés est une compétence qui peut également sauver une vie, qu'en ayant des compétences interculturelles et interpersonnelles l'utilisation des soins peut être augmentée, et que les fonctions de communication et d'éducation à la santé ne sont pas séparées de, ni moins importantes, que leurs fonctions cliniques.<sup>35</sup> Cette prise de conscience et ce changement des pratiques des prestataires de santé doivent les conduire à offrir des « soins » plutôt que seulement des « traitements » aux femmes et aux nouveau-nés.<sup>84</sup>

---

### **Éléments clés des compétences interpersonnelles et interculturelles des prestataires de soins :**

- ✓ Veiller aux besoins humains
- ✓ Rester accessibles aux femmes et aux nouveau-nés
- ✓ Veiller aux besoins émotionnels
- ✓ Respecter les droits humains et la dignité des personnes
- ✓ Générer, et non fournir des connaissances
- ✓ Conseiller pour la prise de décision et la résolution de situations problématiques
- ✓ Faire participer le partenaire et la famille, si la situation le permet
- ✓ Encourager le rôle des hommes
- ✓ Prendre en compte le contexte culturel



Sources : Moore et al, 2002 <sup>84</sup>

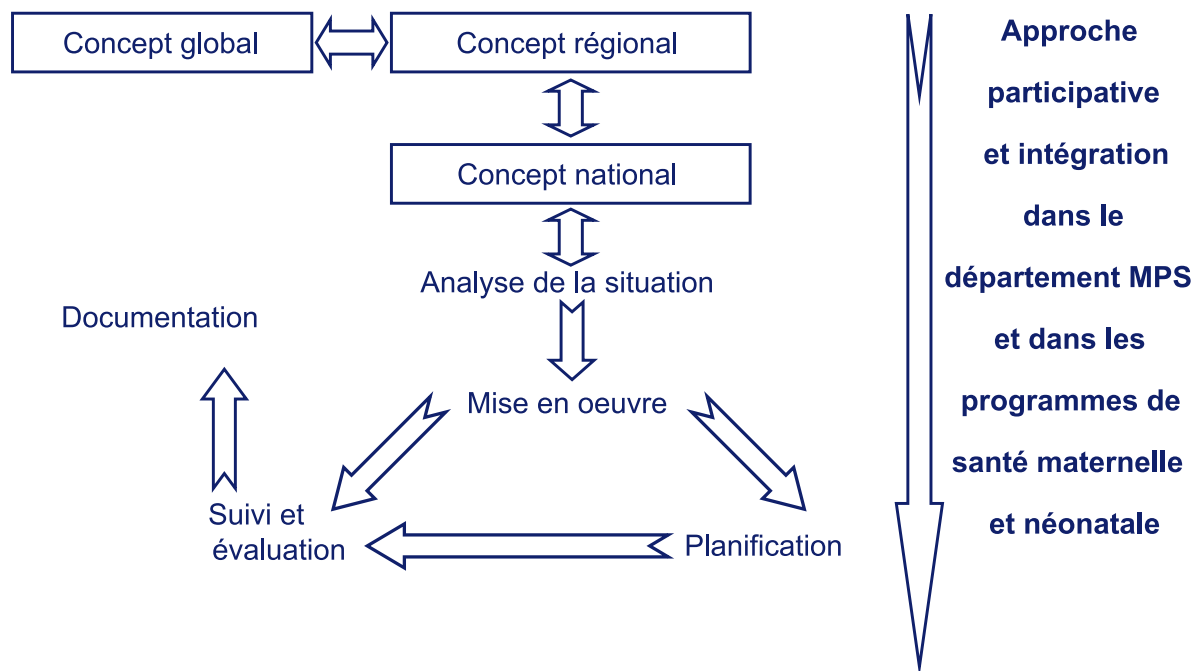
---

Cette intervention doit être coordonnée avec les stratégies d'éducation et de formation du personnel de la santé. La formation et une bonne supervision peuvent aider les prestataires de soins à découvrir les manifestations de leurs propres préjugés dans les interactions avec les patients.<sup>36,85</sup> Un élément tout aussi important pour l'amélioration des compétences des prestataires de soins est de comprendre leur point de vue ainsi que de penser à des mesures d'incitation susceptibles d'accroître leur motivation.



### 3. MISE EN ŒUVRE DES CONCEPTS ET DES STRATÉGIES

Le présent document conceptuel et stratégique pour le travail au niveau IFC doit être adapté au contexte et aux besoins spécifiques de chaque région ou pays. Une approche participative est nécessaire tout au long de ce travail d'adaptation et à tous les niveaux. Les principales étapes en vue d'une adaptation et d'une mise en œuvre sont proposées dans le schéma ci-dessous.



#### 3.1 Développer les stratégies IFC sur le plan national

Indépendamment de l'institution qui lance la démarche, il est essentiel que chaque pays se l'approprie dès le début et mène son propre processus d'élaboration de concepts et de stratégies au niveau national pour travailler avec les individus, les familles et les communautés en vue d'améliorer la santé maternelle et néonatale.<sup>e</sup> La composante IFC doit dès le départ être intégrée et mise en œuvre dans le cadre d'une stratégie plus large au niveau national pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. La première étape d'un processus au niveau national est donc l'intégration dans une structure existante, ou la création d'un groupe de travail s'il n'en existe pas. Celui-ci pourrait inclure le Ministère de la santé, les autres ministères concernés, les agences de l'ONU, des bailleurs de fonds, des ONG internationales et nationales, les organisations de promotion de la santé des femmes, de représentation de jeunes et des communautés, ainsi que d'autres acteurs concernés.

Au sein de ce groupe de travail, un petit comité devrait être constitué avec pour responsabilité la coordination générale de la mise en œuvre de la stratégie IFC.<sup>22</sup> Les membres de ce comité devraient représenter les institutions les plus expérimentées dans ce domaine, faire preuve d'aptitudes à diriger,

<sup>e</sup> Dans le cas de l'OMS, les bureaux régionaux peuvent aider à la conduite de ce processus.





être prêts à s'engager sur le long terme dans une telle démarche, tout en ayant la volonté d'adopter un processus interactif. Toutes les sources potentielles d'appui technique et financier devraient être identifiées pour les phases d'analyse de la situation, de planification, de mise en œuvre et d'évaluation.<sup>22</sup> Les agences de l'ONU et d'autres agences internationales et nationales peuvent fournir un appui technique, au besoin.

Les connaissances et informations existantes peuvent être suffisantes pour l'élaboration d'une stratégie IFC initiale au plan national. Mais il peut s'avérer nécessaire de réaliser des recherches additionnelles visant à combler le manque avéré de connaissances et à établir une base initiale d'informations.

Du point de vue administratif, trois niveaux sont en général présents : le niveau national, le niveau intermédiaire (province, état, région) et le niveau du district. Ce dernier est considéré comme étant le niveau administratif déterminant pour la mise en œuvre des programmes de santé maternelle et néonatale, y compris pour les interventions au niveau IFC. Le district est le niveau le plus approprié pour faire le lien entre les priorités locales et les lignes directrices et allocations de ressources des politiques nationales de santé, ainsi que pour la coordination entre les services de santé et les communautés, entre le gouvernement et le secteur privé, et entre le secteur de la santé et les autres secteurs, en particulier dans les pays ayant initié un processus de décentralisation et de réforme de la santé.<sup>17</sup> Les systèmes de santé au niveau du district facilitent l'interaction entre les réseaux sociaux et les réseaux des services de santé, comme décrit dans la 1<sup>ère</sup> partie du présent document. Il faut notamment prendre en considération que le système de santé au niveau du district fait partie de la sphère d'influence du gouvernement local.

L'existence de politiques et de stratégies non seulement au niveau national, mais également au niveau intermédiaire peut aider à la planification et à la mise en œuvre au niveau du district.

---

### **3.2 Le diagnostic, la sélection des priorités et la planification au niveau du district**

La mise en œuvre d'une stratégie IFC au niveau du système de santé du district ne peut avoir lieu sans une analyse de la situation et un processus de planification participative. La stratégie nationale n'est pas sensée être un ensemble d'interventions standard, mais plutôt un guide. La planification IFC au niveau du district doit répondre aux besoins locaux tels qu'identifiés dans la phase de diagnostic. Les recherches et les informations existantes doivent être collectées dans un premier temps. Une analyse plus approfondie de la situation est ensuite nécessaire pour identifier les domaines d'intervention pertinents, établir une base pour le suivi et l'évaluation, ainsi que pour planifier une mise en œuvre séquentielle des interventions, sur la base du contexte et des besoins.

Au niveau du district, les stratégies doivent être développées sur la base d'un consensus entre les différents partenaires et acteurs, sur la base des besoins identifiés, et devraient utiliser les ressources, les structures et les activités existantes dans la communauté et le district.<sup>24</sup> Le processus d'analyse de la situation et de mise en œuvre au niveau local devrait à son tour générer des informations utiles à la stratégie nationale.

Bien qu'une stratégie prenant en compte les quatre champs prioritaires soit recommandée, les capacités existantes et les ressources disponibles pour la mise en œuvre des interventions doivent être considérées. Dans un contexte de ressources limitées, un ou deux champs prioritaires pourraient être mis en œuvre dans un premier temps, en prévoyant l'introduction graduelle des autres champs dans un

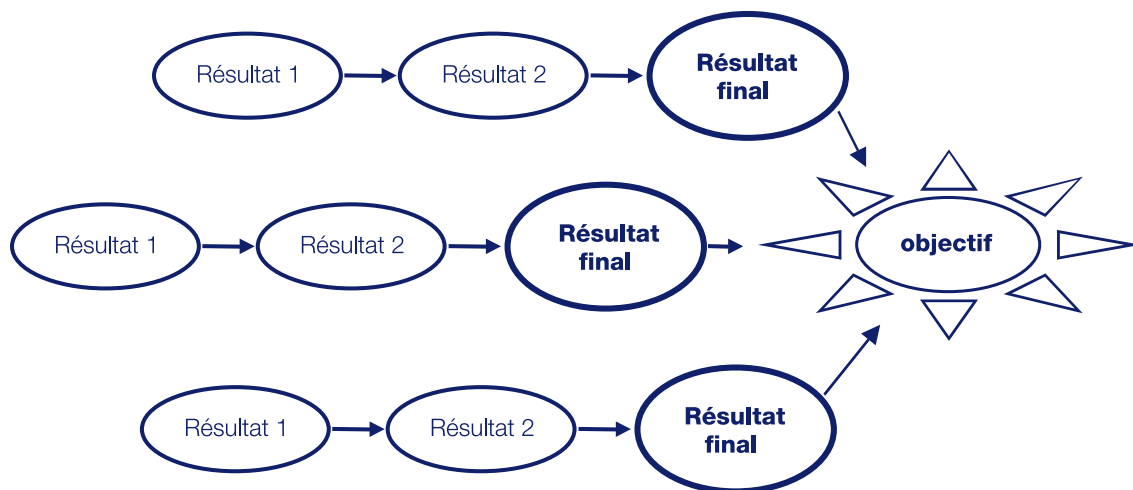


laps de temps à déterminer. Les champs prioritaires initiaux doivent être choisis stratégiquement, sur la base de leur capacité à résoudre les problèmes identifiés, mais également de leur potentiel à se renforcer mutuellement (effet de levier).

Il est recommandé d'utiliser une méthodologie de planification stratégique afin :

- d'identifier et de sélectionner les stratégies les plus efficaces pour atteindre les objectifs proposés ;
- de décomposer les interventions complexes en résultats intermédiaires ;
- de permettre une flexibilité face aux changements éventuels de la situation et du contexte ;
- de visualiser la chaîne de résultats nécessaires pour atteindre les objectifs.

### PLANIFICATION STRATÉGIQUE



Sources : Zehnder R et al., 2001<sup>86</sup>

Il convient néanmoins d'accorder une attention particulière à certaines interventions, à savoir :

- l'accroissement des connaissances et de la prise de conscience des besoins de la santé maternelle et néonatale, afin de renforcer le rôle des pères et des autres personnes influentes de la communauté ;
- la préparation à l'accouchement et aux situations d'urgences ;
- les comportements de recherche de soins, principalement pour les soins prénatals, les soins obstétricaux et néonataux essentiels de base, ainsi que pour les soins postnatals pour la mère et le nouveau-né ;
- l'amélioration de l'accès aux soins par le développement de systèmes communautaires de financement de la santé et de transport ;
- l'amélioration de la qualité des soins par le renforcement des compétences interpersonnelles et interculturelles du personnel de santé, ainsi qu'en promouvant la participation de la communauté dans la définition de la qualité des services.



Comme mentionné précédemment, le « dialogue communautaire » peut être un catalyseur de première importance pour n'importe lequel de ces champs prioritaires, et plus généralement pour la mise en œuvre d'une stratégie IFC globale. Les besoins spécifiques des minorités, des groupes indigènes ou marginalisés, y compris ceux des populations réfugiées ou déplacées ainsi que ceux des populations pauvres doivent être pris en compte lors de la planification et de la mise en œuvre des interventions IFC.

Pour une mise en œuvre séquentielle, ou une introduction par étapes, des champs prioritaires au niveau du système de santé du district, il convient de considérer les éléments suivants :

- Les domaines d'intervention doivent être des priorités identifiées par les différents acteurs, y compris par les membres de la communauté, les autorités du district et les autres partenaires concernés par la mise en œuvre.
- La mise en œuvre par étapes des interventions doit être précisée dans la planification initiale.
- Les acteurs clés du système de santé du district, y compris les représentants communautaires, doivent être impliqués dans les différentes phases du programme (diagnostic, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation).
- Les principaux indicateurs pour le suivi et l'évaluation doivent être définis et acceptés par les acteurs concernés.<sup>29</sup>

Les perspectives de passage à l'échelle et de viabilité doivent être prises en compte lors de l'élaboration de la stratégie IFC ainsi que tout au long de la mise en œuvre du programme. La coordination et le partenariat sont des aspects centraux pour répondre à ces enjeux.

Une coordination entre les différents domaines de la santé, tels que la santé génésique, la pédiatrie, la vaccination, le paludisme et d'autres doit être recherchée afin de renforcer la planification sanitaire du district. Il serait en fait utile d'établir une méthodologie et une approche communes - même si elles sont appliquées à des programmes et à des aspects spécifiques de santé - pour le diagnostic et la planification au niveau du système de santé du district.

---

### 3.3 Mise en œuvre

Lors de la mise en œuvre de la stratégie IFC, une attention spéciale doit être accordée à la mobilisation des ressources existantes, y compris un certain nombre de « ressources cachées » (organisations locales, structures traditionnelles, groupes), afin de les intégrer ou de les associer au système de santé du district. C'est un principe essentiel que de commencer avec ce qui existe et de construire à partir de cela. Les partenariats, ainsi que des collaborations et des coordinations formalisées entre les acteurs concernés sont nécessaires pour développer une mise en œuvre cohérente aux niveaux du district, intermédiaire et national.

#### A travers le système de santé du district <sup>87</sup>

Suite à l'Assemblée mondiale de la Santé en 1986, le Comité du programme mondial de l'OMS a défini le système de santé du district comme étant : « une population bien définie, vivant dans une zone administrative et géographique clairement délimitée, qu'elle soit urbaine ou rurale. Il inclut tous les individus et institutions fournissant des soins de santé dans le district, que ce soit dans un cadre gouvernemental, de sécurité sociale, non gouvernemental, privé ou traditionnel. Un système



de santé au niveau du district consiste donc en une grande variété d'éléments en corrélation, qui contribuent à la santé dans les familles, les écoles, les lieux de travail et les communautés, au sein du secteur de la santé et dans d'autres secteurs. Ces éléments doivent être bien coordonnés ... afin de contribuer à l'offre d'une gamme d'activités de promotion, de prévention, de traitement et de réhabilitation de la santé. »<sup>88</sup>

Pour résumer, le système de santé d'un district comprend :

- les structures des services de santé (hôpitaux, centres de santé ou postes de santé) ainsi que les structures de gestion des services de santé et leur personnel ;
- les structures de développement liées à la santé : conseils de village, organisations de la société civile (de femmes, d'entraide, de jeunes, de travail, de crédit, de paysans, religieuses, ethniques, coopératives), comités de développement, comités de santé, ONG, entreprises, et autres secteurs.<sup>89</sup>

<sup>90</sup>

Ces deux structures sont complémentaires ; elles incluent et représentent les deux réseaux (réseau des services de santé et réseau social) présentés dans la 1<sup>ère</sup> partie du présent document. Un certain nombre d'actions concrètes pourraient aider à développer des partenariats entre ces deux structures ou réseaux, dont :

- la réalisation au niveau du district d'un inventaire des structures de développement existantes liées à la santé ou potentiellement liées ;
- la compréhension de la façon dont ces structures pourraient contribuer au développement de la santé au niveau du district ;
- l'établissement de mécanismes permettant l'interaction entre le réseau des services de santé et le réseau social ;
- l'identification des appuis dont les structures locales de développement liées à la santé ont besoin pour leur permettre d'être plus efficaces dans la promotion de la santé.

Les gouvernements locaux peuvent jouer un rôle clé au niveau du district, en incitant à l'intégration et à la coordination, en développant des plans d'action englobant tous les aspects nécessaires, en mobilisant des ressources, en maintenant un certain équilibre entre les secteurs, et en générant les informations essentielles. De récents développements justifient qu'une attention majeure soit accordée aux rôles que peuvent jouer ces autorités locales.<sup>88</sup>

## **Construire à partir des ressources existantes et les intégrer**

Les ressources cachées

Pour la mise en œuvre d'une stratégie IFC, une attention toute particulière doit être accordée au potentiel que représentent les structures locales liées à la santé et de développement au niveau du district. Une étude de ces structures locales a été menée par l'OMS en 1992. La principale conclusion de cette étude a été d'établir qu'il existe un nombre considérable de structures qui s'occupent de santé, ou qui pourraient potentiellement le faire. Elles se trouvent au sein du secteur formel de la santé (comités de santé villageois, par exemple), mais également en dehors (par exemple, les organisations de femmes et de jeunes, les organisations paysannes, les comités de développement communautaire). Ces structures sont des « ressources cachées » qui devraient être mieux exploitées pour accélérer le développement de la santé.<sup>89</sup>



Il est d'ailleurs plus efficace de se baser sur les forces présentes dans les communautés, renforçant ainsi le sentiment d'appartenance aux structures liées à la santé, que d'établir de nouvelles structures en dehors des réalités locales et qui risquent de manquer de crédibilité.<sup>17</sup> La disponibilité et l'efficacité de ces organisations locales sont très variables. Toutefois, pratiquement toutes les communautés possèdent des formes d'organisation. Les programmes doivent d'emblée les identifier.

Au niveau de la communauté, il existe aussi une grande variété de personnes travaillant à l'amélioration de la santé. Certaines sont des prestataires « formels » et travaillent dans un cadre bien défini, public ou privé. D'autres, tels que les guérisseurs traditionnels, sont des fournisseurs de soins reconnus par la communauté qu'ils servent. La qualité des soins et des conseils donnés par ces fournisseurs de soins dépend, en partie, de la définition de leurs rôles et de la coordination de ces ressources au niveau communautaire.<sup>24</sup>

Les médias locaux et les moyens populaires de communication (théâtre, art) sont des ressources qui peuvent être coordonnées et mobilisées pour accroître les connaissances et renforcer la prise de conscience des populations et des décideurs.

#### Les programmes de santé existants

Le département MPS recommande de considérer les programmes de santé existants au niveau de la communauté pour rendre plus efficaces les interventions IFC. Une convergence des efforts est nécessaire au niveau communautaire entre les différents domaines de la santé tels que la santé génésique, la santé de l'enfant, les programmes de vaccination et de lutte contre le paludisme, ainsi que d'autres programmes gérés par le Ministère de la santé ou par des ONG.

Cette convergence des efforts est nécessaire à tous les niveaux (international, régional et national) et devrait être gérée aux niveaux intermédiaire et du district, mais elle peut au moins (dans un premier temps) être directement mise en œuvre au niveau du district. Les comités de santé villageois (CSV) ou les organisations communautaires de santé peuvent servir de lien entre la communauté, les services de santé et les agents de santé communautaire. De même, les centres de santé et d'autres programmes de santé gérés au niveau de la communauté par les organisations communautaires, les institutions religieuses et les ONG, doivent être pris en compte et intégrés dans cette démarche de convergence des efforts.

#### Les agents de santé communautaire<sup>21</sup>

Au niveau IFC, les ASC et les AT, sont reconnus comme une des ressources importantes dans de nombreux systèmes nationaux de santé. C'est à eux qu'il incombe souvent de développer et d'appuyer différentes interventions IFC, en tant que personnes de référence et d'appui social. Que ce soit dans les villages isolés ou dans les bidonvilles urbains se développant rapidement, les ASC sont une ressource importante pour des soins de santé disponibles, accessibles, acceptables et économiquement abordables, dans le cadre de la nécessaire continuité des soins. Leurs fonctions de soins aux mères et aux nouveau-nés sont moins importantes lorsque le personnel de santé qualifié, qu'il soit privé ou public, est accessible. Toutefois, leurs fonctions dans les actions de développement et de promotion restent utiles en toutes circonstances, voire cruciales dans les communautés dispersées ou disposant de moins de ressources.

Il existe une relation forte entre le système de santé au niveau du district et les ASC. Le système de santé du district est le cadre d'appui dont l'ASC a besoin pour fonctionner efficacement. Cet appui doit



leur assurer un développement systématique de leurs compétences, une supervision des ASC actifs, un système fiable de référence, une assistance technique, un système de fournitures et un système d'information.

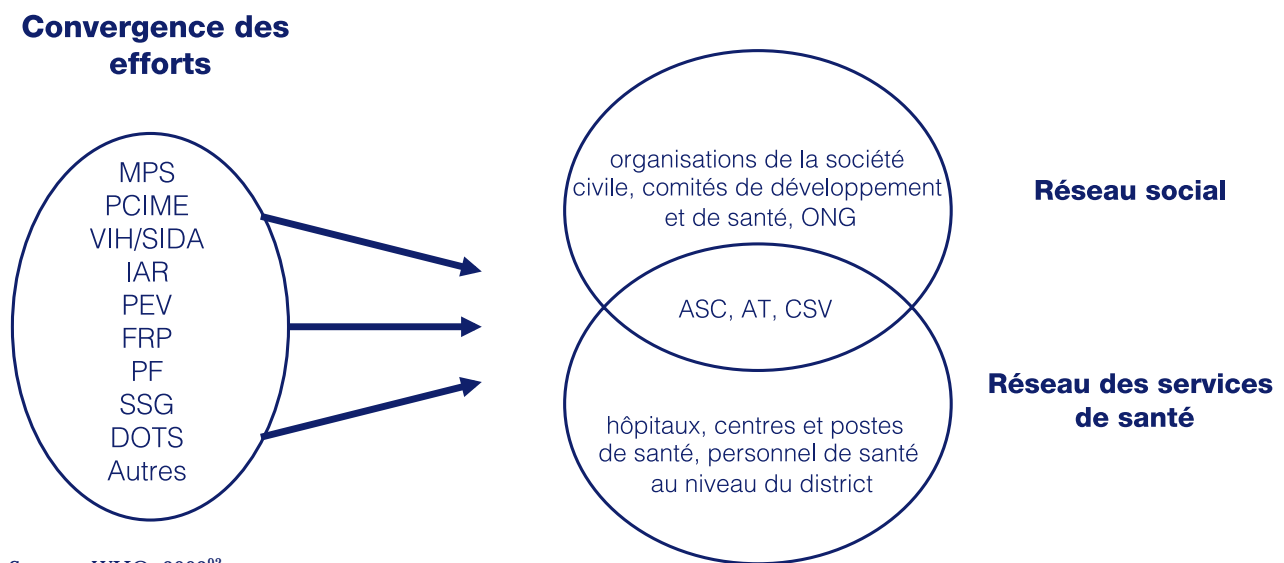
### Les organisations non gouvernementales

Certaines ONG nationales et internationales possèdent une expérience et une expertise considérables dans le développement et la mise en œuvre d'approches au niveau de la famille et de la communauté, et en particulier dans le domaine de la mobilisation communautaire. Les ONG deviennent de plus en plus des partenaires importants pour les gouvernements et les agences au niveau international, mais aussi régional, national, provincial et du district, en influençant positivement les systèmes de santé, particulièrement dans un contexte de décentralisation.<sup>29, 91</sup> Dans de nombreux cas, elles ont développé des approches de mise en œuvre au niveau communautaire ou du district susceptibles d'être utilisées plus largement.

Les ONG peuvent jouer un rôle significatif dans la création d'un environnement communautaire favorable, par exemple en renforçant les liens et les capacités des groupes communautaires, ainsi que dans la formation des ASC. Elles peuvent jouer un rôle dans le renforcement institutionnel du système de santé du district, et en particulier dans la planification, le suivi et l'évaluation participative, ainsi que dans la recherche opérationnelle et la coordination intersectorielle. De façon plus générale, les ONG ont la capacité et la flexibilité nécessaires pour développer des approches intégrées et des programmes innovateurs, qui peuvent passer à l'échelle lorsque leur faisabilité, efficacité et efficience ont été démontrées.

Enfin, les organisations nationales, et en particulier les ONG de femmes ou les associations de femmes, peuvent contribuer à étendre l'influence des interventions IFC. Ce sont des partenaires particulièrement intéressants, qui peuvent appuyer la mise en œuvre d'actions à travers leurs membres et leurs structures au niveau du district, et jouer un rôle de plaidoyer aux niveaux local et national.

Aire des gouvernements locaux



Source : WHO, 2002<sup>92</sup>



### 3.4 Le suivi et l'évaluation

L'évaluation des résultats obtenus par les interventions IFC et leur contribution au bien-être et à la survie des mères et des nouveau-nés est une question centrale des programmes de santé maternelle et néonatale. Une approche pragmatique pour le suivi et l'évaluation des interventions IFC consiste à sélectionner une variété de méthodes et à exploiter un certain nombre d'indicateurs, à la fois quantitatifs et qualitatifs, de façon à ce que les limites d'une mesure soient compensées par les avantages d'une autre.<sup>73</sup> L'utilisation de diverses sources et approches en fonction du milieu et des ressources disponibles est ainsi recommandée, tout en complétant les données quantitatives par des informations qualitatives.<sup>93</sup>

Les indicateurs de suivi des programmes de santé sont normalement organisés en intrants, processus, et extrants, le tout produisant des effets. En d'autres termes, les indicateurs servent à évaluer la façon dont les intrants d'un programme sont traduits en activités (à travers des processus) pour produire des résultats (extrants) et éventuellement des changements au niveau de la population (effets).<sup>73</sup>

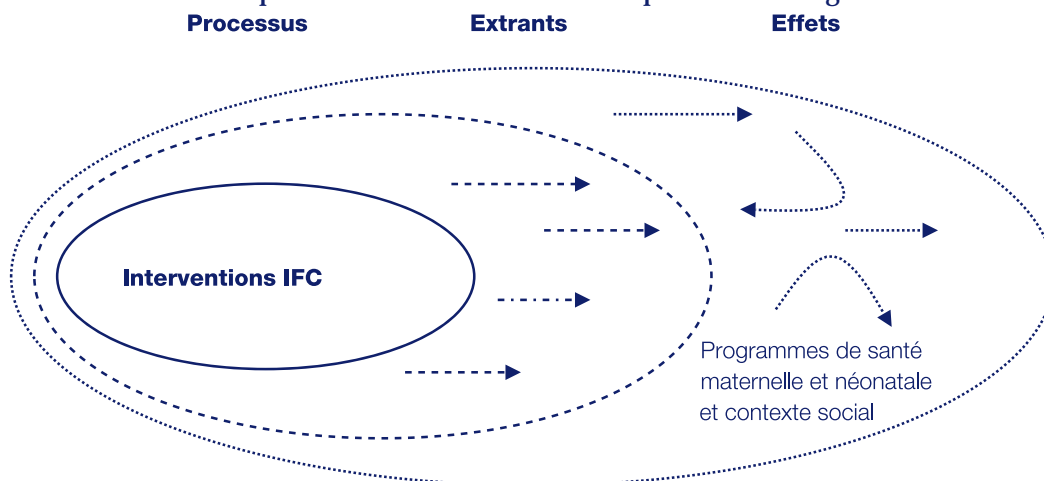
#### Exemple :

Intrant	Activité	Extrant	Effet
Ressources financières	Formation des prestataires de soins	Capacités de communication améliorées	Plus grande utilisation des services de santé et du personnel qualifié

Les indicateurs de processus se réfèrent aux multiples activités menées pour réaliser les interventions du programme, y compris ce qui est fait et comment cela est fait. Les indicateurs d'extrants mesurent les résultats aux différents niveaux du programme (directement liés aux intrants et aux activités).

Les indicateurs d'effets des interventions IFC sont quant à eux difficiles à mesurer, car ils résultent du travail de différents partenaires et de la combinaison d'interventions tant des services de santé que de la stratégie IFC. Ils dépendent fortement de la performance du secteur de la santé, mais également et plus largement du contexte social qui influence tout programme de santé maternelle et néonatale.

Le diagramme ci dessous représente l'étendue potentielle des interventions IFC. Les indicateurs de processus et d'extrant sont plus faciles à définir et à contrôler dans le cadre d'un programme. Par contre, afin d'atteindre les effets désirés, les efforts coordonnés de nombreux acteurs sont nécessaires, et il est souvent difficile de prévoir les différents facteurs qui vont interagir.





En ce qui concerne le suivi et l'évaluation de la composante IFC, les indicateurs d'effets doivent faire partie des mécanismes et processus existants employés par les différents acteurs de la santé maternelle et néonatale et de l'ensemble du département MPS (voir en Annexe 2 un modèle d'analyse proposé par le département Pour une grossesse à moindre risque en ce qui concerne les interventions IFC). Le suivi et l'évaluation des programmes de santé maternelle et néonatale devraient ainsi également prendre en compte les programmes IFC. Cela est indispensable pour l'évaluation de la performance des programmes IFC et de leur contribution à la santé maternelle et néonatale.

Au sein des programmes IFC, l'attention sera essentiellement portée sur les indicateurs de performance (processus, extrants). Les indicateurs de processus resteront la principale source dans la plupart des situations.<sup>94</sup> Il n'est toutefois pas clairement établi si ces indicateurs constituent une mesure suffisamment sensible des changements concernant la mortalité maternelle.<sup>73</sup> Les indicateurs d'extrants doivent être reliés aux finalités des interventions IFC, et donc donner des indications quant au renforcement des moyens d'agir des femmes, des hommes, des familles et des communautés, et quant au niveau d'amélioration de l'accessibilité et de l'utilisation de services de santé de qualité, en particulier ceux fournis par du personnel qualifié.

Les données de base pour mesurer les extrants sont principalement : a) les données démographiques (le plus souvent collectées par des études par échantillons) qui fournissent des informations sur un groupe cible et sur des interventions relatives à la stratégie IFC, et b) les données des services de santé, qui fournissent des informations sur l'utilisation des services et les résultats des systèmes d'information sanitaire (c'est-à-dire les registres et les notes de cas), les entretiens de sortie des patients, les analyses de situation et les audits.

Une combinaison des indicateurs de processus et d'extrants (évaluation de performance) devrait aussi permettre de suivre les progrès réalisés dans l'accomplissement des résultats intermédiaires et finaux tels que définis dans le processus de planification stratégique en vue d'atteindre les objectifs du programme. Ils devraient permettre d'évaluer si l'enchaînement des résultats tel qu'il avait été défini s'est vérifié, et en particulier si l'hypothèse sous-jacente à cette programmation est validée. Ces informations sont ensuite utilisées par les responsables du programme et les différents acteurs concernés pour documenter les interventions et apporter les ajustements nécessaires à la planification stratégique.

L'évaluation des performances aide les partenaires à renforcer l'efficacité du programme :

- en améliorant les connaissances et en tirant des enseignements sur ce qui marche et pourquoi ;
- en fournissant des informations sur l'adéquation, l'efficacité et l'efficience des interventions ;
- en rendant des comptes aux personnes intéressées ou concernées par le développement du programme.

Les informations sur les performances des interventions IFC seront collectées par :

- un *suivi* (retour systématique d'informations durant le processus de mise en œuvre pour vérifier les performances) ;
- des *études* périodiques (analyse des informations de performance pour vérifier si les interventions vont toujours dans le sens des objectifs stratégiques ou si des corrections à mi-parcours sont nécessaires) ;
- une *évaluation* (fournissant un bilan plus approfondi, aussi systématique que possible, d'un programme en cours ou achevé, en termes de conception, de mise en œuvre, d'extrants et d'effets).





Des exemples d'indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des efforts en matière d'IFC sont: le pourcentage d'accouchements avec du personnel qualifié ; l'utilisation accrue des soins prénatals et postnatals ; la satisfaction accrue par rapport aux soins ; l'amélioration des compétences interpersonnelles et interculturelles du personnel de santé ; la présence de systèmes communautaires de transport ; des connaissances et une prise de conscience accrues sur les questions de santé maternelle et néonatale. Les indicateurs liés aux aptitudes à prendre soin de soi devraient être considérés un important domaine d'évaluation à développer. En tout état de cause, la sélection des indicateurs doit être intimement liée au programme devant être évalué.

Certaines méthodes (hors indicateurs), comme par exemple les audits de décès maternels, peuvent être importantes pour le suivi et l'évaluation. Ces audits, identifiant les obstacles et les problèmes rencontrés par les femmes ayant besoin de soins, menés de façon anonyme et en utilisant un ensemble d'indicateurs, peuvent aussi se révéler efficaces dans l'évaluation des résultats des interventions IFC.<sup>72</sup>

De manière plus générale, une approche de Promotion de la Santé conduit à des différences substantielles de point de vue sur ce qui est considéré comme un succès, ainsi que sur le processus permettant de le mesurer.<sup>95</sup> Le processus de collecte d'informations servant à mesurer la performance et le « succès » devrait notamment avoir lieu en partenariat avec les différents acteurs et intervenants concernés et, en particulier, avec les représentants communautaires.

Pour le suivi et l'évaluation au niveau de la communauté et du district, les approches doivent être participatives et multisectorielles, de la conception à la collecte des données, ainsi qu'au niveau de l'analyse et du partage des résultats. L'évaluation doit en fait faire partie des processus de renforcement des moyens d'agir et d'amélioration de la qualité.



## 4. LE RÔLE DE L'OMS

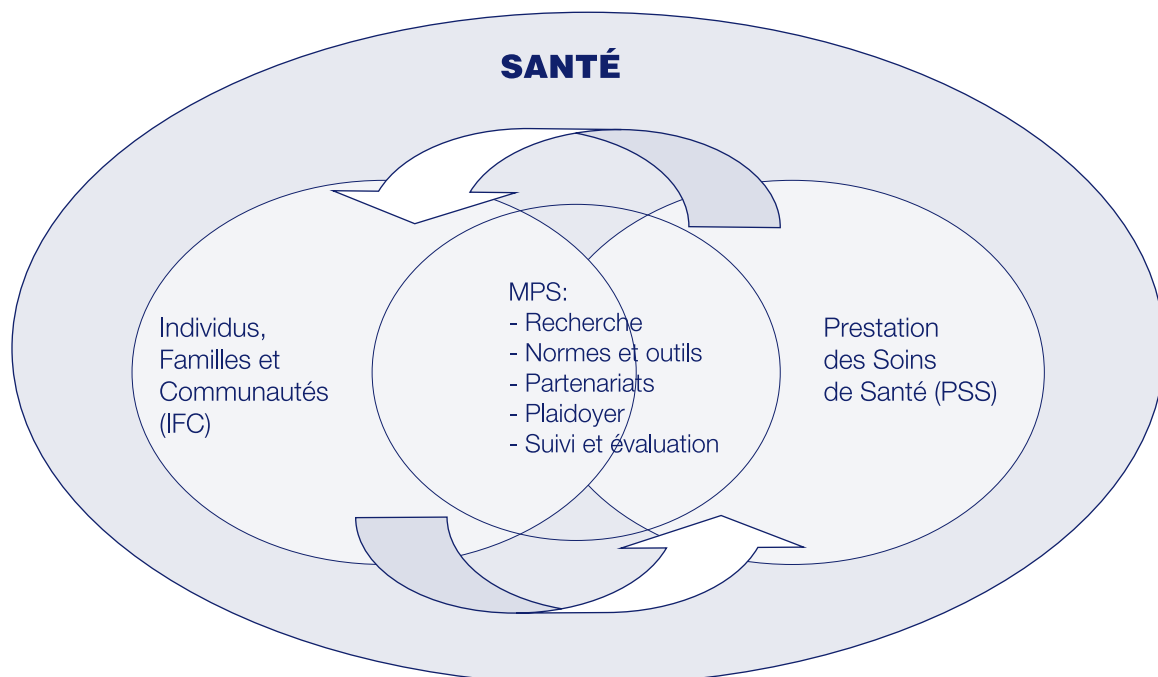
Le rôle de l'OMS en ce qui concerne la collaboration avec les individus, les familles et les communautés en vue d'améliorer la santé maternelle et néonatale est défini par les critères suivants.<sup>f</sup>

- Le domaine de travail est lié à la mission et à l'expertise de l'OMS, et aux domaines de travail du département MPS.
- L'OMS soutient les efforts des Etats membres, de leurs Ministères de la santé, et d'autres secteurs ayant comme responsabilité de contribuer à la santé maternelle et néonatale.
- L'OMS complète, plutôt qu'elle ne rivalise avec, les forces et les initiatives des autres agences des Nations Unies, des agences de développement multilatérales et bilatérales, des ONG et du secteur privé.

Le schéma ci-dessous montre que le rôle du département Pour une grossesse à moindre risque est de contribuer à la fois à améliorer la prestation des soins de santé et à créer un environnement favorable au niveau IFC.

Ce schéma montre aussi que le département MPS n'est qu'un des multiples acteurs, avec des domaines spécifiques de travail (recherche, normes et outils, partenariats, plaidoyer, suivi et évaluation), et travaillant en coordination et en synergie avec d'autres partenaires.

### Le département Pour une grossesse à moindre risque, un des multiples acteurs



<sup>f</sup> Conçu pour rester cohérent avec *Strategic Directions for Improving the Health and Development of Children and Adolescents*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002. [document provisoire].



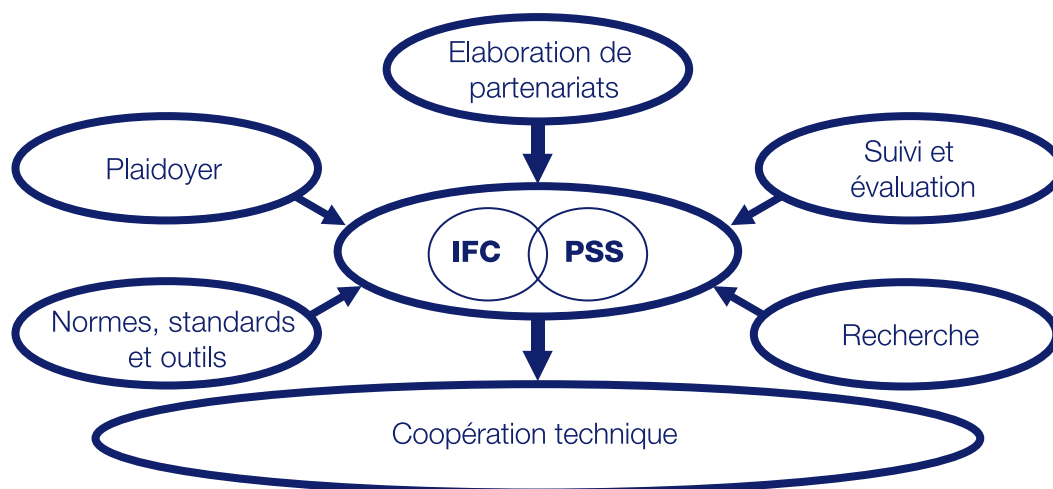
## 4.1 Les rôles spécifiques

Les rôles spécifiques de l'OMS en ce qui concerne la collaboration avec les individus, les familles et les communautés en vue d'améliorer la santé maternelle et néonatale comprennent :

- l'élaboration et la dissémination d'un ensemble de données vérifiées et d'expériences liées au travail au niveau IFC ;
- la mise en place et le renforcement d'un engagement responsable aux niveaux international, national et local pour un travail au niveau IFC ainsi que pour l'intégration de cette composante dans les politiques, stratégies et programmes ;
- l'intégration du concept et des principes de l'approche IFC du département MPS, et les considérations qui y sont associées dans les normes, standards et outils de l'OMS ;
- le développement d'outils et de guides techniques pour faciliter la mise en œuvre d'interventions IFC ;
- la coopération avec tous les partenaires pour faire avancer la cause et développer des plans de travail au niveau IFC ;
- la mise à disposition d'appui technique pour une mise en œuvre et une coordination efficaces des stratégies et interventions IFC aux niveaux international, régional, national, intermédiaire et du district ;
- la documentation et le suivi des progrès dans la mise en œuvre des stratégies et des interventions IFC aux niveaux national, régional et mondial.

Ces rôles sont intégrés dans les domaines de travail du département MPS, ainsi que le montre la figure ci-dessous.

### Activités du Département Pour une grossesse à moindre risque





---

## 4.2 Les activités

Les fonctions d'études, de documentation, de diffusion et d'évaluation en matière d'IFC devraient être intégrées à tous les niveaux de l'équipe globale MPS (siège, régions, pays). La documentation des expériences et leçons apprises dans les différents pays permettra l'échange et la diffusion des programmes qui ont eu localement du succès. De plus, une étude systématique des publications et des expériences actuelles développées dans le monde entier dans les champs prioritaires d'interventions IFC, de même que sa diffusion, seront prises en charge par le département.

L'OMS identifiera les besoins en matière de recherche, et s'efforcera en particulier de promouvoir des recherches opérationnelles relevant du cadre stratégique IFC. Les priorités seront établies selon les besoins de mise à jour et de validation des connaissances susceptibles de renforcer le cadre stratégique, ayant trait à des domaines de recherche actuellement non traités par d'autres, ainsi que sur la base des besoins identifiés au niveau des pays, des systèmes de santé et des communautés. Le département va également promouvoir des recherches dans les champs prioritaires d'interventions IFC.

Les résultats de ces recherches, des consultations d'experts et des études systématiques auront pour résultat le développement d'approches, de guides et d'outils permettant d'appuyer l'évaluation et la mise en œuvre du cadre stratégique IFC. Ces résultats seront ensuite répercutés dans les standards et les outils de l'OMS. L'équipe globale MPS travaillera avec les Ministères de la santé et d'autres partenaires afin d'intégrer ces approches, et d'adapter ou de développer les lignes directrices et les outils pour les faire correspondre aux besoins de chaque pays et de chaque programme. L'OMS s'engagera afin que les politiques nationales adoptent une approche plus large de la santé (Promotion de la Santé), et que leurs programmes de santé maternelle et néonatale intègrent des interventions IFC.

L'équipe de l'OMS fournira un appui programmatique et technique cohérent, assurant notamment que des connaissances et des expériences soient rendues disponibles dans chaque pays. En particulier, l'équipe de l'OMS va s'assurer de la diffusion des connaissances et des politiques les plus à jour, et appuiera le renforcement des capacités de mise en œuvre à tous les niveaux.

---

## 4.3 Les partenariats

Une étroite collaboration est nécessaire au sein du Département RHR et avec les autres départements de l'OMS, en particulier CAH<sup>8</sup>. Faire reculer le paludisme, GWH, VIH/SIDA, Nutrition ainsi qu'avec l'équipe de Promotion de la Santé de l'OMS, et plus spécifiquement avec la composante Ecole-Santé de l'OMS du réseau international de l'OMS pour la Promotion de la Santé. Des partenariats avec les autres agences des Nations Unies, les agences de développement multilatérales et bilatérales, les ONG et de plus en plus avec le secteur privé, la société civile et les communautés, sont aussi essentiels pour développer les interventions IFC et pouvoir assurer les rôles du département MPS en la matière.

Le principe fondamental est de se baser sur les connaissances et l'expertise existantes chez les différents partenaires et acteurs, aux niveaux international, régional et national. Comme mentionné dans la 2<sup>ème</sup> partie du présent document, UNDAF pourrait constituer une approche utile pour la mise en œuvre d'un programme coordonné au niveau des pays.

---

<sup>8</sup> Dans l'OMS, CAH sera un partenaire clé en raison de son travail sur la santé des nouveaux-nés et adolescents.



Un exemple de ces possibles collaborations est le programme Qualité des soins.<sup>19</sup> Financé par la Fondation des Nations Unies, ce projet est mis en œuvre par une coalition d'agences des Nations Unies (BIT-STEP, UNICEF, OMS) dirigée par le FNUAP, et vise à développer un cadre méthodologique impliquant à la fois les utilisateurs (« demande ») et les prestataires (« offre ») dans l'amélioration de la qualité des soins de santé sexuelle et génésique. Chacun des quatre partenaires des Nations Unies apporte dans ce programme son expertise particulière.

Un tableau résumant les contributions des différents partenaires pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale devrait être élaboré aux niveaux mondial, régional et national. Cela constituerait une première étape dans l'identification des programmes, ressources et expertises existantes.

Toutefois, des mécanismes spécifiques devraient être établis afin de rendre les partenariats plus opérationnels. Au niveau mondial, il existe plusieurs organes qui peuvent remplir ce rôle. Par exemple, au siège de l'OMS, des comités au sein des départements ou des comités interdépartementaux pourraient être formellement constitués. Le mouvement international Maternité sans risque compte avec un groupe inter-agences, responsable de la coordination et des avis techniques. Un sous-comité IFC pourrait être formé à ce niveau. Au niveau régional, des efforts de coordination existent, tels que les réseaux de Prévention de la mortalité maternelle. Beaucoup de pays ont établi des comités nationaux pour coordonner le travail de santé maternelle et néonatale.

---

## 4.4 Perspectives...

L'efficacité dans la durée du cadre stratégique MPS proposé pour le développement d'interventions IFC dépendra de sa flexibilité et de sa capacité à étudier et à valider les options de travail proposées. Un processus systématique sera entrepris pour le suivi et l'évaluation des résultats du département MPS en ce qui concerne la composante IFC. Le rôle, le niveau d'effort et les domaines d'action de l'OMS pourront évoluer sur la base des progrès enregistrés et des priorités établies par les pays, et par d'autres agences et organisations.





## RÉFÉRENCES

- 1 *Health Promotion, Ottawa Charter*. Geneva, World Health Organization, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1).
- 2 *A WHO framework for health system performance assessment*. GPE Discussion Paper No. 6. WHO/Global Programme on Evidence for Health Policy, Geneva, World Health Organization, 1999.
- 3 World Health Organization. Quick reference compendium of selected key terms. *World Health Report 2000* (<http://www.who.int>).
- 4 Dean K, Kickbush I. Health related behaviour in health promotion: utilizing the concept of self-care. *Health Promotion International* 1994, 10:35-40.
- 5 *Programming for safe motherhood: guidelines for maternal and neonatal survival*. New York, United Nations Children's Fund, 1999.
- 6 Simon J et al. *The family health cycle: from concept to implementation*. Washington, DC, World Bank Group, 2001.
- 7 *Knowledge into action: the WHO strategy on child and adolescent health and development*. Geneva, World Health Organization, 2003.
- 8 *Informasi ringkas paradigm sehat, Indonesia sehat 2001* [Brief information on healthy paradigm, healthy Indonesia, 2001]. Jakarta, Departemen Kesehatan Ri, Pusat Promosi Kesehatan, 2002.
- 9 *National Safe Motherhood Action Plan 2001-2005: Western Pacific Region*. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2002.
- 10 Ratzan S. Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 2001;16:207-214.
- 11 Stetson V, Davis R. *Health education in primary health care projects: a critical review of various approaches* Washington, DC, Core Group/USAID, 1999 [[www.coregroup.org/resources/health\\_ed.pdf](http://www.coregroup.org/resources/health_ed.pdf), 24 October 2003].
- 12 Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. *Health behavior and health education: theory research and practices*. San Francisco, CA, Jossey-Bass Publishers, 1990.
- 13 Faundez A. The pedagogy of text briefly described. *Intercâmbios*, Institute for Development and Education of Adults (IDEA) 1999; 12:1.
- 14 Santarelli C. *Behaviour change, social change or changing ourselves?* Geneva, Enfants du Monde, 2002 [unpublished document].
- 15 *The evidence of health promotion effectiveness, Report for the European Commission, part one*. Brussels, International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 2000.
- 16 Oakley P. *Community involvement in health development: an examination of the critical issues*. Geneva, World Health Organization, 1989.
- 17 Kahssay HM, Oakley P, eds. *Community involvement in health development: a review of the concept and practice*. Geneva, World Health Organization, 1999.
- 18 Kaseje DCO, Orinda V. The community dialogue model based on the principles of partnership in action for health focusing on behaviour change. New York, United Nations Children's Fund, 2001 [unpublished paper].
- 19 *Improving the quality of sexual and reproductive health care*. New York, United Nations Population Fund, 2000 [project document].
- 20 World Bank. *The World Bank participation sourcebook*. (<http://www.worldbank.org/wbi/sourcebook/sbhome.htm>, 24 October 2003).
- 21 Kahssay HM, Taylor ME, Berman PA. *Community health workers: the way forward*. Geneva, World Health Organization, 1998.
- 22 *A framework to assist countries in the development and strengthening of national and district health plans and programmes in reproductive health: suggestions for programme managers*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/FCH/RHR/02.2).
- 23 Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key. *British Medical Journal*, 2001, 322:917-920.



- <sup>24</sup> *Family and community component of IMCI, briefing package*. Harare, World Health Organization Regional Office for Africa, 2002 [draft document].
- <sup>25</sup> Olowu B. The role of local government in health: comparative experiences and major issues. Cited in *Local systems and partnerships (LSP) for health: the work of WHO* [draft document] (WHO/IWC/97.3).
- <sup>26</sup> World Health Organization. *Health promotion: milestones on the road to a global alliance*. Geneva, 1998, WHO fact sheet No 171 (revised) (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact171.html>, 24 October 2003).
- <sup>27</sup> World Health Organization, United Nations Children's Fund United Nations Population Fund. *Women-friendly health services. Experiences in maternal care. Report of a WHO/UNICEF/UNFPA Workshop. Mexico City, Mexico, January 1999*. New York, United Nations Children's Fund, 1999.
- <sup>28</sup> *Regional strategy for maternal mortality and morbidity reduction*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2003.
- <sup>29</sup> Winch P et al. *Reaching communities for child health and nutrition: a framework for household and community IMCI*. Calverton, MD, Child Survival Technical Support Project/ORC Macro, 2001.
- <sup>30</sup> *The state of the world's children 1998*. New York, United Nations Children's Fund, 1997.
- <sup>31</sup> World Health Organization. *WHO's global school health initiative: helping schools to become "health-promoting schools"*. 1998, WHO Fact Sheet No 92 (revised) (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact092.html>, 24 October 2003).
- <sup>32</sup> Ray C. Sex Education, Highlight, National Children's Bureau. In: *The status of school health*. Geneva, World Health Organization, 1996:25 (WHO/HPR/HEP/96.1).
- <sup>33</sup> *Improving health through schools: national and international strategies*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/NMH/HPS/00.1).
- <sup>34</sup> Berman P, Kendall C, Bhattacharyya, K. The household production of health: integrating social science perspectives on micro-level health determinants. *Social Science & Medicine*, 1994; 38:205-215.
- <sup>35</sup> Moore KM. *Safer motherhood, safer womanhood: review of literature and lessons learned*. World Health Organization, 2002 [unpublished document].
- <sup>36</sup> *Quality of sexual and reproductive health services. Interaction between service providers and users: The foundation of good sexual and reproductive health care*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2001.
- <sup>37</sup> Tinker A, Finn K, Epp J. *Improving women's health: issues & interventions*. Washington, DC, World Bank, 2000.
- <sup>38</sup> *The state of the world's children 2002*. New York, United Nations Children's Fund, 2001.
- <sup>39</sup> *Pregnancy, childbirth, post-partum and Newborn Care: an essential care guide*. Geneva, World Health Organization, 2003 [draft document].
- <sup>40</sup> Nachbar N, Baume C, Parekh A. *Assessing safe motherhood in the community: A guide to formative research*. Arlington, VA, MotherCare/John Snow, Inc., 1998.
- <sup>41</sup> Safe Motherhood Inter-Agency Group et al. *The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. Report on the safe motherhood technical consultation, Colombo, Sri Lanka. 18-23 October 1997*. New York, Safe Motherhood Inter-Agency Group/Family Care International, 1998.
- <sup>42</sup> *Global action for skilled attendants for pregnant women*. Geneva, World Health Organization, 2002 [draft document].
- <sup>43</sup> Moore KM. Safer motherhood 2000: toward a framework for behavior change to reduce maternal deaths. In: *The Communication Initiative*, January 2000:9 ([http://www.communit.com/misc/safer\\_motherhood.html](http://www.communit.com/misc/safer_motherhood.html), 24 October 2003).
- <sup>44</sup> Kureshy N. MotherCare's community assessments: understanding family and community behaviours and practices. *MotherCare Matters*, John Snow, Inc., Arlington, VA, 2000, 8:3-4.
- <sup>45</sup> Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948, G.A. res 217A (III), United Nations Doc. A/810, at 71, Article 25 (2). New York, United Nations, 1948.
- <sup>46</sup> Rosenfeld A, Maine D. Maternal mortality—a neglected tragedy. Where is the M in MCH? *Lancet* 1985, 2:83-85.





- <sup>47</sup> Cook RJ et al. *Advancing safe motherhood through human rights*, Occasional paper. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/RHR/01.5).
- <sup>48</sup> *Birth rights: new approaches to safe motherhood*. London, Panos Institute, 2001.
- <sup>49</sup> International Health and Human Rights Program, Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health, World Health Organization. *Assessing safe motherhood from a human rights perspective: a tool*. Geneva, World Health Organization, 2002 [draft document].
- <sup>50</sup> Kholil A, Iskandar MB, Sciortino R. *The life saver: the mother friendly movement in Indonesia*. Jakarta, The State Ministry for the Role of Women, Republic of Indonesia and the Ford Foundation, 1998.
- <sup>51</sup> Kim YM, Kols A. Counselling and communicating with men to promote family planning in Kenya and Zimbabwe: findings, lessons learned and programme suggestions. In: *Programming for male involvement in reproductive health: report of the meeting of WHO Regional Advisers in Reproductive Health. WHO/PAHO, Washington DC, USA, 5-7 September 2001*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- <sup>52</sup> Marsh D et al. Identification of model newborn care practices through a positive deviance inquiry to guide behavior change interventions in Harpur, Pakistan. Westport, Save the Children Federation/USA, 2001.
- <sup>53</sup> Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia. CAI comunal: guía metodológica (Versión Valles) [Community committees for the analysis of information: methodological guide]. La Paz, ESPERANZA/Bolivia and Maternal and Neonatal Health/JHPIEGO, 2001.
- <sup>54</sup> Preker AS et al. Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bulletin of World Health Organization*, 2002, 80:143-150.
- <sup>55</sup> Atim C. The contribution of mutual health organisations to financing, delivery, and access to health care: synthesis of research in nine West and Central African countries. Washington, DC, Partnerships for Health Reform, 1998.
- <sup>56</sup> International Labour Organization and Pan American Health Organization. *Extending social protection in health to excluded groups in Latin America and the Caribbean: the search for effective answers to a growing problem*. Mexico City, International Labour Organization and Pan American Health Organization, 1999 (RRMEX-PS/EST.5e).
- <sup>57</sup> Fiedler JL, Wight JB. Financing health care at the local level: the community drug funds of Honduras. *International Journal of Health Planning and Management*, 2000, 15:319-340.
- <sup>58</sup> Maine D, ed. Prevention of maternal mortality network. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1997, 59: Supplement No. 2.
- <sup>59</sup> Murakami H et al. Revolving funds at the front-line health facilities in Vientiane, Lao PDR. *Health Policy and Planning* 2001, 16:98-106.
- <sup>60</sup> Soucat A et al. Local cost sharing in Bamako Initiative in Benin and Guinea: assuring the financial viability of primary health care. *International Journal of Health Planning and Management*, 1997, 12:1-27.
- <sup>61</sup> Mariam DH. Indigenous social insurance as an alternative financing mechanism for health care in Ethiopia (the case of *eders*). *Social Science & Medicine*, 2003, 56:1719-26.
- <sup>62</sup> World Health Organization and United Nations Children's Fund. *The renewed Bamako Initiative: operational framework*. Geneva, World Health Organization, 2000 [draft document].
- <sup>63</sup> Kwast BE. Building a community-based maternity program. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48(Suppl):S67-82.
- <sup>64</sup> Hanson L, MacKenzie S, eds. *Proceedings of Safe Motherhood Asia. A ten-country consultation workshop on lessons learned*. Ujung Pandang, Indonesia, United Nations Children's Fund and Canadian International development Assistance (CIDA), 1997.
- <sup>65</sup> Gordis D et al. MotherCare: lessons learned 1989-1993, summary final report. Arlington, VA, John Snow, Inc., 1994.
- <sup>66</sup> Njie H. Uganda gets her there on time. *World Health*, 1998, 1:14-15.
- <sup>67</sup> Schmid T et al. Transportation for maternal emergencies in Tanzania: empowering communities through participatory problem solving. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1589-1590.



- <sup>68</sup> Koblinsky M et al. *Issues in programming for safe motherhood*. Arlington, VA, MotherCare, 2000.
- <sup>69</sup> *Safe motherhood, maternity waiting homes: A review of experiences*. Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO/RHT/MSM/96.21).
- <sup>70</sup> World Health Organization, International Confederation of Midwives and International Federation of Gynaecology and Obstetrics. *Joint statement on skilled attendants*. Geneva, World Health Organization, 2003 [draft document].
- <sup>71</sup> Darmstad G, Black R, Santosham M. Research priorities and post-partum care strategies for the prevention and optimal management of neonatal infections in less developed countries. *Paediatric Infectious Disease Journal*, 2000, 19:739-750.
- <sup>72</sup> *Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement*. Geneva, World Health Organization, 1999.
- <sup>73</sup> MacDonald M, Starrs A. *Skilled care during childbirth information booklet*. New York, Safe Motherhood Inter-Agency Group/Family Care International, 2002.
- <sup>74</sup> Berer M, Ravindran TKS. Preventing maternal mortality: evidence, resources, leadership, action. In: Berer M, Ravindran TKS, eds *Safe motherhood initiatives: critical issues*. London, Blackwell Science, 1999.
- <sup>75</sup> MotherCare, John Snow, Inc. On the pathway to maternal health—results from Indonesia. *MotherCare Matters*, 1995;5 (1).
- <sup>76</sup> *Movilización comunitaria por una maternidad segura [Community mobilization for safe motherhood]*. La Paz, Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura, 2002.
- <sup>77</sup> Maximizing Access and Quality, Community Driven Quality Sub-committee. *CDQ Framework*. Adapted from Save the Children. <http://www.maqweb.org>.
- <sup>78</sup> Hodnett, ED. Support from caregivers in childbirth. In: Enkin MW et al., eds. *Pregnancy and childbirth module of the Cochrane Database of Systematic Reviews*. London, BMJ Publishing Group, 1995.
- <sup>79</sup> Langer A et al. The Latin American trial of psychosocial support during pregnancy: a social intervention evaluated through an experimental design. *Social Science & Medicine*, 1993, 36:495-507.
- <sup>80</sup> *Best practices—performance and quality improvement*. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2001.
- <sup>81</sup> Fingers W. A client perspective helps improve services. *Network*, Family Health International, 1998, Vol. 19. No. 1.
- <sup>82</sup> Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. Empowering counseling—a case study: nurse-patient encounter in a hospital. *Health Education Research*, 2001, 16:227-238.
- <sup>83</sup> *Foundation module: the midwife in the community*. Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO/FRH/MSM/96.1).
- <sup>84</sup> Moore KM et al. Assessing the “caring” behaviours of skilled maternity care providers During labor and delivery: experience from Kenya and Bangladesh. Washington, DC, CHANGE Project, Academy for Educational Development/ Manoff Group, 2002.
- <sup>85</sup> Becker J, Leitman E. Introducing sexuality within family planning: the experience of three HIV/STD prevention projects from Latin America and the Caribbean. *Quality/Calidad/Qualité*, 1997, No. 8.
- <sup>86</sup> Zehnder R et al. *Manuel de cycle de projet [Manual for the project cycle]*. Lausanne, Fondation Terre des Hommes, December 2001.
- <sup>87</sup> District health systems, global and regional reviews based on experience in various countries. Geneva, World Health Organization, 1995 (WHO/SHS/DHS/95.1).
- <sup>88</sup> *Report on the interregional meeting on strengthening district health systems based on primary health care. Harare, Zimbabwe, 3-7 August 1987*. Geneva, World Health Organization, 1987.
- <sup>89</sup> Health development structures in district health systems: the hidden resources. Geneva, World Health Organization, 1994 (WHO/SHS/DHS/94.9).



- <sup>90</sup> *The role of local government in health, report of a WHO consultative meeting, Ethiopia, October 1997.* Geneva, World Health Organization, 1997.
- <sup>91</sup> Laski L. *Community participation in designing and monitoring reproductive health programmes.* New York, United Nations Population Fund, 2000 (Technical Report 36).
- <sup>92</sup> *Community involvement in rolling back malaria.* Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/RBM/2002.42).
- <sup>93</sup> AbouZahr C. Measuring maternal mortality: what do we need to know? In: Berer M, Ravindran TKS, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues* London, Blackwell Science, 1999:13-23.
- <sup>94</sup> Campbell OMR. Measuring progress in safe motherhood programmes: uses and limitations of health outcome indicators. In: Berer M, Ravindran TKS, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues* London, Blackwell Science, 1999:31-42.
- <sup>95</sup> Nutbeam D. Health outcomes and Health promotion: defining success in health promotion. In: *The evidence of health promotion effectiveness, Part II.* Brussels, International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 2000.
- <sup>96</sup> Erben R, Franzkowiak P, Wenzel P. People empowerment vs. social capital: from health promotion to social marketing. *Health Promotion Journal of Australia*, 2000, 9:179-182.
- <sup>97</sup> Gutzwiller F, Jeanneret O, eds. *Médecine sociale et préventive: Santé publique* [Social and preventive medicine: public health]. Bern, Editions Hans Huber, 1996.
- <sup>98</sup> Kar SB, Pascual CA, Chickering KL. Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 1999, 49:1431-1460.
- <sup>99</sup> Dhillon HS, Philip L. *Health promotion and community action for health in developing countries.* Geneva, World Health Organization, 1994.



## ANNEXE 1

---

### **La Promotion de la Santé, base conceptuelle de la collaboration avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale**

La Promotion de la Santé propose une approche basée sur une analyse des différentes influences exercées sur la santé et sur une vision du rôle positif et actif que jouent les individus et les groupes. Ainsi, cette approche fournit une excellente base pour la collaboration avec les individus, les familles et les communautés. La Promotion de la Santé, telle que définie dans la charte d'Ottawa (1986), est « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. »<sup>3</sup> La santé est perçue comme « un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et personnelles, ainsi que les capacités physiques. »

La Promotion de la Santé vise à initier et à conduire des processus de changement social qui permettent l'amélioration des conditions de vie favorables à la santé,<sup>96</sup> c'est-à-dire des déterminants de la santé, tels que la paix, le logement, l'éducation, un revenu adéquat, la justice sociale et l'équité. Cette approche propose ainsi un changement de paradigme, passant d'une approche médicale et préventive basée sur la maladie et les problèmes de santé, à une approche socio-écologique, traitant des inégalités, de la justice sociale et des normes sociales en tant que conditions préalables à l'amélioration de la santé. Cela implique également une évolution allant des résultats individuels vers des résultats collectifs, et vers une approche plus globale accordant une légitimité accrue au travail interdisciplinaire et intersectoriel.<sup>96</sup>

Trois stratégies principales pour l'action sociale sont au centre de l'approche de Promotion de la Santé : le renforcement des moyens d'agir, le soutien social et le plaidoyer.

Le *renforcement des moyens d'agir (empowerment en anglais)* est l'essence même d'une stratégie efficace de Promotion de la Santé, intervenant à deux niveaux complémentaires qui interagissent et s'influencent mutuellement :<sup>97, 98</sup>

- au niveau individuel - l'accent est mis sur le renforcement de ressources telles que le savoir, les capacités cognitives, les compétences liées à la santé ainsi que le renforcement des aptitudes permettant de faire des choix de santé ;
- au niveau collectif - l'effort porte sur des changements structurels de l'environnement, tant local que global, visant à améliorer l'accès aux ressources sociales, économiques et politiques.

La Promotion de la Santé reconnaît que les individus possèdent des compétences et des capacités qu'ils appliquent dans leur vie quotidienne pour se maintenir en bonne santé. Des améliorations considérables de la santé sont possibles par le renforcement et le développement de ces compétences et capacités, essentiellement par des démarches éducatives. C'est avec cette priorité à l'esprit que la Déclaration de Jakarta stipule que « la Promotion de la Santé se fait par et avec des personnes, et non pas pour ou à des personnes. Elle améliore à la fois la capacité des individus à agir et la capacité des groupes, organisations ou communautés à influencer les déterminants de la santé. »<sup>20</sup>

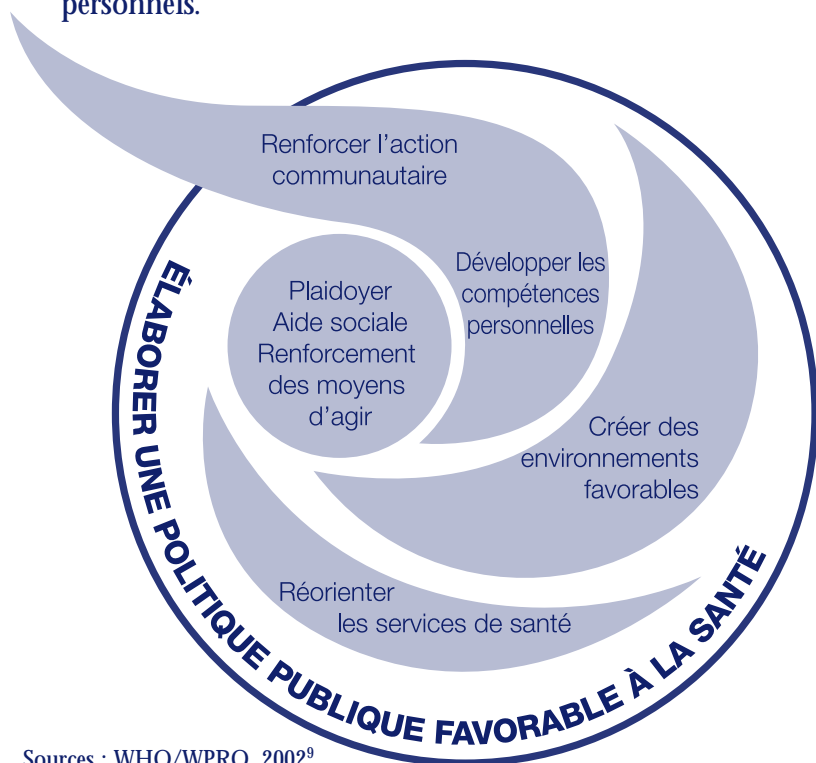


Le *soutien social* se développe dans des groupes, des organisations communautaires et des institutions qui encouragent des modes de vie et des environnements sains en tant que norme sociale, et qui incitent à mener des actions communautaires en faveur de la santé. Il comprend les systèmes fournissant des soins de santé, ainsi que ceux réalisant des activités de développement en relation avec la santé et influençant celle-ci.

Le *plaidoyer*, en tant que stratégie centrale de l'action sociale, vise à générer une demande publique, à placer les questions de santé au premier plan des priorités publiques et à convaincre les personnes influentes d'agir en faveur de la santé. Le plaidoyer, l'engagement politique et des politiques favorables à la santé sont souvent le résultat du soutien social et du renforcement des moyens d'agir des personnes. Ces stratégies doivent donc être considérés comme complémentaires.<sup>99</sup>

Afin de rendre opérationnels les concepts qu'incarne la Promotion de la Santé, la Charte d'Ottawa propose un cadre d'actions :

- *élaborer une politique publique saine*, en plaçant la santé dans les priorités des décideurs de tous les secteurs concernés et à tous les niveaux du système de santé ;
- *créer des milieux favorables*, mettant en lien les personnes et leur environnement, et en favorisant des conditions de vie saines, stimulantes, satisfaisantes et agréables ;
- *renforcer l'action communautaire*, en stimulant la participation et le contrôle par les communautés par l'accès aux informations, à l'éducation et aux ressources ;
- *développer des aptitudes individuelles*, en soutenant le développement individuel et social, pour permettre aux personnes d'apprendre dans différents contextes et à tous les stades de leur vie ;
- *réorienter les services de santé*, en vue de partager la responsabilité de la Promotion de la Santé entre tous les acteurs et d'envisager un mandat donné aux services de santé qui aille au-delà de la provision de soins cliniques et curatifs, en montrant sensibilité et respect des besoins culturels et personnels.



Le concept de Promotion de la Santé gagne en efficacité lorsque ces cinq niveaux d'action sont développés concurremment et exhaustivement, grâce aux stratégies de renforcement des moyens d'agir, de plaidoyer et de soutien social, et en gardant à l'esprit les valeurs et les principes de base.

Sources : WHO/WPRO, 2002<sup>9</sup>



## ANNEXE 2

### Modèle d'analyse de résultats proposé par le département Pour une grossesse à moindre risque pour le développement d'interventions IFC

<p><b>Résultats sociaux et de santé</b></p>	<p><b>Résultats de santé :</b> contribution à la réduction de la morbidité, des incapacités, de la mortalité, et à l'amélioration de la prévention de la mortalité des mères et des nouveau-nés</p> <p><b>Résultats sociaux :</b> contribution à l'amélioration des relations de genre, de l'équité, des moyens d'agir et du soutien social</p>		
<p><b>Résultats de santé intermédiaires</b></p> <p>(déterminants des résultats sanitaires et sociaux pour la santé maternelle et néonatale ; objectifs fondamentaux de Promotion de la Santé)</p>	<p><b>Situation de santé</b></p> <p>Soins appropriés et aptitudes de la femme enceinte à prendre soin de soi, y compris nourriture adaptée, abstinence de l'alcool et des drogues, vitamines, médicaments et observation des traitements, charge de travail et hygiène adéquates ; soins appropriés du nouveau-né, y compris du cordon, non séparation de la mère et du nouveau-né, alimentation du nourrisson, vaccination</p>	<p><b>Capacité de soin des services de santé</b></p> <p>Adéquation et capacité de réaction des services maternels et néonataux, y compris les soins anténatals, lors de l'accouchement et pendant la période postnatale</p>	<p><b>Environnements favorables</b></p> <p>Environnement physique sûr ; conditions sociales et économiques favorables ; alimentation adéquate ; accès restreint à l'alcool et aux drogues ; accès au personnel qualifié et aux soins de santé</p>
<p><b>Résultats de la Promotion de la Santé</b></p> <p>(facteurs personnels, sociaux et structurels permettant de changer des déterminants)</p>	<p><b>Culture sanitaire</b></p> <p>Connaissances et savoir-faire en matière de santé maternelle et néonatale ; comportement de recherche de soins ; décisions favorables à la santé</p>	<p><b>Action sociale et influence</b></p> <p>Participation communautaire ; renforcement des moyens d'agir de la communauté ; normes sociales ; opinion publique</p>	<p><b>Politique publique saine et pratiques organisationnelles</b></p> <p>Régulation ; allocation de ressources ; pratiques organisationnelles au niveau du système de santé du district ; processus de planification participatif</p>
<p><b>Actions de Promotion de la santé</b></p>	<p><b>Éducation</b></p> <p>Formation du personnel de santé en compétences interpersonnelles et interculturelles ; éducation à la santé ; éducation scolaire ; éducation des adultes ; médias et autres moyens de communication</p>	<p><b>Mobilisation sociale</b></p> <p>Organisation communautaire ; animation de groupe ; participation des hommes et des familles ; dialogue communautaire</p>	<p><b>Plaidoyer</b></p> <p>Surveillance épidémiologique communautaire ; participation communautaire dans les comités de santé et dans la planification sanitaire ; plaidoyer pour les droits génésiques</p>

Source : Nutbeam D, 2000<sup>95</sup>



## ANNEXE 3

### Autres matériaux consultés

Arnold DY et al. *Hacia un modelo social del parto: debates obstétricos interculturales en el Altiplano Boliviano* [Towards a social model for childbirth: intercultural obstetric debates in the Bolivian Altiplano]. La Paz, Instituto de Lengua y Cultura Aymara (ILCA), 2000.

Arteaga E et al. *Manual sistema epidemiológico comunitario integral* [Integral community epidemiological system manual]. La Paz, Save the Children - Bolivia and PCS/Johns Hopkins University - Bolivia, 1999.

*Better quality of life through sustainable development in the Eastern Mediterranean Region*. Cairo, World Health Organization/Regional Office for Eastern Mediterranean, 2001.

*Beyond the numbers: reviewing the maternal deaths and complications to make pregnancy safer*. Geneva, World Health Organization, 2003 [draft document].

Clark S et al. *Increased participation of men in reproductive health programs: a resource document for the ICPD+5 follow-up process*. Oslo, Norwegian Board of Health under a contract with DiS/Centre for Partnership in Development, 1999.

*Common ground sexuality: principles for working on sexuality*. New Delhi, TARSHI, 2001.

Dohlie MB et al. COPE (client-oriented, provider-efficient), a model for building community partnerships that improve care in East Africa. *Journal for Healthcare Quality* 2000,22:34-39.

*Family and community practices in reproductive health: An agenda for maternal and newborn health*. Report based on an informal consultation in October 2001. Geneva, World Health Organization, 2002.

*Framework for the promotion and implementation of community-based interventions for Making Pregnancy Safer*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2002.

Frankish J, Moulton G, Gray D. *Health promotion in primary health care settings: a suggested approach to establishing criteria*. Vancouver, Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia, 2000.

Hadley M, Maher D. Community involvement in tuberculosis control: lessons from other health care programmes. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2000, 4:401-408.

*Health Promotion: a strategy for the African Region*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2001 (AFR/RC51/12 Rev.1).

*How to make maternal health services more women-friendly: a practical guide*. London, Institute of Child Health, 2001.

Human Development Network. *Safe Motherhood and the World Bank: lessons from 10 years of experience*. Washington, DC, World Bank, 1999.

Iskander MB et al. *Unravelling the mysteries of maternal death in West Java: re-examining the witnesses*. Depok, Center for Health Research, Research Institute University of Indonesia, 1996.

Jackson S et al. *An assessment of the methods and concepts used to synthesize the evidence of effectiveness in health promotion: a review of 17 initiatives*. Toronto, Canadian Consortium for Health Promotion Research, 2001.

Jaramillo E. *Community contribution to TB care: a Latin American perspective*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.304).

Kahan B, Goodtsadt M. *The IDM manual for using the interactive domain model approach to best practices in Health Promotion: evidence framework*. Toronto, Centre for Health Promotion, University of Toronto, 2002.

Kahssay HM. *Local systems and partnerships (LSP) for health: the work of WHO*. Geneva, World Health Organization, 2001 [draft document].

Kar SB, Pascual CA, Chickering KL. Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Social Sciences & Medicine*, 1999, 49:1431-1460.



- Kilonzo A et al. Improving surveillance for maternal and perinatal health in 2 districts of rural Tanzania. *American Journal of Public Health* 2001, 91:1636-1640.
- Kureshy N. *Review of select family and community practices for maternal and newborn health*. Geneva, World Health Organization, 1999 [draft document].
- Making Pregnancy Safer: A health sector strategy for reducing maternal and perinatal morbidity and mortality*. New Delhi, World Health Organization South-East Asia Region, 2001.
- Making Pregnancy Safer biennial report*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Making pregnancy safer, paper for discussion*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- Making Pregnancy Safer spotlight countries strategies, plans and reports from 2001 and 2002*. Geneva, World Health Organization, 2002 [unpublished documents].
- Mbizvo MT et al. *A community-based study of maternal mortality in Zimbabwe*. Harare, University of Zimbabwe, 1994.
- McCord C, Premkumar S, Arole R. Efficient and effective emergency obstetric care in a rural Indian community where most deliveries are at home. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001, 75:297-307.
- Mehaffey A. *External quality assessments: a review of experiences and lessons learned*. Geneva, World Health Organization, 2003 [draft document].
- Ministry of Health, Republic of Indonesia, Directorate General of Community Health, Directorate General of Family • Health and World Health Organization. *Integrated technical manual maternal-perinatal audit at district level*. Jakarta, Ministry of Health, 1997.
- Moore KM et al. *A behavior change approach to investigating factors influencing women's use of skilled care in Home-Bay district, Kenya*. Washington, DC, CHANGE Project, Academy for Educational Development/ Manoff Group, 2002.
- Moore KM et al. *Improving early post-partum care in Mandiana, Guinea: Negotiating with families, communities and maternal care providers*. Washington, DC, CHANGE Project, Academy for Educational Development/Manoff Group, 2002.
- Murat Z et al., eds. *Prevention of Maternal Mortality Network (PMM), Results Conference Abstracts, Accra, Ghana, June 1996*. New York, Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University, 1996.
- National Safe Motherhood Action Plan 2001-2005: Western Pacific Region*. Manila, World Health Organization Regional Office for Western Pacific, 2002.
- Oldenburg B, Stewart D, Staines D. *Promoting quality population health through the healthy learning community*. Brisbane, School of Public Health, Queensland University of Technology, 2002.
- Programming for male involvement in reproductive health: report of the meeting of WHO regional advisers in reproductive health*. Washington, DC, WHO/PAHO 5-7 September 2001. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Promotion of sexual health: recommendations for action. Proceedings of a regional consultation in Antigua, Guatemala, May 2000*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2000.
- Redes de servicios y redes sociales para el desarrollo de la salud materna y neonatal: lineamientos para su conformación, funcionamiento, supervisión y evaluación*. [Service networks and social networks for the development of maternal and newborn health: guidelines for their organization, functioning, supervision and evaluation.] La Paz, Ministerio de Salud y Previsión Social, Unidad Nacional de Atención a las Personas, 2001.
- Reproductive health, gender and human rights: a dialogue*. Washington, DC, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2001.
- Reproductive health: strategy for the African Region 1998-2007*. Harare, World Health Organization Regional Office for Africa, 1998 (AFR/RC47/8).
- Ronsmans C et al. Evaluation of a comprehensive home-based midwifery programme in South Kalimantan, Indonesia. *Tropical Medicine and International Health* 2001, 60:799-810.
- Rosenfield A. Maternal mortality as a human rights and gender issue. In: *Reproductive health, gender and human rights: a dialogue*. Washington, DC, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2001.
- Roth D, Mbizvo M. *Promoting safe motherhood in the community: the case for strategies that include men*. Geneva, World Health Organization, 1999.





Saving Newborn Lives/Save the Children. *Strategic planning workshop. summary report of workshop held in Shepherdstown, West Virginia, 11-13 June 2000*. Washington, DC, Save the Children, 2000.

Sharma BV. *Community contribution to TB care: an Asian perspective*. Geneva, World Health Organization, 2002. (WHO/CDS/TB/2002.302).

Sibley L et al. Home based life savings skills: promoting safe motherhood through innovative community-based interventions. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2001, 46:258-266.

Sprechmann S, Pelton E. *Advocacy tools and guidelines—promoting policy change*. Atlanta, CARE, 2001.

*Strategic directions for improving the health and development of children and adolescents*. Geneva, World Health Organization, 2003.

*Strategic framework to decrease the burden of TB/HIV*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.296, WHO/HIV\_AIDS/2002.2).

Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science & Medicine* 1994, 38:1091-1110.

*The Jakarta declaration on leading Health Promotion into the 21<sup>st</sup> century*. Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta, World Health Organization, 1997 (WHO/HPR/HEP/4IHP/BR/97.4).

UNFPA/WHO/ UNICEF/ILO-STEP. *Exploring ways to improve quality of care through stronger partnership between providers and consumer*. New York, United Nations Population Fund, 2001 [draft document].

*Verbal autopsies for maternal death: report of a WHO workshop. London, 10-13 January 1994*. Geneva, World Health Organization, 1995.

*Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna: norma boliviana de salud*. [Epidemiological surveillance of maternal mortality: the Bolivian health norms]. La Paz, Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia, Dirección General de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2001 (NB-MSPS-03-01).

Wardlaw T, Maine D. Process indicators for maternal mortality programmes. In: Berer M, Ravindran TKS, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. London, Blackwell Science, 1999:24-30.

World Bank. *The benefits of education for women*. HRO dissemination notes, No. 2, March 8, 1993 [<http://www.worldbank.org/html/extdr/hnp/hddflash/hcnote/hrn002.html>].

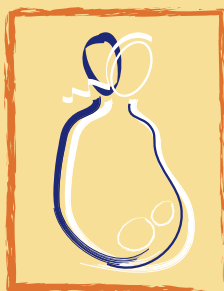
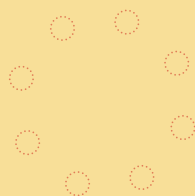
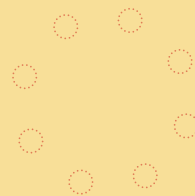
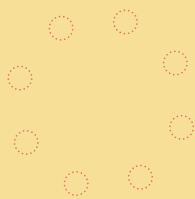
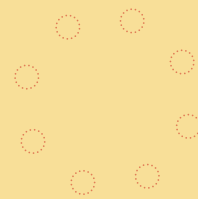
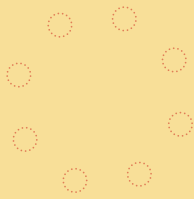
*WHO European regional strategy on sexual and reproductive health*. Copenhagen, World Health Organization European Region, 2002 (EUR/01/5022130).

World Health Organization and United Nations Children's Fund. *Declaration on primary health care. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 December 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978.

World Health Organization and United Nations Children's Fund. *IMCI planning guide: gaining experience with the IMCI strategy in a country*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/CHS/CAH/99.1).

World Health Organization, Pan American Health Organization and Ministry of Health of Mexico. *Health Promotion: bridging the equity gap. Fifth International Conference on Health Promotion, Mexico City, Mexico, 5-9 June 2000* [<http://www.who.int/hpr/conference/>].





**Pour une Grossesse  
à Moindre Risque**

**Pour plus d'information, contacter:  
Département Pour une Grossesse à Moindre Risque  
Organisation mondiale de la Santé  
20 Avenue Appia  
CH-1211 Genève 27  
Suisse**

**Fax + 41 22 791 4189/4171  
E-mail: [MPSinfo@who.int](mailto:MPSinfo@who.int)**