QUESTIONS
de santé
reproductive
Numéro 3 Mai 2012

Ressources humaines pour les soins de santé sexuelle et génésique

Reproductive Health Matters (RHM)

Questions de Santé Reproductive, Volume 1, Numéro 3, 2012

Les articles contenus dans ce numéro ont tous été sélectionnés à partir de l'édition anglaise Reproductive Health Matters, Volume 14, Numéro 27 de Mai 2006.

© 2012 Reproductive Health Matters

L'édition française de Reproductive Health Matters est réalisée par la Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction (CRESAR), basée à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).
Adresse : CRESAR, 01 BP 3388 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Tél (+226) 20970044
Email: hamadial@yahoo.fr

Dépôt légal N°…… 2012

Tirage : 500 exemplaires

© 2012 Questions de Santé Reproductive

Coordonnateur de l'édition française : Hama Diallo

Membres du Comité consultatif de l'édition française :
Blami Dao, Nicolas Meda, Sansan Kambou, Fatou Sow, Thorkild Tylleskar, Ramata Diallo.

Traducteur pour ce numéro: Franck Aymar Bassolé

Photo de couverture : Cérémonie de sortie d'infirmières à Mexico (Mexique) en 1996.

Photographe : Stuart Franklin/Magnum Photos

Mise en pages et impression de ce numéro :
Kagnon Lassina SOURA

Adresse du Bureau d'édition de Reproductive Health Matters (RHM)
444 Highgate Studios
53-79 Highgate Road
London NW5 1TL, United Kingdom
Tel: +44 2072676567 Fax: +44 2072672551

QUESTIONS
de santé
reproductive
Numéro 3 Mai 2012

Ressources humaines pour les soins de santé sexuelle et génésique

Avertissement

Reproductive Health Matters (RHM) est une organisation de bienfaisance qui a bénéficié en 2011 de subventions des fondations ci-après :

- La fondation Ford (USA),
- La fondation John D and Catherine T MacArthur (USA),
- La fondation William & Flora Hewlett (USA),
- La fondation Ford (Chine)
- Et un donneur anonyme.

Le journal Reproductive Health Matters (RHM) est disponible en ligne à l'adresse suivante: http://www.rhm-elsevier.com

Les instructions aux auteurs pour la soumission de manuscrits sont disponibles à l'adresse ci-après :
http://www.rhmjournal.org.uk

Pour toute question relative à la soumission d'articles,
merci de contacter l'éditrice de RHM, Marge Berer à l'adresse électronique suivante : mberer@rhmjournal.org.uk
Pour toute autre question relative au journal y compris les abonnements et l'administration du journal, merci de contacter Pathika Martin à l'adresse électronique ci-après : pmartin@rhmjournal.org.uk

Le journal Reproductive Health Matters est indexé dans les moteurs de recherche et données de base ci-après: :Contemporary Women's Issues, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Current Awareness in Biomedicine, Current Contents, Excerpta Medica (EMBASE), Family and Society Studies Worldwide, Feminist Periodicals, Health Promotion Information, Index Medicus, International Bibliography of the Social Sciences, Kinsey Institute for Research in Sex and Reproduction (Website seulement), List of Free Materials in Reproductive Health , Medline, Ohio Database of Women's Studies, Popline, Public Affairs Information Services (PAIS),PubMed, Research Alert, Social and Behavioral sciences Social Sciences Research Network Social Sciences Citation Index , Sociofile , Sociological Abstracts, SOPODA , and Studies on Women Abstracts.

Sommaire

EDITORIAL

5-12	*Marge Berer*	Ressources humaines : un terme impersonnel pour désigner les prestataires de soins de santé

FOCUS SUR LE THEME

13-25	*Helen Schneider, Duane Blaauw, Lucy Gilson, Nzapfurundi Chabikuli, Jane Goudge*	Systèmes de santé et accès aux médicaments antirétroviraux pour le VIH en Afrique australe: défis liés à la prestation de services et aux ressources humaines
26-28	*Wim Van Damme, Guy Kegels*	Renforcement du système de santé et élargissement de la thérapie antirétrovirale: nécessité de modèles de délivrance adaptés aux contextes: commentaire sur Schneider et al.
29-43	*Debbie Palmer*	S'attaquer à la crise des ressources humaines au Malawi
44-56	*Nancy Gerein, Andrew Green, Stephen Pearson*	Les conséquences des pénuries de professionnels de la santé pour la santé maternelle en Afrique subsaharienne
57-70	*Mohammad Tajul Islam, Yasmin Ali Haque, Rachel Waxman, Abdul Bayes Bhuiyan*	Mise en œuvre de la formation en soins obstétricaux d'urgence au Bengladesh : enseignements tirés
71-79	*Fatima Temmar, Bilkis Vissandjée, Marie Hatem, Alisha Apale, Devorah Kobluk*	Les sages-femmes au Maroc : En quête de reconnaissance comme partenaires qualifiées en matière de soins de maternité axés sur les femmes
80-91	*Kate Wood, Rachel Jewkes*	Blocages de sang et réprimandes des infirmières : obstacles à l'uti lisation des contraceptifs chez les adolescentes en Afrique du Sud
92-102	*Linnea U Warenius, Elisabeth A Faxelid, Petronella N Chishimba, Joyce O Musandu, Antony A Ong'any, Eva B-M Nissen*	Les attitudes des infirmières sages-femmes face aux besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et génésique au Kenya et en Zambie

LETTRE A L'EDITEUR

103	Une raison pour laquelle la mortalité maternelle ne baisse pas

TOUR D'HORIZON

104-110	Ressources humaines
111-122	Prestation de services
123-132	VIH/SIDA

QUESTIONS de santé reproductive

© 2012 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
L'article ci-dessous a été tiré de Reproductive Health Matters 2006;14(27):6–11
0968-8080/06 $ – see front matter

REPRODUCTIVE HEALTH matters

EDITORIAL

Ressources humaines: un terme impersonnel pour désigner les prestataires de soins de santé

Marge Berer

Rédactrice en chef, Reproductive Health Matters, Londres, R.-U.

Le sujet du présent numéro de la revue est crucial, et les articles traitent avec éloquence de l'importance des prestataires de soins de santé pour le bon fonctionnement des services de santé, mesuré à travers leur niveau de formation et de compétence, l'ampleur de l'appui administratif qui leur est prodigué, le salaire et les avantages qu'ils reçoivent, leurs opportunités de perfectionnement professionnel, les conditions dans lesquelles ils sont censés travailler et les ressources mises à leur disposition pour leur travail. Les articles montrent à quel point les services de santé publics manquent d'appui pour se doter de prestataires de soins de santé bien formés, bien rémunérés, très motivés, dans la quasi-totalité des pays examinés.

Le présent numéro contient des articles sur les femmes et les hommes qui, ensemble, forment la base des ressources humaines des services publics de santé sexuelle et génésique au Bangladesh, au Guatemala, en Indonésie, au Kenya, en Lituanie, au Maroc, en Mongolie et en Zambie ainsi que dans les programmes de traitement du sida en Afrique du Sud et au Malawi. Dans tous les cas, de nombreux éléments de l'histoire sont les mêmes. Compte tenu des attentes de plus en plus fortes vis-à-vis des systèmes et des agents de santé – par exemple en vue de réduire les décès maternels, prévenir l'infection à VIH – un plus grand nombre d'agents de santé, une meilleure formation et des compétences accrues sont nécessaires et les conditions de travail ainsi que les salaires doivent être nettement améliorés.

L'ampleur du problème des ressources humaines est en train d'être rapidement mesurée et le Tour d'horizon sur les ressources humaines dans le présent numéro donne quelques données et un aperçu général du problème.

Plus d'effectifs, plus de formation, davantage de compétences et des systèmes de santé renforcés

L'ampleur du problème des ressources humaines est en train d'être rapidement mesurée et le Tour d'horizon sur les ressources humaines dans le présent numéro donne quelques données et un aperçu général du problème.

La majeure partie des données existantes ne porte pas sur des services spécifiques, mais sur les effectifs des systèmes de santé dans leur ensemble. Cette revue regroupe des articles portant spécifiquement sur les questions de ressources humaines en matière de soins de santé sexuelle et génésique, avec des articles axés principalement sur la planification familiale, les soins liés à la maternité, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions d'hygiène et les programmes de traitement du sida. L'article de Gerein, Green et Pearson montre, à l'aide de données nationales et régionales, les implications pour l'Afrique subsaharienne des déficits de sages-femmes, d'infirmières et de médecins dans le domaine des soins de santé maternels et de la répartition inéquitable des professionnels de la santé maternelle entre les zones géographiques et les établissements de santé. L'illustration la plus poignante de cette situation est faite dans le présent numéro par la lettre à l'éditeur, qui décrit comment un jeune médecin, fraîchement émoulu d'une école de médecine en Europe, a visité une maternité dans un pays d'Afri-

que subsaharienne et n'a trouvé ni les médecins qu'il était allé voir, ni aucun autre membre du personnel. Après avoir aidé deux femmes à mettre au monde leur bébé, il lui a été demandé de pratiquer en urgence une césarienne, tout cela moins d'une heure après son arrivée. L'utilisation de "pénurie de professionnels de la santé" pour décrire une telle situation est tout à fait inappropriée.

Le recrutement d'un plus grand nombre de personnes dans les écoles de médecine et d'infirmiers, et une mise à niveau ainsi qu'un recyclage, constituent les points les plus évidents par où il faut commencer à s'attaquer au manque de services essentiels tels que les soins obstétricaux d'urgence (SOU), mais ce n'est pas une tâche facile. Islam, Haque, Waxman et Bhuiyan décrivent un programme national quadriennal au Bangladesh où les médecins, les infirmiers, les gestionnaires des établissements et les techniciens de laboratoire ont reçu une formation dans les huit centres hospitalo-universitaires du pays. L'objectif était de rendre les services de SOU pleinement fonctionnels dans les hôpitaux de sous-district et de district du pays. En 2004, 105 des 120 hôpitaux de sous-district étaient devenus opérationnels en matière de SOU, tandis que 53 des 59 hôpitaux de district fournissaient des SOU complets contre 35 en 1999. L'appui et la rétention de ces personnes dans leur emploi, la poursuite de l'implication des principales parties prenantes (en particulier les formateurs), le recrutement de nouveaux stagiaires, l'introduction de protocoles basés sur des faits probants afin de standardiser la pratique et d'améliorer la qualité des soins, la mise à niveau d'un plus grand nombre des établissements restants et le fait d'assurer une couverture 24 heures sur 24, constituent également des tâches très ambitieuses.

Cependant, même la meilleure formation ne suffit pas à elle seule. Dans un article sur l'élargissement des soins après avortement dans 22 des 33 hôpitaux de district du secteur public au Guatemala, Kestler, Valencia del Valle et Silva décrivent un programme d'interventions de 18 mois, comprenant le renforcement des connaissances et des capacités techniques du pers-onnel, l'élargisse-ment des soins après avortement, l'amélioration des infrastructures connexes, la distribution de documents à titre d'information et l'institution d'un système de surveillance des avortements. Mais même si ces hôpitaux sont parvenus à une meilleure qualité de soins pour un plus grand nombre de femmes, le nombre de décès et de complications graves est resté inchangé au cours de la période d'étude. Cela est dû au fait que les avortements que les femmes avaient subis avant d'arriver dans les hôpitaux pour des soins étaient pratiqués dans des conditions tout aussi insalubres qu'ils l'étaient avant le début de l'intervention. Tout ce que les prestataires de soins de santé pouvaient faire, et c'est une tâche cruciale de santé publique dans ces circonstances, c'était de faire le meilleur travail possible en traitant les complications pour lesquelles les femmes se présentaient. S'ils pouvaient obtenir la permission du gouvernement d'informer ces femmes de la disponibilité de ces services, les femmes pour-raient se présenter plus rapidement, avant que les complications deviennent graves. À long terme, toutefois, c'est seulement en commençant par rendre les avortements plus sûrs que ces problèmes seront résolus.

En effet, ce n'est pas uniquement en matière d'interruption volontaire de grossesse que les besoins des femmes sont encore si incroyablement négligés. Dans la plupart des pays les plus pauvres du monde, l'association d'infirmières et d'autres prestataires de niveau intermédiaire à qui les soins de maternité sont confiés ne mérite guère plus que l'étiquette « d'assistants qualifiés » parce que très peu d'entre eux sont des sages-femmes bien formées. Pourtant, bien qu'il soit de plus demandé à ces quasi-sages-femmes de fournir des soins spécialisés aux femmes enceintes et aux nouveau-nés, elles sont largement sous-évaluées. Au Maroc, il y a un manque persistant de reconnaissance professionnelle des sages-femmes, qui, avancent Temmar, Vissandje'e, Ha-tem, Apale et Kobluk, concorde avec un système généralisé d'inégalité entre les sexes lié de façon plus générale au statut inférieur des femmes. Leur article dans ce numéro de la revue décrit l'histoire de la formation des sages-femmes au Maroc, à partir des années 50 avec un programme ne nécessitant qu'un certificat d'études primaires, au moment où la plupart des femmes étaient assistées par des auxiliaires, des infirmières ou des accoucheuses traditionnelles, formées ou non.

Ce n'est que dans les années 90 que le pays a institué un programme de premier cycle pour la formation des sages-femmes aux compétences essentielles. Les auteurs insistent sur l'importance de la reconnaissance et du traitement des sages-femmes comme des partenaires compétentes, qualifiées et valorisées au même titre que les infirmières et les gynécologues-obstétriciens. C'est seulement sur cette base, affirment-ils, que l'exercice de la profession de sages-femmes dans des pays comme le Maroc peut évoluer progres-sivement vers des soins de maternité axés sur les femmes.

Un article de Schneider, Blaauw, Gilson, Chabikuli et Goudge part du principe qu'un large accès à la thérapie antirétrovirale dans de nombreux pays en développement a peu de chances d'être réalisé sans des systèmes de santé renforcés et un apport suffisant d'agents de santé qualifiés et motivés, qui sont maintenant considérés comme la clé de l'élargissement du traitement contre le VIH. En Afrique subsaharienne, cela signifie s'attaquer aux problèmes de l'offre, de la migration, de la répartition, de la combinaison des compétences, de la rémunération, de la productivité et de la gestion, ainsi que porter l'attention sur une série de tâches de gouvernance. Les contraintes macro-économiques qui pèsent également sur l'emploi des prestataires de soins de santé doivent être aplanies, et il faut évaluer la performance des cadres tels que les agents de santé de niveau intermédiaire et communautaire et leur rôle potentiel dans l'élargissement du traitement contre le VIH.

Van Damme et Kegels font un commentaire utile dans cet article sur le fait que les systèmes de santé, qui ont été mis en place principalement pour fournir des services de santé maternelle et infantile et prendre en charge les phases aiguës des maladies, doivent, tout d'un coup, s'occuper d'un grand nombre de personnes vivant avec le sida, qui ont besoin de soins à vie en raison de leur maladie chronique. Ils fournissent des données sur la disponibilité des médecins et des infirmiers par rapport au nombre de personnes vivant avec le sida dans 13 pays, et soutiennent que les pays ayant plus de 2000 personnes vivant avec le sida par médecin doivent peut-être mettre au point des modèles de délivrance des antirétroviraux différents de ceux qui sont utilisés en Afrique australe, et certainement au Brésil, où il y a un médecin pour deux personnes vivant avec le sida.

Palmer fournit une étude de cas nationale sur les besoins en ressources humaines dans le système de santé au Malawi, où les effectifs du secteur de la santé sont particulièrement faibles, même selon les normes régionales. Les bailleurs de fonds ont aidé le Gouvernement à élaborer et financer un Programme d'urgence sur les ressources humaines afin de s'attaquer aux facteurs qui sont à l'origine du départ du personnel du service de santé publique. Cet article analyse également les réticences des donateurs à consentir les importants investissements nécessaires pour s'attaquer à un problème de cette envergure et d'une telle complexité, compte tenu des sensibilités sociales et politiques concernées, et du fait de préoccupations quant à la viabilité des interventions et aux risques d'un accroissement de la dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds.

Le visage humain des ressources humaines en matière de soins de santé sexuelle et génésique est généralement celui d'une femme

Plusieurs des articles thématiques de ce numéro de la revue mettent l'accent sur des aspects qualitatifs – le visage humain des ressources humaines en matière de soins de santé sexuelle et génésique – et les points de vue sont avant tout ceux de patientes et principalement des prestataires féminines. Wood et Jewkes examinent les conséquences dans le domaine de la planification familiale des efforts entrepris par les infirmières pour stigmatiser la sexualité des jeunes parce qu'elles désapprouvent le fait que les adolescents aient des relations sexuelles. Cela les pousse à traiter durement les adolescentes et à être réticentes à reconnaître les expériences des filles comme des utilisatrices de contraceptifs, compromettant ainsi leur utilisation efficace de la contraception. En plus des remontrances, il y a cependant des questions comme le respect de la confidentialité de la part des agents de santé que les adolescents doutent souvent de se voir garantir dans les environnements de soins de santé primaires. Une étude menée en Lituanie

par Jaruseviciene, Levasseur et Liljestrand, qui a évalué les décisions des médecins généralistes de respecter ou non la confidentialité pour les moins de 18 ans, a constaté que leurs décisions avaient été influencées par des forces extérieures. Il s'agit notamment du cadre législatif, des attitudes sociales envers la sexualité des adolescents, des caractéristiques institutionnelles dans les installations cliniques telles que la présence d'une infirmière au cours des consultations et de l'ouverture du système de classement des dossiers médicaux. Parmi les facteurs individuels figurent les relations des généralistes avec les familles des adolescents et leurs attitudes personnelles envers les questions de santé sexuelle et reproductive. Ainsi, une somme de facteurs, qu'il est difficile de démêler, pousse les prestataires à reproduire les normes sociétales du monde qui les entoure.

Les agents de santé ne sont cependant pas toujours considérés sous un angle négatif. Ainsi, dans un article du présent numéro portant sur l'Indonésie, les prestataires de soins de santé sont décrits presque comme des anges. Utomo, Arsyad et Hasmi illustrent le rôle central joué au niveau du village par les bénévoles de la planification familiale en Indonésie, qui non seulement encouragent et offrent la planification familiale, mais aussi organisent des réunions, donnent des informations, organisent des activités génératrices de revenus, prêtent assistance en matière d'épargne et de crédit, recueillent et transmettent des données et offrent d'autres services de bien-être familial. Leur travail, qui a eu une profonde influence sur l'utilisation de la planification familiale dans le pays, est tenu tellement pour acquis qu'ils demeurent à ce jour non rémunérés – principalement, paraît-il, parce que ces bénévoles sont des femmes et que leur travail se déroule le plus loin des centres du pouvoir.

Parfois, l'influence positive que les prestataires de soins de santé cherchent à avoir sur les résultats en matière de santé des femmes peut être enrayée par les collectivités qu'ils servent. En dépit de cinq décennies de travail dans un programme de santé et de développement communautaire en Inde avec un parti pris évident en faveur des femmes, décrit dans un article de Jacob, Surya, Minz, Singh, Abraham, Prasad, George, Kuruvilla et Jacob, les améliorations de la santé et l'autonomisation des femmes ont pris du retard par rapport à celles qui ont été obtenues par les hommes. Les auteurs estiment que cela s'est produit parce que la communauté, avec ses préjugés masculins tenaces, utilise les établissements de santé, et les programmes d'éducation et d'emploi, davantage au bénéfice des hommes et des garçons que pour les femmes et les filles.

Un autre exemple de situation où les préférences de la communauté et celles des agents de santé peuvent être contradictoires se rapporte au lieu et au type de soins fournis, comme indiqué dans un article sur le Bangladesh de Blum, Sharman et Ronsmans. Cette étude a examiné la faisabilité de l'accouchement à domicile par rapport à l'accouchement dans un établissement de santé du point de vue d'accoucheuses qualifiées. Les résultats révèlent d'importantes contraintes rencontrées par les accoucheuses au cours des accouchements à domicile, dont le transport, l'environnement inapproprié pour l'accouchement, l'insuffisance du matériel, le manque de sécurité et une formation et une supervision médicale insuffisantes, autant de facteurs qui empêchent parfois la prestation de soins qualifiés. Le plus difficile est la pression exercée par les familles pour adhérer aux normes traditionnelles de l'accouchement et de convaincre les familles d'accepter la nécessité d'un aiguillage de la parturiente en cas de complications. Pourtant, les familles préféraient que les femmes accouchent à domicile.

Enfin, les efforts nationaux visant à renforcer les compétences des agents de santé et la qualité des services peuvent être compromis par un changement de gouvernement qui conduit à un changement de politique. Ils peuvent également être négativement affectés par une absence de consensus entre le gouvernement et les communautés de bailleurs de fonds, les priorités sanitaires antagoniques et la politisation des débats sur des questions telles que la fécondité et l'avortement. Hill, Dodd et Dashdorj montrent que cela est arrivé très récemment en Mongolie, un pays qui faisait des progrès significatifs dans l'utilisation des contraceptifs, l'éducation des femmes et la réduction de la mortalité maternelle, qui a mis en place des services innovants de santé adaptés aux adolescents

SEAN SPRAGUE / PANOS PICTURES

Des accoucheuses arborant leurs nouveaux équipements fournis par l'UNICEF, région du Delta, Égypte, 2002

et élaboré des pratiques du groupe familial qui vont vers les populations marginalisées. Ainsi, la politique peut menacer de l'emporter sur les objectifs et les initiatives de santé publique, paralysant souvent les prestataires de soins de santé.

Autres articles de fond

RHM a commencé à préparer régulièrement des publications sur les problèmes de santé sexuelle et génésique des adolescents, et dans ce numéro figurent de nombreuses contributions de ce type. L'une d'entre elles est un article de Warenius, Faxelid, Chishimba, Musandu, Ong'any et Nissen sur les attitudes de désapprobation des infirmières et des sages-femmes face aux besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et génésique au Kenya et en Zambie. Celles qui ont un niveau d'instruction plus élevé et celles qui avaient reçu une formation continue tendaient à avoir des attitudes plus favorables envers les jeunes. Par conséquent, les auteurs suggèrent que la pensée critique autour des dimensions culturelles et morales de la sexualité des adolescents devrait être mise en relief dans la formation de premier cycle et la formation continue, afin d'aider les infirmières et sages-femmes à aborder de façon plus empathique la réalité de la sexualité des adolescents.

Un autre article est celui de Rashid sur des adolescentes mariées vivant dans un environnement urbain de bidonville au Bangladesh, qui constituent un groupe extrêmement vulnérable. Les attentes culturelles et sociales signifient que 128 des 153 jeunes filles interrogées ont eu des enfants avant qu'elles ne soient émotionnellement ou physiquement prêtes. Vingt-sept avaient mis fin à une grossesse, dont 11 ont indiqué qu'elles y ont été forcées par des membres de la famille qui dépendaient de ce qu'elles gagnaient et voulaient

qu'elles gardent leur travail. La pauvreté, les conditions économiques, l'insécurité matrimoniale, la politique familiale, l'absence de dot et la rivalité entre la famille, les coépouses et les beaux-parents ont poussé ces jeunes femmes à accepter, pour survivre, les décisions prises par d'autres pour savoir si elles devaient avoir un enfant. Cependant, comme la productivité économique a commencé à prendre le pas sur leur rôle de génitrices dans certaines familles, les conséquences sur la prise de décision en matière de procréation peuvent être considérables à l'avenir.

Au Japon, en revanche, les jeunes femmes n'ont généralement pas d'enfants et, en 2004, le taux de fécondité avait chuté à 1,29. Depuis les années 60, la politique démographique internationale encourage une réduction de la croissance de la population mondiale, mais le succès des politiques de planification familiale dans la réalisation de cet objectif semble tout d'un coup être à l'origine d'un retour au natalisme chez certains démographes et décideurs. Un article de Goto, Yasumura, Yabe et Reich examine pourquoi le Japon est actuellement confronté à un conflit entre la volonté de réduire les grossesses non désirées et l'objectif d'augmenter en même temps le taux de fécondité national. Ils décèlent des problèmes psychosociaux dans les familles où les grossesses non désirées ont été conduites à terme. En même temps, ils constatent que les jeunes couples considèrent l'éducation des enfants comme un fardeau qu'ils sont souvent réticents à assumer, ce qui constitue un problème croissant dans plusieurs pays autres que le Japon. Ils estiment que le Gouvernement doit relever les défis sociaux influençant la vie familiale des individus, qui sous-tendent la faiblesse actuelle de la fécondité, plutôt que d'essayer d'inverser la baisse de la fécondité proprement dite.

Le droit des femmes à décider s'il faut ou non poursuivre une grossesse est un droit que RHM s'est engagée depuis ses débuts à promouvoir dans ses pages. Nous sommes heureux de pouvoir publier un article de Henry David dans ce numéro, qui met en évidence les conséquences pour les enfants nés de femmes à qui on a refusé un avortement. Son article regroupe les conclusions d'une étude sur 35 ans suivant des enfants nés entre 1961 et 1963 à Prague de femmes à qui l'on a refusé deux fois l'avortement pour la même grossesse non désirée. Les conclusions donnent à penser que, dans l'ensemble, le refus de l'avortement pour les grossesses non désirées entraîne un risque accru d'un développement psychosocial et d'un bien-être mental négatifs de l'enfant né de cette grossesse jusqu'à l'âge adulte, y compris la nécessité d'un traitement psychiatrique, en particulier s'il s'agit d'un enfant unique.

Nidadavolu et Bracken publient un article sur le contenu des documents d'information sur l'avortement et la détermination du sexe dans un district du Rajasthan, en Inde, et les perceptions que les gens en ont. La majeure partie des documents d'information sur l'avortement dans le quartier a été produite par un prestataire de services d'avortement. Le secteur public avait produit des documents sur l'illégalité de la détermination du sexe, dont certains ne faisaient pas la distinction entre le choix du sexe et d'autres motifs de l'avortement. En l'absence de connaissance du statut juridique de l'avortement, les messages négatifs et les termes forts des documents contre le choix du sexe peuvent avoir contribué à l'idée que l'avortement est illégal en Inde. Sur la base de ce qu'ils ont appris de la recherche, ils ont produit un excellent livret illustré conçu pour les femmes ayant un faible niveau d'instruction et un manuel de l'éducateur, couvrant à la fois l'avortement et la détermination du sexe, la loi sur l'avortement en Inde, les dangers de l'avortement à risque et la nécessité de rechercher un avortement sûr auprès d'un prestataire qualifié.

Enfin, une étude de Wu, Viisainen et Hemminki analyse les contributions relatives de la sous-déclaration des naissances féminines, l'avortement des fœtus féminins et l'excès de mortalité néonatale précoce des filles au taux de masculinité élevé chez les nouveau-nés dans un comté rural de la province de l'Anhui, en Chine, sur la base d'une cohorte de 3 697 grossesses. Ce n'est pas le premier article publié par RHM sur la préférence du sexe dans certaines régions d'Asie, et il y a peu de chances que ce soit le dernier. Cette étude conclut que l'avortement sélectif des fœtus féminins a sans doute contribué le plus à l'indice de masculinité extrêmement élevé chez les nouveau-nés. La sous-déclaration des naissances vivantes fé-

minines et la négligence ou la qualité plus mauvaise des soins aux nouveau-nés de sexe féminin semblaient jouer un rôle secondaire. Les nouvelles technologies, en particulier l'échographie utilisée pour le dépistage prénatal, ont contribué à ce que la politique de l'enfant unique devienne, dans la pratique, une politique « d'au moins un fils ». Cet article décrit également la façon dont le test de grossesse obligatoire a été effectué par le personnel de la planification familiale du canton tous les 2–3 mois sur toutes les femmes mariées âgées de moins de 50 ans, et comment le bureau de la planification familiale du canton a été informé de l'issue de chaque grossesse, que ce soit une fausse couche, un avortement, un mort-né, une naissance vivante ou un décès néonatal. Ce niveau d'organisation stricte et de contrôle de la grossesse elle-même mérite plus d'attention.

Enfin, il semblait approprié de reproduire l'article de la FIGO intitulé "Règles de déontologie sur l'objection de conscience" récemment publié dans ce numéro de la revue, en raison de l'ampleur de l'impact de l'objection de conscience sur la pratique des obstétriciens, gynécologues et autres prestataires de soins de santé sexuelle et génésique. Ces règles affirment que les prestataires ont "à tout moment le devoir éthique d'agir pour le bien de chacun des patients à qui ils dispensent des soins et d'éviter que ceux-ci ne subissent des dommages. Ce devoir prime sur toute objection de conscience au traitement d'un patient."

Un point de vue tenant compte des sexospécificités

L'un des aspects presque invisibles de la question des ressources humaines qui ressort cependant dans les articles publiés ici se rapporte aux sexospécificités. Surtout dans les pays où le statut des femmes est beaucoup plus bas que celui des hommes, non seulement les patientes sont plus susceptibles d'être négligées et mal traitées, mais les agents de santé féminins sont également susceptibles d'avoir un statut inférieur et (le cas échéant) un salaire plus modeste que leurs collègues masculins. Elles risquent également davantage d'avoir moins de compétences qu'elles n'en ont besoin pour offrir à leurs patients des soins optimaux. Ce n'est ni un accident ni une malchance que la mortalité maternelle, y compris les complications de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, continue d'être un problème majeur de santé publique dans de nombreux pays. Cela s'explique principalement par le fait que ce sont les femmes qui sont impliquées et affectées.

Conclusions

Il est frustrant de voir que la production de connaissances ne débouche pas souvent sur des mesures concrètes. Il est également inquiétant de constater que les meilleurs cerveaux et les efforts semblent aller dans le sens de la description des causes et des paramètres des problèmes, tandis que les personnes et les institutions sur le terrain qui sont chargées d'appliquer les solutions manquent constamment de personnel, de financement et d'appui. Les conclusions qui peuvent être tirées des articles du présent numéro de la revue sont évidentes. Les pays doivent travailler ensemble pour répondre au besoin mondial de prestataires de soins de santé qualifiés à l'échelle planétaire. Pour répondre aux besoins croissants en matière de soins de santé de populations de plus en plus exigeantes et toujours croissantes, dans lesquels les ressources humaines jouent un rôle central, la santé doit bénéficier d'une plus grande proportion des budgets nationaux. Cela concerne aussi les pays développés, qui ont suffisamment d'argent pour former tous les agents de santé dont ils ont besoin, sans avoir à les débaucher des systèmes de santé ayant beaucoup moins de ressources. Enfin, les prestataires de soins de santé doivent se regrouper dans des associations professionnelles et des syndicats pour se battre pour de meilleures formations et conditions de travail, et pour des systèmes de santé publique solides, parce que leurs intérêts sont également les intérêts de leurs patients.

NB Il est fait référence à certains articles ici, effectivement publiés dans la version originale en Anglais de RHM n°27 de Mai 2006, mais qui ne figurent pas dans le présent numéro de QSR. Cependant, les résumés de ces articles en Anglais, Français et Espagnol sont disponibles sur ***www.rhm-elsevier.com***

Prochains articles à soumettre à RHM

RHM devient une revue de plus en plus "connue", y compris dans les milieux universitaires. Cela se traduit par un plus grand nombre d'articles sur la recherche en cours de soumission, dont les résultats sont montrés principalement à travers des données et dans des tableaux et figures. Ces articles ont également tendance à être plus longs que les + de 5000 mots demandés par RHM. Beaucoup de ces articles contiennent des conclusions importantes, et ont des conséquences très pertinentes pour la politique, les prestations de services et le plaidoyer et nous sommes heureux de les publier. En revanche, certains autres abordent trop brièvement le volet action recherché par RHM dans ce genre d'articles. En outre leur publication peut dissuader la soumission d'articles non universitaires, une conséquence que nous souhaitons éviter.

Le type d'articles que RHM est désireux de publier comprend également les articles de discussion et de commentaire dans lesquels la pensée critique sur les questions d'actualité est présentée et le caractère multidimensionnel des problèmes et leur solution sont explorés. Nous sommes intéressés par des articles qui décrivent le contenu et les activités des programmes éducatifs, les activités de promotion et les campagnes de sensibilisation sur la santé et la sexualité à moindre risque, et les articles qui analysent la loi et la politique sur un sujet spécifique. Et nous continuons à chercher un éventail de travaux de recherche approfondis et de qualité sur les perspectives des femmes et des hommes, des prestataires de services et des décideurs. Nous exhortons les auteurs potentiels à lire notre politique éditoriale et à la prendre au sérieux.*

Nous invitons les auteurs qui veulent écrire des articles "non académiques" à en soumettre plus souvent. Et nous exhortons les auteurs universitaires à se demander si les articles remplis de tableaux, de nombres, de pourcentages à la dixième décimale et d'intervalles de confiance sont toujours la meilleure façon de présenter ce qui est vraiment important dans leurs résultats. Au nom des nombreux lecteurs de RHM, qui ont jeté un coup d'œil sur les tableaux compliqués, ont commencé à loucher et ont tourné la page, nous prions les auteurs de trouver d'autres façons de présenter leurs données dans la mesure du possible, en particulier les données qualitatives.

Bien que des données exactes soient essentielles pour étayer les propositions et les interventions en matière de politiques et de programmes, le fait de savoir les présenter de façon à les faire comprendre et assimiler par ceux qui n'ont pas de compétences statistiques a plus de chances de convaincre d'autres personnes travaillant dans le domaine à donner suite aux enseignements qu'ils ont retirés de ces études et à les utiliser pour changer le monde.

* Merci au comité consultatif de rédaction 2005 de RHM pour avoir soulevé ces questions

QUESTIONS de santé reproductive

© 2012 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
L'article ci-dessous a été tiré de Reproductive Health Matters 2006;14(27):12-23
0968-8080/06 $ – see front matter

REPRODUCTIVE HEALTH matters

FOCUS SUR LE THÈME

Systèmes de santé et accès aux médicaments antirétroviraux pour le VIH en Afrique australe: défis liés à la prestation de services et aux ressources humaines

Helen Schneider,[a] Duane Blaauw,[b] Lucy Gilson,[c] Nzapfurundi Chabikuli,[d] Jane Goudge[e]

a Professeur agrégé, Centre de politique sanitaire, Université de Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud. Courriel: Helen.Schneider@nhls.ac.za

b Chercheur principal, Centre de politique sanitaire, Université de Witwatersrand

c Professeur agrégé, Centre de politique sanitaire, Université de Witwatersrand, et Maître-assistant, Unité de politique sanitaire, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni

d Chercheur principal, Centre de politique sanitaire, Université de Witwatersrand

e Chercheur principal, Centre de politique sanitaire, Université de Witwatersrand

Résumé: *Seul un renforcement des systèmes de santé permettra à nombre de pays en développement de garantir un large accès à la thérapie antirétrovirale. Cet article réfléchit aux obstacles systémiques contrariant l'accès aux ARV dans des pays où l'épidémie est massive et les systèmes de santé faibles. Il est fondé sur l'expérience des auteurs en Afrique australe et sur le cadre de l'OMS pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Tout en constatant la persistance des manques financiers, l'article se concentre sur la réorientation des services vers le traitement des maladies chroniques et la crise des ressources humaines dans les systèmes de santé. Des facteurs comme la pénurie de personnel, la distribution inégale, la faible rémunération et la migration accélérée des agents de santé qualifiés sont de plus en plus considérés comme des obstacles systémiques clés à l'élargissement du traitement du VIH. Néanmoins, les problèmes dépassent la question de l'offre pour inclure la productivité et les cultures de la prestation des services. À mesure que davantage de pays reçoivent des fonds pour les programmes d'accès aux antirétroviraux, un fort encadrement national de ces programmes devient de plus en plus nécessaire. L'article propose un ensemble de tâches de supervision à court et long terme, notamment s'opposer à la verticalisation du traitement du VIH, évaluer les agents de santé communautaires et leur rôle potentiel dans l'accès au traitement du VIH, mener une action internationale sur l'exode des cadres et investir davantage dans les fonctions nationales des ressources humaines en matière de planification, production, rémunération et gestion.* © 2006 Reproductive Health Matters 2006 (English), 2012 (Français). Tous droits réservés.

Mots clés: Médicaments antirétroviraux contre le VIH, élargissement du traitement et des services, systèmes de santé, Afrique australe

Empêcher l'accès à la thérapie antirétrovirale (ARV) salvatrice, que ce soit en raison des prix ou de l'insuffisance des infrastructures, est devenu indéfendable à travers le monde. De nombreux sites et projets pilotes, dont certains jouissent d'une bonne réputation sur le plan international, ont démontré qu'il est possible d'utiliser les ARV de façon efficace dans des environnements aux ressources limitées.[1, 2]

Au moment où davantage de pays reçoivent des ressources externes pour entreprendre des programmes de traitement du VIH, ils sont confrontés à un certain nombre de questions. Est-il possible de mettre les ARV à la disposition du grand nom-

bre de personnes qui en ont besoin et quelles sont les contraintes qui doivent être surmontées? Comment le principe d'équité sera-t-il maintenu dans le processus inévitablement cumulatif de l'élargissement? Est-il possible de gérer les investissements en matière d'ARV de sorte qu'ils ne détournent pas les rares ressources des autres activités essentielles et profitent plutôt au système de santé pour la mise en œuvre de l'ensemble des programmes de santé?

Ces questions ne se limitent pas à l'élargissement des ARV. La volonté de s'attaquer à l'échelle planétaire aux charges de morbidité excessivement lourdes du Sud s'est heurtée de façon récurrente à "la situation précaire des systèmes de santé dans de nombreux pays en développement".[3] Les échecs du système de santé sont considérés comme étant à l'origine des résultats décevants des stratégies de lutte contre la tuberculose (DOTS),[4] de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)[5] et de l'intégration des services de santé génésiques.[6] Plusieurs auteurs[7–9] ont mis en garde contre une fragmentation et un désordre accrus dans les systèmes de santé à la suite de la prolifération dans le monde de partenariats public-privés qui tentent de s'attaquer au VIH d'une manière ou d'une autre. La tendance à contourner les systèmes de santé par la création de structures verticales qui drainent les ressources d'un "noyau en déliquescence"[10] peut satisfaire les besoins à court terme mais ne peut être la base d'un accès universel. Le traitement contre le VIH, à l'instar des services de santé génésique ou des soins antituberculeux, et contrairement à la vaccination contre la poliomyélite ou au marketing social des préservatifs, ne peut être administré dans un programme vertical sans recréer toute une nouvelle infrastructure sanitaire. Pour que les ARV parviennent au nombre immense de personnes qui en ont besoin, de façon organisée et réglementée, l'on devra recourir à l'infrastructure actuelle de soins de santé. Le secteur privé à but lucratif, les organismes non gouvernementaux et les structures sur le lieu de travail peuvent avoir un rôle à jouer, mais ne sauraient se substituer à la fonction essentielle du secteur sanitaire public, aussi bien en tant que prestataire de services que gestionnaire de la mise en œuvre.[11]

Le présent article se penche sur la tâche de l'élargissement du traitement contre le VIH face à la généralisation de l'épidémie du VIH (c'est à dire un besoin énorme) et la fragilité des systèmes de santé. Il est basé sur des récits publiés et les expériences des auteurs dans la région de l'Afrique australe, un mélange de systèmes sanitaires de pays à revenus faible et intermédiaire. S'inspirant du cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les systèmes de santé, l'article débute par un résumé des défis liés à la réalisation de l'accès universel. Il traite ensuite plus en profondeur de la nécessité pour les systèmes de prise en charge des maladies chroniques d'être intégrés dans un continuum des soins du VIH, ainsi que la base de ressources humaines et les cultures de soin que cela présuppose. Bien que dans la plupart des endroits, l'accès universel demeurera un objectif distant, la quasi-totalité des systèmes de santé ont des éléments de bonne performance qui peuvent servir de base pour un processus d'élargissement qui renforce également de façon simultanée le système sanitaire lui-même. La gestion de ces opportunités comporte des défis immédiats et importants de "gouvernance", en particulier lorsqu'elle est confrontée à la multiplicité des initiatives et au rythme même de l'élargissement dans de nombreux pays. En guise de conclusion, nous résumons ce que nous considérons être des tâches de gouvernance, énumérées dans une matrice de micro et de macro tâches de renforcement des systèmes de santé à court et à long terme.

Aperçu des défis des systèmes sanitaires

Les systèmes de santé publics, en particulier en Afrique subsaharienne où les ARV sont le plus nécessaires, se trouvent dans une situation difficile. Dans de nombreux endroits, des décennies de crise économique, les programmes d'ajustement structurel et la baisse des dépenses publiques ont gravement sapé leur capacité de fournir les filets de sécurité sanitaire les plus élémentaires. Les contraintes qui empêchent l'introduction de nouvelles interventions sanitaires dans de tels environnements sont nombreuses et ont été décrites

Tableau 1. Définition des dimensions du système de santé et défis liés à l'élargissement des ARV[a]

Dimension du système de santé	Définition	Défi majeur lié à l'élargissement des ARV
Objectifs		
Qualité	**Etat de santé**	Prolonger et assurer la qualité de vie Améliorer la prévention grâce aux soins
Réactivité	Le degré auquel le système de santé répond aux attentes d'une population concernant la manière dont elle devait être traitée	Changer la relation patient-prestataire et les cultures de prestation de service
Equité	Equité dans la répartition des ressources et les résultats	Maintenir des principes d'équité dans le processus d'élargissement
Fonctions		
Prestations de services	Quels services, fournis par qui et comment	Etablir l'accès aux services de santé Réorienter les services de soins de courte durée aux soins de longue durée
Financement	Souces et allocation des fonds pour les systèmes de santé	Assurer le financement durable du traitement contre le VIH Générer plusieurs contributions de bailleurs de fonds
Création de ressources	Ressources humaines, immobilisations, médicaments et autres consommables, et informations requises pour fournir les services	Améliorer l'infrastructure de prestation de services, notamment le fourniture, la qualité, la rémunération et la répartition des ressources humaines
Gouvernance	Supervision générale, établir les règles du jeu, réglementer l'utilisation des ressources, collaborer et collecter l'information	S'assurer que les fonds pour le traitement du VIH fasse partie des approches sectorielles Promouvoir un accès équitable Assurer des approches standardisées et coordonnées Réglementer l'utilisation des médicaments Assuere une gestion stricte ainsi que d'autres fonctions génériques du système de santé Promouvoir de nouvelles cultures organisationnelles

a Adapté de l'OMS[13]

de façon exhaustive par Hanson et al.[12] Parmi celles-ci figurent les barrières (par exemple l'accessibilité économique, la stigmatisation) à l'accès aux services liées à la demande, l'inadéquation des infrastructure de prestation de services, la faiblesse des systèmes de réglementation et d'approvisionnement des médicaments et la difficulté à gérer les nombreuses contributions de donateurs. Le tableau 1 résume les contraintes du système de santé spécifiques à l'élargissement des ARV, conformément au cadre proposé par l'OMS en 2000.[13] Ce cadre divise les systèmes de santé en trois objectifs (qualité, équité et réactivité) et une série de fonctions (prestation de services, création de ressources, financement et gouvernance) requises pour atteindre ces objectifs. Bien que considéré par certains comme une représentation étroite d'un système de santé ou de l'élargissement[12], il ne sert pas moins comme une heuristique utile pour envisager une intervention classique de prestation de service telle que le traitement du VIH.

Un financement suffisant est naturellement un défi majeur de l'élargissement des ARV. Bien que le financement du VIH/sida ait connu une hausse importante dans le monde au cours des dernières années, les ressources mobilisées pour le traitement restent toujours en deçà des besoins, [14] à fortiori pour la reconstruction des systèmes de santé.[8] La majeure partie des fonds contournent également et menacent d'éclipser les mécanismes nationaux en place pour la gestion de l'aide extérieure au secteur de la santé, tels que les approches sectorielles.[15] Cependant, même si des fonds suffisants étaient mis à disposition à travers des systèmes intégrés, des années de sous-investissement dans la base de ressources des systèmes de santé – en particulier le personnel et les infrastructures – ont créé des difficultés qui ne peuvent

être résorbées à court terme. Ces macro-dimensions des systèmes de santé ont leurs équivalents dans une série de défis de prestation de services à un micro-niveau liés à la mise en place de systèmes de prise en charge de maladies chroniques. Les sections suivantes s'attardent sur ces défis.

Le défi de la prestation de services: la thérapie antirétrovirale comme prise en charge d'une maladie chronique

La thérapie antirétrovirale, telle qu'elle est actuellement disponible, est très efficace mais complexe à gérer. Elle nécessite un traitement à vie avec au moins trois médicaments antirétroviraux (trithérapie ou traitement antirétroviral hautement actif, HAART). La progression de la résistance aux médicaments, suivie par la hausse des charges virales et l'échec clinique, est relativement fréquente, même avec des niveaux élevés d'observance.[16] Cela implique un suivi clinique et de laboratoire continu et l'accès aux traitements de seconde intention. Les effets secondaires des médicaments, en particulier dans la période de début de traitement, sont relativement fréquents, et certains sont assez dangereux pour exiger des modifications au traitement. Une mortalité importante (jusqu'à 10%) a été observée au cours des premiers mois du traitement dans un site sud-africain.[17]

Les premières expériences dans de nombreux pays en développement ont montré que ces défis ne sont pas insurmontables.[1,18] Le Botswana, pays à revenu intermédiaire avec une population de 1,7 million d'habitants et une épidémie à VIH dévastatrice, a mis en place un programme d'accès universel aux ARV. En avril 2004, plus de 17 000 personnes avaient été inscrites au programme et les taux d'observance mesurés par des résultats tels que les charges virales étaient élevés.[19] Médecins sans Frontières (MSF) a des projets d'envergure, au niveau des districts dans le domaine du VIH/sida, qui intègrent la thérapie antirétrovirale, dans 25 pays.[20] De nombreux autres programmes de traitement sont en cours de lancement par les gouvernements grâce à un financement des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux.

En règle générale, ces projets pilotes initiaux se sont fixés et ont respecté des critères élevés de performance en ce qui concerne le suivi, l'observance et la survie. Cette performance, toutefois, repose sur un important capital de ressources, impliquant une combinaison relativement complexe de ressources humaines et de systèmes produisant un large éventail d'activités. Les programmes de traitement comprennent le personnel médical, les agents de santé de niveau intermédiaire (infirmiers ou préposés aux prélèvements sanguins), le personnel de laboratoire, des conseillers non professionnels, les agents de santé communautaires ou les personnes qui font observer le traitement ainsi que les gestionnaires de programme (voir encadré 1). Bien que l'expérience ait montré qu'il est possible de systématiser la prise en charge du VIH (y compris les ARV) dans des algorithmes à appliquer par les travailleurs de niveau intermédiaire, notamment lorsqu'elle est associée à de solides systèmes d'appui de santé publique/de district,[1,2] la prestation exige toujours la mobilisation de différentes combinaisons de compétences et à des moments différents. En outre, elle nécessite plus de médecins que d'autres activités de soins de santé primaires comme la vaccination et les soins prénatals.

Dans ces projets pilotes, les ARV sont également intégrés dans un vaste ensemble d'activités de santé publique, cliniques et de proximité dans un « continuum » de soins, d'appui et, parfois, de prévention, gratuits au point d'utilisation. L'élargissement du dépistage du VIH et l'inscription des patients dans les systèmes de suivi du traitement sont indispensables à la réussite des ARV. Le dépistage volontaire du VIH à grande échelle, par des individus sains, en retour, ne se fera que si les prestataires sont perçus comme étant dignes de confiance et empathiques. Dans certains programmes, une grande partie de la réussite des ARV a été attribuée à des activités communautaires impliquant des groupes de plaidoyer de patients, des ONG ou des conseillers non professionnels. Ces acteurs agissent comme des intermédiaires importants, en stimulant la demande, en réduisant les barrières sociales à l'entame des soins et en apportant un appui social aux personnes une fois qu'elles sont diagnostiquées et commencent le traitement. La nature et la combinaison exacte

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)27232-X

Encadré 1. Combinaison du personnel dans deux projets sur le VIH/SIDA

Au Malawi, un projet global sur le VIH/SIDA de Médecins Sans Frontières (MSF) au profit du District de Thyolo[21] a la combinaison de personnel suivante :

- 2 médecins
- 1 épidémiologiste
- 5 agents cliniques et 1 assistant médical
- 26 infirmières (y compris pour les conseils et les soins à base communautaire)
- 6 agents de proximité
- 2 membres du personnel administratif
- 1 technicien de laboratoire

Le service de soins du VIH/SIDA et d'ARV de MSF à Khayelitsha, au Cap en Afrique du Sud, requiert la disponibilité quotidienne du personnel suivant à chaque point de service clinique

- Un infirmier professionnel (ayant une formation clinique en soins de santé primaires)
- Un médecin à temps partiel
- Un conseiller en observance
- Un employé de bureau à temps partiels

Source : Adrew Boulle, personal communication, Khayelitsha MSF project, 2004

d'un tel appui social et le degré auquel les prestataires non professionnels et au niveau communautaire sont bénévoles ou rémunérés varie d'un endroit à l'autre.

Bien que le traitement du VIH puisse être pris en charge principalement au sein du système de soins de santé primaires, le faire efficacement n'est pas chose simple. L'administration d'un traitement à vie, des établissements de santé accessibles et en bon état de fonctionnement, la gestion des relations et des partenariats pour la référence avec des acteurs non étatiques, le suivi et l'évaluation, et la suppression des nombreux obstacles au commencement et à la poursuite des soins, impliquent tous un niveau élevé de systèmes et de capacité de gestion. Cela rend les ARV plus complexes que de nombreuses autres interventions en matière de soins de santé.

L'analogie la plus proche des ARV dans le système de santé est constituée par les soins de la tuberculose. La prise en charge du VIH partage bon

SEAN SPRAGUE / PANOS PICTURES

Conseillères volontaires de MSF pour la PTME du VIH en Zambie, 2005

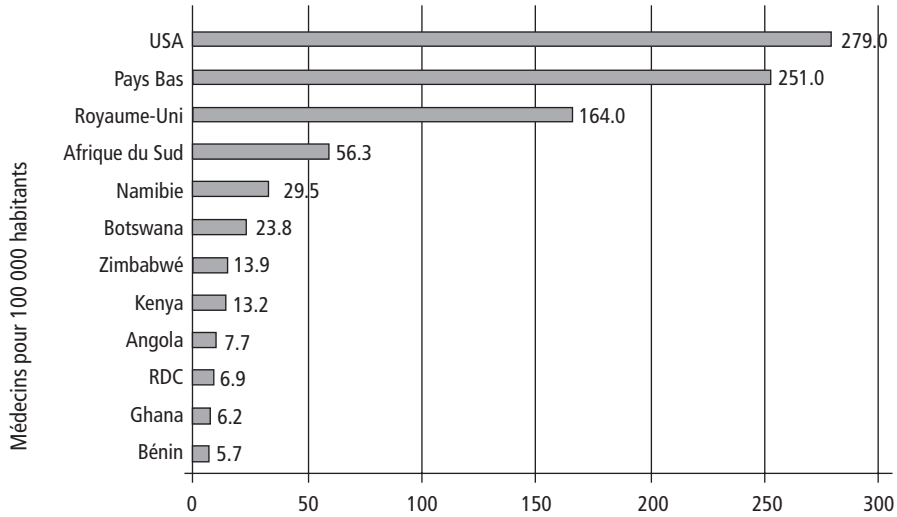
nombre de caractéristiques bien connues avec la lutte antituberculeuse avec comme problème supplémentaire, en commun avec les maladies chroniques non transmissibles (comme le diabète), d'être non curable et de nécessiter un traitement sur plusieurs années plutôt que sur des mois. Les expériences en matière de lutte antituberculeuse, notamment la stratégie DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe), fournissent une base importante sur laquelle s'appuyer dans la conception et la mise en œuvre du programme. Toutefois, les programmes de traitement du VIH, comme précédemment décrits, se sont écartés à maints égards de la stratégie DOTS, notamment dans leurs philosophies et leurs approches aux partenariats et aux patients. Les stratégies ont été axées sur la suppression des barrières à l'utilisation (comme apporter des médicaments aux patients), les renseignements sur les patients et la fourniture d'un appui social.[1,2] Dans ces contextes, l'observance est souvent formulée dans des discours axés sur le patient et basés sur les droits autour de la responsabilisation et de la participation du patient, la suppression des obstacles socio-économique, la capacité d'action et la dignité. Ce changement, probablement l'aspect le plus complexe de la reproduction des programmes ARV à succès, implique un nouveau type de relation ou de contrat (le caractère négocié des droits, des responsabilités et des obligations) entre les prestataires et les patients. Ce contrat est basé sur des niveaux très élevés de compréhension ("connaissances sur le traitement") de la part des utilisateurs et la fourniture de systèmes d'appui au traitement en contrepartie desquels les patients assument de nouvelles responsabilités – prise de décisions concernant les soins, l'observance du traitement, mais également participation à des activités communautaires et de prévention.

Ces modèles de prise en charge du VIH ont plus de points communs avec la prise en charge des maladies chroniques qu'avec la lutte antituberculeuse. Les approches contemporaines à la prise en charge des maladies chroniques mettent explicitement en exergue la nécessité d'assurer des ressources adéquates pour les technologies d'intervention (par exemple les protocoles et les systèmes) ainsi que dans la formation d' "équipes informées, motivées et bien dotées en personnel, travaillant en partenariat avec des "patients informés et autonomisés".[22] Bien que les deux soient des composantes nécessaires d'un ensemble, la priorité dans les programmes de lutte contre les maladies dans le monde a eu tendance à être accordée aux technologies plutôt qu'aux relations entre les personnes, sur l'aspect "matériel" plutôt que sur l'aspect "immatériel" de la prestation de services.[23]

Il y a des limites à la minimisation de la complexité des dimensions interpersonnelles et sociales de la prise en charge des maladies chroniques par des protocoles et une conception standardisés. La suppression des barrières culturelles et physiques aux soins et la création de cultures organisationnelles dans lesquelles les prestataires sont plus réactifs aux besoins des patients sont des processus localement négociés qui s'articulent autour d'un degré de prise de décision locale et la capacité de résoudre les problèmes. Paradoxalement, le renforcement des capacités de prise en charge chronique pour le VIH /sida exige donc à la fois de diffuser des pratiques standardisées et de renforcer les capacités locales pour la prise de décision, et de permettre l'innovation, tout en assurant le respect des directives. Elle requiert la combinaison de processus hiérarchiques, du sommet vers la base, avec des mécanismes visant à faciliter un processus fluide et de la base vers le sommet d'apprentissage façonné par les acteurs locaux. Le renforcement des capacités locales nécessite à son tour de remettre l'accent sur le fonctionnement des structures de base des systèmes de santé, à savoir les soins de santé primaires et le système de santé de district.

Le projet de Médecins sans Frontières au Malawi qui offre une prise en charge complète pour le VIH décrite dans l'encadré 1,[21] a investi dans le renforcement de l'hôpital de district par le recrutement de personnel supplémentaire à l'extérieur et par la mise à niveau du laboratoire de l'hôpital local. Grâce à des négociations, le projet a initié des mesures incitatives liées au rendement, pour tout le personnel de district afin de faire face aux tensions locales autour de la différence de salaires entre les employés de l'État et ceux des ONG. Le projet a également recruté du personnel national

Figure 1. Ratio de médecins pour 100 000 habitants, dans quelques pays africains à revenu faible et intermédiaire et des pays à revenu élevé (1995-1999)[25]



en dehors du district et a fait en sorte que l'ensemble du personnel de soins de santé ait accès aux ARV. Les stocks de médicaments ont été achetés et distribués en grande partie par le biais des mécanismes existants. Des initiatives locales telles que celles-ci donnent des exemples importants sur le renforcement des systèmes de santé à travers le VIH/sida, en particulier si elles sont appuyées par des processus nationaux qui favorisent le partage des enseignements et qui orientent de nouvelles ressources pour la reproduction de ces expériences ailleurs. Toutefois, elles ne renseignent guère sur la réalisation de ces effets à l'échelle du système au plan national. Le projet employait 41 ressortissants du Malawi, une situation qui n'aurait pas été possible dans tous les districts sans une action nationale concertée pour accroître l'apport de ressources humaines. Dans ce pays, le recrutement par des projets non-gouvernementaux de lutte contre le VIH/sida semble être l'une des principales raisons de la perte du personnel des institutions du secteur public.

Le défi de la création des ressources

Bien que la plupart des systèmes de santé présente des exemples réussis de prestation de services pour la tuberculose, les maladies chroniques et plus récemment les ARV, l'élargissement de l'accès au-delà de ces îlots de succès se heurte à des obstacles importants. L'offre insuffisante (et en fait une crise croissante de l'offre) d'agents qualifiés et motivés de soins de santé est désormais considérée comme le principal obstacle systémique à l'élargissement du traitement contre le VIH.[24-27]

Le problème du développement des ressources humaines est multidimensionnel – il comprend l'offre, la migration, la répartition, la combinaison des compétences, la rémunération et les dimensions liées à la productivité.[28] En dépit de la vision classique des secteurs de la santé en Afrique comme étant pléthoriques,[29] les ratios agents de santé - population des systèmes de santé des pays en développement restent largement inférieurs à ceux des pays industrialisés (figure 1).

Lorsqu'on les jauge par rapport aux besoins, les déficits dans les pays en développement sont considérables. Kurowski et al[30] ont estimé les besoins en ressources humaines nécessaires pour satisfaire les besoins essentiels en soins de santé, y compris le traitement du VIH, en République-Unie de Tanzanie et au Tchad. Leurs études de cas, ont indiqué un déficit de 2,7 et 5,4 fois, respectivement, dans la

taille nécessaire des effectifs du secteur de la santé (tableau 2). Elles ont aussi dégagé un déséquilibre entre le personnel qualifié et non qualifié.

Le Gouvernement sud-africain a calculé que 13 805 nouveaux professionnels de la santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, diététiciens et conseillers) seraient nécessaires d'ici à 2008 pour atteindre les objectifs du Plan opérationnel pour les soins, la prise en charge et le traitement du VIH et du sida.[31]

Pourtant, en 2003, il y avait 52 574 postes vacants de professionnels de la santé dans le secteur public sud-africain, ce qui représente un taux d'inoccupation de 31,1%. [32]

Observée au fil du temps, l'offre de professionnels de la santé dans la plupart des pays africains n'a pas toujours été aussi limitée qu'elle l'est aujourd'hui. Après une période initiale de croissance de l'offre, la plupart des pays ont connu une diminution constante de la disponibilité des ressources humaines. La situation actuelle est le produit de pressions multiples sur plusieurs décennies – la réduction des dépenses du secteur social, des baisses spectaculaires, et parfois du jour au lendemain, des revenus réels des professionnels de la santé, et par conséquent une baisse de leur « valeur sociale » et de leur statut,[33] moins d'investissements dans la formation et la production de nouveaux cadres, une incapacité à conserver ceux qui sont formés, et l'infection à VIH.

Bien que le continent africain ait, depuis des décennies, connu une fuite des cerveaux des ressources humaines qualifiées, des faits probants indiquent un processus récent très accéléré de migrations internationales, généré par une crise (bien que relative) des ressources humaines dans les systèmes de santé des pays industrialisés du Nord.[33] Malgré la rareté des données et l'absence de mesures standardisées documentant les tendances migratoires, les indications font état d'un flux énorme de personnel de santé hors des pays en développement. Par exemple, près de 500 médecins et plus de 1000 infirmiers d'Afrique du Sud s'inscrivent chaque année auprès de l'Ordre général des médecins du Royaume-Uni.[34] Le Kenya a perdu 4 000 infirmiers au profit du Royaume-Uni et des États-Unis; au Zimbabwe, seulement 360 des 1200 médecins formés dans les années

Tableau 2. Besoins en ressources humaines en République Unie de Tanzanie et du Tchad d'ici 2015[30]

	Tanzanie	Tchad
Projection de la disponibilité en 2015 (équivalents temps plein)	37 000	3 500
Besoins en 2015 (équivalents temps plein)	99.000	18.800
Projection du ratio non qualifié-qualifié en 2015	0,42	0,51
Ratio non qualifié-qualifié nécessaire en 2015	0,18	0,29

1990 étaient encore en exercice dans leur pays en 2000,[25] et ainsi de suite. Bien que le flux traditionnel sortant des pays ait concerné les médecins, le recrutement des infirmiers a maintenant dépassé celui des médecins.[34] Les taux d'inoccupation dans certains pays, malgré l'insuffisance des établissements ayant un personnel, sont extrêmement élevés, de l'ordre de 30–40% des postes du secteur public pour le personnel professionnel.[25,29] Même le Botswana, un pays à revenu intermédiaire capable d'attirer des professionnels d'autres pays, n'est en mesure de pourvoir qu'à 78% des postes de médecins et 81% des postes d'infirmiers.[3]

Les ratios agrégés du personnel de santé au niveau national cachent de grandes disparités au sein des pays; la fuite des cerveaux est aussi bien un problème interne qu'international. La libéralisation du secteur privé à but lucratif dans de nombreux pays et la prolifération des organisations non gouvernementales ont rendu possible une fuite hors du secteur public et des zones rurales dans les pays.[35] Les conséquences de ces flux ne sont pas seulement des pénuries, mais également une forte rotation du personnel et la perte de la mémoire institutionnelle. Les initiatives au fil du temps visant à protéger la base de ressources humaines des systèmes de santé sont mal documentées – il existe une littérature très peu abondante sur l'expérience de plusieurs décennies maintenant des catégories de niveau intermédiaire (par exemple, les auxiliaires et assistants) dans de nombreux pays.[36] Les réponses au VIH/sida ont elles-mêmes donné lieu à une importante infrastructure des prestataires de soins communautaires et à domicile, reposant souvent sur des organisations non gouvernementales. S'appuyant principalement sur un principe de bénévolat ou de semi-rémunération, cela constitue une présence significative de

facto de main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Par exemple, il y avait selon les estimations 30 000 prestataires de soins communautaires en Afrique du Sud en 2002 que le Gouvernement prévoit d'officialiser en une infrastructure d'agents de santé communautaires gérée par les ONG, mais soutenue et réglementée par l'Etat.[37] Le degré auquel on peut mobiliser la base des compétences existantes et émergentes des systèmes de santé pour les soins du VIH n'est pas suffisamment compris.

Des taux élevés d'infection à VIH parmi le personnel de santé peut être un facteur d'érosion du personnel dans certains pays.[38] À la fin des années 90, les décès représentaient plus de 40% de l'ensemble des pertes d'infirmiers pour le secteur public au Malawi et en Zambie,[29] tandis qu'en Afrique du Sud en 2002, 16,3% des agents de santé étaient infectés par le VIH.[39]

Les agents de santé dans de nombreux pays, en particulier les cadres de niveau inférieur, ont des salaires bien inférieurs aux niveaux de subsistance. Le non-paiement des salaires n'est pas rare.[40] En outre, avec la dévaluation des monnaies et le gel des salaires imposés par les programmes d'ajustement structurel, les agents de santé ont connu de nombreux reculs de leurs revenus au fil du temps.[25] Une main-d'œuvre faiblement rémunérée a peu de chance d'être productive. McPake et al[40] ont observé en Ouganda que « les niveaux d'utilisation sont inférieurs aux attentes et la charge de travail est gérée par une poignée du complément de personnel attendu disponible pendant une fraction de la semaine de travail ». Suite à une évaluation de la disponibilité et de l'utilisation du temps du personnel dans leurs deux études de cas par pays, Kurowski et al[30] ont conclu que des gains importants en offre de ressources humaines pourraient être réalisés en mettant l'accent en premier lieu sur l'amélioration de la productivité du personnel. Ils ont estimé que l'amélioration de la productivité pourrait accroître l'offre de personnel de 26% en République-Unie de Tanzanie et 35% au Tchad.

Cultures de prestation de services

Une dimension moins tangible mais non moins importante de la crise des ressources humaines est la démoralisation et la démotivation de ceux qui restent au sein du système.[28] Des agents de santé démotivés sont moins enclins à orienter leurs actions vers la réalisation des objectifs de l'organisation et peuvent être moins disposés à trouver le juste milieu entre comportement intéressé et altruisme et solidarité envers les utilisateurs des services.[41] Dans de nombreux systèmes de santé, les agents de santé sous-payés considèrent de plus en plus les systèmes de santé comme un moyen d'assurer leur propre survie plutôt que comme un moyen d'expression de normes professionnelles et sociales d'entraide et d'altruisme.[40,42,43]

Mackintosh et Tibandebage décrivent comment dans un hôpital où ils ont mené des investigations en République-Unie de Tanzanie, « les infirmiers étaient pris entre plusieurs des pires pressions pesant sur le système: la faiblesse et la baisse des salaires, le peu de chances de promotion, des conditions de travail mauvaises et souvent dangereuses, et une expérience d'abandon par les médecins officiellement responsables des soins aux patients. Ce sentiment d'être maltraité a, dans le pire des cas, débouché sur une culture de maltraitance des patients » (p.8).[42] Des comportements prédateurs à l'égard du système de santé étatique/public d'une part et envers les patients d'autre part sont suffisamment endémiques pour constituer un ensemble de normes ou de valeurs qui déterminent fortement la pratique quotidienne des prestataires de soins de santé dans beaucoup de systèmes de santé.[43] Les manifestations de ce phénomène comprennent la pratique quasi-universelle de frais informels illégaux dans les pays pauvres, l'utilisation d'équipements publics à des fins privées, l'absentéisme, la revente des médicaments fournis par l'Etat et le refus de soins d'urgence si des paiements ne sont pas effectués.

Bien qu'une amélioration de l'offre et de la rémunération des agents de santé soit une condition préalable nécessaire pour corriger ces normes, elle ne suffira pas: « Les problèmes de démoralisation et d'attitudes négatives sont plus complexes que l'argent et appellent un programme de réhabilitation multidimensionnel impliquant une politique de la carotte et du bâton ».[44] L'abus des patients ne devrait donc pas être considéré uniquement comme un phénomène de recherche de revenus

face à la pauvreté. Ces comportements sont bien décrits dans les systèmes où les agents de santé gagnent des salaires corrects. En Afrique du Sud, par exemple, les agents de santé du secteur public sont souvent décrits comme durs, peu sympathiques et prompts à violer la confidentialité des patients.[45] Dans le cadre du traitement du VIH, ces normes ancrées de la prestation de services limitent la capacité de créer des partenariats individualisés, thérapeutiques axés sur le patient et basés sur les droits et l'égalité entre les prestataires et les patients. En outre, une introduction mal planifiée et trop hâtive de nouveaux médicaments dans de tels environnements peut favoriser des motivations perverses et une économie informelle de la consommation de médicaments qui compromettent l'accès et accélèrent le développement de la résistance aux médicaments.

Le défi d'une bonne gouvernance

Face à des difficultés extrêmes, les représentations classiques des services publics dans les pays en développement, aussi bien par les décideurs que le grand public, sont généralement négatives et souvent exprimées dans des termes fatalistes. Toutefois, Mackintosh et Tibandebage mettent en garde contre une vision trop pessimiste des systèmes de santé et suggèrent que les cultures organisationnelles sont, en réalité, fortement variables et susceptibles d'être influencées. Ainsi, dans le même contexte tanzanien décrit ci-dessus: « Un certain nombre d'établissements, apparemment contre toute attente, offraient des soins accessibles dans des conditions décentes, utilisant efficacement les ressources au bénéfice des utilisateurs, traitant les patients avec respect » (p.10).[42] Les descriptions synthétiques des problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé ne tiennent pas compte des éléments peut-être importants de la résilience et de la fonctionnalité au sein des systèmes. Ceux-ci fournissent des pistes sur les possibilités de s'appuyer sur les forces existantes. Des facteurs tels que la qualité des établissements et le leadership au niveau du district peuvent être déterminants pour une telle variation et méritent plus d'attention. L'équité dans la répartition des opportunités de carrière et de formation, par exemple, constitue souvent un puissant signal des cultures locales de gestion et influence substantiellement la motivation.[24] À travers leur discours et leur pratique, les dirigeants et les gestionnaires définissent les cadres de ce qui est acceptable et inacceptable dans la pratique des systèmes de santé. Un leadership qui reconnaît, défend et récompense les établissements, les districts ou les pôles du système de santé qui expriment des normes et des valeurs appropriées peut constituer le point de départ pour influencer les normes et les valeurs de façon générale.[42]

La définition des valeurs est un élément essentiel de la supervision des systèmes de santé appelée « administration générale » par l'OMS, c'est-à-dire le processus qui consiste à définir les règles du jeu, à déterminer non seulement le contenu de la politique de santé, mais également les mécanismes par lesquels cette politique est mise en œuvre.[46] Bien qu'étant une fonction nationale, une gouvernance efficace est tout autant une préoccupation mondiale dans la mesure où les réponses internationales à la crise sanitaire en Afrique subsaharienne ont souvent servi à fragmenter, plutôt qu'à renforcer la capacité souveraine des systèmes de santé nationaux.[9,10]

Dans un contexte de pressions multiples – les attentes internationales et nationales, la prolifération de l'aide des bailleurs de fonds, le danger de la résistance aux médicaments et la nécessité du renforcement des capacités et l'innovation à tous les niveaux du système de santé – une gouvernance nationale appropriée des programmes nationaux de traitement du VIH est non seulement un élément essentiel, mais aussi une tâche hautement stratégique. Elle suppose une volonté de considérer les ressources mobilisées pour le VIH comme une opportunité de reconstruire les systèmes de santé nationaux, tout en créant la capacité de répondre à la nécessité immédiate de l'accès au traitement. Le défi peut être résumé comme un ensemble d'objectifs à court et à long terme axés sur le développement des systèmes (incarnés dans la notion de soins des maladies chroniques) pour le traitement du VIH en particulier et les systèmes de santé de manière plus générique (tableau 3).

Les systèmes de soins des maladies chroniques

Tableau 3. Objectifs à long terme et à court terme pour le re,forcement des systèmes de santé en vue de l'élargissement du traitement contre le VIH

	Objectifs à cout terme	Objectifs à long terme
Développer un système de soins des maladies chroniques pour le VIH dans un continuum de prévention et de soins	Développer et institutionnaliser des systèmes standard de prestation de services pour les maladies chroniques. Renforcer les capacités locales/de district de gestion. Promouvoir l'apprentissage ascendant	Changer les cultures de prestation de services
Renforcer les systèmes de santé	Intégrer le traitement du VIH dans le système exixtant de prestation de services. Utiliser le traitement du VIH pour améliorer les systèmes de santé locaux et de districts Intégrer les stratégies de traitement du VIH dans les systèmes nationaux de financement, d'approvisionnement en médicaments et de pharmacovigilance.	Développer les ressources humaines : fourniture, rémunération et gestion Changer les cultures et les incitations organisationnelles

comprendront la définition de normes nationales (par exemple sur les schémas thérapeutiques), le partage des expériences locales et des enseignements tirés, l'ouverture de débats sur la relation patient-soignant, et au fil du processus d'élargissement, le suivi de l'équité et de l'accès. Une gouvernance efficace exige également de résister à la tendance à la verticalisation (souvent dans le but d'atteindre les objectifs) des initiatives de programme et de veiller à ce que l'accès au traitement se produise autant que possible de manière intégrée à travers le système actuel de santé publique. Cela nécessite l'identification des opportunités de s'appuyer sur les atouts existants (tels que les approches sectorielles) et de trouver des moyens d'attirer la multiplicité des acteurs en marge du système officiel de santé. L'intégration peut être perçue à un certain nombre de niveaux: au niveau de la prestation de services, dans la gestion des programmes au niveau régional ou local, et dans le financement, l'obtention des ressources et le suivi des programmes au niveau national.

Il existe un consensus croissant selon lequel une perspective à long terme de l'élargissement des ARV doit remédier à la pénurie critique de ressources humaines.[28] Cela suppose au minimum de mener les activités suivantes:

- encourager les initiatives internationales sur la fuite des cerveaux;
- au niveau des pays (ré) investir dans les fonctions traditionnelles des ressources humaines telles que la planification, la production, la rémunération et la gestion des prestataires de soins de santé;
- faire face aux contraintes macro-économiques sur l'emploi et de rémunération des prestataires de soins de santé;
- évaluer la performance des catégories existantes mises en place au plan national comme les agents de santé de niveau intermédiaire et les agents de santé communautaires et leur rôle potentiel dans l'élargissement du traitement du VIH.

Conclusions

Sans des systèmes de santé nationaux renforcés ou même transformés, il est difficile de voir comment l'accès aux ARV peut être durablement garanti dans des pays ayant des systèmes de santé faibles. Pour être efficaces, les ARV exigent également d'être intégrés dans un continuum de soins pour le VIH, qui soit modelé de préférence d'après les connaissances acquises dans le domaine des soins des maladies chroniques. L'ampleur de ce défi dans les pays confrontés à une épidémie généralisée de VIH ne peut pas être sous-estimée. Cependant, dans la mesure où le processus d'élar-

gissement des ARV attire forcément l'attention sur les faiblesses du système de santé, il offre l'opportunité, d'une part, de réaffirmer une approche cohérente aux systèmes de santé nationaux et, d'autre part, de s'assurer que les fonds mobilisés pour l'accès au traitement soient orientés vers des objectifs à long terme, plutôt que des objectifs d'accès à court terme.

Remerciements

Le présent article tire ses origines d'une longue monographie élaborée pour le Global Health Policy Research Network (PRN), financé par la Fondation Bill et Melinda Gates sise au Center for Global Development, Washington, DC. La monographie est disponible à l'adresse <http://www.wits.ac.za/chp>

Références

1. Farmer P, Leandre F, Mukherjee J, et al. Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT– HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy). Bulletin of World Health Organization 2001;79(12):1145–51.
2. Kasper T, Coetzee D, Louis F, et al. Demystifying antiretroviral therapy in resource-poor settings. Essential Drugs Monitor 2003; 32:20–1.
3. Joint Learning Initiative. Human Resources for Health and Development: A Joint Learning Initiative. New York7 Rockefeller Foundation, 2003.
4. Nunn P, Harries A, Godfrey- Fausset P, et al. The research agenda for improving health policy, systems performance and service delivery for tuberculosis control: a WHO perspective. Bulletin of World Health Organization 2002;80: 471–76.
5. Bryce J, el Arifeen S, Pariyo G, et al. Multi-country evaluation of IMCI Study Group. Reducing child mortality: can public health deliver? Lancet 2003; 362:159–64.
6. Lush L, Cleland J, Walt G, et al. Integrating reproductive health: myth and ideology. Bulletin of World Health Organization 1999;77:771–77.
7. Wemos Foundation. Good intentions with side-effects: Information on Global Public- Private Initiatives in Health. Amsterdam7 Wemos Foundation, 2004.
8. McCoy D, Chopra M, Loewenson R, et al. Expanding access to antiretroviral therapy in sub- Saharan Africa: avoiding the pitfalls and dangers; capitalizing on opportunities. American Journal of Public Health 2005; 95(1):18–22.
9. Saunders DM, Chopra M. Confronting Africa's health crisis: more of the same will not be enough [Education and Debate]. BMJ 2005;331:755–8.
10. Loewenson R, McCoy D. Access to antiretroviral treatment in Africa [Editorial]. BMJ 2004; 328:241–42.
11. World Health Organization. Health and the Millennium Development Goals. Geneva7 WHO, 2005.
12. Hanson K, Ranson KM, Oliveira- Cruz V, et al. Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding constraints to scaling up. Journal of International Development 2003;15:1–14.
13. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva7 WHO, 2000.
14. Rosen S, Sanne I, Collier A, et al. Rationing antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Africa: choices and consequences (Policy Forum). Public Library of Science Medicine 2005;2(11):e303. At: bhttp://medicine.plosjournals. orgN.
15. Cassels A. A Guide to Sector- Wide Approaches for Health Development: Concepts, Issues and Working Arrangements. Geneva7 World Health Organization, 1997.
16. Singh N, Berman SM, Swindells S, et al. Adherence of human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy. Clinical Infectious Diseases 1999; 29(4):824–30.
17. Coetzee D, Hildebrand K, Boulle A, et al. Outcomes after two years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha, South Africa. AIDS 2004;18:887–95.
18. Coetzee D, Boulle A, Hildebrand K, et al. Promoting adherence to antiretroviral therapy: the experience from a primary care setting in Khayelitsha, South Africa. AIDS 2004;18(Suppl.3): S27–31.
19. MASA Antiretroviral Therapy. Access for All: The Masa Programme – providing all Batswana with access to care and treatment. Vol.9, June/July 2004.
20. Me´ decins sans Frontie`resAntiretroviral Therapy in Primary Health Care: Experience of the Chiradzulu Programme in Malawi Case Study. Briefing Document. Malawi7 MSF, 2004.
21. Kemp J, Aitken JM, Le Grand S, et al. Equity in health sector responses to HIV/AIDS in Malawi. Discussion Paper 5. Harare7 Equinet, 2003.
22. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. Journal of the American Medical Association 2002;288:1909–14.
23. Blaauw D, Gilson L, Penn- Kekana L, et al. Organisational relationships and the "software" of health sector reform. Background paper. Disease Control Priorities Project. At: bwww.fic.nih.gov/dcpp/N.

24. Hongoro C, McPake B. Human resources in health: putting the right agenda back to front [Editorial]. Tropical Medicine and International Health 2003; 8:965–6.
25. Liese B, Blanchet N, Dussault G. The Human Resource Crisis in Health Services in Sub-Saharan Africa. Background paper. Washington DC7 World Bank, 2003.
26. Kober K, van Damme W. Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job? Lancet 2004;364(9428):103–07.
27. Chen L. Hanvoravongchai HIV/ AIDS and human resources [Editorial]. Bulletin of World Health Organization 2005;83(4): 243–44.
28. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. Lancet 2004;364:1984–90.
29. USAID. The Health Sector Human Resource Crisis in Africa: An Issues Paper. Washington DC7 USAID, AED, SARA, 2003.
30. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, et al. Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries. Case studies from Tanzania and Chad. Report to the Department for International Development. London7 LSHTM, IDRC, STI, 2004.
31. South African Department of Health. Operational Plan for Comprehensive HIV and AIDS Care, Management and Treatment for South Africa. Pretoria7 Department of Health, November 2003.
32. Padarath A, Ntuli A, Burthiaume L. Human resources. In: Ijumab PI, Day C, Ntuli A, editors. South African Health Review 2003-04. Durban7 Health Systems Trust, 2004.
33. Marchal B, Kegels G. Health workforce imbalance in terms of globalization: brain drain or professional mobility. International Journal of Health Planning and Management 2003;18(Suppl.1):S89–S101.
34. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, et al. Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges.Human Resources for Health 2003;1(1):8. At: bhttp://www.human-resources-health.com/N.
35. Padarath A, Chamberlain C, McCoy D, et al. Health personnel in southern Africa: confronting maldistribution and brain drain. Equinet Discussion Paper No.3. Zimbabwe: Equinet, Health Systems Trust, MEDACT, (undated).
36. Dovlo D. Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. Human Resources for Health 2004;2:7. At: bhttp://www.human- resources-health.com/N.
37. Friedman I. CHWs and Community Care-givers: Towards a Unified Model of Practice. In: Ijumba P, Barron P, editors. South African Health Review 2005. Durban7 Health Systems Trust, 2005.
38. Tawfik L, Kinoti S. The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector in Sub-Saharan Africa: the Issue of Human Resources. Washington DC7 SARA, AED, USAID, 2002.
39. Shisana O, Hall E, Maluleke KR, et al. The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector: National Survey of Health Personnel, Ambulatory and Hospitalised Patients and Health Facilities, 2002. Pretoria7 Human Sciences Research Council, Medical University of South Africa, Medical Research Council, 2002.
40. McPake B, Asiimwe D, Mwesigye F, et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility. Social Science and Medicine 1999;49:849–65.
41. Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. Social Science and Medicine 2002;54:1255–1266.
42. Mackintosh M, Tibandebage P.Sustainable redistribution with health care markets? Rethinking regulatory intervention in the Tanzanian context. Discussion Papers in Economics No.23. Milton Keynes7 Open University, 2000.
43. Van Lerberghe W, Conceic¸ao C, Van Damme W, Ferrinho P. When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. Bulletin of World Health Organization 2002;80(7): 581–84.
44. Segall M. District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas. International Journal of Health Planning and Management 2003;18(Suppl.1): S5–26.
45. Gilson L, Palmer N, Schneider H. Trust and health worker performance: exploring a conceptual framework using South African evidence. Social Science and Medicine 2005;61: 1418–29.
46. Travis P, Egger D, Davies P, et al.Towards Better Stewardship: Concepts and Critical Issues. In: Murray CJL, Evans DB, editors. Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism. Geneva7 WHO, 2003.

QUESTIONS de santé reproductive

© 2012 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
L'article ci-dessous a été tiré de Reproductive Health Matters 2006;14(27):24-26
0968-8080/06 $ – see front matter

REPRODUCTIVE HEALTH matters

Renforcement du système de santé et élargissement de la thérapie antirétrovirale: nécessité de modèles de délivrance adaptés aux contextes: commentaire sur Schneider et al

Wim Van Damme,[a] Guy Kegels[b]

a Maître de conférences, Département de Santé publique, Institut de Médecine tropicale, Anvers, Belgique. E-mail: wvdamme@itg.be

b Maître de conférences, Département de Santé publique, Institut de Médecine tropicale, Anvers

Dans le présent numéro, Schneider et ses collègues[1] attirent l'attention sur certains défis du système de santé liés à l'élargissement de la thérapie antirétrovirale (ARV) à la majorité des personnes vivant avec le VIH et le sida (PVVIH) qui en auront besoin au cours des années à venir. Ils présument que dans les pays à faible revenu, les ressources financières et les stocks de médicaments ne constituent plus les obstacles les plus importants à l'élargissement des ARV. En effet, beaucoup de pays parmi les plus touchés par le VIH ont maintenant fortement augmenté les budgets disponibles pour les soins liés au sida à partir de leurs budgets publics ou de sources telles que le Fonds mondial, le Plan d'urgence du Président des Etats-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR) et la Banque mondiale. Malgré la disponibilité du financement, l'élargissement de l'accès à la thérapie antirétrovirale a été plus lent que prévu. L'objectif de l'OMS consistant à traiter trois millions de personnes d'ici à 2005 n'a pas été atteint; en revanche, on estime que 1,6 million de personnes ont été mises sous ARV.[2] Schneider et al[1] identifient la nécessité d'une réorientation de la prestation de services vers la prise en charge des maladies chroniques, l'offre insuffisante de ressources humaines pour la santé et les cultures existantes de prestation de services comme les principales contraintes à l'élargissement. Cela semble être une juste appréciation de la situation dans de nombreux pays d'Afrique australe.

En effet, le défi est sans précédent. Les systèmes de santé qui ont été mis en place principalement pour fournir des services et des soins de santé maternelle et infantile pour les phases aiguës des maladies doivent tout d'un coup s'occuper d'un grand nombre de PVVIH, qui ont besoin de prise en charge à vie d'une maladie chronique. L'analogie la plus proche de la thérapie antirétrovirale dans le système de santé en Afrique subsaharienne se rapporte aux soins relatifs la tuberculose, mais l'utilité de cette comparaison est limitée. Les stratégies élaborées pour assurer l'observance du traitement sur six mois, telles que l'observation directe par les agents de santé dans la stratégie DOTS de la tuberculose, peuvent ne pas être très édifiantes pour assurer l'observance à vie. En effet, seuls quelques-uns des modèles documentés d'administration des ARV s'appuient directement sur l'expérience de la stratégie DOTS. Au lieu de cela, le processus de la thérapie antirétrovirale tel que documenté dans des projets pilotes, comme Schneider et al[1] l'expliquent, est souvent formulé dans des discours axés sur le patient et basés sur les droits autour de la responsabilisation et la participation du patient. Une telle approche est toujours à haute intensité de main-d'œuvre qualifiée. Il reste à savoir si de telles approches axées sur le patient sont praticables à grande échelle dans tous les pays les plus touchés par le VIH et le sida.

Les défis à relever varient d'un pays à l'autre, comme le montrent les données du tableau 1. Celui-ci met simplement sous forme de tableau, pour une sélection de pays, les données publiées sur les sites web de l'OMS et de l'ONUSIDA[3,4] relatives à la disponibilité des médecins et des infirmiers par rapport au nombre de PVVIH dans le pays, et fait une estimation du nombre de PVVIH par médecin et par infirmier. On estime souvent que quelque 20% des PVVIH ont actuellement besoin d'ARV. Cependant, après l'introduction à grande échelle

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)27243-4

Tableau 1. Médecins et infirmiers disponibles par rapport aux personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) pour quelques pays choisis[3,4]

	Médecins pour 100 000 habitants	Infirmiers pour 100 000 habitants	PVVIH (en milliers)	Population totale (en milliers)	PVVIH pour 100 000 habitants	PVVIH par médecin	PVVIH par infirmier
Malawi	1	26	900	12 105	7 435	7 435	286
Mozambique	2	21	1 300	18 863	6 092	3 446	328
Zimbabwé	6	54	1 800	12 835	14 024	2 337	260
République Unie de Tanzanie	2	37	1 600	36 977	4 327	2 164	117
Rwanda	2	21	250	8 387	2 981	1 490	142
Zambie	7	113	920	10 812	8 509	1 216	75
Swaziland	18	320	220	1 077	20 427	1 135	64
Botswana	29	241	350	1 785	19 608	676	81
Ouganda	5	54	530	26 699	1 985	397	37
Afrique du Sud	69	388	5 300	45 026	11 771	171	30
Cambodge	16	61	170	14 144	1 201	75	20
Thaïlande	30	162	570	62 833	907	30	6
Brésil	206	52	660	178 470	370	2	7

de la thérapie antirétrovirale, ces chiffres cumulatifs croîtront rapidement et tous les PVVIH finiront par avoir besoin d'ARV.

Il est frappant de constater que la plupart des pays salués pour leurs performances dans l'élargissement des ARV figurent parmi ceux qui ont le plus faible nombre de PVVIH par médecin (en dessous de la ligne pointillée dans le tableau). Ceci est particulièrement évident pour le Brésil, la Thaïlande et le Cambodge avec 2, 30 et 75 PVVIH par médecin, respectivement. Mais une grande diversité existe aussi en Afrique subsaharienne. Le nombre de PVVIH par médecin est bien en dessous de 1000 et celui par infirmier nettement inférieur à 100 en Afrique du Sud, en Ouganda et au Botswana. Dans d'autres pays, ces proportions sont beaucoup plus élevées. Le Malawi, le Mozambique et le Zimbabwe sont les cas les plus extrêmes, avec dix fois plus de PVVIH par médecin que l'Afrique du Sud. Ils ont même beaucoup plus de PVVIH par infirmier qualifié que l'Afrique du Sud ou le Cambodge n'en ont par médecin.

Compte tenu de ces contraintes en ressources humaines, il y a théoriquement deux solutions: 1) accroître rapidement le nombre de médecins et d'infirmiers disponibles pour la prestation de services; ou 2) adopter des modèles de dispensation des ARV qui nécessitent moins de médecins et d'infirmiers. La première option a reçu une certaine attention ces derniers temps[5] la seconde beaucoup moins. Nous mettrons ici l'accent sur la question des modèles de délivrance des ARV.

Nous affirmons que ces modèles devront être adaptés au contexte. Les pays en haut du tableau, ayant plus de 2 000 PVVIH par médecin, devront peut-être mettre au point des modèles de délivrance des ARV qui seront assez différents des approches appliquées au Botswana ou en Afrique du Sud, et certainement de celles du Brésil, avec ses deux PVVIH par médecin.

Ce défi pour les systèmes de santé est sans précédent, mais sur le terrain, les services de santé et les communautés s'emploient à y faire face. Il semble donc probable que des solutions créatives soient en train d'être mises au point, probablement pas par des universitaires, mais plutôt par les agents de terrain et les communautés locales. Comme le décrivent Schneider et al[1], certains projets pilotes utilisent des modèles axés sur le patient, fortement tributaires de personnel qualifié. Mais d'autres projets délèguent rapidement la plupart des tâches à du personnel moins qualifié, poussant la normalisation et la simplification aussi loin que possible. D'autres peuvent s'appuyer davantage sur de nouveaux cadres, tels que les prestataires non professionnels et les patients-experts.

On rend relativement peu compte de cette réalité de base. Cela peut s'expliquer en partie par le

fait que les questions pratiques d'organisation des services de santé sont souvent considérées comme "locales et, partant, trop liées au contexte pour avoir un intérêt « scientifique ». Il se peut aussi que certains acteurs tentent de dissimuler la réalité, pour se soustraire à la critique. En effet, ces nouvelles réalités sont susceptibles de remettre en question les modes de fonctionnement établis des professions médicale et infirmière et leurs monopoles connexes. Ces acteurs peuvent même avoir fait des "choix techniques – tels que renoncer au suivi de laboratoire des patients sous ARV – ce qui peut être considéré comme inacceptable selon les critères de certains médecins. Mais de telles approches peuvent bien être les seules possibles pour l'élargissement réellement significatif des ARV requis pour avoir l'impact souhaité. Dans les communautés à forte charge, la mortalité chez les jeunes adultes est si élevée qu'un élargissement réellement massif sera indispensable. Ainsi, il peut y avoir un équilibre à trouver entre la perspective individuelle traditionnelle du médecin (laquelle est meilleure pour le patient?) et la perspective collective (comment pouvons-nous arrêter la dégradation sociale de cette communauté?).

Récemment, des projets pilotes dans les pays à faible revenu ont publié les résultats de leurs cohortes de patients.[6,7] Et les nouvelles sont bonnes: les patients sous ARV se portent bien, même dans les pays aux ressources limitées, même les PVVIH qui ont commencé la thérapie antirétrovirale de façon tardive, avec des taux de numération des CD4 très bas. La mortalité chez les PVVIH sous ARV dans ces projets pilotes est d'environ 10% la première année, et beaucoup moins par la suite. Ces nouvelles encourageantes ont un prix: le nombre de cas de patients sous ARV est susceptible d'augmenter sans relâche, et bien au-delà des estimations actuelles, qui considèrent toujours que les PVVIH ne seront sous ARV que pour trois ans en moyenne.[8] À court terme, le défi était de mettre trois millions de PVVIH sous ARV d'ici à 2005. À long terme, le défi pourrait bien devenir le maintien de 10 à 15 millions de PVVIH sous thérapie antirétrovirale à long terme. Pour ce faire, il faudra des approches innovantes. Cela est tout simplement sans précédent à une telle échelle en Afrique subsaharienne.

Cette perspective attire également l'attention sur le plus important des enjeux de l'ensemble des systèmes de santé: comment diminuer considérablement les nouvelles infections à VIH dans les pays à forte prévalence ? En dépit de certains discours sur la synergie entre la prévention et le traitement, jusqu'à présent peu de faits probants existent sur la façon dont les opportunités créées par les ARV peuvent être utilisées pour intensifier et maîtriser la prévention du VIH. Seuls quelques-uns des pays les plus touchés sont parvenus à diminuer considérablement la transmission du VIH. La façon dont cela s'est passé reste controversée. La capacité des systèmes de santé de faire face au nombre croissant de PVVIH sous ARV à plus long terme dépendra essentiellement de la baisse de la transmission du VIH dans le court terme. Dans l'état actuel des choses, toutes les nouvelles infections par le VIH nécessiteront une thérapie antirétrovirale une dizaine d'années plus tard, et devront être maintenues sous ARV pour de nombreuses années. Les pays fortement touchés par le VIH et le sida auront besoin de systèmes de santé considérablement renforcés pour y parvenir, mais encore faut-il que les configurations pratiques des services de santé capables de faire face à un tel défi voient le jour.

Références

1. Schneider H, Blaauw D, Gilson L, et al. Health systems and access to antiretroviral drugs for HIV in southern Africa: service delivery and human resources challenges. Reproductive Health Matters 2006;14(27):12–23.
2. World Health Organization. The 3 by 5 Initiative. At: bhttp:// www.who.int/3by5/en/N. Accessed 21 Feb. 2006.
3. World Health Organization. Global Atlas of the Health Workforce. At: bhttp://www.who.int/globalatlas/default. aspN. Accessed 21 February 2006.
4. UNAIDS. HIV data. At: bhttp://www.unaids.org/en/Regions_Countries/default.asp N. Accessed 21 February 2006.
5. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. Lancet 2004;364:1984–90.
6. Severe P, Leger P, Charles M, et al. Antiretroviral therapy in a thousand patients with AIDS in Haiti. New England Journal of Medicine 2005;353: 2325–34.
7. Coetzee D, Hildebrand K, Boulle A, et al. Outcomes after two years of providing antiretroviral treatments in Khayelitsha, South Africa. AIDS 2004;18:887-95
8. Salomon JA, Hogan DR, Stover J, et al. Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact. Public Library of Science Medicine 2005;2:e16.

QUESTIONS de santé reproductive

© 2012 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
L'article ci-dessous a été tiré de Reproductive Health Matters 2006;14(27):27-39
0968-8080/06 $ – see front matter

REPRODUCTIVE HEALTH matters

S'attaquer à la crise des ressources humaines au Malawi

Debbie Palmer

Conseillère en développement institutionnel pour la santé, Département britannique du développement international – Malawi, Lilongwe, Malawi. E-mail: d-palmer@dfid.gov.uk

Résumé: *En Afrique subsaharienne, les systèmes de santé sont fragiles et les effectifs très insuffisants pour répondre aux besoins grandissants. Malgré une attention internationale croissante, les donateurs n'ont guère investi pour traiter globalement le problème des ressources humaines, en raison des sensibilités sociales et politiques, et des préoccupations concernant la viabilité des interventions et les risques d'augmenter la dépendance à l'égard des donateurs. Au Malawi, l'un des pays les plus pauvres d'Afrique, le déclin des niveaux des ressources humaines a accéléré l'effondrement des services de santé publique depuis la fin des années 90. En 2004, le Gouvernement a lancé une nouvelle initiative destinée à assurer un ensemble essentiel de santé, qui comprend un élargissement majeur des services liés au VIH/ sida. La principale difficulté d'application de cette approche est l'amélioration des niveaux des effectifs. Les donateurs ont accepté d'aider le Gouvernement à préparer un programme d'urgence pour les ressources humaines avec cinq volets principaux: relever les incitations au recrutement et à la rétention du personnel par des primes salariales, renforcer la capacité nationale de formation, faire appel àdes médecins et des tuteurs infirmiers bénévoles internationaux comme mesure temporaire, fournir une assistance technique internationale pour soutenir la capacité et les compétences en planification et gestion, et consolider la capacité de suivi et d'évaluation. Les relations professionnelles ont joué un rôle majeur dans la préparation du programme. La combinaison de mesures à court et long terme semble aider à maintenir l'engagement en faveur du programme.* © 2006 Reproductive Health Matters 2006 (English), 2012 (Français). Tous droits réservés.

Mots clés: ressources humaines, politiques et programmes de santé, financement des donateurs, VIH/ sida, Malawi

Suite au travail de la Commission Macroéconomie et Santé sur l'importance d'améliorer la santé pour la croissance économique et le développement humain, l' attention a été portée au plan international sur la fourniture de mécanismes de financement plus équitables et plus efficaces afin de rendre les services de santé accessibles aux pauvres, et de renforcer les systèmes nationaux de santé qui les assurent.[1] Souvent décrits comme le ciment qui assure la cohésion des systèmes de santé, les liens entre les ressources humaines et les résultats en matière de santé ont à leur tour été mis en lumière. Par exemple, les résultats d'une recherche commanditée par l'Initiative conjointe d'apprentissage sur les ressources humaines "confirment largement l'importance des ressources humaines pour la santé du fait qu'elles affectent les résultats en matière de santé".[2] Sur un plan pratique, le Rapport 2003 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde cite le manque de ressources humaines comme la principale raison pour laquelle la réalisation de ses objectifs mondiaux a été retardée de 2000 à 2005.[3,4] Des données factuelles provenant du Malawi, l'un des pays les plus pauvres d'Afrique australe, où les indicateurs de santé sont depuis longtemps mauvais, suggèrent que la baisse du niveau des res-sources humaines a favorisé l'effondrement accéléré des ser-vices de santé publique depuis le milieu des années 1990. En conséquence, le secteur de la santé a eu du mal à suivre le rythme de la demande de services, compte tenu notamment de

la croissance démographique et de la forte prévalence du VIH et du sida. Un rapport d'avril 2004 du Ministère de la santé a déclaré que la situation des ressources humaines dans le secteur de la santé avait été décrite comme étant "critique, dangereusement proche de l'effondrement, effondrée, désintégrée" et que le secteur de la santé était "confronté à une crise majeure, persistante et de plus en plus profonde dans le domaine des ressources humaines"[5]. Lors d'une visite conjointe au Malawi en 2004, Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, et Suma Chakrabarti, Secrétaire permanent du Département britannique du développement in-ternational (DFID), ont demandé à leurs agences d'appuyer l'élaboration d'une initiative dirigée par le Malawi pour faire face à la crise des res-sources humaines. Leur préoccupation était que, sans une augmentation subs-tantielle des effectifs de la santé, il ne se-ra pas possible de déployer la thérapie antirétrovirale sans davantage saper un sys-tème de santé déjà fragile. Le résultat a été le passage d'un appui fragmentaire des do-nateurs pour un certain nombre d'initiatives non coordonnées à une appro-che plus globale, à travers un "Programme d'urgence pour les ressources humaines" qui est en train d'être mis en œuvre.

Contexte démographique et économique

Avec un PIB par habitant estimé à 149 $ US en 2003, la population du Malawi compte parmi les plus pauvres d'Afrique.[6,7] Dépendant d'une agriculture pluviale de petites exploitations, plus de la moitié des 12 millions d'habitants vit dans l'insécurité alimentaire[8] et 65,3% sont incapables de satisfaire leurs besoins journaliers.[9] En plus des niveaux élevés de pauvreté globale, la répartition des revenus et la consommation est également très inégale.[10]

L'aide internationale apporte environ 45,4 $ US par habitant au Malawi et représentait 31,2% du revenu national brut en 2003, une proportion beaucoup plus élevée que dans les autres pays d'Afrique subsaharienne.[6,11] Dans le secteur de la santé, les contributions des donateurs fournissent environ 4 $ US des dépenses totales pour la santé de 12,4 $ US par personne. Les dépenses du Gouvernement comptent pour environ 3 $ US par personne et le reste est fourni par des sources privées, qui chez les pau-vres proviennent principalement de la participation des patients aux dépenses de santé.[12]

Les infrastructures sanitaires au Malawi sont assez bien développées et comprennent quatre hôpitaux centraux (tertiaires) deux hôpitaux psychiatriques, 22 hôpitaux de district, 23 hôpitaux missionnaires (gérés à titre privé, sans but lucratif) et 397 centres de santé, plus des postes de santé et des dispensaires plus modestes. Toutefois, elles sont largement en mauvais état: parmi les centres de santé, une enquête de 2003, a constaté que 243 n'avaient aucune source d'eau en état de marche, 204 n'avaient pas d'électricité et 244 n'avaient pas de système de communication qui fonctionnait (radio ou téléphone).[13] Les logements de l'État pour le personnel de santé en poste dans de nombreuses zones rurales sont également délabrés et manquent de services de base.

Les indicateurs de santé du Malawi reflè-tent la profondeur et la gravité de sa pau-vreté. L'espérance de vie à la naissance est passée de 46 ans en 1996 à 37,5 ans en 2003, principalement en raison du VIH et du sida: les taux d'infection sont élevés, estimés à 14,2% chez les 15-49 ans.[10] Près de la moitié des enfants de moins de cinq ans sont chroniquement sous-alimentés et malgré les améliorations des taux de mortalité infanto-juvénile au cours des cinq dernières années, près d'un enfant sur sept meurt encore avant son cinquième anni-versaire.[14] La mortalité maternelle a doublé dans les années 90, passant de 620/100 000 naissances vivantes à 1 120 / 100 000 naissances vivantes en 2000, soit l'un des taux les plus élevés du monde*.

En dépit des mauvais indicateurs généraux de santé, le Malawi a remporté des succès de taille ces dernières années. Le tétanos néonatal et la poliomyélite ont été éliminés grâce à des programmes de vaccination, la couverture des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour lutter

* Les premières indications de l'enquête démographique et sanitaire du Malawi en 2004 suggèrent que la mortalité maternelle a légèrement diminué depuis 2000

Tableau 1. Personnel médical pour 100 000 habitants, 2004[18]

Cadre	Afrique du Sud	Botswana	Ghana	Zambie	Tanzanie	Malawi
Médecins	69,2	28,7	9,0	6,9	2,3	1,1
Infirmiers	388,0	241,0	64,0	113	36,6	25,5

contre le paludisme a rapidement augmenté à 42% de l'ensemble des ménages et les taux de guérison de la tuberculose de plus de 70% ont été maintenus malgré le taux élevé de mortalité alimenté par le sida.[14,15] Toutefois, ces acquis ont principalement été obtenus grâce à des interventions verticales ciblées, financées par les bailleurs de fonds. En attendant, la capacité globale du système de santé publique a diminué de façon constante dans la mesure où le Gouvernement s'efforce de fournir des soins de santé universels gratuitement à une population qui augmente à un taux de 23% tous les dix ans.[16] Cette baisse des capacités dans le secteur de la santé reflète de façon générale un déclin parallèle de l'efficacité et de la productivité des services publics du Malawi.[17] L'élargissement et le maintien des améliorations des indicateurs de santé du Malawi pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le dévelop-pement sont peu probables sans un ren-forcement substantiel des systèmes. Un élément essentiel de cet objectif sera de faire face à la pénurie critique de ressources humaines. Les effectifs actuels au Malawi sont les plus bas de la région, comme le montre le tableau 1, et sont insuffisants pour maintenir un niveau minimal de soins de santé.

Toutes les catégories professionnelles souf-frent de pénurie. Le Malawi a un médecin pour 62 000 habitants et les postes vacants chez les gynécologues-obstétriciens, les pé-diatres, les chirurgiens ainsi que d'autres spécialistes en médecine varient entre 71 et 100%. Il n'y a que trois phar-maciens qualifiés dans le secteur public. Les postes vacants chez les infirmiers s'élèvent à 65%. La répartition inégale du personnel est é-galement un défi majeur. La moitié des médecins du Malawi travaille dans l'un des quatre hôpitaux centraux, tandis que 16 districts n'ont pas de médecin du Ministère de la santé et jusqu'à une date récente quatre districts n'avaient pas de médecin du tout (communication personnelle, fonc-tionnaire du Ministère de la santé, février 2006). Une enquête de 2003 a révélé que 15 des 26 districts du Malawi avaient en moyenne moins de 1,5 infirmiers par éta-blissement, et cinq districts avaient moins d'un infirmier.[5,19]

L'impératif d'accroître les effectifs

Le gouvernement a lancé une nouvelle initiative de santé en 2004 visant à réaliser un train de mesures essentielles de santé, un ensemble hiérarchisé d'interventions efficaces par rapport au coût pour faire face aux 11 principales causes de maladie et de mortalité.[20] Offert gratuitement à tous les Malawites, ce programme représente une forme Explicite de rationnement, identifiant certains services comme étant à haute priorité, mais en retour reconnaissant que "si les services doivent être fournis pour tous, alors ce n'est pas tous les services qui peuvent être fournis".[21] Il contraste avec les approches verticales précédentes par maladies spécifiques, en ce sens qu'il met l'accent sur les services au niveau du district, intégrant les soins de santé primaires avec un service efficace d'aiguillage des patients. Entre autres objectifs, il vise à fournir des services de santé génésique, y compris un accès amélioré et des références entre les soins obstétricaux et néonatals essentiels et d'urgence, ce qui est indispensable pour réduire le taux élevé de mortalité maternelle du Malawi.

L'amélioration des niveaux de dotation en personnel est l'unique défi majeurà la pleine application de la nouvelle approche. Un examen indépendant d'un projet de maternité sans risque financé par des donateurs, qui "réduit rapidement de moitié la proportion des décès

parmi les accou-chements à l'hôpital" a conclu que "malgré une formation et un appui massifs du personnel, les graves pénuries de personnel découlant des problèmes de rétention et l'érosion continue du nombre de sages-femmes, se révèlent être un obstacle im-portant à l'accroissement de la couverture des naissances par un personnel qualifié et met en péril les acquis en matière de qualité des soins".[22] Estimée à 57%, la proportion des naissances récentes assistées par un médecin ou une infirmière lors de l'ac-couchement est restée pratiquement inchangée depuis 1992.[14] La récente publication de la Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales au Ma-lawi souligne le manque de personnel et une mauvaise gestion des ressources hu-maines comme le premier des nombreux facteurs qui affectent les taux de présence d'un personnel qualifié.[23] Seuls 13% des établissements de santé sont couverts 24 heures sur 24 par les sages-femmes.[13]

Dans le cadre du Train de mesures sanitaires, le Gouvernement du Malawi a élaboré des plans ambitieux pour la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, le VIH/sida et les complications connexes, y compris les antirétroviraux (ARV) et les conseils et test volontaires (CTV).[20] Près d'un million de personnes âgées de15-49 ans sont infectées par le VIH et environ 170 000 personnes ont actuellement besoin d'ARV.[24] Depuis la mi-2004, en dépit de graves contraintes, le Gouvernement du Malawi a remporté des succès avec la mise sur pied d'un programme de traitement réussi à l'aide d'une approche simple mais efficace par le biais du système de santé publique. À la mi-2003 la fourniture des ARV était limitée à quatre sites, bénéficiant à moins de 1% de ceux qui en avaient besoin.[25] En décembre 2005, suite à des investissements importants du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et d'autres donateurs, près de 38 000 patients ont commencé le traitement, gratuitement, au niveau de 60 établissements de santé publics, et 23 établissements privés ont commencé à traiter près de 1 000 patients de plus.[26] La vitesse à laquelle il est possible de se doter du personnel médical et de le former est la contrainte majeure dans le processus d'intensification des services liés au VIH et au sida.[5] Plus de 1 100 cliniciens et infirmiers du secteur public ainsi qu'environ 230 membres du personnel du secteur privé ont reçu une formation spécialisée pour fournir des ARV et assurer des services de CTV, en travaillant par roulement. En outre, il faut du personnel pour les activités complémentaires, y compris le traitement des infections opportunistes et la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), qui sont également en hausse.[26,27]*

Étant donné que la prestation de ces services a commencé en 2004, l'objectif spécifique du Gouvernement était d'at-teindre 35 000–45 000 patients recevant des ARV d'ici juillet 2005, mais un "objectif de prestige" consistait à élargir la fourniture des ARV à 80 000 patients d'ici fin 2005, conformément à l'initiative "trois millions d'ici 2005" de l'OMS.[8,28] Étant donné les implications majeures en dotation de personnel, une estimation rapide des besoins prévus a été réalisée (tableau 2). La projection souligne nettement l'ampleur du défi pour assurer un personnel suffisant pour appuyer ces activités sans compromettre d'autres ser-vices indispensables, y compris les ser-vices complémentaires de santé sexuelle et génésique, qui sont indispensables pour lutter contre le VIH à long terme. Un travail a également été entamé afin d'envisager des approches plus novatrices en matière de dotation en personnel, comme l'utilisation des catégories de niveau inférieur et non-cliniques pour le suivi et la surveillance des patients, et la formation des infirmiers pour la distribution des médicaments directement aux patients pour alléger la demande de services pharmaceutiques. (Communication personnelle, fonctionnaire de l'unité chargée du VIH du Ministère de la santé).[29]

---

* Le train de mesures sanitaires couvre les maladies à prévention vaccinale, le paludisme, la santé génésique, la tuberculose, la schistosomiase, les infections respiratoires aiguës, les maladies aiguës diarrhéiques, les infections sexuellement transmissibles, le VIH/sida, la malnutrition et les carences nutritionnelles, les infections oculaires, auriculaires et dermatologiques et les blessures courantes

Tableau 2. Estimation des recrutements dans les services de santé publique nécessaires pour quelques services liés au VIH/SIDA[30]

Cadre	ARV	CTV	Infections opportunistes	PTME	Total requis	Total actuel
Médecins	10	–	–	–	10	139
Infirmiers	211	167	2 813	210	3 401	4 717
Agents cliniques	221	–	468	–	689	942
Assistants médicaux	–	–	500	–	500	718
Superviseurs et assistants de labo	8	378	–	–	386	251
Pharmaciens et assistants	344	–	–	–	344	93
Agents de santé environnementale	10	–	–	–	10	304

Causes de la crise des ressources humaines

Il y a trois raisons principales à la pénurie chronique du personnel médical du Malawi. La cause profonde est la pauvreté. Le Malawi a toujours été incapable de supporter les coûts de la formation et de l'emploi d'un personnel suffisant du secteur de la santé pour répondre aux besoins de soins de santé de base. Il a pendant des décennies compté sur les médecins expatriés, et même après la création de son école de médecine en 1991, n'a produit que 20 médecins par an jusqu'en 2005, dont plus de la moitié s'est consacrée à la recherche, l'enseignement, la formation continue ou l'exercice privé au Malawi ou à l'étranger. Le Malawi a formé 40–60 infirmiers d'Etat par an ces dernières années, parallèlement à environ 300–350 infirmiers brevetés.[31] Cela est comparable à un établissement pour les infirmiers du secteur public (y compris les hôpitaux missionnaires) d'un effectif de 8963, dont environ 4 934 postes sont vacants.[5] Même en supposant que tous les infirmiers aient été formés pour rejoindre le secteur public, avec l'augmentation des départs au sein du personnel, le taux de formation n'a pas été en adéquation avec les besoins.

Au cours des dix dernières années, l'érosion du personnel du secteur de la santé due au VIH / sida a aggravé les pénuries.[32] Le Plan quinquennal malawite pour le développement des ressources humaines 1999-2004 a estimé les pertes totales annuelles à 2,8% sur la base de données du personnel.[33] Ce chiffre est considéré largement en deçà des départs réels du secteur. Par exemple, une étude de 2002 des zones rurales et semi-urbaines au Malawi a montré que chez les agents de soins de santé en milieu hospitalier, les taux de mortalité annuels seuls étaient de 2%.[34] L'impact du VIH et du sida sur les effectifs est beaucoup plus vaste qu'une érosion. On rapporte que des infirmiers quittent leur profession en raison de la crainte d'être exposés au VIH, en particulier dans la mesure où le manque de gants et d'autres fournitures empêche le respect des précautions universelles.[25]*

Le personnel perd du temps à participer à des funérailles, et il peut être absent pendant des périodes prolongées pour cause de maladie. Il n'y a pas de politique, ni de capacité de réserve suffisante pour remplacer le personnel chronique ment malade. Bien que les charges de travail aient augmenté, reflétant la croissance démographique et la morbidité croissante associée au sida, il y a moins de personnel pour partager le fardeau. En

* Le nombre de femmes bénéficiant de la PTME est actuellement faible. En 2004, sur 540 000 accouchements seulement 7,9% de femmes ont été testées pour le VIH. Un modeste pourcentage de 2,7% de femmes enceintes ayant besoin d'une prophylaxie antirétrovirale ont bénéficié de l'intervention. Le Malawi a pour but de porter le nombre de femmes testées de 100 000 en 2006 à 400 000 en 2010 et fournit une prophylaxie antirétrovirale à 65 000 paires de femmes et d'enfants d'ici à 2010. La demande en CTV est également en hausse: en 2004, près de 285 000 personnes ont été testées pour le VIH dans 146 sites du secteur public, contre 150 000 en 2002. Des données du Ministère de la santé indiquent également une incidence croissante de la tuberculose, du sarcome de Kaposi, de la méningite cryptococcale et de la candidose œsophagienne.

Tableau 3. Infirmires d'Etat malawites ayant confirmé qu'elle étaient prêtes à partir à l'étranger, par année civile [38]

Destination indiquée	2000-2001	2002	2003	2004	2005	Total (sauf 2000-2001)
USA	–	3	10	9	3	25
Australie	–	0	4	0	0	4
Botswana	–	3	1	1	0	5
Canada	–	1	0	0	0	1
Nouvelle-Zélande	–	5	1	1	0	7
Afrique du Sud	–	7	2	1	5	15
Royaume-Uni	–	83	90	64	80	317
Zimbabwé	–	1	0	2	0	3
Ouganda	–	0	0	1	0	1
Total	203	103	108	79	88	378

outre, les infirmiers sont en particulier souvent appelés à agir en tant que principaux prestataires de soins pour les membres malades de leur famille ou de leur communauté. [35]

Troisièmement, une bonne partie des investissements réalisés dans la formation du personnel de santé est en train de disparaître car un nombre croissant des agents professionnels et techniques choisit de quitter le secteur public. Bien que, il y a 20 ans, les salaires des agents de santé dans de nombreux pays africains étaient considérés comme attrayants, les salaires réels pour les fonctionnaires au Malawi et ailleurs n'ont pas réussi à suivre le rythme de la hausse des prix à la consommation ces dernières années.[36] Une bonne partie du personnel est passée dans le secteur privé réduit mais en expansion du Malawi où les salaires représentent généralement trois ou quatre fois ceux de l'État, y compris un nombre en croissance rapide d'ONG et d'initiatives de recherche, principalement associées à la pandémie du VIH/sida. [5,37]

La faiblesse des salaires n'est qu'une partie de la raison pour laquelle le personnel quitte la fonction publique. Des conditions de travail difficiles avec de rares supervisions et appuis, le manque de médicaments essentiels, de fournitures et d'équipements, les possibilités de carrière limitées dues en partie à des barrières professionnelles rigides, des charges de travail élevées et irrégulières, l'absence d'une politique de déploiement clair, l'accès inéquitable à la formation et l'insuffisance de logements sont autant de raisons qui contribuent à la démoralisation et à la frustration. L'Ordre des infirmiers et sages-femmes du Malawi estime que jusqu'à 1 200 infirmiers qualifiés vivant au Malawi ont purement et simplement choisi de cesser de travailler dans le secteur de la santé, préférant passer à des emplois mieux rémunérés ou moins stressants.[5]

La migration internationale du personnel infirmier du Malawi a considérablement augmenté ces dernières années. Depuis 2000, chaque année environ 80–100 infirmiers ont cherché la validation de leurs certificats afin de travailler à l'étranger (tableau 3), principalement au Royaume-Uni.[38] À l'ère de la mondialisation, les professionnels médicaux ayant des quali-fications internationalement reconnues sont devenus des "produits négociables", se déplaçant avec une relative facilité à travers les frontières. Les infirmiers du Malawi, bien qu'on ait absolument besoin d'eux au pays, ne font pas exception.

En revanche, même s'il forme un nombre insuffisant de médecins, le Malawi a un palmarès raisonnable de rétention de ceux qui entrent dans les services publics (communication personnelle, Principal, Malawi College of Medicine). Depuis 1988, les médecins et les dentistes ont été autorisés à exercer à titre privé, en plus de leurs obligations du service public. Cela a bien fonctionné en

termes de rétention, même si la faiblesse des capacités de réglementation au Malawi soulève des questions sur l'équi-libre des heures consacrées au travail du secteur public par rapport à la pratique dans le privé.

Le Malawi a adapté les structures de formation de façon récurrente depuis la fin des années 1990 en réponse à la pénurie croissante de personnel. Par exemple, la for-mation des assistants médicaux (une catégorie spécifique au Malawi, à domi-nance masculine, qui partage des compé-tences communes avec les infirmiers et sert principalement dans des postes en milieu rural) a été relancée en 2001, après une interruption de cinq ans. Sans une qualification internationalement reconnue, presque aucun des assistants médicaux n'a émigré hors du Malawi, un contraste frappant avec leurs collègues infirmiers.

Examen des données factuelles

Face à une aggravation de la situation des ressources humaines et décidé à lancer le train de mesures sanitaires essentielles, y compris un ambitieux éventail de services liés au VIH / sida, au début de l'année 2004, le Ministère de la santé a déclaré une crise des ressources humaines dans le secteur de la santé.[5] Les donateurs ont répondu, en fournissant une expertise technique afin d'aider le Ministère à quantifier les objectifs de dotation en personnel et à calculer les incidences financières de la mise en œuvre d'un programme d'urgence en faveur des ressources humaines. Sa conception a été basée sur la recherche, les rapports ayant trait à la politique et les données dispo-nibles sur les établissements et les taux d'inoccupation.

Même s'il n'existait pas de modèle inter-national de programme complet similaire dans le domaine des ressources humaines pour la santé à une échelle aussi grande, la conception du programme s'est fondée sur les enseignements des initiatives tentées ailleurs dans la région.[39] Le Gouvernement s'est également appuyé sur un certain nombre d'initiatives existantes au Malawi, y compris un plan de développement des ressources humaines de 1999, un pro-gramme de formation d'urgence de 2001, l'utilisation de longue date des médecins expatriés aux postes clés, et les mesures précédentes, plus fragmentaires, visant à améliorer les encouragements liés à la
rémunération, y compris une série de
mesures incitatives ciblées pour les infir-mières monitrices.[40-42]
Compte tenu du manque de données détaillées sur les effectifs et les facteurs affectant la rétention et la motivation, la conception du programme s'est fortement inspirée de concertations formelles et informelles afin d'exploiter les connaissances et l'expérience des parties prenantes au sein du Gouvernement, des prestataires de services non gouvernementaux, des écoles de formation, des organismes de réglementation, des associations profes-sionnelles et des donateurs. Les personnes consultées ont convenu à l'unanimité de la nécessité immédiate de résoudre les problèmes de salaire, mais ont souligné l'importance égale de s'attaquer à plus long terme aux questions plus complexes, y compris, entre autres, la capacité de gestion des ressources humaines, les structures de carrière, le déploiement du personnel et les conditions de travail. Ce processus de concertation a souligné la nécessité de renforcer la nouvelle Commission chargé des services de santé (créée en 2002) et d'assurer une meilleure coordination entre cet organisme et le ministère de la Santé. Le processus a également redynamisé le Comité consultatif des ressources humaines du Malawi (pour la santé) formé en 2000 en vue de réunir tous les acteurs clés dans ce domaine, mais qui était tombé en léthargie. Ce groupe a depuis guidé et supervisé la mise en œuvre du programme.

Les relations de travail ont été une considération éminente dans la prise de décision sur la forme du programme. Par exemple, il a été convenu qu'il y avait des possibilités limitées pour des bénévoles expatriés de combler les lacunes parmi les cadres infirmiers, même si cela était considéré comme la contrainte la plus importante en matière de prestation de services de santé. Bien que le recrutement des infirmières monitrices de l'étranger ait été jugé acceptable, dans la mesure où ces spécialistes étaient en nombre très limité au Malawi, la possibilité de recruter des infirmiers expatriés a été rejetée en raison de la perception du risque élevé (basé sur l'expérience antérieure) d'une grève

de la part des infirmiers malawites. D'autre part, bien que les infirmiers étaient reconnus comme étant les cadres qui ont le plus besoin de mesures incitatives supplémentaires, la revalorisation de la rémunération des infirmiers sans faire de même pour les autres catégories professionnelles et techniques aurait entrainé des problèmes chez le personnel de santé.

Développer une stratégie d'action

Chiffré à 272 millions de dollars, le Pro-gramme d'urgence de six ans pour les res-sources humaines a débuté sérieusement en avril 2005. Avec un financement impor-tant du Gouvernement malawite, du DFID et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, il vise à porter les effectifs du Malawi aux niveaux de la République-Unie de Tanzanie ce qui, bien qu'encore en deçà des minima recommandés par l'OMS, représente un objectif ambitieux, mais réalisable. Le programme est basé sur un modèle détaillé, chiffré, liant les objectifs progressifs de dotation en personnel au sein de 11 catégories professionnelles et techniques avec les besoins de recrutement et de formation.* Le programme adopte une approche en cinq volets, visant à réaliser des améliorations à court terme. Parmi les domaines d'intérêt figurent:

- l'amélioration des incitations pour le recrutement et la rétention du personnel du Malawi dans les hôpitaux publics et missionnaires grâce à un supplément de 52% sur le salaire imposable pour 11 catégories professionnelles et tech-niques, associée à une initiative majeure de recrutement et de réengagement du personnel qualifié au Malawi;
- l'accroissement de la capacité nationale de formation de plus de 50% dans l'ensemble, notamment en doublant le nombre d'infirmiers et en triplant le nombre de médecins en formation;
- le recours à des médecins et des infirmières monitrices bénévoles interna-tionaux comme solution palliative pour pourvoir des postes critiques pendant qu'un plus grand nombre de Malawites sont formés;
- la fourniture d'une assistance technique internationale pour renforcer les capa-cités et consolider les compétences au sein des fonctions de planification, de gestion et de développement des ressources humaines du Ministère de la santé; et
- mettre en place une capacité de sur-veillance et d'évaluation plus robuste pour les ressources humaines dans le secteur de la santé, au sein des systèmes intégrés de gestion de l'information sa-nitaire, qui sont en train d'être renforcés afin d'appuyer la mise en œuvre du train de mesures sanitaires essentielles. [43]

En plus de la mise en œuvre immédiate de ces activités, le programme reconnaît explicitement l'importance du travail à plus long terme sur une série de facteurs supplémentaires qui affectent la rétention, y compris les politiques sur les affectations et les promotions, la formation, le perfectionnement des compétences et les op-portunités de perfectionnement professionnel. Un travail d'élaboration d'une politique et des incitations pour le dé-ploiement du personnel dans des zones mal desservies a été lancé pour améliorer la répartition de la dotation en personnel à travers le pays. Cela inclut un effort ma-jeur en vue d'améliorer le logement du personnel et un appui sur l'expérience ailleurs dans la région dans le pilotage d'un train de mesures incitatives spécifiques au lieu.

Le programme a été élaboré afin de compléter la mise en œuvre du train de mesures sanitaires essentielles, ce qui aura un impact sur la satisfaction au travail. Il s'agit notamment d'un meilleur entretien et d'une mise à niveau des installations et équipements, et la distribution adéquate et en temps voulu des médicaments essentiels et de fournitures médicales: veiller à ce que les agents de santé disposent des outils dont ils ont besoin pour faire leur travail. Les structures de surveillance et

* Les onze catégories sont les suivantes: médecins, infirmiers, agents cliniques, assistants médicaux, pharmaciens, techniciens de laboratoire, techniciens en radiologie, physiothérapeutes, dentistes, agents de santé environnementale et ingénieurs médicaux.

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6) 27244-6

d'appui sont également renforcées grâce à la mise en place de quatre bureaux d'appui de zone.

Un défi important était de veiller à ce que le programme – et en particulier les propositions de suppléments de salaire – soient sensibles à la situation macro-économique difficile du pays. Le programme a par conséquent été conçu pour être entièrement financé par les bailleurs de fonds, alors que le Gouvernement pourrait contribuer une partie des revenus perçus en taxant les suppléments financés par les bailleurs de fonds. Six scénarios de supplément de rémunération ont d'abord été présentés et discutés en détail au cours d'une période de plusieurs mois. Plus de douze autres permutations ont éga-lement été envisagées. L'augmentation de la rémunération du personnel a eu des implications pour le fonds de pension du Gouvernement et les accords avec le Fonds monétaire international (FMI), avec qui un accord spécial a été réalisé.

La décision de financer les suppléments de salaire dans le secteur de la santé reflétait une décision explicite des bailleurs de fonds "d'envisager des mesures qui pourraient autrement être rejetées comme non dura-bles" du fait de l'ampleur de la crise et de ses conséquences[44]. Les principaux bailleurs de fonds ont estimé que le Malawi avait des chances de recevoir une aide importante dans un avenir prévisible. En outre, la forme d'aide changeait également dans le secteur, passant des projets à l'appui budgétaire. Les questions pertinentes en matière de financement étaient à la fois ce qui arriverait aux suppléments à la fin du programme, et surtout, si le volume des dépenses pour la santé (pour soutenir un gonflement des effectifs de la santé) représentait une proportion du budget de l'État qu'il pouvait se permettre au-delà de la période de six ans.

Le DFID a conclu que, compte tenu des ressources du Gouvernement du Malawi et en supposant des flux d'aide continus, il y avait des chances de disposer des ressources suffisantes pour financer les effectifs plus élevés de personnel de santé visés par le programme. En outre, les bailleurs de fonds sont parvenus à un accord explicite avec le Gouvernement en vertu duquel la proportion du budget national consacrée à la santé serait maintenue ou augmentée au cours des six années. (Communication personnelle, chef du DFID au Malawi). Le principal risque était que les flux d'aide risquaient d'être perturbés pour d'autres raisons, par exemple, la rupture d'un programme du FMI ou des problèmes relatifs aux droits de l'homme qui pourraient inciter les bailleurs de fonds à réduire les flux d'aide par l'entremise du Gouvernement. Afin de persuader le Gouvernement de prendre le risque de la hausse des taux de dépenses pris en charge par les donateurs, le DFID s'est engagé à donner un préavis de deux exercices financiers avant de retirer la composante salaire de son aide.[43] En outre, les suppléments ont été délibérément inclus dans la politique salariale du Gouvernement. Au fil du temps, ils seront éclipsés par des augmentations de salaire plus vastes, compte tenu de la forte inflation au Malawi, sauf décision ultérieure de les augmenter.

Progrès à ce jour

La mise en œuvre du programme a véritablement commencé en avril 2005 avec le lancement des suppléments de salaire. À ce moment les organisations internationales de bénévoles, y compris VSO du Royaume-Uni et les Volontaires des Nations Unies, avaient réalisé des progrès substantiels en matière de recrutement d'une aide palliative internationale avec 19 expatriés déjà au Malawi. En avril 2006, 51 médecins expatriés et 15 infirmières monitrices devaient être en poste.[45] Trois experts en ressources humaines étaient en poste en août 2005, afin de renforcer la capacité du Ministère de la santé et d'appuyer la mise en œuvre du programme. En janvier 2006, la première phase de la construction a débuté, conformément aux plans prioritaires et chiffrés de développement des infrastructures pour accroître la capacité de formation.

Les résultats à ce jour indiquent que les suppléments de salaire ont un impact positif sur les niveaux de personnel, comme le montre le tableau 4. Le nombre total d'employés recevant des suppléments a augmenté de 430 après neuf mois, comparativement à un objectif du programme de 700 dans la première année. Des entretiens informels avec les gestionnaires d'hôpitaux à travers le

Tableau 4. Total du personnel recevant 52% de supplément salarial, employés des hôpitaux publics et missionnaires, avril-décembre 2005[46,47]

Mois 2005	Employés de l'Etat	Employés des hôpitaux missionnaires	Total
Avril	3 763	1 582	5 345
Mai	3 779	1 579	5 358
Juin	3 791	1 650	5 441
Juillet	3 792[a]	1 661	5 453
Août	3 768[a]	1 667	5 435
Septembre	3 672[a]	1 664	5 336
Octobre	3 808	1 702	5 510
Novembre	3 834	1 777	5 611
Décembre	4 057	1 718	5 775

[a] *Le gouvernement du Malawi a mis en œuvre un nouveau système de rénumération en juillet 2005, ayant abouti à des écarts dans les effectifs du personnel enregistré juillet-septembre 2005.*

pays indiquent que les suppléments ont considérablement freiné la fuite de personnel, en particulier d'infirmiers, hors du secteur public. Des données détaillées sur les migrations continuent d'être recueillies.

La mise en œuvre de la campagne de recrutement et de réengagement prévue a été lente à démarrer tandis que le Ministère de la santé demandait l'autorisation d'autres parties du Gouvernement d'engager du personnel supplémentaire et négociait de meilleures conditions pour signer de nouveaux contrats avec les personnes ayant déjà atteint l'âge obligatoire de la retraite de 55 ans (ou 20 ans de service). Cependant, au dernier trimestre de 2005, des progrès notables avaient été réalisés avec 591 agents recrutés de façon externe (tableau 5). Certaines personnes recrutées n'ont pas encore pris leur service et ne sont donc pas encore incluses dans les chiffres du personnel du tableau 4. En outre, plus de 1 100 personnes ont été promues en interne. Beaucoup d'entre elles étaient des infirmiers dont les promotions ont été bloquées par des règles de la fonction publique suite à un changement précédent dans le programme de soins infirmiers. Cette situation avait été une source de frustration pour la profession infirmière, et a eu un impact sur la rétention.

En outre, une enquête auprès des professionnels de la santé qualifiés du Malawi qui avaient pris leur retraite ou ont démissionné de l'État a été achevée. Sur plus de 1 000 personnes interrogées, près de 700 ont indiqué leur volonté de revenir à un emploi de l'État compte tenu de l'offre des suppléments de salaire et une plus grande flexibilité sur les décisions de déploiement, en plus des possibilités de formation continue (Communication personnelle, président, Commission des services de santé, Malawi).

En somme, les suppléments semblent être efficaces pour attirer et améliorer la rétention du personnel dans le secteur, notamment des cadres moyens et de rang inférieur. La seule exception est la migration internationale des infirmiers, qui ne semble pas ralentir en 2005 (voir tableau 3). Il est probable que ces infirmiers aient commencé à se préparer à émigrer avant le début du programme, il est donc trop tôt pour dire si le programme (en plus des nouvelles mesures prises par le Ministère britannique de la santé) a réduit la migration (Communication personnelle, directeur, Ordre des infirmiers et sages-femmes, Malawi). En outre, des données du Ministère de la santé, bien que discutables, suggèrent que le nombre d'infirmiers diplômés d'Etat démissionnant ou prenant la fuite en 2005 a diminué de façon spectaculaire par rapport aux années précédentes, de sorte que ces infirmiers allant à l'étranger ont peut-être déjà pris leur retraite ou travaillaient dans le secteur privé. Quelle que soit leur provenance, toutefois, ces infirmiers chevronnés et expérimentés sont une perte pour le Malawi, du moins temporairement, et pour le groupe de ceux qui pourraient être réengagés dans le cadre du programme.

Le Gouvernement a lancé une période de service de santé publique obligatoire pour les infirmiers brevetés formés aux frais de l'État. L'expérience internationale montre qu'une telle contrainte est inefficace dans la lutte contre la migration internationale, mais cette initiative est destinée à ceux qui quittent la fonction publique peu de temps après la qualification pour des emplois mieux rémunérés au Malawi. L'impact ne sera pas visible jusqu'à ce que ces infirmiers soient qualifiés.

Tableau 5. Recrutement externe et promotions internes par le Ministère de la santé, 2005 (sauf hôpitaux missionnaires)[46]

	Janv-juin	Juil-déc
Recrutement externe réalisé	0	572
Prochains recrutements approuvés (entretiens programmés)	0	591
Promotions internes du Ministère de la santé	580	531

Enfin, les avancées dans la mise en place d'une capacité de surveillance et d'éva-luation robuste ont été lentes. Il y a eu peu de collecte régulière de données sur les ressources humaines ces dernières années et l'amélioration de la régularité et de la qualité des rapports requiert davantage de capacités de gestion, qui sont toujours en cours de renforcement. La capacité d'ana-
lyse des données et d'évaluation doit également être affermie. Le suivi du pro-gramme a porté jusqu'à présent sur des questions opérationnelles, par l'utilisation d'une variété de sources. Les mesures visant à renforcer la capacité des systèmes intégrés de gestion de l'information sani-taire sont liées à la mise en œuvre du train de mesures sanitaires essentielles, et vont de l'avant.

Enseignements tirés et enjeux futurs

Pourquoi cette approche a-t-elle été possible au Malawi? Par le passé, les donateurs ont été réticents à contribuer à des mesures ou des salaires incitatifs compte tenu des préoccupations liées à la dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds et la durabilité de leurs interventions.[48] Toutefois, il est apparu à travers l'évaluation des donateurs que le manque de ressources humaines était une contrainte active à la réussite des
projets financés par les donateurs, en par-ticulier ceux qui sont axés sur la santé sexuelle et génésique et la maternité sans
risque. L'appui des donateurs lié aux projets en faveur des ressources humaines a été fragmentaire; l'ampleur et la nature de l'appui des donateurs n'ont tout simplement pas été proportionnels à l'ampleur du problème.

Ce qui a changé, c'est que certains bailleurs de fonds et le Gouvernement sont désormais motivés par une approche axée sur les résultats. Ceci est lié à une réorientation des projets au profit des instruments basés sur les programmes, y compris l'appui budgétaire. Dans ce cas, les donateurs et le Gouvernement du Malawi se sont été engagés à élargir la fourniture de médicaments antirétroviraux, tout en progressant vers d'autres objectifs sanitaires, surtout celui de la mortalité maternelle. Leur analyse a montré que la contrainte active était la dotation en personnel. Pourtant, il a fallu l'intervention des responsables de deux agences internationales plus à l'aise avec la prise de risques – l'ONUSIDA et le DFID – pour autoriser leurs bureaux locaux à appuyer l'initiative. D'autres organismes plus contraires aux risques, tels que le Fonds mondial, ont suivi leur exemple. Ce n'est que lorsqu'au Malawi, un des bailleurs de fonds a publiquement signalé qu'il était prêt à envisager des "mesures exceptionnelles qui pourraient autrement être considérées comme insoutenables" que le Ministère de la santé a formulé clairement un ensemble complet de propositions.

Il s'agit d'une leçon essentielle pour d'autres pays. Au Malawi, le pilotage des donateurs était nécessaire parce que les donateurs ont pendant si longtemps affirmé qu'ils ne pouvaient pas contribuer à faire face à la rémunération. Beaucoup d'autres pays en Afrique bénéficieraient sans doute d'un appui tout aussi large. Les premiers responsables de certaines agences de bailleurs de fonds encouragent une réponse globale.

Deuxièmement, des investissements importants dans les ressources humaines au Malawi n'ont de sens que dans le cadre d'un vaste programme portant sur la prestation de services de santé. Les conditions de travail et les pratiques de gestion sont des incitations aussi importantes que la rémunération; la fourniture de médicaments, de gants, d'équipements, d'infrastructures décentes et une supervision adéquate sont indispensables pour améliorer le moral et la rétention.

Troisièmement, même s'il est trop tôt pour juger

si ces mesures auront un impact sur la santé au Malawi, la combinaison de mesures à court et à long terme semble être utile pour maintenir un engagement en faveur du programme, en donnant une impression de changement à court terme. Par exemple, les suppléments de salaire ont eu un impact immédiat et contribuent progressivement à alléger la charge de travail. L'apparition d'appuis fournis par des expatriés dans des districts précédemment sans médecins est un signe visible de changement. Le programme est explicitement en train de gagner du temps jusqu'à ce que l'impact des mesures à plus long terme, tels que l'élargissement de la capacité de formation, l'amélioration des structures de carrière et le changement des pratiques de gestion puisse se faire sentir.

Quatrièmement, la faiblesse des capacités institutionnelles est au cœur de la situation des ressources humaines du Malawi. Les taux d'inoccupation sont élevés dans la fonction publique, en particulier parmi les cadres moyens et la capacité et la discipline de la fonction publique a diminué sensiblement depuis le début des années 90.[17] Un manque chronique de capacité au sein de la fonction de ressources hu-maines du Ministère de la santé, et la frag-mentation des responsabilités des res-sources humaines au sein du Ministère et du Gouvernement, ont affecté la capacité du Malawi à reconnaître les difficultés crois-santes et à y répondre jusque long-temps après qu'elles aient atteint des proportions de crise. Puisque le Ministère a confié la conception et le début de la mise en œuvre du programme à un petit noyau de personnel compétent et dévoué, répondant directement à des cadres supérieurs, des progrès rapides ont été réalisés. Mais ceci a également entrainé une appropriation parcellaire de l'initiative au sein du Minis-tère, ce qui a entravé l'intégration des inter-ventions dans les ressources humaines dans le processus plus vaste de planification et de suivi du Gouvernement. Les bailleurs de fonds exacerbent ces problèmes dans la mesure où ils appliquent des conditions particulières à leur aide. Ceci peut être évité si les donateurs mettent en commun leur financement.

La faiblesse des capacités est évidente dans les difficultés relatives à la mise en place d'une capacité de suivi et d'évaluation du programme afin de démontrer les progrès en termes de résultats attendus et de résultats obtenus. Une forte pres sion existe pour "projetiser" le suivi et l'évaluation par la création d'un système parallèle plus efficace, mais ce serait renoncer à l'opportunité de renforcer les systèmes de façon plus générale. La meilleure approche n'est pas encore évidente.

Cinquièmement, l'expérience du Malawi souligne à quel point la gestion des relations de travail est importante et prend du temps, aussi bien au sein du secteur de la santé que des autres secteurs. Avoir une bonne carte des sensibilités, qui sont spécifiques au pays, s'est avéré crucial pour la mise en œuvre réussie du début du programme. Curieusement, le seul groupe à avoir réagi à la mise en œuvre des suppléments a été l'un des bénéficiaires: les infirmiers au niveau d'un des hôpitaux centraux ont organisé une grève d'une journée, le premier jour où ils ont reçu leur augmentation de salaire. Mécontents de la décision de taxer les suppléments salariaux ces infirmiers ont crié au scandale, soupçonnant que les autorités retenaient les fonds des donateurs qui leur revenaient de droit. Le problème a été résolu en quelques heures, mais a souligné l'importance de la communication du Gouvernement avec le personnel. Les annonces spéculatives par les membres du Gouvernement avant un accord sur la portée des suppléments, associées à l'insuffisance de la communication ultérieure, a fait monter les attentes du personnel de façon irréaliste dans les mois précédant la mise en œuvre. Le Malawi aurait bénéficié d'un apport plus substantiel des professionnels. Bien que les négociations salariales ne soient pas un cadre approprié pour une implication directe des donateurs, il serait possible de fournir au Gouvernement des conseils d'experts.

Contrairement aux attentes, d'autres fonctionnaires n'ont pas protesté contre l'amé-lioration des rémunérations des agents de santé. Le Gouvernement a argumenté en faveur d'une hausse salariale pour les travailleurs de la santé à titre de récompense pour leur formation plus longue et leurs compétences professionnelles plus poin-tues. Cela s'est appuyé sur un précédent créé par des allocations spéciales antérieures pour les travailleurs de la santé (bien que le Ministère des finances ait pris des mesures visant à mettre fin à ces allocations

dans l'ensemble de la fonction publique, dans le cadre des efforts visant à rationaliser la masse salariale).*

Sixièmement, il est trop tôt pour dire si le Programme d'urgence des ressources humaines contribuera à réduire la migration des infirmiers. Même lorsque des mesures sont prises pour mettre un terme à un recrutement actif (comme cela s'est produit avec le resserrement du Code déontologique du Département britannique de la santé pour le recrutement international des profession-nels de la santé), la dynamique de la mi-gration passive, une fois établie, semble plus difficile à endiguer.[49] La migration internationale en cours des infirmiers du Malawi est un sujet de préoccupation. Elle attire le personnel le plus âgé et le plus expérimenté, dont la plupart a déjà travaillé dix ans ou plus dans le pays. La contrainte serait inappropriée après une telle durée de service, et ne semble pas avoir stoppé la migration internationale ailleurs. La demande en agents de santé qualifiés dans les pays riches va continuer d'augmenter. Il est donc probable que les pays africains, y compris le Malawi, vont continuer à perdre certains de leurs agents les plus qualifiés. .Ainsi, le Malawi devra produire du personnel en plus de ceux nécessaires au pays. Il devra suivre les tendances migratoires, ainsi que les fuites des infirmiers du secteur public vers d'autres emplois au sein du Malawi, que le programme ne semble pas réduire.

Enfin, l'impératif de répondre au VIH et au sida représente un défi permanent pour les ressources humaines au Malawi. Les premières réalisations impressionnantes ont incité le Gouvernement à la fin de 2005 à ébaucher un plan d'élargissement ambitieux pour les services liés au VIH et au sida, y compris la délivrance de la thérapie antirétrovirale à 245 000 personnes d'ici 2010.[24] Cette accélération a des implications évidentes pour les ressources humaines, et risque de réduire le personnel chargé de la prestation d'autres services essentiels, y compris les services liés à la sexualité et à la procréation, qui sont au cœur de la gestion à long terme du VIH.[50] Une analyse complète de la charge de travail pour les services liés au VIH et au sida est prévue et un examen attentif de l'équilibre des effectifs entre les services sera nécessaire.

Remerciements

Nous adressons de vifs remerciements au Dr Mike O'Carroll, au Dr Julia Kemp et en particulier à Roger Wilson pour leurs commentaires sur une version antérieure du présent article. Je suis également reconnaissante aux nombreux fonctionnaires du Ministère de la santé, de la Commission des services de la santé, de l'Ordre des infirmiers et sages-femmes, de l'Ordre des médecins du Malawi, de l'Association chrétienne pour la santé du Malawi et des institutions de formation en matière de santé du Malawi pour leurs idées et leur générosité dans le partage des données.

* La configuration des syndicats du Malawi a également permis d'éviter les tensions. Alors que les sages-femmes, les infirmières et les médecins ont leurs propres associations professionnelles, d'autres agents professionnels de la santé n'en ont pas, et au lieu de cela s'appuient sur le Syndicat de la fonction publique du Malawi pour leur représentation. Avec des membres qui pourraient bénéficier de suppléments, et des membres qui n'en bénéficieraient pas, le Syndicat de la fonction publique n'a pris aucune mesure pour s'opposer à la mise en œuvre des augmentations de rémunération.

Références

1. WHO Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Geneva7 WHO, 2001.
2. Anand S, Baernighausen T. Human Resources and Health Outcomes Joint Learning Initiative - Human Resources for Health and Development Working Paper 7/2, 2003. At: bhttp://www.globalhealthtrust. org/Publication. htmN.
3. Harries AD, Zachariah R, Bergstrom K, et al. Human Resources for Control of Tuberculosis and HIV-Associated Tuberculosis. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2005;9(2):128–37.
4. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. Geneva7 WHO, 2003.
5. Ministry of Health, Malawi. Human Resources in the Health Sector: Towards a Solution. Lilongwe7 Government of Malawi, 2004.

6. Malawi Country Data Profile. World Bank Group. At: bhttp://devdata.worldbank.org/external/CPProfile.asp?CCODE= MWI&PTYPE=CPN.
7. Economist Intelligence Unit. Malawi Country Background. At: bhttp://www.viewswire. comN. Accessed 7 February 2006.
8. Malawi Global Fund Coordinating Committee. An Integrated Response to HIV/AIDS and Malaria: Application to the Global Fund. National AIDS Commission. Lilongwe7 Government of Malawi, 2002.
9. National Statistics Office, Malawi. 1998 Integrated Household Survey: Summary Report. Zomba7 National Statistics Office, 2000.
10. United Nations Development Programme. Human Development Report 2005. New York7 UNDP, 2005.
11. Data from Organisation for Economic Cooperation and Development. At: bhttp:// www.oecd.org/dataoecd/23/20/1882063.gifN.
12. Ministry of Health and Population. Malawi National Health Accounts: a broader perspective of the Malawian Health Sector. Lilongwe7 Ministry of Health, 2001.
13. Ministry of Health and Population. Malawi Health Facility Survey. Lilongwe7 Government of Malawi, 2003.
14. National Statistics Office. Malawi Demographic and Health Survey. Preliminary Report. Zomba7 National Statistics Office, 2004.
15. Ministry of Health. National Tuberculosis Programme Annual Report 2004. Lilongwe7 Government of Malawi, 2004.
16. UNFPA. State of the World's Population 2005. New York7 UNFPA, 2005.
17. Durevall D. Reform of the Malawian public sector: incentives, governance and accountability. In: Kayizzi- Mugerwa S, editor. Reforming Africa's Institutions: Ownership, Incentives, and Capabilities. Tokyo7 UNU Press, 2003.
18. WHO. Global Health Atlas – An Interactive World Map. http://atlas.globalhealth.org/
19. Planning Department, Ministry of Health. Annual Report of the Work of the Malawi Health Sector for the Year July 2004–June 2005. Lilongwe7 Government of Malawi, 2005.
20. Planning Department, Ministry of Health. Joint Programme of Work for a Health Sector Wide Approach (SWAp) 2004–2010 Annex 6. Lilongwe7 Government of Malawi, 2004.
21. Essential Health Package Working Group, Ministry of Health and Population/UNICEF. Malawi Essential Health Package, Revised Content and Costings. Lilongwe: Government of Malawi, December 2001/ May 2002. p.6.
22. Lenton C, Gibson S, Maclean G, et al. 2003 Output to Purpose Review of the Safe Motherhood Project Malawi London. UK Department for International Development, 2003.
23. Ministry of Health. Road Map for Accelerating the Reduction of Maternal and Neonatal Mortality and Morbidity in Malawi. Lilongwe7 Ministry of Health, 2005.
24. Lilongwe. Treatment of AIDS: Five-Year Plan for the Provision of Antiretroviral Therapy and Good Management of HIV- Related Diseases to HIV-Infected Patients in Malawi 2006–2010. Lilongwe7 Government of Malawi, December 2005.
25. Kemp J, Aitken J-M, LeGrand S, et al. Equity in Health Sector Responses to HIV/AIDS in Malawi. Equinet Discussion Paper No.5. Lilongwe7 EQUINET/ Oxfam GB, August 2003.
26. HIV and AIDS Unit, Ministry of Health. 12-Monthly Report from the Clinical HIV Unit, MOH: January–December 2005. Lilongwe7 Ministry of Health, 2005.
27. Ministry of Health. Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: A Five Year Plan for the Provision of PMTCT Services in Malawi 2006–2010, Draft (V2). Lilongwe7 Government of Malawi, 2005.
28. Lee J-W. Global health improvement and WHO: shaping the future. Lancet 2003;362:2083 – 88.
29. Malawi Global Fund Coordinating Committee. Health Systems Strengthening and Orphan Care and Support: Application to the Global Fund Fifth Call for Proposals. Lilongwe7 National AIDS Commission, Government of Malawi, 2005.
30. Martin-Staple AL. Proposed 6-Year Human Resource Relief Programme for the Malawi Health Sector. London7 Department For International Development, June 2004.
31. University of Malawi College of Medicine, University of Malawi Kamuzu College of Nursing and Malawi College of Health Sciences. Unpublished data on student enrolments.
32. United Nations Development Programme. The Impact of HIV/ AIDS on Human Resources in the Malawi Public Sector. Lilongwe7 UNDP, 2002.
33. Ministry of Health and Population. Five-Year Human Resources Development Plan 1999–2004 (Vol. III). Lilongwe7 Government of Malawi, 1998.
34. Harries AD, Hargreaves NJ, Kwanjana JH, et al. High death rates in health care workers and teachers in Malawi. Transactions of Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2002;96:34 –37.
35. Aitken J-M, Kemp J. HIV/AIDS, Equity and Health Sector Personnel in Southern Africa Equinet Discussion Paper No.12 EQUINET/Oxfam, September 2003. At: bhttp:// www. equinetafrica.orgN.
36. Valentine TR. Towards a Medium Term Pay Policy for the Malawi Civil Service: Final Report. Presented to Department of Human Resource Management and Development and Ministry of Finance and Economic Planning, Malawi. Lilongwe7 Government of Malawi, 2003.

37. Banda EN, Walt G. The private health sector in Malawi: opening Pandora's Box. Journal of International Development 1995;7(3):403–21.
38. Nurses and Midwives Council of Malawi. Data, 19 January 2006.
39. Joint Learning Initiative. Human Resources for Health: Overcoming the Crisis. Cambridge MA7 President and Fellows of Harvard College, 2004.
40. Public Sector Change Management Agency, Government of Malawi. Ministry of Health and Population Unit Review: Implementation Report and Action Plan. Lilongwe7 Government of Malawi, 1998.
41. Ministry of Health and Population. Government of Malawi Project Financing Proposal for Human Resources Development in the Health Sector. Lilongwe7 Government of Malawi, 2000.
42. Planning Department, Ministry of Health and Population. A 6-Year Emergency Pre-Service Training Plan. Lilongwe7 Government of Malawi, November 2001/July 2002.
43. Department For International Development. Improving Health in Malawi: o100 million UK Aid (2005/6–2010/11). A Sector Wide Approach including Essential Health Package and Emergency Human Resources Programme. Programme Memorandum, November 2004. London7 DFID, 2004.
44. Piot P, Chakrabarti S. Malawi Visit by the Director of UNAIDS and the Permanent Secretary of DFID 8–11 February 2004. Joint Report. Geneva7 UNAIDS and London: Department For International Development, February 2004.
45. Ministry of Health Human Resources Management and Development Section, Data, 2006.
46. Ministry of Health. Human Resources Management and Development Section, Data, February 2006.
47. Christian Health Association of Malawi Secretariat. Data, February 2006.
48. Martineau T, Martinez J. Human Resources in the Health Sector: an International Perspective. London7 DFID Health Systems Resource Centre, 2002.
49. Department of Health, UK. Code of Practice for the International Recruitment of Healthcare Professionals. London7 Depart- ment of Health, 2004.
50. Harries AD, Nyangulu D, Hargreaves N, et al. Preventing antiretroviral anarchy in sub- Saharan Africa. Lancet 2002; 358(9279):410 – 14.

QUESTIONS de santé reproductive

© 2012 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
L'article ci-dessous a été tiré de Reproductive Health Matters 2006;14(27):40-50
0968-8080/06 $ – see front matter

REPRODUCTIVE HEALTH matters

Les conséquences des pénuries de professionnels de la santé pour la santé maternelle en Afrique subsaharienne

Nancy Gerein,[a] Andrew Green,[b] Stephen Pearson[c]

a Chargée de cours, Centre Nuffield pour la santé internationale et le développement, Institut des Sciences de la santé et de recherche en santé publique, Université de Leeds, Leeds, Royaume-Uni. E-mail: n.gerein@leeds.ac.uk

b Professeur Centre Nuffield pour la santé internationale et le développement

c Chargé de recherche principal, Centre Nuffield pour la santé internationale et le développement

Résumé: *Cet article examine les conséquences du manque de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour les services de santé maternelle et de santé en Afrique subsaharienne, et la répartition inégale des professionnels de santé maternelle entre zones géographiques et centres de santé Ces pénuries réduisent le nombre d'hôpitaux capables d'offrir des soins obstétricaux d'urgence 24 heures sur 24, et influent sur la qualité des soins et les taux de mortalité maternelle. Dans certains pays, la main-d'oeuvre est appauvrie par l'émigration et les maladies liées au VIH. Une autre caractéristique est le mouvement du public vers le privé, et vers les organisations internationales de santé et de développement. Ce phénomène peut réduire la disponibilité d'accoucheuses formées et de soins obstétricaux d'urgence, particulièrement dans les zones rurales pauvres. Le personnel connaît donc un surcroît de travail, ce qui créé un mécontentement, et doit parfois accomplir des tâches pour lesquelles il n'a pas été formé . Si les gouvernements et les partenaires au développement veulent vraiment atteindre l'objectif du millénaire pour le développement en matière de santé maternelle, il leur faudra former un nombre substantiel de professionnels en obstétrique. Les pénuries de personnel de santé maternelle doivent être corrigées dans le cadre de la politique globale des ressources humaines. Il convient de repenser les réformes du secteur de la santé et les politiques de développement macro-économique , afin de se centrer sur l'équité et renforcer le rôle de l'état*
© 2006 Reproductive Health Matters 2006 (English), 2012 (Français). Tous droits réservés.

Mots clés: santé maternelle, ressources humaines, sages-femmes, rotation et usure du personnel, Afrique

L'Afrique-saharienne continue d'être la région portant le plus lourd fardeau de la mauvaise santé maternelle. Bien que l'incertitude liée à la fiabilité de la mesure de la mortalité maternelle rende difficile l'identification des tendances et des comparaisons entre pays au sein de l'Afrique subsaharienne,[1] les taux absolus restent élevés par rapport à d'autres régions et varient entre environ 24 (Maurice) et 2 000 (Sierra Leone) décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.[2]

Les causes de la mortalité et de la morbidité maternelles sont bien connues, et résultent principalement de l'incapacité d'un système de santé à traiter efficacement les complications, en particulier pendant ou peu après l'accouchement. [3] La disponibilité des prestataires de santé qualifiés (en particulier les sages-femmes, infirmières, médecins et obstétriciens) est indispensable pour assurer des services prénatals, d'accouchement, obstétricaux d'urgence et postnatals de haute qualité. En effet, l'objectif du Millénaire pour le développement relatif à la santé maternelle a peu de chances d'être atteint si l'on ne prête pas attention au recrutement et à la rétention des professionnels de la santé. [4]

Le présent article est axé sur l'Afrique subsaharienne, une région qui porte un lourd fardeau de mauvaise santé maternelle, où les effectifs sont

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)2722-5

considérés comme étant dans une situation de crise.[5] Un point de vue systémique des questions d'effectifs est adopté, en particulier en ce qui concerne la possibilité d'utiliser des approches novatrices en matière de politique et de gestion pour résoudre les problèmes. L'article examine également comment le VIH/sida et les circonstances économiques rendent la "fuite des cerveaux" dommageable, ainsi que, de façon plus générale, certaines des forces de la politique de développement et des forces macro-économiques affectant les ressources humaines pour les soins de santé.

Premièrement, les données probantes sur la pénurie et la mauvaise répartition actuelles des professionnels de la santé maternelle sont passées en revue, en mettant l'accent sur le rôle de la migration internationale.

Deuxièmement, l'article examine comment les pénuries de professionnels de santé pourraient affecter la santé maternelle à travers deux processus étroitement liés: les effets sur les effectifs existants et les effets sur la santé maternelle. L'article conclut en discutant des actions nécessaires pour mieux gérer les ressources humaines afin de veiller à ce que les femmes (notamment dans les régions rurales, les zones démunies) aient accès à des soins de santé maternelle de bonne qualité. L'article indique également dans quelle mesure de telles pénuries ont de plus larges implications pour les soins de santé génésique, y compris la planification familiale, les infections sexuellement transmissibles et le VIH / sida.

Les données ont été obtenues grâce à des recherches dans des bases de données bibliographiques, des rapports et des documents non publiés, des sites web et des enquêtes auprès d'experts internationaux. Dans la mesure où la recherche a essentiellement porté sur la littérature de langue anglaise, les données factuelles présentées peuvent surreprésenter les pays africains anglophones. Les auteurs se sont également appuyés sur leurs expériences de la recherche sur les systèmes de santé, la consultation et l'enseignement ainsi que l'apprentissage auprès de professionnels africains de la santé recherchant des diplômes de troisième cycle au Centre Nuffield pour la santé internationale et le développement, Université de Leeds (Royaume-Uni).

Les questions d'effectifs en matière de santé maternelle: pénuries, mauvaise répartition, migration et VIH/sida

Les questions de personnel de santé en Afrique subsaharienne ont fait l'objet d'une grande d'attention ces derniers temps,[5-7] et le présent article passe brièvement la littérature en revue, en mettant l'accent sur les prestataires de services de santé maternelle. La complétude, les détails ventilés et la comparabilité des données sur les effectifs et les flux de ressources humaines dans cette région présentent des difficultés pour déterminer leur nature et leurs tendances.[8] L'identification des pénuries exige également d'estimer l'éventail des compétences, la répartition des effectifs et les normes de dotation en effectifs par rapport au ratio patient-professionnel, qui font l'objet de débat.[5] "Pénurie" est un terme relatif: les Etats-Unis, avec un ratio de 773 infirmiers pour 100 000 habitants font état d'une pénurie d'infirmiers tout comme l'Ouganda, avec un ratio de 6 infirmiers pour 100 000 habitants.[6]

Les estimations du nombre de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes nécessaires en Afrique subsaharienne pour assurer des interventions de santé essentielles liées aux objectifs du Millénaire pour le développement varient entre 1 et 1,4 million.[5,9] Dans une projection des besoins futurs, l'OMS a estimé que des pénuries importantes de professionnels ayant des compétences obstétricales doivent être endiguées en Afrique subsaharienne afin d'élargir la couverture universelle pour la santé maternelle, néonatale et infantile. [3]

Une étude a calculé que, sur la base des taux de 2002, les effectifs en République-Unie de Tanzanie devraient doubler d'ici 2007 et tripler d'ici 2015, tandis qu'au Tchad, les chiffres devraient augmenter neuf fois d'ici 2015.[10] Les plus grands écarts entre les besoins et la disponibilité du personnel concernaient les infirmières et les sages-femmes.

Les taux d'inoccupation des postes liés aux services de santé maternelle donneraient une autre mesure de la pénurie, mais peu d'estimations publiées ont été trouvées (et sont parfois indisponibles même dans les ministères de la santé). L'absence de telles données empêche la planification de la formation, du recrutement et du placement de

ces travailleurs. Certains taux d'inoccupation pour l'ensemble des postes de santé du secteur public sont disponibles (tableau 1), bien qu'ils doivent être interprétés avec prudence, car ils reflètent les contraintes pesant sur les systèmes de santé (y compris les contraintes économiques) plutôt que les besoins de santé, et ne sont pas spécifiques à la santé maternelle. [6]

Pourquoi ces pénuries existent-elles? Le nombre d'agents professionnels de la santé maternelle dans le secteur public d'un pays à un moment donné sera affecté par:

- les flux entrants issus de la formation, de l'immigration et de l'emploi dans d'autres secteurs
- la situation d'emploi: travailleur, chômeur ou économiquement inactif
- les flux sortants dus aux décès, à l'invalidité, à la retraite, à l'émigration, ou à la prise d'emploi dans d'autres secteurs.

L'importance relative de ces facteurs variera selon le système de santé et par zone géographique, ainsi qu'au fil du temps. Une question relative aux flux entrants mise en évidence dans les comparaisons internationales est la formation des accoucheuses qualifiées. Dans certains pays africains (et autres), la qualification en obstétrique est la seule qualification requise; dans d'autres, une formation d'une ou deux années supplémentaires en obstétrique est habituellement suivie après un diplôme en soins infirmiers, avec un salaire proportionnellement plus élevé.[7] Cependant, de nombreux infirmiers et sages-femmes travaillent par la suite dans des postes d'infirmiers plutôt qu'à des postes de sages-femmes. Les coûts financiers et d'opportunité de la formation diffèrent considérablement dans ces deux modèles, mais on manque de données probantes pour étayer les décisions sur la durée optimale et le contenu de la formation initiale.[3]

Deux facteurs diminuent le nombre de professionnels de la santé en Afrique subsaharienne, le VIH/sida et l'émigration. C'est dans les pays africains ayant le taux de prévalence du VIH le plus élevé que le mauvais état de santé dû au VIH/sida chez les agents de santé a le plus d'ampleur. L'émigration s'est accélérée récemment dans des pays tels que le Malawi, le Nigeria, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe. Entre 1998/99 et 2003/04, par exemple, le nombre d'infirmières et de sages-femmes du Ghana s'inscrivant pour travailler au Royaume-Uni a augmenté de 40 à 354; les infirmières sages-femmes de la Zambie ont augmenté de 15 à 169, et les infirmières sages-femmes d'Afrique du Sud de 599 à 1689.[15] Pour situer ces chiffres dans leur contexte, le nombre d'infirmiers diplômés d'Etat dans ces pays est de 257 au Ghana (2002),[7] 220 en Zambie (2003),[7]) et 1538 en Afrique du Sud (2002).[16]*

L'impact de l'émigration est affecté par la taille des effectifs existants et les flux entrants (formation et immigration) de professionnels dans le système de santé. Les pays ayant des effectifs et des flux entrants relativement faibles, comme le Malawi (tableau 2), peuvent être touchés de façon disproportionnée par les flux sortants. Le tableau 2 indique une autre caractéristique évidente dans la littérature: le personnel de santé maternelle le plus qualifié est le plus susceptible de rechercher un emploi sur le plan international.

La répartition du personnel entre les zones géogra

Tableau 1. Taux de vacance pour les postes de santé du secteur public, pays sélectionnés

	Infirmiers d'Etat	Médecins	Année
Ghana	57%	47%	**2000**[11]
Lesotho	48%	8%	**1998**[12]
Malawi	47%	36%	**1998**[12,13]
Namibie	3%	26%	**1998**[12]
Zimbabwe	40%	55%	**2004**[14]

* On ne dispose pas de chiffres séparés pour les infirmiers et les sages-femmes. Les professionnels de la santé sont généralement tenus de s'inscrire auprès d'un organisme professionnel dans le pays d'accueil lorsqu'ils cherchent un emploi, ce qui donne une source de données sur l'émigration. Cependant, les pays d'accueil ne reçoivent ni ne publient pas tous des données d'enregistrement par pays demandeur (ou par nationalité du demandeur), et les personnes qui s'inscrivent dans un pays d'accueil n'émigrent pas toutes et ne prennent pas forcément un emploi dans ce pays.

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)2722-5

phiques et les établissements de santé est toute fois aussi importante que le nombre total de professionnels de la santé maternelle. Un ratio plus élevé de professionnels de santé par rapport à la population dans les zones urbaines et plus nanties, et dans les établissements de soins tertiaires, est une tendance générale, avec pour corollaire un manque de personnel dans les régions rurales, pauvres, et dans les établissements de soins de santé primaires.[6,7,18] Les établissements de soins de santé primaires sont plus accessibles que les hôpitaux pour la majorité de la population, étant plus nombreux et largement répandus, et moins chers à utiliser. Ils sont habituellement occupés par des infirmières et des sages-femmes, qui fournissent des soins de maternité de base et un aiguillage vers des établissements de niveau supérieur, avec d'autres services clés de prévention de la mortalité tels que la planification familiale et (dans certains contextes) l'avortement médicalisé.

Une autre caractéristique de certains pays africains est le mouvement des professionnels de la santé des établissements publics vers les établissements privés (à but lucratif ou non lucratif),[19] et vers les organismes internationaux de développement, de recherche et de santé.[20] L'impact sur la santé maternelle du mouvement du secteur public vers le secteur privé varie, selon les services que les prestataires privés offrent, et leur emplacement, leur coût et les liens avec d'autres soins de santé. D'après des données recueillies en Afrique du Sud, la surmédicalisation chez les praticiens privés (par exemple des taux élevés de césarienne) peut être un problème, mais des soins prénatals de qualité supérieure ont également été constatés.[19] Le fait que 75% des spécialistes sud-africains travaillent dans le secteur privé soulève la question de la qualité des services disponibles pour les femmes accouchant dans le secteur public.

Les raisons pour lesquelles les professionnels de la santé maternelle quittent l'Afrique subsaharienne sont bien connues.[20,21] Parmi les variables interdépendantes de l'emploi parallèlement auxquelles agissent des facteurs d'"attraction" et de "répulsion" figurent:

- le salaire, la sécurité sociale et les avantages sociaux

Tableau 2. Production totale et nombre des cadres qui émigrent, Malawi, 1993-2002[17]

Cadre	Total des diplômés	Nombre qui émigre	% du total
Gynécologues-obstétriciens	5	1	20%
Médecins généralistes, médecins agréés	164	14	9%
Inf/sages-femmes d'Etat	209	166	79%
Infirmiers d'Etat	445	167	38%
Infirmiers brevetés	1,200	19	2%

- la satisfaction professionnelle
- l'environnement organisationnel et les opportunités de carrière, ainsi que
- la disponibilité des ressources (infrastructures, équipements et fournitures).[11]

Ces variables opèrent dans un contexte politique, économique et socioculturel. La guerre, les troubles civils et la détérioration économique peuvent être des facteurs de « répulsion » (par exemple, le récent départ de professionnels de la santé du Zimbabwe).[22] Un facteur dont l'effet est plus incertain est le financement international. L'accent placé depuis les années 90 par la politique de développement sur la stabilité économique, les ajustements et les réformes du secteur de la santé, la privatisation, les systèmes de paiement des frais imposés aux usagers, et la réduction des effectifs a coïncidé avec l'émigration accrue des professionnels de la santé. Ces changements de politique n'ont pas accordé suffisamment d'attention aux questions de ressources humaines, et ont contribué à saper le moral des travailleurs de la santé et l'éthos du service public. Ils ont eu des conséquences graves pour les systèmes de santé[19] et ont abouti à des appels demandant une évaluation plus précise de l'impact des réformes sur les ressources humaines.[23]

Le VIH/sida a-t-il influencé l'émigration? Dans les pays d'Afrique subsaharienne ayant une forte prévalence du VIH, le risque perçu de l'infection par

le VIH au travail en plus des risques personnels peut être substantiel, et est généralement plus important que le risque réel.[20,24] On ignore si ce risque perçu élevé, ainsi que le contact avec le sang et les fluides corporels pendant l'accouchement, peut faire du métier de sage-femme une profession moins populaire, dissuader les professionnels d'assister les accouchements ou motiver les intentions de migrer vers des environnements de travail à plus faible prévalence du VIH.[7]

Toutefois, la pandémie a bel et bien d'autres effets évidents. Une grande proportion des personnels de santé vit avec le VIH/sida, 18–41% dans de nombreux pays sub-sahariens.[25] L'absentéisme résultant de l'épuisement dû à la surcharge de travail liée au VIH/sida peut être considérable.[6] Dans les soins de maternité, cela est dû à l'augmentation spectaculaire des maladies et des décès maternels liés au sida provoquées par des causes tant directes (par exemple les complications obstétricales) qu'indirectes (par exemple le paludisme, la tuberculose).[26]

La nécessité d'élargir la thérapie antirétrovirale peut détourner le personnel des services de base tels que la santé maternelle, et des services publics vers les organisations non gouvernementales, qui fournissent l'essentiel des programmes de thérapie antirétrovirale. Dans l'ensemble, le besoin accru de thérapie antirétrovirale et de soins intensifiés pour les femmes enceintes atteintes de maladies liées au VIH/sida, associé à une capacité réduite de fournir de tels soins, dans un contexte où les professionnels émigrent, vont vers le secteur privé, s'occupent des membres de la famille ayant le VIH/sida ou tombent malades eux-mêmes, grèvent énormément les systèmes de santé, y compris les services de santé maternelle.

Implications des pénuries de professionnels de la santé pour la santé maternelle

Quelle est la relation entre le niveau des effectifs, d'autres problèmes de ressources humaines, l'accès aux services, la qualité des soins de santé maternelle et les résultats en matière de santé maternelle? Le manque de données probantes pour mettre en rapport ces sujets, surtout en provenance des pays à faible revenu, rend difficile de répondre à cette question.

Une analyse de régression des données pour 117 pays a montré que les densités de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes n'étaient pas significativement liées aux taux de mortalité maternelle, lorsque le revenu par habitant, l'alphabétisation des femmes et la pauvreté absolue étaient contrôlés.[27] Il est également suggéré qu'une combinaison appropriée de compétences et une équipe réunissant divers personnels pour des accouchement à moindres risques sont des facteurs importants dans la réduction de la mortalité maternelle. Les données épidémiologiques ont montré que la proportion des accouchements réalisés par les médecins par rapport aux sages-femmes est un « puissant corrélat de la mortalité maternelle, insistant sur l'importance des partenariats entre les prestataires » (p.124).[28]

Plutôt que de mettre simplement l'accent sur l'existence ou non de personnel qualifié (généralement des sages-femmes) pour tous les accouchements, ces résultats suggèrent qu'il est également important de souligner l'accessibilité des soins obstétricaux d'urgence (fournis principalement par les médecins). Il convient cependant de noter que les analyses à variables multiples sont affaiblies par différents facteurs non mesurés; à titre d'exemple, une qualification professionnelle ne signifie pas nécessairement que le prestataire est effectivement qualifié, et l'environnement dans lequel le professionnel travaille peut ou être ou non favorable, c'est à dire doté d'une infrastructure, de médicaments et d'équipements convenables.

Bien que de telles analyses à variables multiples au plan national ne démontrent pas de mécanismes de causalité, elles suggèrent deux types d'effets interdépendants par lesquels la pénurie de personnel peut affecter les résultats des soins de santé maternelle:

- les effets sur les effectifs existants, provoqués par les facteurs de "répulsion" associés à l'érosion du personnel, et
- les effets sur les soins de santé maternelle, notamment la disponibilité limitée de l'accès aux services, et la baisse du volume et de la qualité des services.

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)2722-5

Effets de la pénurie de personnel sur les effectifs existants

"Beaucoup d'établissements de santé de base n'ont même pas une sage-femme, si bien que les patients viennent tous à l'hôpital (tertiaire) et la charge de travail a augmenté au cours des dernières années. Vous voyez les sages-femmes transpirer constamment; elles ne peuvent même pas prendre une tasse de thé" (Infirmier en chef, hôpital de soins tertiaires en Gambie) [29]

Les professionnels de santé accordent une importance considérable à la satisfaction qu'ils tirent de la prestation de soins de bonne qualité, une motivation intrinsèque pour avoir un bon rendement et un facteur déterminant de la satisfaction globale des patients par rapport aux soins.[30] Travailler dans un environnement de sous-effectifs et d'usure du personnel peut réduire la satisfaction au travail. Les possibilités d'une interaction et d'un appui entre collègues, identifiées comme contribuant à la satisfaction au travail, sont limitées.[31] Le travail d'équipe est une composante essentielle des soins de santé maternelle de qualité, et la perte de membres de l'équipe peut également réduire la satisfaction au travail et démoraliser.[32] Avec l'accroissement de la charge de travail et l'évolution des attentes professionnelles, les niveaux de stress, la fatigue et l'épuisement psychologique peuvent augmenter, toutes choses qui compromettent à la fois la qualité et la sécurité des soins. Le personnel risque de devoir faire des heures supplémentaires non rémunérées pour terminer le travail à un niveau satisfaisant. Il y a moins de flexibilité pour prendre un congé rémunéré ou non, ou participer aux activités de développement personnel et de formation, avec des conséquences à la fois sur la qualité des soins et le déroulement de la carrière.[33] Une incapacité permanente de fournir des soins de qualité peut contribuer à l'insatisfaction au travail, au stress, à la démotivation et inciter à chercher un autre emploi, créant ainsi un cercle vicieux d'usure du personnel.

Par ailleurs, il arrive que les soignants en poste aient à assumer de nouveaux rôles, en dehors de leur cadre habituel de pratique, ou inadaptés à leur niveau d'expérience. La substitution non volontaire et non soutenue des tâches, comme solution d'urgence au manque de personnel, risque de réduire la qualité des soins. Il existe des exemples de sages-femmes et d'infirmières fournissant des soins obstétricaux d'urgence dans les zones rurales reculées où les médecins sont absents,[34] et il y a des récits anecdotiques relatifs à des personnels non formés qui font naître des bébés.[35] Les aides de salle, les parents et les accompagnateurs peuvent avoir à pratiquer des soins de base aux patients (toilette, alimentation, accompagnement) à cause de la pénurie de personnel.[29,35]

Cependant, la substitution intentionnelle et soutenue des tâches, ou l'amélioration des rôles et des compétences d'un cadre de niveau inférieur, peut augmenter l'efficacité et la qualité des services, si elle est soigneusement planifiée et gérée. Plusieurs pays (par exemple le Burkina Faso, le Malawi, le Mozambique, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie) utilisent le personnel de santé de niveau intermédiaire pour gérer les services cliniques, y compris les complications obstétricales et l'accouchement par césarienne. La production annuelle de ces travailleurs peut égaler ou dépasser la production de médecins.[36] Bien que peu d'études soient disponibles, les comparaisons des interventions chirurgicales et des accouchements par césarienne effectués par les médecins et leurs suppléants au Mozambique suggèrent qu'avec une supervision et un appui adéquats, la prise de décisions cliniques et les résultats obtenus par les remplaçants peuvent être aussi bons qu'avec le personnel professionnel.[37, 38]

L'ampleur des départs de professionnels de la santé fait qu'il est difficile pour les gestionnaires de maintenir un personnel adéquat et conserver la qualité des soins.[20] Ainsi, 57 infirmières d'Etat ont quitté le principal centre hospitalo-universitaire gambien de 1998 à 2003, contribuant à un taux d'inoccupation de 33% en 2003. Dans la même période, environ 223 infirmières et infirmiers d'Etat ont obtenu leur diplôme au niveau national. Ainsi, l'équivalent d'un quart des diplômés a quitté le pays à partir d'un CHU.[29] Parmi ceux qui sont partis, 36 (63%) n'ont pas donné le délai de préavis requis, et certains n'ont donné aucun préavis. Lorsqu'ils travaillent dans le cadre des règles bureaucratiques de la fonction publi-

que, les directeurs des ressources humaines n'ont pas la capacité de recruter rapidement ne serait-ce que du personnel temporaire. Dans un contexte de pénurie générale, les gestionnaires ne se donnent parfois même pas la peine de publier les avis de vacances de postes qu'ils savent être difficiles à pourvoir, par exemple, dans les endroits les moins recherchés.[32] Les coûts financiers et autres associés à un renouvellement élevé et au recrutement du personnel ont mis une pression considérable sur les budgets et la capacité de gestion.

De nombreux pays ont décentralisé les responsabilités du recrutement du personnel à des niveaux inférieurs du système de santé, mais le renforcement des capacités de gestion nécessaires requiert du temps et des ressources. Un exemple des effets de l'insuffisance de la gestion des ressources humaines et de l'attention accordée à la motivation des travailleurs de la santé vient d'Afrique du Sud qui a documenté la violence physique et verbale subie par les femmes dans les services obstétricaux assurés par des sages-femmes.[39]

Enfin, la nature des flux migratoires signifie que le départ de quelques membres du personnel peut accélérer l'érosion du personnel. Les autres collègues observent qu'il est possible de trouver un nouvel emploi, et peuvent en tirer des leçons, ou suivre l'exemple du personnel en partance.

Effets des pénuries sur les soins de santé maternelle

"Sur mon lieu de travail, il y a toujours des pénuries de personnel. Cet hôpital est très chargé. Nous avons environ 80 accouchements par 24 heures. Alors vous pouvez imaginer comment je me débrouille avec mes effectifs réduits. Cela n'est pas très facile. Je ne peux pas satisfaire les patientes. S'il y a de longues files d'attente, j'essaye de me battre pour en venir à bout et je n'ai pas le temps de parler à la patiente pour la conseiller... Par conséquent, je ne satisfais ni la patiente ni moi-même. Je suis également frustrée. La file d'attente est trop longue. Je deviens si irritable. Je ne supporte même pas d'entendre parler quelqu'un. Ensuite, l'employeur est mécontent car on ne fournit pas de services de qualité."(Infirmière, hôpital urbain, Kenya) [40]

Quelle est la relation entre les pénuries de personnel et la qualité des soins aux patients? La plupart des données proviennent des systèmes de santé des pays à revenu élevé, et étayent généralement l'association intuitive entre les pénuries et la réduction de la qualité des soins. Un examen des niveaux d'"effectifs sûrs" pour les soins infirmiers a suggéré une relation inverse entre les niveaux de dotation en personnel infirmier d'Etat et la mortalité des patients, et a indiqué que le stress au travail (y compris les heures supplémentaires) a des effets négatifs en termes de blessures et de maladies du personnel, mais moins d'effets manifestes sur les résultats des patients.[41] Un examen de Cochrane sur les soins relatifs à l'accouchement a montré que la présence continue d'une personne de référence réduit le besoin de soulager la douleur et les accouchements opératoires, et conduit à un meilleur état de santé du nouveau-né.[42] Une étude britannique a rapporté que les pénuries de sages-femmes et leur mauvais déploiement ont entrainé des effets indésirables tels que des blessures personnelles et de fréquentes situations où le pire a été évité de justesse, tels que les retards dans la pratique de césariennes d'urgence, qui n'avaient heureusement pas entraîné des lésions chez la mère ou chez le nourrisson.[43]

Cependant, rares sont les recherches publiées sur les effets des pénuries de personnel pour la qualité des soins, en particulier pour la santé maternelle en Afrique subsaharienne. Actuellement, les initiatives de maternité sans risque sont axées sur deux stratégies interdépendantes: la présence d'assistants qualifiés à l'accouchement et les soins obstétricaux d'urgence. Toutes deux ont besoin d'un environnement favorable, doté d'équipements et de fournitures adéquats, de systèmes de référence et de formation, d'une supervision et d'un déploiement efficace des ressources humaines.[3]

Une évaluation des besoins de cinq pays en Afrique a souligné comment la pénurie de professionnels de la santé réduit le nombre d'établissements équipés pour offrir des soins obstétricaux d'urgence (de base et complets), et le nombre de ceux qui pourraient être ouverts 24 heures sur 24.[44] Comme prévu, la couverture est le plus faible dans les zones rurales et isolées. Certains établissements con-

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)2722-5

tactent des professionnels de santé pour répondre à des urgences en dehors des heures, mais l'efficacité de ces dispositions dépend de l'infrastructure de communication et de la distance entre l'établissement et la résidence du professionnel. En République-Unie de Tanzanie, il s'est avéré que la disponibilité du personnel qualifié est un facteur important qui détermine l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence, ainsi que d'autres facteurs de motivation du personnel, la disponibilité des équipements et des médicaments, et la capacité de gestion.[18]

D'autres mécanismes connexes à travers lesquels les pénuries de personnel peuvent entrainer une baisse de la qualité des soins sont les suivants:

- **Une charge de travail accrue**

Les ratios infirmière-patients au Malawi de 1:120 dans les services généraux, 1:50 pour la maternité et la pédiatrie[35], 1:26 pour les nouveau-nés et 1:51 pour les patientes en gynécologie[45], ont été perçus par les professionnels comme étant trop faibles pour prodiguer des soins en toute sécurité. Une étude au Zimbabwe de 1995-2000 sur les fluctuations de la charge de travail des médecins, des pharmaciens, des sages-femmes et des infirmières a constaté un doublement approximatif de la charge de travail sur trois ans pour les sages-femmes dans une polyclinique (centre de santé primaire).[20]

- **Une augmentation des temps d'attente**

Au minimum, ceux-ci réduisent la satisfaction des patients (entrainant une baisse de l'utilisation), mais en cas d'urgence obstétricale, ils peuvent entraîner des retards menant à la mort, la maladie ou l'invalidité pour la mère et le nourrisson.

- **Une réduction du temps pour le patient**

L'incapacité des infirmières à suivre de près l'état des patients gravement malades, et de réagir rapidement, a été associée à une mortalité plus élevée des patients.[46]

- **Une lutte plus médiocre contre les infections**

Les données sur la prévalence et les causes des infections postpartum chez les femmes en Afrique subsaharienne font défaut. Cependant, les nouveau-nés sont extrêmement vulnérables à l'infection et ils y succombent fréquemment. Lors de la flambée d'une infection en 2005 dans un hôpital sud-africain, entrainant 21 décès néonatals, les facteurs contributifs cités étaient des taux élevés d'occupation des lits, une mauvaise prévention des infections, les pénuries de personnel et les charges de travail élevées.[47]

Les résultats dramatiques de ces situations sont démontrés au Malawi. Un hôpital sur dix est fermé pour cause de manque de personnel; dans certains d'entre eux, la pénurie de sages-femmes amène le personnel de nettoyage à pratiquer des accouchements. Dans les zones rurales, une seule sage-femme peut avoir à faire fonctionner tout le centre de santé 24 heures sur 24, 7 jours par semaine.[3] La baisse de la qualité des soins et l'utilisation des établissements de santé pour l'accouchement, et l'augmentation des décès maternels dus au VIH/sida, ont entraîné une détérioration spectaculaire de la santé maternelle au cours de la dernière décennie.[3]

D'autres effets indirects peuvent également réduire la qualité des soins de santé maternelle. La perte de la « mémoire institutionnelle » en raison du roulement important du personnel entraine une duplication du travail et le gaspillage des ressources. Ceci est particulièrement pertinent pour les programmes à évolution rapide de santé génésique, de VIH/sida et de tuberculose, où les stratégies doivent être réinventées et enseignées de nouveau, en raison de la perte du personnel clé et par conséquent la perte de la continuité. L'émigration des universitaires et des membres expérimentés du personnel d'encadrement peut également conduire à des carences dans le détachement professionnel des nouveaux diplômés, ou dans les instituts de formation. Par exemple, à l'Hôpital central de Ndola, en Zambie, en 2003, seulement 32% du personnel accrédité à l'école des infirmiers et sages-femmes étaient en place.[48]

Plus généralement, la perte de leadership professionnel est une préoccupation particulière. Le Conseil international des infirmières considère le développement du leadership comme un appui essentiel pour l'amélioration des aspects cliniques et de gestion de l'utilisation des compétences du

personnel infirmier, et prodigue un appui aux associations nationales d'infirmières dans de nombreux pays afin de développer la capacité à traiter des questions de ressources humaines.[6] Les ordres et les organisations d'infirmières, de sages-femmes et d'obstétriciens ont des rôles clés de plaidoyer et d'élaboration des politiques qui peuvent être minés par la perte de ne serait-ce que quelques dirigeants professionnels. Les universitaires et les gestionnaires chevronnés peuvent former et encadrer la prochaine génération de professionnels, mener des recherches pour guider les politiques de santé et du personnel, et contribuer au développement global du secteur de la santé. Cependant, de tels dirigeants ne sont jamais nombreux et peuvent être les plus « exportables » des professionnels de santé.

Les implications en matière de politique

« La disponibilité de ressources humaines suffisantes est indispensable pour toute tentative à grande échelle d'accroître la portée des systèmes de santé. En outre, la disponibilité des ressources humaines est susceptible de déterminer la capacité d'absorption de ressources financières supplémentaires et donc le rythme de l'élargissement. »[10]

Dans le monde, au cours de la prochaine décennie, 334 000 professionnels supplémentaires ayant des compétences obstétricales doivent être formés et 140 000 mis à niveau.[3] En outre, les 27 000 médecins et techniciens doivent acquérir les compétences pour appuyer les soins maternels et néonatals. L'OMS estime que 91 milliards $ US sont nécessaires pour intensifier les services de santé maternelle et néonatale; elle estime par ailleurs qu'un doublement, voire un triplement des salaires serait le minimum nécessaire pour recruter et retenir le personnel.[3] Ce sont-là des chiffres à couper le souffle. La possibilité de trouver de telles ressources est incertaine. L'augmentation des salaires des personnels de la santé du secteur public, à l'exclusion des autres secteurs et professions, serait politiquement et économiquement difficile.[49] Même si les pays en développement ont augmenté leurs effectifs, les dépenses en soins de santé devraient encore s'inscrire dans les projections de croissance économique et les exigences pour la viabilité budgétaire.[50]

Les pénuries et la mauvaise répartition des professionnels de la santé en Afrique subsaharienne ne sont pas des phénomènes nouveaux, et dans certains endroits, les agents de santé, les gestionnaires et les communautés peuvent les percevoir comme "normales".[51] Les cinq dernières années, cependant, ont vu certains systèmes de santé perdre beaucoup plus de professionnels de santé maternelle, notamment en raison de l'émigration et du mauvais état de santé lié au VIH. Les femmes pauvres des zones rurales sont touchées de manière disproportionnée, car elles n'ont d'autre choix que de recevoir des services d'un personnel sous-qualifié, de praticiens de soins de santé traditionnels non qualifiés, ou d'établissements privés, souvent coûteux.

À travers le monde, la mortalité maternelle a diminué de façon significative depuis les années 80. Ceci est fortement lié à l'utilisation de personnel qualifié à l'accouchement, qui a augmenté de près de 42% à 52% dans le monde en développement.[1] L'accouchement par césarienne (un indicateur de l'accès à des soins salvateurs pour les complications obstétricales dans les zones d'accès très faible aux soins de santé) a augmenté de 2% à 14% en Asie et en Afrique du Nord. Cependant, en Afrique subsaharienne, peu de changements sont survenus dans l'utilisation du personnel qualifié (de 40% à 43%), la césarienne n'a augmenté que de 3% à 4% au cours de la décennie, et la mortalité maternelle est restée au plus haut niveau dans le monde, 920 décès pour 100 000 naissances vivantes.[1]

Que faut-il faire pour améliorer la santé maternelle? Une réponse simpliste est la suivante: s'assurer que toutes les femmes utilisent des soins qualifiés pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Mais comment le système de santé peut-il fournir des services pour assurer des taux élevés d'utilisation? De toute évidence, des effectifs suffisants et une répartition adéquate des professionnels de santé sont des conditions nécessaires, mais non suffisantes. Le personnel doit fournir des soins de qualité: à la fois des soins adaptés qui rendent les services plus attrayants

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)2722-5

pour les mères et les communautés, et des soins qui répondent aux normes professionnelles. Bien que cet article ait mis l'accent sur la disponibilité du personnel et des établissements pour la grossesse, l'accouchement et le postpartum, d'autres services sont également essentiels dans la réduction de la mortalité maternelle. Par exemple, les sages-femmes et les infirmières qui assurent la planification familiale, pratiquent les avortements à moindre risque et les soins après-avortement, surtout au niveau des soins primaires, sont indispensables pour réduire les décès maternels estimés à 13% dans le monde dus aux complications de l'avortement non médicalisé.[3]

Davantage de données factuelles apparaissent sur le caractère interdépendant de la satisfaction au travail, la rétention du personnel, les niveaux de dotation en personnel, la combinaison des compétences, les bonnes pratiques de gestion des ressources humaines, les soins de santé de qualité et les résultats positifs pour la santé. Les cultures organisationnelles qui intègrent des pratiques d'emploi flexibles pour permettre au personnel de combiner des engagements professionnels et non professionnels sont particulièrement utiles aux prestataires de soins de santé maternelle, dont beaucoup sont des femmes. La prise de décision participative, le travail en équipe, les possibilités de perfectionnement professionnel et une rémunération et une reconnaissance adéquates sont bien accueillis par l'ensemble du personnel, mais sont particulièrement importants pour les sages-femmes et infirmières dans les systèmes de santé dominés par les médecins. Tous ces facteurs sont associés à un renouvellement réduit et à une satisfaction professionnelle accrue ainsi qu'à de meilleurs résultats en matière de santé. Afin de réduire les facteurs de « départ » en matière de migration, ces pratiques doivent être conçues pour les contextes locaux et les marchés du travail; en effet, une approche « unique » ne fonctionnera pas, même dans un même pays.

Au niveau des districts et des établissements locaux, des stratégies visant à réduire l'érosion du personnel et attirer de nouveau les professionnels de santé partis sont les actions les plus réalisables et plus rapidement mises en œuvre. Au Ghana et en Gambie, par exemple, les gestionnaires peuvent fournir une incitation financière (prêts de faveur pour le logement, primes pour les heures supplémentaires de travail), permettre le travail à temps partiel et des horaires de travail flexibles pour les infirmières et les sages-femmes, engager par contrat les agents retraités, et payer les élèves infirmières et sages-femmes pour travailler pendant leurs vacances.[29,33] La capacité des gestionnaires à réagir rapidement et de façon appropriée est déterminée par l'environnement politique; par exemple, les hôpitaux autonomes et les systèmes de santé décentralisés ont plus de souplesse pour répondre aux questions des ressources humaines. Il est essentiel qu'ils aient également les capacités de gestion pour le faire. Étant donné que l'érosion des professionnels de santé est susceptible de se poursuivre (voir d'augmenter) à court terme dans certains pays, aussi bien les ressources humaines que les gestionnaires de services maternels doivent coopérer pour déterminer comment améliorer la gestion du personnel et obtenir de bonnes performances dans cet environnement complexe.

Au niveau national, les réponses des gouvernements aux pénuries de professionnels de la santé impliquent généralement des actions telles que négocier une réduction des recrutements avec les pays à revenu élevé; améliorer la planification des effectifs; réviser la législation pour permettre aux prestataires de niveau intermédiaire d'effectuer des interventions limitées aux médecins; accroître les flux entrants à travers la formation, et obliger les diplômés à travailler dans le secteur public (et parfois en milieu rural) sur une période déterminée. L'augmentation des flux entrants résultant de la formation est d'une importance fondamentale, mais elle est coûteuse, prend du temps, et dépend de l'augmentation du nombre d'enseignants. Certains systèmes de santé sont plus souples dans le recrutement des stagiaires, par exemple, ils acceptent les personnes âgées, sélectionnent des stagiaires issus de zones difficiles et les forment sur place, dans l'espoir qu'ils seront plus susceptibles d'y travailler, ou reconnaissent des qualifications auxiliaires dans le cadre de la formation professionnelle.

Dans l'ensemble, les répercussions sur la santé et l'équité des pénuries et de la mauvaise répartition des professionnels de la santé maternelle en

Afrique subsaharienne n'ont pas été bien documentées. Peu d'informations fiables existent sur le nombre de professionnels de santé qui partent, et encore moins sur les implications pour l'accès, et la qualité des soins de santé maternelle. Les coûts économiques de l'érosion du personnel sont largement inconnus, et le rapport coût-efficacité de différents modèles de formation des infirmiers et des sages-femmes et le déploiement des différentes combinaisons de compétences n'ont pas été évalués. Une lacune importante dans la base de données concerne les évaluations des interventions relatives aux ressources humaines pour répondre aux pénuries et la mauvaise distribution, et les interventions visant à maintenir l'accessibilité et la qualité des soins de santé maternelle dans ce contexte. Sans ces données, la société civile, les organisations professionnelles, les gouvernements nationaux et les partenaires de développement éprouvent des difficultés à mener un plaidoyer efficace en faveur des réponses requises.

Si les gouvernements et les partenaires de développement veulent véritablement atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et la protection des droits en matière de procréation des femmes, ils devront accorder davantage d'attention aux mesures pour remédier aux pénuries de professionnels de la santé maternelle, et à la politique globale des ressources humaines en Afrique subsaharienne. L'Organisation mondiale de la santé est en bonne position pour assumer un rôle de chef de fil international, et le choix du personnel de santé comme thème central du Rapport 2006 sur la santé dans le monde traduit bien ses préoccupations croissantes. Les programmes d'aide au développement des pays riches ne font que commencer à développer des réponses, par exemple, par le financement des dépenses salariales récurrentes, l'élargissement des programmes de formation, l'appui aux professionnels de santé désireux de travailler dans les pays en développement, ou en permettant aux migrants de partager temporairement leurs compétences dans leur pays d'origine sans compromettre leur statut d'immigration.

Plus fondamentalement, il est nécessaire de repenser les réformes du secteur de la santé et les politiques générales de développement macroéconomiques, pour mettre l'accent sur l'équité, la participation des pauvres et le renforcement du rôle de l'Etat. Les problèmes des pays à faible revenu sont souvent liés à des problèmes des pays plus nantis, et dans ce cas, l'incapacité des pays riches à produire suffisamment de professionnels de santé pour leurs propres populations affecte sérieusement les pays à faible revenu. Enfin, et ce n'est pas le plus facile, il faut reconnaître que la question fondamentale qui sous-tend la migration des professionnels de santé des pays pauvres vers les pays et les régions plus riches, l'inégalité de l'accès aux soins de santé, et l'inégalité de l'état de santé est la profonde différence, impossible à justifier, qui sépare le niveau de revenu des quelques pays riches et des nombreux pays pauvres.

Références

1. AbouZahr C. Assessing Trends in Maternal Mortality. Geneva7 Global Forum for Health Research, 2003 At: bhttp:// Www.Globalforumhealth.Org/ Forum7/CDRom-Forum7/ Tuesday/InvestingAbouFull. DocN. Accessed 6 January 2006.
2. World Health Organization, UNICEF, UNFPA. Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Geneva7 WHO, 2004.
3. World Health Organization. The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count. Geneva7 WHO, 2005.
4. Wyss K. An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related Millennium Development Goals. Human Resources for Health 2004;2(1).
5. Joint Learning Initiative. Human Resources for Health: Overcoming the Crisis. Cambridge MA7 The President and Fellows of Harvard College, 2004.
6. Buchan J, Calman L. The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions. Geneva7 International Council of Nurses, 2004.
7. Munjanja OK, Kibuka S, Dovlo D. The Nursing Workforce in Sub-Saharan Africa. Geneva7 International Council of Nurses, 2005.
8. Diallo K. Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges. Bulletin of World Health

Organization 2004;82(8):601–07.
9. Kurowski C. Scope, Characteristics and Policy Implications of the Health Worker Shortage in Low- Income Countries of Sub-Saharan Africa. Washington DC7 World Bank, 2004.
10. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, et al. Human Resources for Health: Requirements and Availability in the Context of Scaling Up Priority Interventions in Low-Income Countries. Case Studies From Tanzania and Chad, HEFP Working Paper 01/04. London7 London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2004. p.5.
11. Dovlo D. The Brain Drain and Retention of Health Professionals in Africa. A Case Study. Paper Presented at: Regional Training Conference on Improving Tertiary Education in Sub-Saharan Africa: the Things That Work! Accra, 23–25 September. 2003.
12. Dovlo D. Report on Issues Affecting the Mobility and Retention of Health Workers/ Professionals in Commonwealth African States. London7 Commonwealth Secretariat,1999.
13. Mackintosh LS. A study identifying factors affecting retention of midwives in Malawi. Dissertation, Liverpool7Liverpool School of Tropical Medicine, 2003.
14. Brain drain haunts health sector. The Herald (Zimbabwe). 29 April 2005.
15. Nursing and Midwifery Council. Statistical Analysis of the Register, 1 April 2003 to 31 March 2004. London7 Nursing and Midwifery Council, 2004.
16. Africa Working Group of the JLI on Human Resources. The Health Workforce in Africa: Challenges and Prospects. Cambridge MA7 Global Health Trust, 2004.
17. Malawi Institute of Management. The Migration of Health Workers in the African Region: the Malawi Scenario. Lilongwe7 University of Malawi, 2003.
18. Olsen EO, Ndeki SS, Norheim OF. Human resources for emergency obstetric care in northern Tanzania: distribution of quantity or quality? Human Resources for Health 2005;3(5).
19. UN Millennium Project. Who'sGot the Power? Transforming Health Systems for Women and Children. London7 Earthscan, 2005. p.18.
20. Awases M, Gbary A, Nyoni J, et al. Migration of Health Professionals in Six Countries: a Synthesis Report. Brazzaville7 WHO Regional Office for Africa, 2004.
21. Vujicic M, Zurn P, Diallo K, et al. The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. Human Resources for Health 2004;2(1).
22. Chikanda A. Medical Leave: The Exodus of Health Professionals from Zimbabwe. Cape Town7 Southern African Migration Project, 2005.
23. Van Lerberghe W, Adams O, Ferrinho P. Human resources impact assessment. Bulletin of World Health Organization 2002;80(7):525.
24. Hall EJ. The challenges HIV/ AIDS poses to nurses in their work environment. In: Centre for Health Policy, editor. HIV/AIDS in the Workplace: Symposium Proceedings Johannesburg: University of the Witwatersrand, 2004. p.109–22.
25. Narasimhan V, Brown H, Pablos- Mendez A, et al. Responding to the global human resources crisis. Lancet 2004;363(9419):1469–72.
26. McIntyre J. Maternal health and HIV. Reproductive Health Matters 2005;13(25):129–35.
27. Anand S, Barnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. Lancet 2004;364(9445):1603–09.
28. Graham W, Bell JS, Bullough CHW. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? In: Van Lerberghe W, De Brouwere V, editors. Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence. Antwerp7 ITGPress, 2001.
29. Jagne MM. Human resource issues affecting nurses in Royal Victoria Teaching Hospital, Gambia:what can be done? Dissertation, Leeds: University of Leeds, 2004.
30. Baumann A, O'Brien-Pallas LL. Commitment and Care: The Benefits of a Healthy Workplace for Nurses, their Patients and the System. Ottawa7 Canadian Health Service Research Foundation, 2001.
31. Hall EJ. Nursing attrition and the work environment in South African health facilities. Curationis 2004;27(4):28–36.
32. Xaba J, Phillips G. Understanding Nurse Emigration: Final Report. Pretoria7 Trade Union Research Project, 2001.
33. Al-Hassan MM. The causes and effects of international migration of health professionals: the case of nurses at the Korle-Bu Teaching Hospital in Ghana. Dissertation, Leeds: University of Leeds, 2004.
34. Pearson L, Shoo R. Availability and use of emergency obstetric services: Kenya, Rwanda, Southern Sudan, and Uganda. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005;88(2):208–15.
35. Aitken JM, Kemp J. HIV/AIDS, Equity and Health Sector Personnel in Southern Africa. Equinet Discussion Paper No12. Harare7 Equinet, 2003.
36. Dovlo D. Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. Human Resources for Health 2004;2(1).
37. Vaz F, Bergstrom S, Vaz ML,et al. Training medical assistants for surgery. Bulletin of World Health Organization 1999;77(8): 688–91.
38. Pereira C, Bugalho A, Bergstrom S, et al. A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. British Journal of

Obstetrics and Gynaecology 1996;103(6): 508–12.
39. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z.
Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. Social Science and Medicine 1998;47(11):1781–95.
40. Van Eyck K. Women and International Migration in the Health Sector. Ferney-Voltaire7 Public Services International, 2004. p.18.
41. Kovner C. The impact of staffing and the organization of work on patient outcomes and health care workers in health care organizations. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2001;27(9):458–68.
42. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003;3:CD003766.
43. Ashcroft B, Elstein M, Boreham N, et al. Prospective semi- structured observational study to identify risk attributable to staff deployment, training, and updating opportunities for midwives. BMJ 2003;327(7415): 584–86.
44. UNFPA. Making Safe Motherhood a Reality in West Africa. Using Indicators to Programme for Results. New York7 UNFPA, 2003.
45. Dugger CW. An exodus of African nurses puts infants and the ill in peril. New York Times 12 July 2004, p.A6–A7.
46. Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. Medical Care 1994;32(8):771–87.
47. Sturm AW. Analysis of Klebsiella Outbreak in Neonatal Nursery at Mahatma Ghandi Pietermaritzburg7 Kwazulu-Natal Department of Health, 2005.
48. Ammassari S. Migration and Development: New Strategic Outlooks and Practical Ways Forward. The Cases of Angola and Zambia. Geneva7 International Organization for Migration, 2005.
49. Green A, Gerein N. Exclusion, inequity and health system development: the critical emphases for maternal, neonatal and child health. Bulletin of World Health Organization 2005;83(6):402.
50. High Level Forum on Health MDGs. Addressing Africa's Health Workforce Crisis: an Avenue for Action. Abuja7 WHO, 2004.
51. Department of Health. Saving Mothers: Report on the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa 1998. Pretoria7 Department of Health, 1999.

QUESTIONS de santé reproductive

© 2012 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
L'article ci-dessous a été tiré de Reproductive Health Matters 2006;14(27):61-72
0968-8080/06 $ – see front matter

REPRODUCTIVE HEALTH matters

Mise en œuvre de la formation en soins obstétricaux d'urgence au Bangladesh : enseignements tirés

Mohammad Tajul Islam,[a] Yasmin Ali Haque,[b] Rachel Waxman,[c] Abdul Bayes Bhuiyan[d]

a Consultant, FNUAP Bangladesh, Dhaka, Bangladesh. E-mail: abc_taj@yahoo.com

b Coordinateur principal de programme, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Colombo, Sri Lanka

c Fonctionnaire chargé de l'exécution du Programme Eviter les décès et l'invalidité maternelles, Département d'Heilbrunn pour la santé de la population et de la famille, Mailman School of Public Health, Université de Columbia, New York, NY, USA

d Point Focal, Formation des accoucheuses qualifiées, Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bangladesh, Dhaka, Bangladesh

Résumé: *Le Projet sur le droit des femmes à la vie et à la santé souhaitait réduire la mortalité et la morbidité maternelles au Bangladesh en fournissant des soins obstétricaux d'urgence complets dans les hôpitaux de district et de sous-district. L'une de ses principales activités était le développement des ressources humaines. Cet article décrit le projet en 2000-2004 et ses enseignements. Il a examiné les documents du projet, la base de données sur la formation, les rapports et les protocoles de formation. Les cadres médicaux, les infirmières, les administrateurs des centres et les techniciens de laboratoire ont été formés dans les huit hôpitaux des écoles de médecine du pays, avec des curricula nationaux. Un cours de 17 semaines a été introduit en 2003 pour les équipes de cadres médicaux et d'infirmières. En 1999, seuls trois hôpitaux de sous-district fournissaient des soins obstétricaux d'urgence complets et 33 des soins obstétricaux d'urgence de base, principalement faute de personnel qualifié et d'équipement. En 2004, 105 des 120 hôpitaux de sous-district dispensaient des soins obstétricaux d'urgence, 70 complets et 35 de base, alors que 53 des 59 hôpitaux de district assuraient des soins complets, contre 35 en 1999. Pour atteindre les objectifs de la formation, il faudra accélérer la formation basée sur l'acquisition de compétences, créer des encouragement novateurs pour retenir le personnel formé, définir des protocoles fondés sur les données pour normaliser la pratique et améliorer la qualité des soins, et garantir la participation suivie des acteurs clés, particulièrement des formateurs..*
© 2006 Reproductive Health Matters 2006 (English), 2012 (Français). Tous droits réservés.

Mots clés: formation des prestataires de services, ressources humaines, soins obstétricaux d'urgence, Bangladesh

La mortalité maternelle est élevée au point d'être inacceptable au Bangladesh, où environ 16 000 femmes meurent chaque année des complications liées à la grossesse et à l'accouchement.[1-4] La disponibilité et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) est indispensable pour sauver la vie des femmes en cas de complications.[5]

Les premières initiatives visant à renforcer les SOU au Bangladesh ont été entreprises par le Gouvernement dans 86 hôpitaux de sous-district dans 10 districts, sous la houlette de la Direction générale des services de santé, à travers la mise en œuvre des soins de santé maternelle et néonatale[6] et des projets pilotes d'amélioration fonctionnelle de Thana en 1993-98. Depuis 1993, le FNUAP appuie des activités visant à renforcer 64 centres de protection de la mère et de l'enfant dans le domaine des SOU, sous la tutelle de la Direction générale de la planification familiale[7]. De plus, en 1994-98,

avec le concours de l'UNICEF, la Société de gynécologie et d'obstétrique du Bangladesh a amélioré les SOU dans 11 hôpitaux de districts avec un projet pilote, élargi ultérieurement à d'autres districts. Parmi les interventions figuraient la rénovation des unités de maternité et des blocs opératoires, la fourniture d'équipements et de médicaments et le développement des ressources humaines. Les activités de développement des ressources humaines comprenaient la formation continue des médecins en obstétrique et en anesthésie, des infirmières en obstétrique et des techniciens de laboratoire en sécurité de la transfusion sanguine. Les médecins du Bangladesh possèdent un diplôme MBBS et fournissent des soins généraux à tous les niveaux de l'établissement de santé, tant dans les zones urbaines que rurales.

Les services d'obstétrique dans les hôpitaux de district, notamment le traitement des complications, dépendent principalement des consultants titulaires d'un diplôme de troisième cycle en obstétrique. Des consultants en anesthésie sont également requis pour les interventions chirurgicales. La plupart du temps, les consultants sont indisponibles au niveau des hôpitaux de sous-district, ce qui limite la disponibilité de la plupart des interventions obstétricales d'urgence. Les médecins, seuls docteurs au niveau du sous-district, n'avaient pas reçu une formation adéquate ou une expérience pratique pour fournir les SOU de façon indépendante.

Initialement, les médecins ont été formés au Népal dans le cadre du Projet de soins de santé maternelle et néonatale. Par la suite, des programmes d'études ont été élaborés et la formation a été organisée au niveau des hôpitaux des collèges de médecine au Bangladesh. La formation des médecins a été initialement conçue comme un cours de six mois mais ultérieurement prolongée à un an. De même, la formation des infirmières a été étendue de six semaines à quatre mois. Les techniciens de laboratoire ont participé à un cours de formation de deux semaines. Au total, 92 médecins, 107 infirmiers et 35 techniciens de laboratoire ont été formés sur six ans. Cependant, la gestion, le suivi et la coordination se sont avérés insuffisants pour le grand nombre de prestataires de services nécessitant une formation continue.

En préparation du projet décrit dans le présent article, une étude de référence nationale visant à évaluer la disponibilité des SOU a été menée en 1999.[9,10] Des informations ont été recueillies auprès de 13 hôpitaux publics de collèges de médecine, 59 hôpitaux de district et 104 (sur 400) hôpitaux de sous-district, 62 centres de protection de la mère et de l'enfant et 224 cliniques/hôpitaux à travers le pays. L'étude a montré que les soins obstétricaux et néonatals de base* n'étaient pas disponibles au niveau de 26% des hôpitaux de district et 65% des hôpitaux de sous-district. La non-disponibilité des services était surtout liée au manque de personnel formé de façon adéquate, en obstétrique, en anesthésie ou dans les deux spécialités, de même qu'à la pénurie d'équipement et d'infrastructures.

Le Projet sur le droit des femmes à vie et à la santé, mis en œuvre par la Direction générale des services de santé, est une collaboration conjointe entre le Gouvernement du Bangladesh, l'UNICEF et le Programme Eviter les décès et l'invalidité maternels à l'Université de Columbia. Il souhaite contribuer à l'objectif du Gouvernement de réduire la mortalité et l'invalidité maternelles liées à la grossesse et à l'accouchement. Le projet a débuté en juillet 2000 et a été conçu pour améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des SOU complets par le renforcement des capacités de 59 hôpitaux de district et 120 des 400 hôpitaux de sous-district au niveau national.[11]

Les populations de district et de sous-district sont en moyenne de 2 millions et 200 000, respecti

* Les soins obstétricaux d'urgence comprennent l'administration par voie parentérale d'antibiotiques, d'ocytociques et d'antispasmodiques; l'extraction manuelle du placenta; l'extraction des rétentions de produits; l'accouchement assisté par voie basse, la césarienne; et la transfusion sanguine. Les soins obstétricaux de base fournissent les six premières fonctions. Les soins obstétricaux complets assurent les huit fonctions. Un établissement est considéré comme non fonctionnel s'il ne fournit pas toutes les fonctions incluses dans les soins de base ou les soins complets, même si l'établissement réalise bon nombre de ces fonctions.12 Les établissements désignés ont trait aux établissements sélectionnés par l'État pour fournir des SOU complets et qui étaient visés par les interventions du projet (59 hôpitaux de district). Les autres sont définis comme les établissements non-désignés.

vement.[8] Parmi les 3,5 millions de naissances estimées chaque année (1999),[2] plus d'un demi-million de femmes (soit environ 15% du total[12]) étaient susceptibles de connaître des complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement.†

Parmi les interventions majeures du projet figuraient la rénovation des installations, la formation continue des médecins, des infirmiers et des techniciens de laboratoire, la fourniture des équipements et de la logistique nécessaires, y compris le renforcement du système intégré de gestion de l'information sanitaire, l'amélioration de la préparation aux urgences et la qualité des soins. Ont également été entreprises des activités de mobilisation sociale et communautaire, telles que l'observation de la Journée de la maternité sans risques, la distribution d'affiches et de prospectus, et le renforcement de l'éducation en matière de santé dans les établissements.[10]

Mises en œuvre par la Direction générale des services de santé, les activités de formation avaient pour but d'accroître les compétences des médecins, des infirmiers et des techniciens de laboratoire, ainsi que la capacité de gestion. Le présent article décrit les enseignements tirés de ce projet de 2000 à 2004.

Sources des données

Parmi les documents examinés pour cette étude figurent des rapports de projet, la proposition du projet lui-même, la base de données de formation et les rapports bimensuels de mise à niveau des établissements. Les rapports sur la performance des stagiaires élaborés par les points focaux des institutions, les rapports de suivi de la part des formateurs et du personnel de projet, et les procès-verbaux de réunion des examens périodiques ont également été examinés. Les protocoles de développement des ressources humaines tels que les manuels de formation pour les médecins, les infirmiers et les techniciens de laboratoire ont été analysés. Une liste de contrôle a été élaboré pour le suivi des visites au niveau des établissements de formation afin de recueillir des informations telles que les performances des stagiaires, les cours magistraux, les opportunités d'exercer les compétences, le nombre de dossiers à traiter sur les institutions de formation, le nombre d'autres stagiaires dans le département, les problèmes de formation, et les observations générales portées dans les rapports. Le premier auteur était l'agent technique chargé des ressources humaines dans ce projet. Des informations ont également été recueillies auprès du Gestionnaire adjoint de programme, le Dr Nazrul Islam, Programme de santé reproductive, Direction générale des services de santé.

Activités de développement des ressources humaines

Le but des activités de développement des ressources humaines était de disposer d'au moins deux médecins (un en obstétrique et un en anesthésie) et quatre infirmiers au niveau des hôpitaux de sous-district désignés, qui possèderaient tous des compétences améliorées en SOU. Pour atteindre ce but, il fallait former 336 médecins, dont une réserve de 40% pour tenir compte des départs du personnel, et 775 infirmiers. La majeure partie de la formation a eu lieu dans huit hôpitaux liés aux collèges de médecine à travers le Bangladesh à l'aide des programmes d'études existants.

À mi-parcours du projet, un nouveau programme de formation basé sur les compétences a été lancé afin de former les prestataires en équipes, au moyen d'un curriculum plus court et intensif. La formation des techniciens de laboratoire pour la sécurité transfusionnelle a également été abordée. En outre, un programme d'orientation pour les gestionnaires d'établissement a été élaboré pour améliorer la compréhension des questions techniques et managériales associées à l'appui à la préparation en vue de répondre aux urgences obstétricales.

Les programmes d'études pour les médecins, les infirmiers et les techniciens de laboratoire ont été élaborés par des groupes d'experts issus des domaines respectifs, et revus par des profession-

† Il existe un secteur privé très vaste au Bangladesh doté de la capacité de faire face aux urgences,9 mais l'accent est mis ici sur les établissements du secteur public.

nels relevant des hôpitaux des collèges de médecine et du personnel de programme avant d'être approuvés par le Comité national d'examen des programmes d'études. Il n'y avait pas de formation formelle de formateurs pour les points focaux ou les chefs de départements pour la formation ordinaire. Toutefois, des orientations d'une journée ont été organisées sur les programmes d'études avant le détachement des stagiaires au niveau des hôpitaux des collèges de médecine.

Formation d'un an pour les médecins

Le programme d'études pour les médecins en obstétrique comprenait les compétences requises pour effectuer les accouchements normaux, la prise en charge de l'hémorragie de l'antepartum et du postpartum, les complications de l'avortement, la toxémie et la grossesse, l'extraction manuelle du placenta, l'accouchement assisté par voie basse et la césarienne, y compris la réanimation cardiorespiratoire. La formation des médecins en anesthésie comprenait l'anesthésie locale/régionale, rachidienne ou générale et la réanimation cardiorespiratoire. Les stagiaires étaient guidés par un point focal issu de leurs départements respectifs, qui mettait en oeuvre et faisait le suivi de la formation. Au cours des trois premiers mois, les stagiaires observaient et assistaient les médecins-chefs. Les trois mois suivants, ils exerçaient sous supervision et pendant les six derniers mois, ils pratiquaient de façon indépendante. Les cours magistraux se tenaient à intervalles réguliers, le plus souvent pendant les six premiers mois, pour couvrir les concepts théoriques pertinents. Dans le souci de suivre la mise en pratique des compétences, des objectifs de performance minimaux ont été établis pour chacune des fonctions obstétricales et d'anesthésie d'urgence. Les stagiaires tenaient un registre pour l'enregistrement de leurs activités. Le point focal et le chef du département contrôlaient le journal de bord chaque mois pour suivre la performance et les progrès.

L'examen des registres de formation et des rapports de suivi a montré que pour les médecins en anesthésie, il y avait beaucoup d'opportunités pour la mise en pratique des compétences et ils dépassaient généralement leurs objectifs de performance. Un engagement fort des départements d'anesthésie en faveur du programme, ainsi que le faible nombre des stagiaires y travaillant, semblent avoir contribué au succès de la formation.

Pour les médecins suivant une formation en obstétrique, les opportunités pratiques étaient généralement suffisantes mais le nombre élevé de stagiaires (troisième cycle et formation continue) dans le département a effectivement limité les opportunités de pratique, même avec un détachement d'une année entière. Dans un hôpital de collège de médicine, un nombre réduit des cas à traiter a été un facteur dans la non-réalisation des objectifs. Les cours magistraux prévus dans la formation d'un an ont été donnés, mais rarement selon le calendrier du programme d'études. Les objectifs de formation ont été atteints pour la plupart des compétences à l'exception de l'hystérectomie postpartum, l'aspiration manuelle, l'accouchement assisté par voie basse, notamment la ventouse obstétricale. Le nombre réduit de cas à traiter pour l'hystérectomie postpartum et la perception des formateurs qu'il était trop risqué pour les stagiaires d'effectuer ces interventions ont représenté des barrières. Dans le cas de l'extraction manuelle, un manque de pratique de routine de ces interventions au niveau des hôpitaux de collèges de médecine a limité la mise en pratique et la modélisation des compétences pour les stagiaires.

Formation en obstétrique pour les infirmières

La formation des infirmières a été organisée par les institutions de soins infirmiers et les infirmières ont été affectées dans les hôpitaux liés aux collèges de médecine pour la formation pratique. Le cours de formation à l'intention des infirmières comprenait la prise en charge du travail normal, les soins infirmiers aux patientes en obstétrique, la prise en charge au bloc opératoire, la prévention de l'infection et l'assistance des médecins en cas d'urgence obstétricale, y compris les actes chirurgicaux. En plus de la formation pratique dans les pavillons, le cours comprenait des cours magistraux pour couvrir les aspects théoriques.

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)27229-X

Des objectifs de performance et des registres de formation étaient maintenus et, comme avec la formation des médecins, la formation des infirmières était également supervisée et coordonnée par un point focal.

Il a été constaté que les médecins étaient souvent réticents à la participation des infirmières à l'aspiration manuelle et à l'extraction manuelle du placenta, et dans certains cas même aux accouchements normaux. Les infirmières avaient aussi du mal à faire office de premiers assistants lors des interventions chirurgicales obstétricales. Cela semble être dû aux attitudes négatives des médecins envers les infirmiers et au grand nombre de médecins stagiaires dans le département. Toutefois, la plupart de ces problèmes ont été résolus après des discussions répétées lors des réunions du Comité de coordination de la formation et à travers un suivi externe.

L'acquisition des compétences par les stagiaires a été évaluée au moyen des examens de mi-semestre et des examens finaux. Les stagiaires ont reçu leur certificat de formation lorsque leurs connaissances et leurs compétences étaient satisfaisantes selon les évaluations des enseignants du département. Une évaluation à l'issue de la formation a montré que 87% des médecins et des infirmiers étaient confiants quant à la fourniture des SOU complets après la formation.[13]

Sécurité transfusionnelle

Les techniciens de laboratoire ont été formés en matière de détermination des groupes sanguins, en compatibilité croisée et en dépistage sanguin de la syphilis, de l'hépatite B et C, du paludisme et du VIH, y compris la sélection des donneurs et la prise de sang pour la transfusion. Ce cours avait également des objectifs de performance et la formation a été suivie par le responsable du Département de la sécurité de la transfusion sanguine ou son personnel enseignant désigné.

Les techniciens de laboratoire ont reçu une formation satisfaisante au niveau des hôpitaux des collèges de médecine. Cependant un défi majeur était d'assurer un approvisionnement adéquat en réactifs et en fournitures, y compris des poches de sang, au niveau des établissements de SOU, particulièrement dans les hôpitaux de sous-district.

Formation axée sur les compétences pour les équipes chargées des soins obstétricaux d'urgence

Une formation basée sur les compétences a été lancée à mi-parcours du projet pour les équipes de médecins et d'infirmiers issus des établissements désignés, couvrant des pratiques basées sur des données probantes pour l'accouchement normal ainsi que les SOU. La formation basée sur les compétences en anesthésie a également été incluse pour les médecins. Une approche de formation en équipe a été adoptée.[14–16]

L'introduction de cette nouvelle méthodologie d'enseignement a commencé avec deux ateliers régionaux réunissant des experts cliniques et de la formation de JHPIEGO, du Programme Eviter les décès et l'invalidité maternels et six pays d'Asie du Sud, en vue de finaliser les programmes d'étude. Plusieurs réunions se sont tenues au Bangladesh afin de stimuler l'engagement des fonctionnaires du Ministère de la santé et du bien-être familial, des gestionnaires des centres de formation, des professeurs et des organisations professionnelles en faveur du nouveau programme de formation.

Fin 2002, un cours régional de formation a été organisé sur une période de trois mois pour les équipes de formateurs, avec la participation de deux équipes du Bangladesh. La formation des formateurs a été menée par JHPIEGO avec des maîtres formateurs originaires des Etats-Unis d'Amérique, du Royaume-Uni, de l'Inde et du Népal. La formation des formateurs a eu lieu au Bangladesh, à l'hôpital du collège de médecine et à l'institut de formation en santé maternelle et infantile de Dhaka. L'équipe du Bangladesh comprenait deux obstétriciens, deux gynécologues et trois infirmiers en poste dans ces établissements.

La modélisation des compétences et les soins de bonne qualité sur les sites de formation sont essentiels pour la formation axée sur les compétences. La formation des formateurs s'étendait sur trois semaines pour actualiser les connaissances et

les compétences et deux semaines pour les compétences en matière de formation clinique, avec un suivi et un encadrement fournis entre les sessions. En outre, le renforcement de site a été un élément important de la mise en œuvre de ce cours, avec des évaluations des installations de formation réalisées à l'aide de listes de contrôle contenues dans les supports didactiques du cours. Les résultats ont servi à améliorer la structure et l'organisation des services, l'utilisation de protocoles standards et les pratiques fondées sur des données probantes, en particulier pour l'aspiration manuelle, l'accouchement assisté par voie basse et les pratiques de prévention des infections, les systèmes d'approvisionnement pour les médicaments essentiels et les fournitures de même que l'amélioration des flux de patients.

Le cours de formation axé sur les compétences a été introduit pour accélérer la production de médecins formés en réduisant la durée de la formation d'une année à 17 semaines, moyennant une méthode de formation en équipe. L'objectif était d'institutionnaliser la formation axée sur les compétences. Dans la période considérée ici, on a organisé aussi bien les cours d'un an que les cours basés sur les compétences, avec une inscription dans l'un ou l'autre de médecins et d'infirmières n'ayant jamais suivi ce type de formation. Trois groupes de formation ont été réalisés en 2003 et 2004

Le cours commence par trois semaines de cours théoriques sur les pratiques actuelles basées sur des données probantes, y compris la pratique des compétences cliniques sur des modèles anatomiques, suivie par la pratique des compétences initiales sous surveillance, puis indépendamment sur les sites de formation. Le cours porte sur les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires pour mener des accouchements normaux et exécuter des fonctions relatives aux SOU d'une manière normalisée, ainsi que des compétences pour la communication interpersonnelle. Le cours comprend également des compétences pour les soins de base et l'évaluation néonatals, ainsi que la réanimation néonatale. Le programme d'études est basé sur le manuel de l'OMS sur la Prise en charge des complications pendant la grossesse et l'accouchement.[17] Des listes de contrôle détaillées sont utilisées tout au long du cours pour guider et évaluer l'acquisition standardisée des compétences, et les participants tiennent un registre de bout en bout. Les formateurs effectuent des visites de suivi sur les lieux d'affectation des stagiaires dans les six mois avant l'achèvement de la formation pour l'encadrement et l'évaluation.

Le programme de formation axée sur les compétences en obstétrique est similaire à celui du cours de formation d'un an, sauf pour l'hystérectomie périnatale. Le cours d'un an en anesthésie comprend l'intubation et l'anesthésie générale, tandis que la formation axée sur les compétences enseigne uniquement l'anesthésie rachidienne à la kétamine ainsi que la prise en charge des complications et la réanimation adulte et néonatale.

La méthodologie de formation basée sur les compétences offre un cours plus structuré et plus compact en compétences pour les soins obstétricaux et l'anesthésie. Ceci a des implications tant pour le volume de la formation, plusieurs cours pouvant être effectués chaque année, que pour la durée pendant laquelle les médecins sont éloignés de leurs postes désignés. L'utilisation de modèles anatomiques s'est avérée un outil efficace pour le transfert de compétences, et les prestataires étaient intéressés par leur utilisation. Les listes de contrôle, étape par étape, se sont également révélées efficaces pour l'apprentissage des procédures ainsi que l'évaluation des compétences. La formation des infirmières et des médecins

UNICEF/BENGLADESH PICTURES

a renforcé l'importance du travail d'équipe pour répondre aux urgences. Le processus de renforcement de site à l'appui de la formation axée sur les compétences a été précieux pour mettre en évidence l'importance de la modélisation et la résorption des déficits, tels que les pratiques de prévention des infections, et l'utilisation de techniques basées sur des données probantes pour la prise en charge des cas.

Alors que deux équipes de formation ont été initialement formées pour la formation axée sur les compétences, la perte de deux des trois formateurs en obstétrique au profit d'organisations privées a conduit au regroupement des formateurs en une seule équipe. Seulement trois cours pour les prestataires de service ont été achevés au cours des deux années, en raison de contraintes de temps pour les formateurs, qui avaient aussi d'autres responsabilités dans les hôpitaux des collèges de médecine. Les formateurs devront être en mesure de consacrer plus de temps à la formation et aux visites de suivi pour que le programme soit une réussite. La présence d'un grand nombre d'autres stagiaires sur les sites de formation a également été un facteur limitant la mise en pratique des compétences.

Sélection, placement et rétention des stagiaires

Le gestionnaire du Programme de santé génésique de la Direction générale des services de santé a choisi les médecins de la formation à travers un entretien, tandis que les infirmières et les techniciens de laboratoire ont été sélectionnés directement à partir des établissements désignés où ils travaillaient. Les médecins, infirmières et techniciens de laboratoire sélectionnés pour la formation n'ont pas nécessairement une expérience préalable en SOU. Les médecins de n'importe quel établissement pourraient adresser une demande de formation et être transférés dans un établissement désigné avant le placement pour la formation. Les médecins et les infirmières choisis pour la formation s'engagent pour une période d'obligation à l'issue de la formation pendant laquelle ils sont tenus de servir dans des établissements désignés. La période d'obligation était initialement de trois ans, mais a été ramenée à deux ans en 2002 par le comité central du projet. Les prestataires ne sont pas autorisés à être transférés vers des établissements non désignés, dans la mesure où ces derniers risquent de ne pas disposer des infrastructures et d'autres personnels qualifiés requis pour assurer des SOU complets. Ils n'étaient pas non plus autorisés à poursuivre des études supérieures pendant la période d'obligation.

Les stagiaires ont reçu une bourse mensuelle, une subvention pour les livres, des indemnités de déplacement et des supports de formation. Ils ont reçu un certificat attestant qu'ils avaient suivi la formation avec succès. La formation d'un an des médecins est reconnue par l'Ordre des médecins et dentistes du Bangladesh. Ainsi, elle pourrait être prise en compte pour des diplômes spécialisés à l'avenir. Les incitations non monétaires, telles que la préférence pour la formation nationale et la formation à l'étranger, l'attribution annuelle de récompenses et la préférence pour l'enseignement supérieur étaient subordonnées à un service satisfaisant.

Un des défis majeurs dans ce projet était d'attirer davantage de médecins pour la formation en anesthésie, ainsi que de femmes médecins pour la formation en obstétrique. Les femmes représentent moins d'un quart des médecins formés en obstétrique. Les décideurs de la famille pourraient s'attendre à que ce qu'il y ait une femme médecin pour assister les femmes ayant des complications obstétricales.

Pour certains, la période d'obligation a été un facteur les dissuadant d'entreprendre la formation, mais il est important pour le programme d'éviter l'utilisation abusive des ressources de la formation. Ne pas vouloir travailler dans les zones rurales reculées était une limite courante à l'attrait des médecins pour la formation. D'autres facteurs limitants étaient la démoralisation du personnel travaillant dans des établissements publics surpeuplés et souvent sous-équipés, ainsi que l'absence de filière claire pour le perfectionnement professionnel à l'issue de la formation. Le travail dans un poste aux conditions difficiles, comme un hôpital rural, n'est généralement pas reconnu ou récompensé. Les incitations offertes

dans le cadre de ce projet ont permis d'attirer quelques stagiaires, mais des idées plus novatrices sont nécessaires.

Le taux global de départ volontaire du personnel, aussi bien pendant qu'après la période d'obligation, était d'environ 35% (environ 10% pendant la période d'obligation). Un suivi étroit et un engagement plus énergique sont nécessaires pour retenir les médecins formés dans les établissements désignés, car beaucoup de médecins ont demandé à être transférés dans des établissements non désignés dans des lieux plus recherchés, ou sont partis pour préparer des diplômes supérieurs. De plus, le temps requis pour transférer les médecins vers un établissement désigné avant le placement pour la formation s'est avéré trop long. Le processus de transfert a été raccourci de 5-6 mois à 2-3 mois, avec un ordre de transfert unique pour tous les médecins dans une promotion de formation.

Coordination et suivi de la formation.

La mise en œuvre du programme sectoriel de santé et de population (1998), l'approche sectorielle adoptée par le Gouvernement pour améliorer la situation sanitaire globale du pays, a été un facteur clé dans l'amélioration de la coordination au niveau central et le suivi des activités de formation. Au niveau national, le Directeur responsable de la formation continue de la Direction générale des services de santé a coordonné toutes les activités de formation. Le Comité de coordination de la formation au niveau de chaque hôpital de collège de médecine rendait compte au directeur responsable. L'UNICEF a entretenu des relations étroites à tous les niveaux du Ministère et les hôpitaux des collèges de médecine dans la mise en œuvre du projet. La figure 1 illustre les relations entre les différents bureaux et départements impliqués.

Les activités de formation ont été coordonnées localement par un comité de coordination de la formation au niveau de chaque hôpital de collège de médecine. Le comité était composé de représentants des départements impliqués dans les programmes de formation (obstétrique, anesthésie, transfusion sanguine, institut de soins infirmiers et l'infirmière en chef de l'hôpital), présidé par le directeur de l'hôpital. Le comité a désigné un point focal pour chaque département qui était responsable de la mise en œuvre, de la coordination et du suivi de la formation dans son département. Le comité a donné une occasion d'accroître l'engagement des chefs des institutions de formation, qui avaient souvent été contournés dans le passé par les plans de gestion des activités de formation. Le comité a également fourni des opportunités d'améliorer la coordination de la formation en créant un forum pour discuter des progrès et résoudre les problèmes. La répartition des fonds et du matériel de la formation a été décentralisée et placée sous le contrôle du comité.

La performance des stagiaires a été régulièrement examinée par les chefs de département, les points focaux et lors des réunions du Comité de coordination de la formation. Les stagiaires ont également été évalués avec des examens écrits et oraux au milieu et la fin du cours. Des rapports cumulatifs mensuels de performance ont été envoyés au directeur responsable.

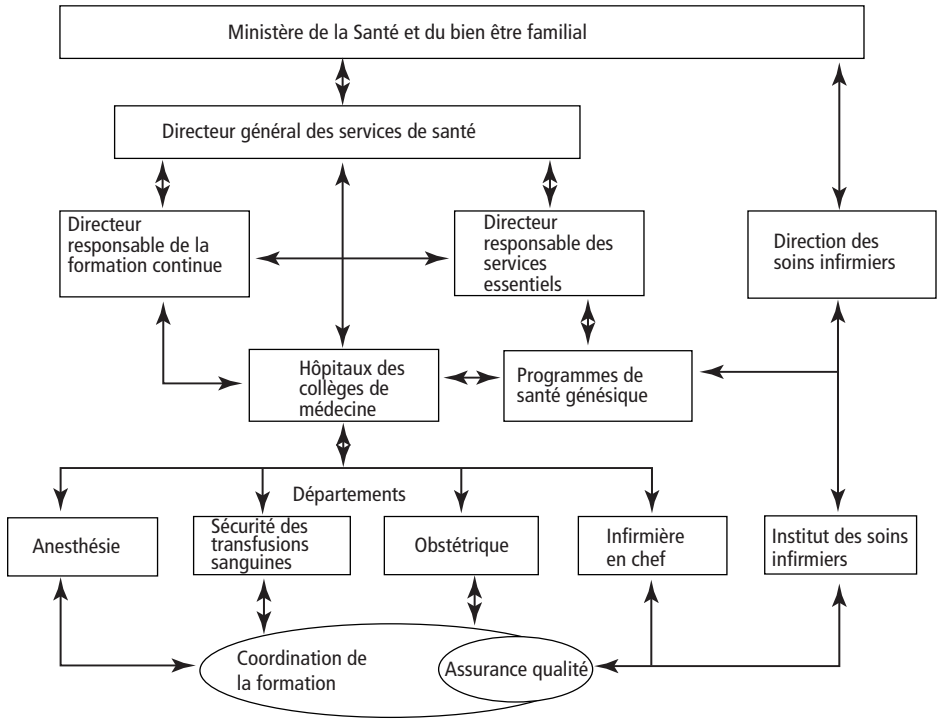
Le suivi externe par le personnel enseignant de niveau supérieur des hôpitaux de collèges de médecine similaires a été organisé plusieurs fois par an pour examiner la qualité de la formation. Des visites de suivi externes dans les sites de formation se sont avérées très efficaces pour gagner le soutien et la coopération au niveau local afin de résoudre les problèmes. Trois visites par an étaient prévues, mais deux visites au niveau de chaque hôpital de collège de médecine ont véritablement eu lieu, avec des visites supplémentaires organisées pour traiter des problèmes spécifiques.

Les comités étaient censés se rencontrer une fois par mois, mais la plupart ne se réunissent pas régulièrement, en raison de l'absence d'initiative, de contraintes de temps et du manque de points urgents à l'ordre du jour. Des réunions ont été convoquées principalement lorsque des problèmes sont apparus.

Des équipes d'assurance qualité, un sous-ensemble des Comités de coordination de la formation, ont réalisé une surveillance post-formation et des visites de suivi. Des lignes directrices et des

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)27229-X

Figure 1. Schéma de la coordination et du suivi de la formation



listes de contrôle ont été élaborées à cet effet. L'observation directe, l'examen des cas récents et des études de cas préparées faisaient partie des outils utilisés pour mettre l'accent sur les compétences cliniques. Durant la visite, l'équipe a évalué la performance des stagiaires dans les trois mois précédents et a fourni un encadrement sur le site. La préparation de l'établissement aux urgences a également été examinée.

Les équipes d'assurance qualité étaient supposées mener une visite de suivi par mois au niveau des établissements de leur région où du personnel formé avait été affecté (principalement les hôpitaux de sous-district). Le nombre de visites au niveau d'un établissement dépend du rendement du personnel. Pour ceux qui ont fait preuve d'un bon rendement, seulement une ou deux visites d'assurance qualité ont été nécessaires ; si le rendement était jugé médiocre, des visites supplémentaires étaient organisées.

Cette responsabilité posait ses propres défis. Bien qu'il y ait eu quelques visites en 2002 et 2003, certains des hôpitaux des collèges de médecine étaient incapables d'organiser une visite. Un travail supplémentaire est nécessaire pour institutionnaliser les visites d'assurance qualité comme composante de la gestion et de la supervision, tant au niveau des établissements de formation qu'à l'échelon central.

Afin de faciliter les activités de mise en œuvre, de coordination et de suivi, l'UNICEF a désigné un agent technique (le premier auteur) au niveau central chargé de fournir un appui technique dans la planification, l'organisation et la mise en œuvre de toutes les activités de formation, y compris l'élaboration de programmes d'études. Cet agent a facilité la sélection et le placement des stagiaires, le suivi de la formation, l'évaluation des besoins des centres de formation, le suivi du rendement après la formation, l'appui aux stagiaires dans les établissements désignés (y compris la logistique et le matériel mineur) et l'évaluation des besoins de formation continue. Il était également respon-

sable de la négociation, du plaidoyer, du réseautage et de la coordination entre les institutions de formation et les départements, le Bureau du programme, les directeurs responsables et le Directeur général des services de santé. L'agent technique a facilité l'élaboration de directives pour la création de comités de coordination de la formation et d'équipes d'assurance qualité, et a assuré le suivi de leurs activités. Par ailleurs, l'agent technique était responsable de l'élaboration de directives et de la facilitation de la planification au niveau des établissements. De plus, 12 agents de terrain étaient affectés à la surveillance d'un groupe d'établissements au sein de leur zone assignée. Les agents de terrain ont fourni une assistance aux activités de formation, telles que l'organisation de visites d'assurance qualité, ainsi que le suivi auprès des prestataires formés au cours des visites de routine des sites.

Réalisations du projet

Avec une meilleure planification et des actions en temps voulu, le projet a fortement accéléré les activités de formation. Avant la mise en œuvre du projet, en moyenne 15 médecins (obstétrique et anesthésie combinées) terminaient la formation d'un an chaque année, contre une moyenne de 42 médecins par an pendant les quatre années du projet (y compris la formation basée sur les compétences). Pour les infirmières, les chiffres de la formation se sont également améliorés d'une moyenne de 18 par an à 90, tandis que la formation des techniciens de laboratoire est passée de 6 à 38 par an. Le tableau 1 montre l'effectif du personnel formé dans les différents programmes.

La formation au cours de ce projet a aidé 105 des 120 hôpitaux de sous-district à devenir fonctionnels en matière de SOU – 70 pour les SOU de base et 35 pour les SOU complets. Par contre, d'après l'évaluation de base de 1999, seuls trois hôpitaux de sous-district fournissaient des SOU complets et 33 des SOU de base, principalement en raison du manque de personnel formé et d'équipements nécessaires.[9] Parmi les hôpitaux de district, 53 sur 59 fournissaient des SOU complets fin 2004, contre seulement 35 en 1999 (figure 2). Bien que la capacité des hôpitaux de district de prodiguer des SOU repose encore principalement sur la présence de consultants, des infirmières formées jouent néanmoins un rôle central dans la conduite des accouchements normaux, l'identification des complications et le travail avec les consultants pour fournir des services d'urgence.

Le passage du statut d'établissement non fonctionnel en matière de SOU à celui de fonctionnel n'est qu'une étape vers les objectifs du projet, mais il témoigne d'une amélioration de la capacité. Une analyse des archives du projet a constaté que dans des établissements qui ont atteint le statut de SOU de base, la plupart des contributions ne relevant pas de la formation ont été effectuées, mais qu'un médecin qualifié était souvent absent, en particulier pour l'anesthésie.

La faiblesse du nombre de stagiaires qui commencent et terminent les différents cours en 2004 peut être attribuée à plusieurs facteurs. Pour les médecins, les postes au niveau des établissements les plus souhaitables et faciles d'accès étaient déjà occupés, et il y avait moins d'intérêt suscité par les affectations dans les établissements éloignés.

Dans le cours axé sur les compétences, la principale contrainte est le nombre de places par cours. Avec un seul site de formation qui assurait le cours, il y avait des places pour 12-15 médecins et infirmières, ou 3-4 équipes. En outre, les limites du contrat ont entrainé la perte du personnel de projet chargé de gérer le recrutement et la mise en œuvre de la formation. Le financement du projet a également diminué en 2004; une prorogation du budget a permis de poursuivre les activités du projet après la date finale initiale de mi-2004 mais à un niveau considérablement réduit.

Les coûts de la formation

Les frais directs, tels que les honoraires des formateurs, les indemnités de déplacement et de subsistance des stagiaires, les allocations pour les livres et le matériel de formation, les dépenses liées à la mise en place au niveau de l'établissement, le suivi et l'encadrement sur le site ont été couverts par le projet. Les dépenses par stagiaire étaient d'environ 1550 $ US pour un an pour les médecins, 1020

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)27229-X

Tableau 1. Soins obstétricaux d'urgence : Effectif du personnel formé

Catégorie	1993-1998	2001	2002	2003	2004	Total 2000-2004
Médecins (Un an)						
Obstétrique	45	16	18	40	5	79
Anesthésie	47	16	10	25	12	63
Infirmiers (4 mois)	107	77	115	96	52	340
Formation en équipe axée sur les compéences (17 semaines)						
Obstétrique	–	–	–	4	10	14
Anesthésie	–	–	–	3	9	12
Infirmiers (4 mois)	–	–	–	6	15	21
Techniciens de laboratoire	35	30	59	23	39	151
Gesttionnaires	–	26	42	75	0	143
Total	234	165	244	272	142	823

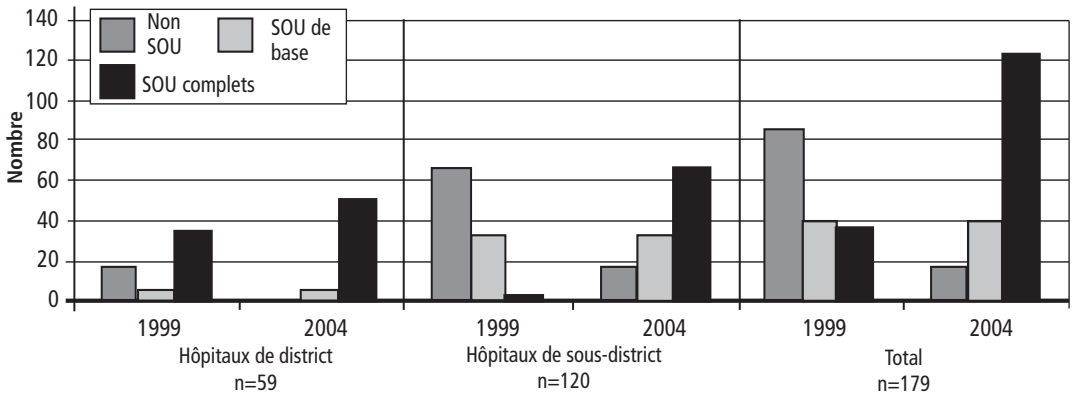
$ US pour 17 semaines de formation basée sur les compétences, 340 $ US pour les infirmières et 140 $ US pour les techniciens de laboratoire. La majeure partie du coût des soins obstétricaux d'urgence et de la formation a trait aux salaires des formateurs et autres frais supportés par le gouvernement, tels que les salaires des formateurs, des médecins, des infirmières, des techniciens de laboratoire et du personnel de projet du gouvernement, les infrastructures des établissements de formation et la logistique connexe. Une analyse plus détaillée des coûts dépasse la portée du présent article.

Discussion

Les besoins en ressources humaines pour ce projet étaient considérables. Le grand nombre de médecins, d'infirmières et de techniciens de laboratoire formés constituait un volet important des réalisations du projet. Néanmoins, il y a encore un long chemin à parcourir pour réaliser des SOU de bonne qualité, 24 heures sur 24, dans tous les établissements désignés. En fait, si ces établissements souhaitent fournir des soins 24 heures sur 24, sept jours sur sept, il sera nécessaire de disposer de davantage de prestataires qualifiés. Les objectifs initiaux de ce projet étaient fondés sur la disponibilité de deux médecins formés au niveau de chaque établissement, travaillant 40 heures par semaine, vivant sur le site et répondant à tout moment à une urgence. Cela ne constitue pas une base réaliste pour des soins 24 heures sur 24, et ne couvre pas les besoins quand un médecin s'en va, est malade ou est appelé à des réunions. Un objectif plus réaliste pour une couverture 24 heures sur 24 serait d'au moins quatre médecins (deux pour chacune des disciplines de l'obstétrique et de l'anesthésie) tant au niveau de l'hôpital de sous-district que de district (les consultants des hôpitaux de district ont également besoin d'un appui renforcé pour des soins 24 heures sur 24). Cela représente une augmentation de plus de trois fois l'objectif actuel pour les médecins. Au total 834 médecins devront être formés pour réaliser l'objectif actuel et progresser vers des soins 24 heures sur 24. L'objectif du projet, à savoir quatre à cinq infirmières ayant des compétences obstétricales par établissement, peut être suffisant pour assurer des soins 24 heures sur 24 par rotation, mais fin 2004, le projet n'avait atteint que 47% de son objectif (tableau 2).

Avec la capacité de formation actuelle, il faudra encore 20 ans, avec une production annuelle de 40 médecins, pour obtenir le nombre souhaité pour des soins 24 heures sur 24, en ciblant essentiellement le personnel médical existant à travers la formation continue. Cependant, si les 17 semaines de formation axée sur les compétences peuvent être élargies à des établissements de formation supplémentaires, le temps nécessaire pourrait être considérablement réduit. La rétention et la motivation des formateurs et faire de la formation un élément clé de leurs fonctions sont importantes

Figure 2. Statut des établissements désignés en matière de soins obstétricaux d'urgence



pour élargir et faire durer ce cours, ainsi que des fonds suffisants pour soutenir les coûts directs de formation. Il existe un mécanisme gouvernemental visant à couvrir les indemnités de déplacement et les indemnités journalières pour le personnel, mais le montant en est insuffisant pour encourager le personnel à participer à la formation et à organiser les visites de suivi et d'assurance qualité sur place. D'autres facteurs incluent l'attrait d'un plus grand nombre de médecins pour la formation et la rétention des médecins dans les établissements ruraux. La reconnaissance du travail dans les postes aux conditions difficiles pourrait être prise en compte dans les avantages sociaux, l'avancement professionnel et d'autres incitations pour attirer et retenir les médecins dans des établissements désignés.

Il y a généralement un nombre suffisant de médecins travaillant dans le système public pour atteindre les objectifs ci-dessus, mais la répartition des médecins entre les établissements urbains et ruraux, et leur rétention dans les postes ruraux, nécessitent de nouvelles améliorations. Étant donné la portée nationale du projet, exiger la formation continue dans les compétences en soins obstétricaux d'urgence pour les médecins serait une ligne de conduite plus énergique que de solliciter l'intérêt pour la formation. Le transfert d'un plus large éventail d'interventions aux infirmières formées, comme l'extraction manuelle du placenta, l'extraction des rétentions de produits et la prise en charge des hémorragies postpartum, aiderait à répartir de nouveau la charge de travail au sein des établissements et pourrait prévenir les décès maternels, là où des médecins formés ne sont pas disponibles.

À long terme, les compétences visées au cours de la formation continue doivent être intégrées dans la formation initiale, par exemple, le stage des nouveaux diplômés en médecine. Dans la mesure où les médecins et les infirmiers généralistes sont les principaux prestataires de soins de santé dans les établissements ruraux, en particulier les hôpitaux de sous-district, les compétences obstétricales d'urgence doivent devenir une partie essentielle de leur formation de base. Cela nécessitera un ferme plaidoyer pour un changement parmi les professeurs et les décideurs.

La nécessité de protocoles basés sur des données probantes pour normaliser la pratique est apparue au cours de ce projet, et le Gouvernement étudie actuellement les protocoles élaborés durant le projet. Il existe certainement la possibilité d'améliorer les soins dans les hôpitaux des collèges de médecine, ainsi que dans les hôpitaux de district et de sous-district. Les normes cliniques sont un outil important dans l'évaluation des compétences cliniques, ainsi que la qualité des soins. La modélisation des soins de bonne qualité est essentielle lors de la formation, afin que ces pratiques soient poursuivies dans les établissements ruraux. Cela a été une autre raison de l'introduction de la formation basée sur les compétences. L'intégration des pratiques basées sur des données probantes afin

Tableau 2. Besoins en ressources humaines pour des établissements de soins obstétricaux d'urgence désignés pour les objets actuels et les soins 24h/24

Etablissements ciblés	Professionnels de santé	Cible du projet	Nombre formé 2000-2004	Nombre requis pour réaliser l'objetif actuel	Nombre supplémentaire suggéré pour des soins 24h/24
120 hôpitaux de sous-district	Tous les médecins	336	168	168	336
	Obstétrique	168	93	75	168
	Anesthésie	168	75	93	168
	Infirmières	480	249	231	–
59 hôpitaux de district	Tous les médecins	–	–	–	330
	Infirmières	295	112	183	–

[a] *L'objestif du projet comprenait une réserve de 40% pour les médecins pour faire face aux pertes ou au transfert. La réserve est également utilisée dans le calcul des besoins de formation supplémentaires pour les soins 24h/24.*

d'améliorer la qualité des soins de routine exige un plaidoyer permanent chez les professeurs, les formateurs et les médecins chefs.

L'implication des parties prenantes clés, notamment les directeurs des hôpitaux des collèges de médecine, a aidé à promouvoir la compréhension des activités et des besoins de formation en SOU, ainsi que des systèmes de responsabilité. Les départements de formation et les points focaux ont été responsabilisés auprès du comité de coordination de la formation, tandis que le comité était responsable devant le directeur responsable. Bien que ce système comporte quelques complexités administratives, les améliorations dans la direction de la formation pourraient s'avérer bénéfiques.

Ce projet a aidé à améliorer la disponibilité des services de SOU au Bangladesh ainsi que le système de gestion de la formation. La formation de toutes les catégories de prestataires de services a été jugée satisfaisante. L'engagement des plus hauts responsables a été essentiel pour la coordination et le suivi. Enfin, le projet a aidé le Gouvernement à réaliser des éléments des objectifs du Programme du secteur de la santé, de la nutrition et de la population.

Néanmoins, davantage de prestataires de SOU formés sont nécessaires pour réduire le lourd fardeau de la mortalité maternelle au Bangladesh et pour atteindre le niveau souhaité de disponibilité des SOU. En fait, 12 hôpitaux de sous-district supplémentaires ont été ajoutés à la liste des établissements désignés en 2005. Des cours de formation ont été menés en 2005, et l'initiative a été prise d'étendre la formation basée sur les compétences à trois établissements de formation supplémentaires. L'UNICEF a continué à appuyer les activités du projet grâce à des sources de financement régulières et travaille avec le Gouvernement du Bangladesh pour susciter un engagement continu à l'appui du projet. Il y a des avantages évidents au cours de formation axée sur les compétences, mais sa mise en œuvre continue ainsi que d'autres initiatives de développement des ressources humaines nécessitera un engagement et un soutien accrus des formateurs et des départements de formation, des décideurs et des gestionnaires, ainsi que des partenaires de développement.

Remerciements

Les auteurs tiennent à exprimer leur gratitude pour l'appui apporté par le Programme Prévenir la mortalité et l'invalidité maternelles (AMDD), Université de Columbia, et la Fondation Bill et Melinda Gates, et l'appui technique du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie du Sud, JHPIEGO et AMDD. Nous sommes très reconnaissants envers le Dr Dileep Mavalankar, Conseiller de direction pour AMDD et Professeur agrégé, à l'Indian Institute of Management d'Ahmedabad, pour ses encouragements constants durant la rédaction de cet article. Nos remerciements sincères vont aussi au Dr Iftekhar Hossain pour ses précieux commentaires et ses suggestions, qui ont considérablement enrichi l'article.

Références

1. National Institute of Population Research and Training, ORC Macro. Bangladesh maternal health services and maternal mortality survey 2001. Dhaka7 NIPORT, 2002.
2. United Nations Children's Fund.The State of the World's Children 2001. New York7 UNICEF, 2001.
3. UNICEF, WHO, UNFPA. Maternal Mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva7 World Health Organization, 2004.
4. Haque YA, Mostafa G. A review of the emergency obstetric care functions of selected facilities in Bangladesh. Dhaka7 UNICEF, 1993.
5. Maine D. Safe Motherhood Programmes: Options and Issues. New York7 Centre for Population and Family Health, agenda. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2004;85:213–20.
6. Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare. Project Report: Pilot Project for Maternal and Neonatal Health Care. Dhaka7 Directorate General of Health Services, 1998.
7. Gill Z, Ahmed JU. Experience from Bangladesh: implementing emergency obstetric care as part of the reproductive health New York7 UNICEF, 1997.
8. Bangladesh Bureau of Statistics. Official Statistics: Data Sheet -1999 Dhaka: Ministry of Planning. At: bwww. bbsgov. orgN. Accessed 9 January 2006.
9. Khan MSH, Khanam ST, Nahar S, et al. Review of availability and use of emergency obstetric care services in Bangladesh. Dhaka7 Associates for Community and Population Research, October 2001.
10. Islam MT, Hossain M, Islam MA, et al. Improvement of coverage and utilisation of EmOC services in South-Western Bangladesh. International Journal of Gynecol ogy and Obstetrics 2005;91(3):298–305.
11. UNICEF. Women's Right to Life and Health: Accelerating Efforts to Reduce Maternal Deaths and Disability in Bangladesh. A collaborative initiative of the Government of Bangladesh, UNICEF and Columbia University. Dhaka7 UNICEF, 2000.
12. UNICEF, WHO, UNFPA. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. School of Public Health, Columbia University, 1993.
13. Research Evaluation Associates for Development (READ). Report on post-training evaluation of medical officers, nurses and lab technicians on emergency obstetric care. Dhaka7 READ, 2004.
14. Sanghvi H. Training district emergency obstetric care teams: strategy for maximising investment in training. Competency-based training strategy paper. Baltimore, 2001.
15. JHPIEGO, AMDD. Emergency Obstetric Care for Doctors and Midwives: Course notebook for trainers and participants. June 2003. At: bhttp://www.reproline. jhu. edu/english/2mnh/2obs_ care/EmOC/index.htmN. Accessed 11 January 2006.
16. JHPIEGO, AMDD. Anaesthesia for emergency obstetric care. June 2003. At: bhttp://www. reproline.jhu.edu/ english/2mnh/ 2obs_care/AEmOC/index.htmN. Accessed 11 January 2006.17. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Geneva7 WHO, 2003.

QUESTIONS de santé reproductive

© 2012 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
L'article ci-dessous a été tiré de Reproductive Health Matters 2006;14(27):83-90
0968-8080/06 $ – see front matter

REPRODUCTIVE HEALTH matters

Les sages-femmes au Maroc: En quête de reconnaissance comme partenaires qualifiées en matière de soins de maternité axés sur les femmes

Fatima Temmar,[a] Bilkis Vissandjée,[b] Marie Hatem,[c] Alisha Apale,[d] Devorah Kobluk[e]

a Candidate au MSc, Faculté des sciences infirmières Université de Montréal, Montréal, Canada, et Infirmière-Sage-femme et Enseignante associée, Institut de Formation pour les Professions Paramédicales, Rabat, Maroc

b Professeur Faculté des sciences infirmières Université de Montréal, Montréal, Canada.
E-mail: bilkis.vissandjee@umontreal.ca

c Assistant Professeur, Faculté de médecine, Département de médecine préventive et sociale, Université de Montréal, et Infirmière-sage-femme et Enseignante associée, Faculté des sciences infirmières Université Saint Joseph, Beyrouth, Liban

d Coordinateur de recherche, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal et Adjoint à la recherche, Faculté des sciences infirmières,, Université de Montréal

Résumé: *De par le monde, les sages-femmes sont de plus en plus souvent appelées à dispenser des soins qualifiés aux femmes enceintes et aux nouveau-nés. Au Maroc, la profession souffre d'un manque persistant de reconnaissance professionnelle, qui coïncide avec une inégalité sexuelle très répandue et un statut féminin médiocre. Depuis les années 60, la formation des sages-femmes est devenue un programme universitaire de trois ans. Pourtant, le Maroc connaît une pénurie de sages-femmes pour assister les nombreux accouchements. Les sages- femmes n'ont que partiellement remplacé les accoucheuses traditionnelles, particulièrement dans les régions rurales. La mortalité maternelle demeure é levée. Néanmoins, plusieurs politiques gouvernementales réccentes montrent une attention accrue aux besoins des femmes. Ainsi, depuis février 2006, les honoraires des sages-femmes peuvent être remboursés en cas d'indisponibilité du médecin. Depuis 1990, l'Association marocaine des sages-femmes encourage la révision du programme d'études des sages-femmes, et demande des améliorations de leur formation et de leur statut professionnel. Les partenariats avec les associations internationales de sages- femmes ont permis à l'Association de connaître les obstacles rencontrés ailleurs et l'ont aidée à définir des stratégies spécifiques pour promouvoir la reconnaissance professionnelle, l'autonomie et la visibilité des sages-femmes au Maroc. Dans le contexte culturel du pays, un lien disciplinaire entre les sages-femmes et la communauté médicale semble essentiel. Néanmoins, seule une reconnaissance des sages-femmes comme partenaires compétentes, qualifiées et utiles permettra à la profession d'évoluer progressivement vers des soins obstétricaux centrés sur la femme.*
© 2006 Reproductive Health Matters 2006 (English), 2012 (Français). Tous droits réservés.

Mots clés: sage-femme, statut des femmes, mortalité maternelle, accoucheuses traditionnelles, parité entre les sexes, formation des prestataires de services, Maroc

Les sages-femmes sont de plus en plus appelées à répondre à la demande croissante de soins en faveurs des mères et des nouveau-nés dans les centres de naissance, les maternités et les centres ruraux enclavés au Maroc. Malgré le besoin urgent de soins holistiques axés sur la femme, la pratique de l'obstétrique demeure fortement influencée par un accent médical sur les conditions liées à la grossesse et à l'accouchement. Il y a également un manque persistant de reconnaissance des sages-femmes en tant que praticiens professionnels et autonomes au Maroc.

Ceci coïncide avec un système inhérent d'inégalité fréquente entre les sexes qui maintient une grande majorité de femmes dans un statut inférieur.[1–3] Par conséquent, les services fournis par les sages-femmes restent largement invisibles, tout comme les besoins des femmes qu'elles sont formées pour assister.

Malgré un manque aigu de données scientifiques et d'informations systématiquement documentées, une discussion sur la pratique de l'obstétrique au Maroc est opportune, notamment du fait de la publication récente de statistiques sur les naissances et la mortalité maternelle, ainsi que des changements apportés aux règlements régissant l'exercice de la profession de sage-femme. Le présent article décrit l'évolution de la formation des sages-femmes et l'exercice de l'obstétrique au Maroc depuis le milieu du XXe siècle, à partir de l'époque où la Convention de l'OIT sur la protection de la maternité a été révisée.[4] L'histoire de la pratique de l'obstétrique au Maroc est illustrée à partir de rapports de recherche, lorsqu'ils sont disponibles, ainsi que de données statistiques issues du Ministère marocain de la santé, de l'Organisation des Nations Unies et de l'Organisation mondiale de la santé.

La formation des sages-femmes au Maroc: un chemin complexe

La profession de sage-femme telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui au Maroc est le résultat d'une histoire complexe de divers types de formation pédagogique. Avant 1950, les soins obstétricaux étaient fournis uniquement par des accoucheuses traditionnelles non formées *(kablas)* au domicile des femmes dans les régions rurales et semi-urbaines. Aujourd'hui, les *kablas*, avec une formation officielle limitée en obstétrique, continuent d'offrir une assistance lors de l'accouchement et des soins postnatals surtout dans des zones reculées. Elles sont reconnues et respectées par les communautés rurales pour leur maturité et leur rôle comme confidentes. Bien que la nature même de leurs soins - axés sur les femmes et fournis par les femmes - offre des opportunités pour l'autonomisation des femmes rurales en matière de procréation, elle a également renforcé les concepts de disparité entre les sexes répandus dans la société marocaine.

Les programmes officiels pour les femmes intéressées par l'assistance des naissances, connus sous le nom de *moualidates*, ont été conçus dès les années 50 et jusqu'aux années 60 (encadré 1). Initialement, un programme de deux ans a débuté à Rabat, la capitale sous protectorat français.[5] Même si le certificat d'études primaires suffisait pour être admissible pour cette formation, un nombre limité de femmes a été formé, car il était socialement inacceptable à cette époque pour les femmes de se déplacer à Rabat pour étudier. En 1960, pour que les *moualidates* soient en mesure d'assister les accouchements et de fournir des soins périnatals, un cours d'une année menant à un certificat d'aptitude professionnelle après la formation *moualidate* était exigé. Ce cours a été prolongé à deux ans en 1970.[5] Il était prévu que les femmes qui avaient obtenu ce certificat travaillent surtout dans les zones rurales, bien que les *kablas* non formés continuent d'assurer des soins semblables là-bas aussi.

En attendant, dans les années 50, le suivi des grossesses et des accouchements dans les établissements de santé en milieu urbain est devenu l'une des responsabilités des autres agents féminins de la santé, allant des auxiliaires aux infirmières, mais agissant toujours sous l'autorité du médecin.[6] Historiquement, les médecins de sexe masculin au Maroc ont rarement fourni des soins obstétricaux, en particulier étant donné qu'il y avait des alternatives mieux rémunérées. Toutefois, en partie en réponse à une augmentation des taux de grossesse, les médecins et les infirmières, qu'ils soient formés ou non en gynécologie et obstétrique, ont progressivement repris la responsabilité des sages-femmes, surtout dans les zones urbaines. Dans les zones rurales, bien que les *kablas* fussent celles qui assistaient les femmes enceintes, elles étaient tenues de rendre compte à un médecin afin que ce dernier puisse déterminer comment leurs soins devaient être effectués, le cas échéant. Cela était en conformité avec le *dahir* (loi promulguée par le Roi) qui remonte à 1960.[7] Cette loi confère une reconnaissance et une autorité suprêmes au médecin (généralement un

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)27245-8

Encadré 1. Historique des différents niveaux de formation en soins obstétricaux entre 1963 et 2003

- **Infirmière accoucheuse :** Infirmière formée pendant un an pour être autorisée à assister les grossesses et les accouchements
- **CAP en obstétrique :** Certificat en obstétrique : deux ans de formation
- **Spécialiste en obstétrique :** Infirmière sage-femme formée au niveau du deuxième cycle (après le réforme éducative de 1993)
- **Sage-femme "nouveau régime" :** Infirmière sage-femme formée pendant trois ans au niveau du premier cycle

homme) sur la sage-femme (généralement une femme). Cette disposition a été et demeure largement acceptée dans la société marocaine et renforce involontairement les concepts qui prévalent en matière de sexospécificité.

Dans les années 60, le Ministère de la santé a mis en place un programme de formation de deux ans à l'intention des sages-femmes, au niveau du deuxième cycle, à l'Ecole de Cadres à Rabat, pour pallier la pénurie d'accoucheuses qualifiées. Les infirmières pouvaient accéder à ce programme après avoir achevé un diplôme de trois ans de premier cycle en soins infirmiers et autres disciplines de santé connexes. En raison du même genre de questions liées aux inégalités entre hommes et femmes qui ont limité le succès de la formation des *moualidates*, ce programme de deuxième cycle a également été incapable de former un nombre suffisant de sages-femmes pour satisfaire les besoins du Maroc, en particulier dans les zones rurales. En effet, en moyenne seulement sept sages-femmes par an ont obtenu un diplôme de deuxième cycle de cette école, avec au total seulement 239 diplômées au cours des 30 ans de 1964 à 1995. Par ailleurs, ces diplômées finissent souvent par exercer dans les centres urbains, mettant en échec le but principal qui était d'affecter des sages-femmes dans toutes les régions du pays.[5]

En 1986, le Ministère de la santé avait opéré un changement de vitesse et sa Division de la formation a commencé à promouvoir la formation des sages-femmes dans les écoles de soins infirmiers à travers le Maroc, dans le cadre d'un programme de deux ans au niveau du premier cycle, qui comprenait une spécialisation en obstétrique. En 1988, les femmes qui avaient terminé leur troisième année au lycée étaient admissibles pour s'inscrire à cette formation spécialisée. Au total 820 infirmières sages-femmes ont obtenu leur diplôme dans le cadre de ce programme entre 1986 et 1991.

En 1993, une réforme en profondeur des programmes de formation a été réalisée pour l'ensemble des professionnels de la santé, y compris les sages-femmes,.[9] Après 1993, la formation des sages-femmes n'a malheureusement plus été proposée au niveau du deuxième cycle. Au lieu de cela, un programme de premier cycle de trois ans a été mis en place pour ces professionnels de la santé, y compris pour les infirmières, par les Instituts de formation aux carrières de santé. Aujourd'hui, cette formation est assurée dans huit instituts régionaux de formation à Agadir, Casablanca, Fès, Marrakech, Meknès, Oujda, Rabat et Tétouan. Depuis 1997, en moyenne 200 sages-femmes par an obtiennent leur diplôme dans le cadre du programme dans l'ensemble du pays, avec 212, 293 et 332 diplômées en 2002, 2003 et 2004, respectivement. Les statistiques sont encourageantes, en ce sens qu'entre 1963 et 2003 au total 2495 sages-femmes ont été formées dans les huit instituts régionaux.[11] En outre, la qualité de la pratique professionnelle de ces nouveaux diplômés a été évaluée favorablement. L'évaluation a eu lieu dans certaines régions rurales (Azilal, El Haouz, Chicaoua, Sidi Youssef Ben Ali) ainsi qu'en milieu urbain (Ménara, Médina et Syba). Cependant, bien que les sages-femmes aient démontré leurs compétences techniques, une approche holistique basée sur les besoins des femmes faisait encore défaut.[12] Par ailleurs, le renouvellement du personnel et un programme de retraite anticipée ont fait que dans l'ensemble du pays, environ 200 sages-femmes par an ont quitté leurs postes. Ainsi, le nombre de sages-femmes peut avoir stagné pendant un certain temps, à moins de 2000 au total.[13]

En octobre 2004, il y avait 1621 sages-femmes travaillant dans le secteur public et 665 396 naissances. Cela donne un ratio estimé à une sage-femme pour 289 naissances. La norme de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en comparaison, est

d'une sage-femme pour 200 naissances. Ce ratio peut sembler trop élevé pour que le Maroc y aspire, surtout étant donné les risques et les comorbidités qui se produisent dans les zones rurales. Toutefois, le Maroc est sur la bonne voie en ce qui concerne le nombre total de sages-femmes. Malgré la pénurie actuelle d'infirmières sages-femmes, dans les cinq prochaines années, la norme de l'OMS pourrait encore être atteinte. Sur la base d'un rapport de la Commission sur les ressources humaines, quelque 2528 sages-femmes seront nécessaires au Maroc pour assister l'ensemble des naissances. Il y a donc actuellement un manque d'environ 950 sages-femmes. Bien qu'il ne soit pas certain que le pays puisse atteindre ce nombre, la Division de la formation travaille d'arrache-pied pour attirer les femmes dans le programme, afin de répondre à la norme OMS en 2010.[14] Néanmoins, un équilibre approprié dans la répartition géographique des sages-femmes entre les zones urbaines et rurales est aussi important que leur nombre global. En fait, l'OMS recommande de disposer de personnel qualifié (c'est à dire des obstétriciens et des sages-femmes) lors de 90% des naissances en 2015 dans les régions où ce personnel n'était pas disponible auparavant. Il faut se rappeler qu'en 1997, 40% des naissances dans les zones rurales du Maroc n'ont pas été assistées par un personnel qualifié.[5] En outre, malgré le fait que les sages-femmes nouvellement diplômées soient initialement affectées par la Division de la formation à un poste en zone rurale, la plupart étaient mariées au moment où elles terminaient leur formation et ne pouvaient donc quitter leur famille pour se rendre dans une zone rurale.[15]

En 2000, une commission, nommée conjointement par le Ministère de la santé (responsable de la formation des infirmières sages-femmes au niveau de l'institut) et le Ministère de l'éducation (responsable de la formation au niveau universitaire) a révisé les programmes d'études et les approches pédagogiques à la formation des sages-femmes. Des gynécologues, obstétriciens et infirmières sages-femmes faisaient partie de cette commission. Bien que le contenu ait été actualisé, une orientation technique, notamment par rapport au traitement biomédical de la maladie, prédomine encore, plutôt qu'une approche préventive et de promotion de la santé dans le cadre de l'expérience globale de la grossesse. Cela a été soutenu par le fait que les dimensions sociales de la santé sont encore perçues comme ayant un intérêt secondaire, et que la maîtrise des compétences pratiques et techniques confère un plus grand prestige aux soignants. Cela se traduit par la mise en exergue des aspects techniques de l'accouchement lui-même, plutôt que d'englober les besoins psychologiques de la future mère. Par ailleurs, les médecins, qu'ils soient formés ou non en gynécologie et en obstétrique, doivent encore être présents pour "superviser" les soins donnés par l'infirmière sage-femme, indépendamment de l'expérience et de la formation qu'elle peut avoir. Le scénario habituel est que l'infirmière sage-femme procède à l'évaluation "technique" de la femme en travail et se réfère au médecin, habituellement toujours un homme, pour que celui-ci lui prescrive les prochaines étapes (généralement celles recommandées par l'infirmière sage-femme). De plus en plus, dans les zones rurales, les sages-femmes ont perfectionné leurs compétences pour traiter les complications. Pourtant, le médecin est celui qui est officiellement reconnu comme le décideur ultime, en particulier dans des situations potentiellement litigieuses.

La profession de sage-femme, les rapports hommes-femmes et le statut des femmes au Maroc

Avec cette toile de fond, une politique de promotion des soins prénatals et des accouchements à domicile, assistés par des sages-femmes qualifiées, est considérée par certains comme une stratégie plus favorable pour permettre aux sages-femmes de façonner les soins destinés aux femmes, selon les besoins des femmes, les ressources et les contraintes sociales, parce que la sphère domestique est dominée par les femmes. Toutefois, cela peut également compliquer et renforcer par inadvertance les concepts qui prévalent en matière de relations entre hommes et femmes et faire perdurer la marginalisation des femmes de l'accès aux soins de maternité intégrés et la visibilité dans le contexte plus large de la société marocaine.[1,2,16] La

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)27245-8

nature politique des relations de pouvoir entre les sexes, et la représentation et la visibilité des femmes dans le contexte des soins de santé sexuelle et génésique de la femme ont été largement discutées dans la littérature.[17–19] Dans le cadre de la politique de santé actuelle du Ministère de la santé marocain, les décisions des infirmières sages-femmes concernant les soins obstétricaux sont reconnues comme primordiales uniquement si elles sont prises en l'absence d'un médecin généraliste ou d'un gynécologue.

La récente enquête de santé nationale (2003-2004)[20] a noté que la relation hiérarchique entre les sages-femmes et les obstétriciens se prolonge de plus en plus et subtilement dans des interactions entre les sages-femmes elles-mêmes, ainsi que par rapport à d'autres catégories de professionnels de la santé. Un manque de considération pour les pairs, une piètre collaboration et des attitudes méprisantes de la part des sages-femmes ont été signalés, ainsi que des sentiments de peur et de détresse.[3] En conséquence, les sages-femmes contribuent involontairement au manque de reconnaissance de leur contribution professionnelle spécifique aux soins de santé.

Toutefois, un concept multidimensionnel des soins de santé sexuelle et génésique de la femme est profondément ancré dans la philosophie de la pratique des sages-femmes. L'objectif principal de l'obstétrique est la prestation de soins respectueux des femmes et axées sur celles-ci, dans lesquels il est essentiel d'inclure le partenaire masculin (en général le mari) dans l'expérience de la grossesse, de la naissance et de la parentalité.[18, 21, 22] Dans ce contexte, l'obstétrique est une réponse aux inégalités dans l'accès des femmes aux ressources, aux opportunités et aux conditions sociales nécessaires à la santé. Les soins obstétricaux visent à réduire la mortalité et la morbidité dues à la satisfaction inadéquate des besoins des femmes en matière de la santé sexuelle et génésique, ce qui ne peut être réalisé que grâce à l'élévation des besoins et des intérêts des femmes dans tous les secteurs de la société.[17, 23]

Le souci de l'importance des rôles sociaux dans la promotion de la santé reproductive et maternelle ne doit pas être assumé exclusivement par les femmes prestataires de soins de santé. Toutefois, la construction sociale des relations hommes-femmes au Maroc, particulièrement en ce qui concerne le rôle des femmes dans les sphères privées et publiques, interdit souvent aux hommes prestataires de soins de santé de reconnaître les diverses contributions des femmes, ce qui peut à son tour affecter les expériences cliniques et l'état de santé des femmes. Par exemple, l'accouchement dans la position allongée ou couchée, en plaçant les pieds des femmes dans des étriers, les épisiotomies systématiques, les césariennes fréquentes et l'utilisation exagérée des termes techniques autour de femmes qui ne peuvent pas les comprendre sont toujours des pratiques actuelles. Elles sous-tendent les raisons pour lesquelles l'accouchement à domicile représente souvent une forme de refuge rassurant, surtout pour les femmes les plus vulnérables.

Une autre question récurrente qui préoccupe les femmes et les prestataires de soins de santé sexuelle et génésique est le rôle des hommes en matière de planification familiale. Au Maroc, les hommes continuent, que ce soit ouvertement ou de façon plus subtile, de contrôler la fécondité des femmes. Un certain nombre de méthodes de planification familiale sont toujours confrontées à de fortes réticences, comme le dispositif intra-utérin, et même les préservatifs.[8,16,17,24] Des réalités comme celles-ci, qui découlent des normes sociales dominantes, créent des complexités pour les femmes qui souhaitent contrôler leur propre corps. Elles rendent également plus difficile pour les professionnels des soins de santé de mettre en œuvre les activités de planification familiale. En dépit du contrôle apparent par les hommes de la fécondité des femmes, cependant, la grossesse et l'accouchement sont considérés comme des expériences naturelles de la vie auxquelles les femmes doivent faire face en toute discrétion et avec autant d'intimité que possible.

Améliorer l'accès des femmes aux soins obstétricaux

Au-delà des nombreuses questions liées à l'absence de maîtrise des femmes sur leur propre fécondité, les sages-femmes soulèvent une préoccupa-

tion supplémentaire, à savoir que les exigences de discrétion et de confidentialité ne permettent pas aux femmes de chercher une réponse appropriée et en temps opportun en cas de complications obstétricales. À cet égard, Dialmy attire l'attention sur:

« ... *La loi actuelle d'inversion des soins, selon laquelle ceux qui ont le plus besoin des services de soins de santé, principalement dans les zones rurales, en reçoivent le moins; cette réduction du niveau d'utilisation n'est pas nécessairement un signe de résistance ou un choix délibéré* ». 24 [Traduction libre]

Le ratio de mortalité maternelle est éloquent. Les statistiques les plus récentes, pour 2003-2004, estiment à 267 les décès pour 100 000 naissances vivantes dans les zones rurales et 187 dans les zones urbaines.[20] De nombreux facteurs sont sans doute liés à ces inégalités, y compris la présence de comorbidités, la pauvreté, le manque de ressources financières, la dépendance financière, et les déterminants géographiques de l'accès aux services maternels et infantiles appropriés. Mais l'augmentation du nombre des infirmières sages-femmes formées de façon adéquate, ainsi que le fait de travailler sur leur reconnaissance, devrait profiter à ceux qui ont le plus besoin de ces services afin de prévenir les complications et la mort. Ensuite, il est probable que l'écart entre les taux de mortalité dans les zones rurales et urbaines pourra être progressivement réduit.

Du point de vue politique, augmenter la sensibilité aux différences entre les sexes en matière de soins de santé professionnels pour les femmes permettrait d'améliorer l'accès et la qualité des soins. Du point de vue de la conception des services, cela signifierait s'attaquer aux insuffisances persistantes telles que les heures d'ouverture limitées pour les soins ambulatoires qui ne respectent pas la dynamique de la famille et le coût inabordable des médicaments sur ordonnance. En ce qui concerne les soins de maternité, le coût des échographies inutiles et répétées peut réduire ce qui est dépensé pour les autres aspects des soins, notamment lorsque la santé de la femme n'est pas une priorité dans le budget des ménages. Un tel contexte est renforcé par la dépendance financière des femmes au Maroc.[2, 17, 24,*]

Les sages-femmes: une source de pouvoir dont les femmes doivent s'approprier, pour les femmes et avec les femmes

La conceptualisation de la santé sexuelle et génésique des femmes dans le cadre de l'obstétrique va bien au-delà de la sexualité et de la procréation, et les objectifs de l'obstétrique englobent plus que l'absence de maladie. Au lieu de cela, comme l'approuvent et le défendent de nombreux organismes internationaux, les organismes de recherche et développement, la santé sexuelle et génésique doit être abordée à travers un engagement multisectoriel, tout au long de la vie en faveur de la santé des femmes dans le contexte des conditions socioculturelles. Cet engagement comprend la prise en compte du milieu dans lequel vivent les femmes, les normes et les perceptions en matière d'inégalités entre hommes et femmes, la représentation et le leadership des femmes dans les instances politiques et économiques et un engagement global connexe en faveur d'un accès soucieux de l'équité entre les sexes aux ressources et aux opportunités. Au Maroc, l'amélioration de la santé sexuelle et génésique des femmes comprend la prise en compte d'un plus grand nombre d'opportunités d'appuyer les valeurs personnelles et les choix des femmes.[26]

L'expérience marocaine souligne combien il est important de comprendre comment le modèle médical mondialement dominant détermine les pratiques de l'obstétrique et, finalement, dans quelle mesure l'obstétrique contribue à des soins de santé qui tiennent compte des sexospécificités des femmes marocaines. L'un des défis actuels rencontrés par les sages-femmes au Maroc est la réconciliation créative, avec les femmes, des meilleurs éléments du modèle médical et des connaissances médicales ainsi que des pratiques

* En 2005, le ministère de la Santé a publié un décret permettant à chaque femme enceinte d'avoir une échographie qui pourrait être susceptible d'être remboursée par son assurance maladie.[25]

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)27245-8

locales, afin de susciter de nouveaux modèles de soins de santé maternelle et génésique.[26] Cette vision coïncide avec les pratiques de santé culturellement pertinentes et l'attention aux valeurs, aux expressions et aux comportements des femmes concernant la grossesse, l'accouchement et la période postpartum.[27,28]

Cette vision des soins de santé axés sur les femmes, telle que recommandée par les professionnels en obstétrique et d'autres professionnels des soins de santé, est conforme au Plan stratégique national marocain,[29] qui accorde une place particulière à la promotion des besoins et des intérêts des femmes dans la planification sociale. Plusieurs nouvelles politiques gouvernementales reflètent une attention accrue aux besoins et aux intérêts des femmes, y compris le Code de la famille 2004, qui reconnaît les droits des femmes en termes de statut personnel, et la création d'un Ministère de la famille, de la solidarité et de l'action sociale, pour stimuler l'ensemble des activités de la société civile. En outre, après les élections parlementaires de 2003, un système de quotas a permis à un plus grand nombre de femmes d'entrer au Parlement, le nombre de sièges occupés par des femmes passant de 2 à 33.[30] Encore plus récemment, depuis février 2006, les soins donnés par des sages-femmes peuvent donner droit à un remboursement en cas d'indisponibilité d'un médecin.

Il est également crucial que le Gouvernement s'engage à investir dans l'infrastructure de santé publique, comme l'encouragent les objectifs du Millénaire pour le développement. En fait, les sages-femmes sont reconnues par l'Organisation mondiale de la santé comme un "groupe clé dans la réduction des taux excessivement élevés de décès et de lésions chez les femmes en raison de la procréation".[18,31]

Les organisations et les réseaux professionnels: des alliés naturels

La mise en place de réseaux de collaboration, de projets et de réunions conjoints au sein du personnel soignant au Maroc est également importante, tout comme la création de réseaux et de partenariats de sages-femmes au niveau international.

Créée en 1990, l'Association marocaine de sages-femmes marocaines (AMSF), a principalement mis l'accent sur la formation continue des sages-femmes (en partenariat avec *l'American College of Midwives* et l'USAID). L'AMSF est active dans la formation et les questions de développement de carrière, y compris l'examen des programmes d'études et l'augmentation de la quantité et de la qualité de la formation des sages-femmes, et elle travaille avec un certain nombre d'organisations non gouvernementales pour dispenser une formation et des soins aux groupes vulnérables et défavorisés.

Les mesures prises par l'AMSF en faveur d'une reconnaissance systématique de l'obstétrique comme pratique professionnelle se sont heurtées à l'opposition farouche du Collège marocain des gynécologues et obstétriciens, en particulier dans le secteur privé. Ceci est partiellement dû à la hiérarchie fortement sexualisée au sein du système médical marocain, mais aussi à l'influence sous-jacente de la réglementation du *dahir* en 1960, qui a sanctionné la domination des médecins sur l'ensemble des autres professions paramédicales des soins de santé, y compris les soins infirmiers et l'obstétrique. Des efforts conjoints sont nécessaires entre les professionnels de l'obstétrique, des soins infirmiers et les professionnels paramédicaux, en partenariat avec la profession médicale, pour contester cette norme.

Au cours des dernières années, des partenariats avec des associations professionnelles internationales telles que le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF), *l'American College of Midwives*, la Confédération internationale des sages-femmes et les Sages-femmes du Monde ont abouti à des résultats positifs. Ils ont notamment permis à l'AMSF de comprendre les défis rencontrés par la profession de sage-femme ailleurs dans le monde. Ils ont également été l'occasion de nouer des liens plus étroits avec l'*Association marocaine des sciences infirmières et techniques sanitaires* (AMSITS) pour établir des stratégies spécifiques et un cadre pour promouvoir la reconnaissance professionnelle, l'autonomie et la visibilité des sages-femmes au Maroc. Ces partenariats au sein du pays ne sont pas habituels, mais les sages-femmes doivent pas-

ser des alliances avec ceux qui peuvent apporter une voix supplémentaire – jusqu'à ce que les voix des associations professionnelles médicales marocaines se joignent aux nôtres.

En conclusion

La pratique contemporaine de la profession de sage-femme au Maroc se trouve à plusieurs carrefours conflictuels dans une société où les actions et les relations entre hommes et femmes sont fortement réglementées par une hiérarchie entre les sexes. Cette hiérarchie est fortement ressentie par les sages-femmes, une profession cherchant désespérément une plus grande autonomie et davantage de reconnaissance. La présente discussion nous amène à appeler de nos vœux une stratégie de réappropriation de la pratique de la profession de sage-femme en partenariat avec les femmes de la communauté, principaux bénéficiaires des soins obstétricaux. Parmi les défis de la mise en œuvre de l'exercice normalisé de la profession de sage-femme figurent l'établissement d'un lien disciplinaire adéquat avec la communauté médicale et la reconnaissance et le traitement des sages-femmes comme en qualité de partenaires compétents, qualifiés et utiles au sein d'une équipe élargie de prestataires de soins de santé, aussi bien de sexe masculin que féminin, notamment les infirmières, les gynécologues et les obstétriciens. C'est sur cette base que le processus d'élaboration d'un exercice humanisé de la profession de sage-femme peut progressivement évoluer.

Remerciements

Les auteurs sont reconnaissants aux éditeurs de International Midwifery *pour leur aimable autorisation de présenter une version plus longue de l'article original publié dans cette revue: Temmar F, B Vissandjee, Kerouac S. Strengthening midwifery practices in Morocco: a gender perspective. International Midwifery 2005; 18 (1):8–9. Le premier auteur de cet article est infirmière sage-femme et c'est l'une des fondatrices de l'Association marocaine des sages-femmes en 1990, avec une longue expérience sur le terrain. Elle a également été active dans la conception de la formation des infirmières sages-femmes au niveau du baccalauréat au Maroc. Un remerciement spécial à Suzanne Kerouac, sans l'aide constante et l'appui de qui il n'aurait pas été possible d'achever le présent article. Nous tenons tous, le premier auteur en particulier, à souligner la précieuse contribution d'un grand nombre de sages-femmes, de femmes et de mères – hier, aujourd'hui et demain.*

Références

1. Bourdieu P. La domination masculine. Paris7 E´ dition du Seuil, 1998. 2. Filali H, Temmar F. E´ tude qualitative sur les conditions d'exercice des sages-femmes. Ré gions de Marrakech, Tensift, Alhaouz et province d'Azilal. Projet FNUAP MOR/PO1/02. Maroc7 Ministère de la Santé, Division de la Formation, 2003.
3. Bakhach W, Benmchich R, Elghaouti A. Insertion des sages femmes formé es depuis 1997 dans le milieu de travail, ré gion Tanger – Té touan, mé moire non publié . Rabat, Maroc7 Institut de Formation aux Carrières de Santé , 2003.
4. United Nations General Conference. The Maternity Protection Convention Revised and Recommendation. Geneva7 UN, 1952.
5. Temmar F. La formation de la sage-femme au Maroc: entre les besoins en santé reproductive et les défis de la profession. Tétouan7 Communication au 1er congrès des sages-femmes de Tétouan, 2003.
6. Temmar F, Kamri X. Nouvelles stratégies de développe ment de la profession de sage-femme au Maroc. Rabat7 6eCongrès Médical, 1996.
7. His Majesty the King Mohammed V. The dahir – a royal decree – Code of Personal Status. Rabat, Morocco, 1957–58.
8. Commission Responsible for Developing Midwifery Training Programmes, 1999.
9. Ministry of Education. Decree No. 2-93-602, 29 October 1993.
10. Ministry of Education. Bill 001– Higher Education Reform, 2000. Rabat, 2000.
11. Système d'information, Division de la formation, Ministère de la santé , 2004.
12. Division de la formation, Ministère de la santé . Rapport d'activité s du projet MSP/ FNUAP MOR/92/POI visant l'amé lioration de la qualité de la formation des sages-femmes, Rabat, 1995.

13. Système d'information, Ministère de la santé. Santé en chiffres, 2001.
14. Système d'information, Ministère de la santé. Santé en chiffres, 2004.
15. Anderson BF. Public health professor teaches classes in Mexico, Morocco, Tibet, Tunisia and Turkey. Today, 2001. At: bhttp://www.llu.edu/news/ today/nov2801/sph. htmlN. Accessed September 2005.
16. Boumia R. Les connaissances, les attitudes et les pratiques des prestataires des services de santé reproductive par rapport a` l'approche genre; é tude qualitative ré alisé e dans le cadre du projet: genre et dé veloppement. Rabat7Association marocaine de planification familiale, 2001.
17. Berer M. Access to reproductive health: a question of distributive justice. Reproductive Health Matters 1999;7(14):8–13.
18. Barclay L. Midwifery in Australia and surrounding regions: dilemmas, debates and developments. Reproductive Health Matters 1998;6(11):149–56.
19. Lock M, Kaufert P, editors. Pragmatic Women and Body Politics. Berkeley7University of California Press, 1998.
20. Ministry of Health. National Health Survey 2003–2004. Rabat, 2004.
21. Farmer P. Pathologies of Power: Health, Human Rights and the New War on the Poor. Berkeley7 University of California Press, 2003.
22. Kim JY, Millen JV, Irwin A, et al, editors. Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor. Bangor7 Common Courage Press, 2000.
23. World Health Organization. Make Every Mother and Child Count. Report. Geneva7 WHO, 2005. At: bhttp://www.who.int/whr/2005/ en/N. Accessed August 2005.
24. Dialmy A. La gestion socioculturelle de la complication obstétricale dans les régions de Fes-Boulemane et Taza Alhoce¨ıma – Taounate. Rabat7 Division de la population, Ministère de la santé, 2000.
25. Ministère de la santé. Loi65.00. Couverture médicale de base, 2005.
26. Makhlouf Obermeyer C. Pluralism and pragmatism: knowledge and practice of birth in Morocco. Medical Anthropology Quarterly 2000;14(2):180–201.
27. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices Journal of Transcultural Nursing 2002;13(3):189–92.
28. Seisser MA. Madeleine Leininger on transcultural nursing and culturally competent care [Interview]. Journal for Healthcare Quality 2000;24(2):18–21.
29. Statement on the National Strategic Plan. Rabat7 Government of Morocco, 2003.
30. Population and Family Health Survey 2003–2004. Rabat7 Ministry of Health, 2004.
31. The 10/90 Report on Health Research 2003-2004. Global Health Forum for Research: Helping Correct the 10/90 Gap. At: bwww.globalforumhealth. orgN. Accessed April 2005.

QUESTIONS de santé reproductive

© 2012 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
L'article ci-dessous a été tiré de Reproductive Health Matters 2006;14(27):109-118
0968-8080/06 $ – see front matter

REPRODUCTIVE HEALTH matters

Blocages de sang et réprimandes des infirmières: obstacles à l'utilisation des contraceptifs chez les adolescentes en Afrique du Sud

Kate Wood,[a] Rachel Jewkes[b]

a Associée de recherche, Unité de recherche Thomas Coram, Institut de l'éducation, Université de Londres, Royaume-Uni

b Directrice, Unité de Recherche en Genre et Santé, Conseil de recherche en Santé, Pretoria, Afrique du Sud. E-mail: rjewkes@mrc.ac.za

Résumé: *En Afrique du Sud, un tiers des adolescentes sont enceintes avant l'â ge de 20 ans, malgré la gratuité et l'accessibilité de la contraception. Cette étude qualitative, réalisée dans la province de Limpopo en 1997, a analysé les obstacles empêchant les adolescentes d'accéder aux services de contraception. Elle a mené 35 entretiens et 5 discussions de groupe avec des jeunes filles de 14 à 20 ans, et des entretiens avec des infirmières dans 14 dispensaires. Beaucoup d'adolescentes ont décrit les pressions de leurs partenaires et des membres de la famille qui les incitent à avoir un bébé ou à prouver leur fécondité. L'utilisation suivie de contraceptifs était aussi entravée par des notions erronés sur la conception et des craintes quant aux conséquences de la contraception sur la fécondité et les menstruations, que les infirmiéres ne prenaient pas au sérieux. Les tentatives des infirmiéres de stigmatiser la sexualité des jeunes, leurs réprimandes, leur brusquerie et leur refus de tenir compte des expéreiences des adolescentes comme utilisatrices de contraceptifs contrariait l'utilisation efficace de la contraception chez les adolescentes. Les jeunes doivent être mieux informés de la physiologie reproductive, de la santé génésique et de la contraception. Des outils pour améliorer la fiabilité et la disponibilité de connaissances dans les dispensaires jouent un rôle, mais doivent être introduits parallélement à des initiatives pour que les services soient adaptés aux adolescents et ne stigmatisent pas l'activité sexuelle des adolescents.*
© 2006 Reproductive Health Matters 2006 (English), 2012 (Français). Tous droits réservés.

Mots clés: contraception et grossesse non désirée, accès aux services, grossesse des adolescentes, relations prestataire–patient, Afrique du Sud

Des recherches indiquent que beaucoup de jeunes Sud-Africains prennent des risques sexuels dont l''initiation précoce à l'activité sexuelle, les rapports sexuels non protégés, les faibles taux d'utilisation du préservatif et des méthodes contraceptives et qu'ils ont souvent différents partenaires en même temps.[1–4] En Afrique du Sud, chez les Africaines noires sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans, la prévalence actuelle de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne est de 64,4%. Ceci peut expliquer la baisse de 35% de la maternité constatée chez les adolescentes depuis la fin des années 80 jusqu'à celle des années 90. Néanmoins, 35% des femmes sont enceintes avant l'âge de 20 ans, [5] ce qui représente un taux très élevé pour ce groupe d'âge.

La baisse de la proportion des adolescentes qui donnent naissance à un enfant n'est pas visible par le personnel des centres de santé car la croissance démographique concomitante donne l'impression que le nombre des adolescentes qui accouchent augmente. Plusieurs personnes travaillant dans le domaine de la santé considèrent toujours la grossesse chez les adolescentes comme un problème particulièrement difficile et épineux, d'autant plus que les services de contraception sont fournis

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080(0 6) 27231-8

gratuitement dans le cadre d'un programme reposant sur les dispensaires, avec une vaste couverture nationale, et des dispensaires mobiles desservant en majorité les zones rurales. Les préoccupations sociales et de santé publique relatives à la sexualité et aux grossesses chez les adolescents ont augmenté car ce groupe d'âge est en première ligne de l'épidémie du VIH/sida: la dernière enquête nationale sur la séroprévalence a indiqué que 15,8% des femmes enceintes de moins de 20 ans étaient infectées.[6]

Une étude sur les méthodes de contraception en Afrique du Sud a révélé l'existence d'un certain nombre d'obstacles à leur utilisation efficace. Par le passé, les services contraceptifs étaient développés dans un contexte politique de régulation de la poussée démographique, en mettant l'accent sur les contraceptifs. Cette démarche nécessitait un engagement minimal de la part des utilisateurs, notamment en ce qui concerne les contraceptifs injectables qui demeurent la méthode la plus couramment utilisée.[7,8] L'enquête démographique et sanitaire[5] de 1998 a montré que 64,5% des Africaines noires avaient commencé à utiliser la contraception avec des contraceptifs injectables et 23,4% avec des contraceptifs oraux tandis que chez les Blanches, 5,0% avaient commencé avec des contraceptifs injectables et 65,3% avec des contraceptifs oraux. Il existe deux formes injectables de progestatifs seuls, des contraceptifs couramment utilisés uniquement dans les dispensaires publics et fournis sous forme de deux ou trois injections mensuelles, toujours désignés par leurs noms commerciaux, à savoir Nur-Isterate et Depo Provera respectivement. Les chercheurs ont souligné que les grandes inégalités sociales, économiques et éducatives au niveau national expliquent les différences raciales dans l'utilisation des méthodes contraceptives.[3,8] Parmi les autres facteurs figurent les expériences négatives concernant l'utilisation des services, vécues par de nombreuses adolescentes sud-africaines,[7,9,10] le rôle des inégalités entre les sexes et les multiples formes de contraintes, minant la capacité des femmes à prendre des décisions autonomes concernant la maîtrise de leur fécondité (maîtrise nécessitant l'utilisation de méthodes contraceptives telles que les injections qui sont faciles à dissimuler),[4,11,12] et l'importance que revêt pour beaucoup d'entre elles la possibilité d'afficher très tôt leur fécondité.[13,14]

Méthodologies et cadre de recherche

Le but de la présente recherche était de collecter des informations qui pourraient être utilisées pour améliorer l'accès aux services contraceptifs ainsi que leur qualité globale, en faveur des adolescentes dans la province du Limpopo. Cette province est située dans l'extrême nord du pays et demeure l'une des plus pauvres d'Afrique du Sud. Les recherches ont été principalement menées dans la zone semi-rurale entourant la ville principale. Un réseau de dispensaires intégrés fournit des services de soins de santé primaires dans les zones urbaines et semi-rurales.

Au total, 35 entretiens individuels semi-structurés et cinq discussions de groupe avec des groupes composés de trois à six interlocuteurs ont été réalisés avec des adolescentes de 14 à 20 ans, recrutées dans les salles d'attente des dispensaires ou dans les écoles. Ce recrutement était circonstanciel et aucun critère d'exclusion n'a été appliqué en dehors du critère de l'âge. Le nombre des personnes interrogées a été déterminé par le budget, l'objectif de l'étude et le point au-delà duquel il n'y avait plus de nouvelles idées concernant les principaux domaines d'enquête. En outre, les entretiens individuels et de groupe ont été réalisés avec des infirmières intervenant dans le domaine de la fourniture des contraceptifs (pour tous les âges) et travaillant dans la zone où les adolescentes avaient été recrutées. Dix des infirmières travaillaient dans une zone semi-rurale, trois dans les dispensaires d'un township et une autre dans un dispensaire de la ville principale. Les personnes interrogées étaient celles qui étaient de service au moment de la visite du dispensaire ou celles qui, selon les informations reçues, recevaient le plus d'adolescentes pour la contraception. Elles étaient âgées de 30 à 50 ans et étaient toutes issues du même milieu ethnique et culturel que les adolescentes, ou d'un milieu similaire.

L'approbation éthique de l'étude a été donnée par le Comité d'éthique du *South African Medical*

Research Council. Toutes les participantes ont donné leur consentement verbal éclairé et reçu une fiche d'information écrite destinée aux participantes. Elles ont également été informées du caractère confidentiel de la recherche. Les infirmières n'ont pas pris part au recrutement des enquêtées et les jeunes femmes qui ont décidé de ne pas prendre part à l'étude ont reçu l'assurance que leur décision n'affecterait en aucun cas leurs soins de santé.

Les entretiens avec les adolescentes ont été réalisés en pedi, la langue locale, et en anglais avec les infirmières. Le premier auteur a effectué un travail de terrain sur une période de trois semaines et a travaillé avec une interprète locale, une infirmière qui avait des attitudes positives et sans préjugés à l'égard des adolescentes. Les entretiens ont été enregistrés après l'obtention d'un consentement éclairé (et enregistré). Les données ont été transcrites, traduites en anglais et une analyse thématique a été réalisée. La portée de l'enquête couvrait les domaines suivants: Quelles étaient les circonstances et les influences des pratiques et des décisions des filles en matière de recherche de méthodes contraceptives? Quels étaient les obstacles à l'accès et comment pourrait-on les surmonter ? Quelles méthodes contraceptives étaient considérées comme les plus appropriées pour les adolescentes et pourquoi ? Quelles méthodes étaient réellement disponibles, étaient/n'étaient pas fournies, recommandées/non recommandées et pourquoi/pourquoi pas ? Quels étaient les facteurs contextuels qui empiétaient sur les modes d'utilisation des contraceptifs y compris les circonstances sexuelles et les attitudes envers la grossesse ? Les questions étaient adaptées pour chaque entretien individuel.

Sur les 35 jeunes filles interrogées individuellement, 25 avaient utilisé des contraceptifs à un moment donné. Vingt-deux avaient utilisé des contraceptifs injectables (principalement du Nur-Isterate) et trois des contraceptifs oraux (deux d'entre elles à cause de leur expérience avec les effets secondaires du Nur-Isterate). Sur les 35, 14 avaient déjà eu un enfant et six d'entre elles n'avaient jamais utilisé une méthode contraceptive. Deux enquêtées n'étaient pas encore sexuellement actives. Aucune d'entre elles n'était mariée, ce qui montre que le mariage des adolescentes est très inhabituel. En effet, seulement 1,2% des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans sont mariées[5] en Afrique du Sud.

Conclusions

Pressions pour prévenir, pressions pour concevoir

Dans la négociation de leur sexualité et de l'utilisation des contraceptifs, les jeunes filles ont affirmé avoir subi des pressions et des contraintes provenant de plusieurs sources. Elles ne pouvaient pas prendre des décisions concernant l'utilisation des contraceptifs et la prévention des grossesses en tant qu'individus autonomes. C'était clairement un domaine très contesté où une série d'acteurs avait de fortes opinions et cherchait à les leur imposer, souvent par la force. Les infirmières ont souvent essayé de forcer les adolescentes à utiliser les contraceptifs injectables qui étaient considérés comme la forme la plus fiable de contraception. Les infirmières considéraient les filles comme « têtues » étant donné qu'elles ne tenaient pas compte de leurs réprimandes les exhortant à s'abstenir de rapports sexuels. Certaines mères auraient essayé d'imposer la contraception à leurs filles en les emmenant au dispensaire pour la contraception dès le début de leurs menstruations. Ces pressions étaient acceptées ou combattues selon que les adolescentes estimaient que leurs besoins et préoccupations étaient pris en compte ou non. Néanmoins, beaucoup d'adolescentes ont volontairement commencé à utiliser des contraceptifs, dans certains cas avant leurs premiers rapports sexuels, souvent en raison de la pression des pairs à utiliser des contraceptifs et parfois, encouragées par leurs partenaires sexuels masculins.

D'autre part, des pressions s'exerçaient aussi pour les pousser à tomber enceintes à un âge précoce. Beaucoup de filles ont expliqué combien il est important de prouver sa fécondité (décrite comme le fait d'avoir un " puissant serpent dans les entrailles) en vue d'atteindre le statut de femme et de se faire accepter comme telle, une idée partagée par des personnes qui occupaient

une place importante dans leur vie. Dans certaines familles, l'encouragement à avoir un enfant très tôt était sans équivoque, souvent motivé par les grand-mères qui voulaient un bébé pour leur tenir compagnie. Cet état de fait tire probablement son origine d'une institutionnalisation[2,13,15,16] historique, sinon de l'acceptation publique explicite de la grossesse avant le mariage et des dispositions habituellement prises pour s'occuper des enfants au sein de la famille élargie.

En même temps, les craintes que la contraception pourrait provoquer la stérilité étaient très répandues. Des prédicateurs des églises locales africaines auraient affirmé dans leurs prêches que l'utilisation des méthodes contraceptives " perce et gâte les ovules ". Certaines infirmières semblaient également donner des informations qui soutenaient ce point de vue. Une des infirmières a affirmé:

" *Nous leur disons: 'Tu pourrais tomber enceinte, ou tu pourrais ne pas tomber enceinte' [après l'utilisation des contraceptifs injectables] et nous ajoutons que 'parfois ça peut être à cause du développement de ton appareil reproducteur, parfois parce que tu as utilisé l'injection' "*.

De nombreuses mères adolescentes ont expliqué que leur propre mère ne les avait pas autorisées à utiliser une méthode contraceptive de peur qu'elle ne provoque une stérilité définitive et les avait activement encouragées à tomber enceinte. Elles se plaignaient souvent du fait que la contraception les rendait malades et de « maux de bas ventre » après les rapports sexuels, de perte de poids, de diminution des sensations sexuelles en raison de l'humidification vaginale et de la peur d'être condamnée (c'est-à-dire rendue stérile).

Selon les propos recueillis, les partenaires sexuels des jeunes femmes voulaient eux aussi souvent prouver leur fertilité, en engendrant un enfant et la grossesse était considérée comme une preuve d'amour et d'engagement. Plutôt que de soulever ce problème directement, certains garçons tentaient de manipuler les jeunes filles, pour les convaincre d'arrêter les contraceptifs. Certains jeunes gens exigeaient que leur partenaire cesse la contraception et menaçaient d'utiliser (ou utilisaient parfois) la violence physique pour faire respecter leur volonté, ou déchiraient les cartes de consultation, jetant les pilules. En raison de cette coercition, certaines filles sont tombées enceintes, tandis que d'autres utilisaient secrètement des méthodes contraceptives.

Pratiques contraceptives traditionnelles et idées erronées sur le plan médical en matière de contraception

Lorsque les infirmières et les mères essayaient de forcer les filles à utiliser une méthode contraceptive, leurs grandes attentes en matière d'obéissance et de respect les ont souvent conduites à accorder peu d'attention au besoin d'informations des filles et à leur souhait de voir leurs préoccupations prises au sérieux. Les filles interrogées ont affirmé qu'elles avaient reçu au mieux très peu d'informations vagues au sujet de la menstruation ou de la sexualité de la part de leur mère, leurs proches ou leurs enseignants. Certaines adolescentes ont présenté les amies comme des sources importantes d'informations sur les méthodes contraceptives et ont affirmé qu'elles fréquentaient de façon occasionnelle le dispensaire en petits groupes et se donnaient des conseils. Cependant, le manque d'accès à l'information médicale sur l'appareil reproducteur a fait place à des notions erronées sur le plan médical concernant les conditions nécessaires à la conception. Ces notions erronées ont amené certaines filles à croire qu'elles ne couraient aucun risque de tomber enceintes, par exemple que le sang de chaque partenaire sexuel devait être " habitué " à celui de son/sa partenaire suite à une séries de rapports sexuels avant que la conception puisse se produire. Il existait une croyance connexe selon laquelle si une femme a de multiples partenaires et les alterne de façon régulière, la conception ne peut se produire car " le sang est différent" chaque fois.

Les connaissances étaient très répandues sur les méthodes traditionnelles et religieuses locales de contraception: par exemple attacher une corde contenant un médicament traditionnel autour de la taille, le mélange d'un pagne maculé du sang menstruel de la femme avec du médicament traditionnel fourni par un guérisseur traditionnel et son enfouissement, boire du thé ou des décoctions qui ont fait l'objet de prières des chefs religieux.

Une autre méthode mentionnée par certaines jeunes femmes est "la prévention par les règles" qui, selon leur explication, consistait à s'abstenir de rapports sexuels dans la seconde moitié du cycle (avant et pendant les règles), ce qu'elles considéraient comme la période à très haut risque de conception. Les filles que nous avons interrogées ont affirmé qu'elles-mêmes n'utilisaient pas ces méthodes, mais les jugeaient efficaces et croyaient que la conception se produirait seulement si le médicament traditionnel avait perdu sa puissance. Dans des recherches récentes non publiées menées dans une autre partie de l'Afrique du Sud, nous avons constaté que ces méthodes sont très communément utilisées par les adolescentes et qu'une croyance générale affirme que la conception a de fortes chances de se produire pendant la menstruation.

Les infirmières nous ont confié que certaines adolescentes prenaient des pilules contraceptives seulement lorsque leur partenaire sexuel venait leur rendre visite ou seulement pendant la moitié du nombre de jours requis afin de réduire les risques de prise de poids. En cas de non-prise des pilules, les infirmières nous ont affirmé que les jeunes femmes prenaient parfois toute la plaquette d'un coup, ce qui est conforme aux pratiques documentées dans d'autres régions du pays selon lesquelles la prise de toutes la plaquette provoque l'avortement.[17] La majorité des adolescentes avec qui nous avons abordé la question des pilules avaient l'impression, renforcée par les infirmières, que l'oubli de la pilule entraînerait une grossesse.

Au moment de la recherche, la plupart des enquêtées avaient peu d'expérience en matière d'utilisation du préservatif et craignaient qu'il reste à l'intérieur du vagin ou de l'utérus et que son retrait nécessite l'intervention d'un médecin à l'hôpital. Cette idée a également été constatée par les auteurs chez les adolescentes dans une autre partie du pays.

Blocages de sang: absence de règles et contraceptifs injectables

La plupart des filles utilisant des contraceptifs injectables ont affirmé avoir eu des règles irrégulières qui les ont souvent amenées à arrêter l'utilisation des contraceptifs injectables étant donné que leurs infirmières ne leur permettaient pas toujours de changer de méthodes. Le changement de méthode était réservé aux cas où les infirmières percevaient qu'il y avait un problème médical, un "vrai" problème. L'absence prolongée de règles signifiait que les filles ne savaient pas si elles étaient enceintes ou non. Il était également en général considéré que les règles nettoyaient l'utérus qui accumulait de la "saleté".[18]

Une des filles interrogées a donné l'explication ci-dessous concernant les règles irrégulières:

" *La femme a deux tubes qui, à ce que l'on dit, libèrent les règles; mais souvent, seulement un tube le libère [le sang] et si tel est le cas, il ne peut pas le libérer chaque mois*".

La majorité des personnes interrogées ont décrit cette étape de « blocage » comme une situation difficile, identifiable grâce à des « caillots noirs » ou des « maux de bas ventre » et l'ont interprétée comme étant une indication ou une cause de maladie. Certaines des personnes interrogées ont déclaré que l'absence de règles était en elle-même une maladie et ont ajouté que cela signifiait que l'injection n'était « pas bonne pour le sang ». L'on estimait que rester dans une telle situation de "blocage provoquait plusieurs autres symptômes dont des malaises abdominaux, des gonflements du corps, des maux de tête (le sang « a été bloqué dans la tête »), la fatigue, des lésions sur le corps, des infections, une prise de poids et des transformations de la peau, particulièrement un teint bleuâtre qui mettait en évidence que le sang s'était retiré quelque part. Selon une adolescente, les gonflements du corps sont provoqués par le sang qui devrait « normalement rester dans l'abdomen pour faire un bébé » tout en descendant vers les jambes ou d'autres parties du corps. Le sang bloqué quelque part dans le corps pourrait en fin de compte " sortir trop vite", avec des effets indésirables. Deux histoires ont été racontées à propos de cas où des femmes se seraient littéralement effondrées et avaient saigné jusqu'à ce que mort s'ensuive parce que le sang sortait trop vite.

Le lien avait été établi entre l'infécondité et ces blocages de sang. Une des explications était que le sang s'était accumulé dans l'abdomen, ce qui avait

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080(0 6) 27231-8

"fatigué" l'utérus, évitant potentiellement une grossesse, parfois de façon définitive. Une autre jeune fille a expliqué le processus en ces termes:

" Si tu n'es pas sous injection, le sang reste quelque part près de l'utérus, et si tu ne conçois pas ce mois-là, le sang peut sortir. Mais si tu utilises Nur-Isterate, ce sang ne passe pas facilement pour rejoindre sa place près de l'utérus et cela signifie que ton corps ne sera plus jamais comme il était et ce sang t'empêchera pour toujours de tomber enceinte".

La majorité des filles estimait que cette infécondité était un état temporaire et ont affirmé qu'après deux ou trois ans, l'injection pourrait "être toujours dans le corps", ou alors qu'après avoir arrêté les injections, il faudrait le même laps de temps pour concevoir que le temps passé sous injection.

L'anxiété à propos de l'absence de règles avait pour conséquence, des modes irréguliers d'utilisation des contraceptifs, ce que les jeunes filles justifiaient comme le besoin « d'attendre que le sang sorte ». Une des filles utilisait l'injection pendant trois mois d'affilée et observait une pause afin d'avoir ses règles. Les règles abondantes ont été également citées comme faisant partie des effets secondaires de la contraception par les injectables, ce qui a amené une des filles interrogées à s'inquiéter du fait que son sang « serait fini » à un moment donné.

Stigmatisation de la sexualité chez les adolescents

En matière de prise en charge des effets secondaires des contraceptifs, il y avait une très grande inadéquation entre les besoins et les attentes des adolescentes utilisant des méthodes contraceptives et les préoccupations et pratiques des infirmières. En général, les infirmières étaient très mal à l'aise de donner des contraceptifs à des adolescentes, particulièrement aux plus jeunes qu'elles considéraient invariablement comme des « enfants ». Elles avaient constaté que les rapports sexuels commençaient à un âge de plus en plus jeune et que l'accès aisé aux contraceptifs avait encouragé cette tendance. Elles ont exprimé leur inquiétude quant aux conséquences des grossesses précoces, particulièrement l'abandon scolaire prématuré des jeunes filles et l'accroissement de la pauvreté des familles.

" Ça m'inquiète beaucoup de voir de si petits enfants qui s'engagent très jeunes, s'exposant ainsi aux maladies. Cela me touche beaucoup ".

En raison de ces préoccupations, les infirmières ont déclaré qu'elles ont souvent essayé d'influencer les adolescentes afin qu'elles n'aient pas de rapports sexuels, lorsqu'elles viennent pour la contraception. Comme l'a affirmé l'une d'elles: *" on commence par leur faire un sermon sur les dangers des rapports sexuels précoces avant qu'elles ne réussissent à vous convaincre de leur donner ce qu'elles veulent ".* Une autre a ajouté que les infirmières disaient aux adolescentes que l'utilisation de contraceptifs ne signifiait pas qu'elles devaient " courir derrière " plusieurs partenaires mais qu'elles devaient " se comporter selon la morale normale ". Les infirmières considéraient comme problématique la prétendue attitude des adolescentes selon laquelle le sexe est un " jeu ", qualifiant une telle attitude de symptomatique de l'ignorance et de l'insouciance quant aux conséquences.

Les adolescentes ont confirmé ce que les infirmières ont déclaré, expliquant que les infirmières ne donnent les contraceptifs qu'après avoir posé des " questions bizarres " pour savoir si elles avaient des petits amis, pourquoi elles avaient des rapports sexuels si jeunes, si elles en avaient parlé à leur mère et pourquoi elles portaient des mini-jupes, après leur avoir reproché d'être trop jeunes pour avoir des rapports sexuels et exigé qu'elles arrêtent de voir les hommes. Celles qui refusaient de répondre à ces questions étaient réprimandées et tout était mis en œuvre pour qu'elles se sentent honteuses et effrayées. Les filles ont à l'unanimité indiqué qu'elles ne pouvaient pas résister aux infirmières car elles étaient plus âgés et s'attendaient à se faire respecter et, en outre, elles avaient besoin de leurs services.

" Nous avons simplement honte, mais nous ne contestons pas ce qu'elles disent. Souvent, tu peux contester ce qu'elles disent et te rendre compte que tu utilises des mots qui peuvent les blesser ; alors la

prochaine fois que tu te rends là-bas, elles refusent de t'aider ".

À la question de savoir si les observations et les sermons sur les dangers des rapports sexuels précoces ne vont pas détourner les filles des dispensaires, une infirmière répond: *" elles aiment ça, elles ne sont pas effrayées tant que vous n'êtes pas dure avec elles ".* D'autres ont admis que même si leurs " sermons " constituaient un obstacle à l'accès, elles avaient toujours le sentiment de devoir les faire.

La stigmatisation de la sexualité chez les adolescentes a constitué un obstacle à l'accès aux services de contraception, mais la plupart des infirmières n'ont pas reconnu leurs actions comme contribuant au renforcement de cette stigmatisation. Il nous est revenu que la réticence à accepter l'identité entachée des filles qui ne sont plus vierges constituait un obstacle à l'utilisation du service. L'on ne pourrait avoir accès aux services de contraception sans accepter que l'on ait besoin de ces services et la recherche de services de contraception équivalait à une forme d'admission publique de l'activité sexuelle. Comme l'a affirmé une infirmière: *" c'est son secret et c'est un scandale que les infirmières sachent ".* La perception que la sexualité chez les jeunes était stigmatisée a été renforcée par l'action des infirmières et par des femmes plus âgées dans les salles d'attente qui, à ce que l'on dit, feraient des remarques.

Réprimandes des infirmières et représailles des adolescentes: la dynamique du pouvoir dans les services contraceptifs ruraux

Les expériences de " harcèlement " de la part des infirmières sont apparues comme un thème majeur dans les récits des adolescentes interrogées, même dans les entretiens réalisés dans les salles d'attente des dispensaires, ce qui aurait potentiellement pu inhiber des discussions franches sur ces questions. Les adolescentes présentent généralement les infirmières comme grossières, irritables et arrogantes.

Sur le plan juridique, l'on n'a pas besoin de permission parentale pour prescrire des contraceptifs aux mineures, mais certaines infirmières se sentaient mal à l'aise face à cet état de fait et craignaient également les conséquences du courroux des parents. Cela constituait particulièrement un problème dans des milieux tels que celui de notre étude où les communautés sont petites et les églises s'opposant à l'utilisation des contraceptifs exercent une forte influence. Les infirmières ne respectaient donc pas toujours les directives officielles, même si elles ont indiqué que souvent, elles prescrivaient une méthode à une adolescente dont la mère n'était pas d'accord ou n'était pas au courant. Cependant, demander la permission parentale constituait potentiellement un obstacle à l'accès et le cas s'est certainement produit. À titre d'exemple, il avait été demandé à une jeune fille que nous avons interrogée de revenir avec sa mère.

Les adolescentes ont évoqué le fait d'être réprimandées par les infirmières pour plusieurs choses, entre autres si elles avaient reçu précédemment des doses de contraception chez un praticien généraliste (privé) ou fréquenté un dispensaire fixe lorsque leur lieu de résidence était desservi par un dispensaire mobile ou le fait de ne pas arriver au dispensaire tôt le matin (en dépit du fait que, pour la plupart d'entre elles, fréquenter le dispensaire n'était possible qu'en dehors des heures de cours). Les cartes de consultation constituaient également un point important de discorde. La plupart des infirmières se plaignaient du fait que certaines filles falsifiaient leurs cartes de consultation et notamment, changeaient les dates et imitaient les signatures des infirmières si elles venaient après la date du prochain rendez-vous afin d'éviter les réprimandes. Une infirmière a indiqué à ce propos que c'est " ignorer qu'elles se trompent elles-mêmes ". Une autre a affirmé que certaines filles utilisaient la " falsification " comme stratégie pour résister à leur mère qui les forçait à utiliser les contraceptifs contre leur volonté. Les infirmières ont comparé ce comportement à une façon de faire " l'école buissonnière " et l'ont même qualifié de criminel, ce qui leur donnait le sentiment d'en avoir assez et d'être offensées et elles le faisaient savoir aux filles. Certaines adolescentes nous ont raconté que lorsqu'elles étaient en retard pour le rendez-vous suivant parce qu'elles étaient occupées, avaient oublié, étaient absentes ou avaient perdu ou endommagé leur carte de consultation, elles arrê-

taient parfois la contraception pendant un bout de temps au lieu d'affronter les réprimandes des agents de santé. Il arrivait également, comme l'a relevé une infirmière, qu'elles partagent les contraceptifs oraux avec des amies plutôt que de se rendre elles-mêmes à la clinique.

Bien que l'interruption de grossesse soit légale en Afrique du Sud depuis février 1997 (avant la présente étude) et que la contraception d'urgence soit censée être disponible dans les dispensaires, les infirmières refusaient catégoriquement de se faire " duper " en les amenant à fournir des contraceptifs d'urgence comme abortifs. Cette attitude entre dans le cadre de la résistance générale des infirmières qui ne veulent pas être impliquées dans l'avortement ou même donner des informations à ce sujet.[17] Les infirmières ont également affirmé que les jeunes filles demandaient les injectables ou, moins fréquemment, " les pilules rouges " (contraception d'urgence) si elles suspectaient être enceintes, croyant que ces pilules les feraient avorter. Bien que cela ne constitue pas une nécessité sur le plan médical, les dispensaires observaient une règle selon laquelle une femme ne pouvait recevoir les injections que pendant ses menstruations, de façon à permettre aux infirmières de s'assurer qu'elle n'était pas enceinte. Les infirmières ont indiqué que les adolescentes pouvaient emprunter les serviettes hygiéniques souillées d'amies, mettre du jus de betterave ou du sang provenant d'un doigt piqué sur une serviette hygiénique afin d'essayer de convaincre les infirmières qu'elles avaient en réalité leurs règles. Elles ont ajouté qu'elles arrivaient souvent à détecter ces genres de cas à partir du comportement de l'adolescente: *" ces dernières sont agressives. Elles nous forcent tout simplement à leur faire une injection ou alors elles peuvent se mettre à pleurer "*.

Alors que bon nombre de jeunes filles se sentaient impuissantes pour répondre aux infirmières au dispensaire, certaines semblaient avoir riposté lorsqu'elles avaient rencontré les infirmières dans la communauté et les infirmières se sont plaintes de cet état de choses.

" Elles [les filles] sont coopératives au dispensaire mais dehors, elles vont commencer par te montrer du doigt, en disant: 'c'est cette femme qui m'a posé toutes ces questions! Tu essaies de les ignorer mais les autres diront: "hé, elle ne peut pas poser toutes ces questions!' et donc, tu te sens faible car tu es en dehors du dispensaire."

Encore plus important cependant, les effets combinés des tentatives des infirmières de stigmatiser la sexualité chez les adolescentes, de leurs réprimandes, des mauvais traitements des adolescentes et du manque de volonté de reconnaitre les expériences des adolescentes en tant qu'utilisatrices de contraceptifs ont eu un effet négatif sur l'utilisation effective des contraceptifs par les jeunes filles.

Discussion

La grossesse chez les adolescentes demeure un problème important en Afrique du Sud. Même si les taux sont en baisse, [5] ils sont toujours élevés et la plupart des adolescentes ont indiqué que leurs grossesses étaient, au moins dans une certaine mesure, non désirées. La majorité des filles interrogées dans le cadre de la présente étude utilisait une méthode contraceptive mais ne l'avait pas fait de façon permanente par le passé. Par conséquent beaucoup d'entre elles étaient tombées enceintes. Dans certains cas, une expérience problématique au dispensaire avait conduit à la décision immédiate de ne plus jamais y retourner. D'autres obstacles ont joué un rôle plus ou moins important en fonction des situations. Des problèmes tels que les effets secondaires des contraceptifs peuvent être tolérés pendant un certain temps, mais inciter ultérieurement à arrêter l'emploi de contraceptifs, même temporairement. De même, les filles qui venaient en groupe au dispensaire s'accommodaient parfois des réprimandes des infirmières tandis que ces réprimandes pourraient constituer un obstacle absolu pour les filles se rendant seules à la visite ou qui étaient peut-être plus vulnérables.

Il faut faire preuve de prudence dans la généralisation de nos conclusions. Nous ne savons pas si les mêmes types d'attitudes et d'expériences prévalent chez les adolescentes et les infirmières en charge de la planification familiale dans la

province du Limpopo de nos jours. Cependant, nos recherches menées dans la région rurale du Cap oriental au cours des trois dernières années ont permis de constater des idées très similaires au sujet de la conception chez les filles, l'utilisation généralisée de contraceptifs " traditionnels ", des modes irréguliers d'utilisation des méthodes modernes de contraception et de recevoir des informations faisant état d'infirmières qui les réprimandent.[19] Ainsi, nous avons des raisons de croire que nos conclusions demeurent pertinentes et que des interventions sont toujours nécessaires.

Notre étude a identifié la pression poussant les adolescentes à concevoir comme étant l'un des facteurs qui sous-tendent le taux de grossesse élevé chez les adolescentes. Bien qu'il existe un discours dominant dans le secteur de la santé concernant le problème des grossesses chez les adolescentes, notre étude suggère que certaines des figures influentes dans la vie des adolescentes considèrent la grossesse chez les adolescentes comme quelque chose de souhaitable. Cependant, cette observation va à l'encontre d'autres études selon lesquelles les mères adolescentes ne désiraient pas leur grossesse au moment[5] où elles tombaient enceintes. Cela souligne la nature changeante du " désir " de grossesse chez les adolescentes dont Jewkes et al.[2] ont fait la remarque. Il semble improbable qu'il y ait un point de vue plus unifié du caractère *indésirable* de la grossesse des adolescentes au sein des communautés à moins que davantage d'opportunités d'éducation et d'emploi produisent une convergence des idées concernant les coûts sociaux et les autres coûts de la grossesse chez les adolescentes. Entretemps, une proportion de grossesses d'adolescentes ne pourra probablement pas être évitée, même avec une amélioration des services de santé.

Un des obstacles à l'utilisation efficace des méthodes contraceptives était la connaissance limitée et erronée de l'anatomie et de la physiologie procréatrices. Tel fut le constat dans bon nombre d'études précédentes[4,14] qui traduit également un manque de connaissances générales et un échec des enseignements dispensés dans les écoles. Des activités récentes se sont employées à améliorer ce domaine du cursus et de l'enseignement en Afrique du Sud, mais il est évident que ce domaine ne donne toujours pas satisfaction et que les connaissances nécessaires sont souvent transmises seulement après que les adolescents sont devenus sexuellement actifs.[20] Nos conclusions renforcent la nécessité de fournir davantage d'informations aux adolescents avant le début de l'activité sexuelle, à partir de 14 ans.[3,14,21] Nous estimons également qu'il serait bon de réfuter activement les croyances locales fréquemment erronées.

Il est largement établi que des soins de grande qualité en matière de services de contraception aboutissent à une utilisation permanente des méthodes contraceptives.[22,23] Les femmes qui reçoivent plus d'informations et de meilleurs conseils sur les effets secondaires sont moins susceptibles d'arrêter d'en utiliser.[24–26] Les jeunes femmes ont besoin de plus d'informations sur la contraception, qu'elles soient fournies dans le cadre de l'éducation sur la santé sexuelle et génésique dans les écoles, par le truchement d'autres supports ou par les centres de santé sanitaires. Ces informations devraient porter sur les préoccupations courantes concernant les effets secondaires des contraceptifs et sur la manière de s'en accommoder sans compromettre l'efficacité des contraceptifs. Nos conclusions autorisent également à penser que les agents de santé des services de contraception ont peut-être des lacunes dans leur formation et dans les connaissances concernant l'utilisation des contraceptifs et la prise en charge des effets secondaires. Dans le cas d'utilisation de contraceptifs injectables notamment, la différence entre la stérilité et le retard provoqué par la contraception dans le retour à la fécondité doit être mieux comprise et communiquée. Dans ce milieu, les infections sexuellement transmissibles constituent la cause la plus répandue de stérilité et leur prévention doit également faire l'objet d'une sensibilisation efficace.

Pour mieux gérer les effets secondaires des contraceptifs, il faut un cadre de pratiques cliniques avec des compétences en matière d'écoute, mais également une attitude particulière envers les adolescentes et le rôle des infirmières. Bien que la rigidité que nous avons observée chez les infirmières dans les réponses aux effets secondaires puisse

GISELE WULFSOHN / PANOS PICTURES

Spectateurs d'un spectacle de sensibilisation sur le sida, Johannesburg, 2001

partiellement traduire un manque de confiance et une formation insuffisante, elle reflète également une approche hiérarchique aux relations infirmière-patiente qui rend difficile, pour les infirmières, de parler avec les filles comme elles le souhaitent. Cette rigidité peut également révéler l'utilisation d'une tactique d'intimidation dans une tentative de dissuader les adolescentes d'avoir des rapports sexuels. Dans la province du Cap oriental, Mathai a enregistré les conversations des consultations infirmières-utilisatrices et a constaté que très peu du temps accordé était consacré à expliquer comment utiliser les méthodes, à décrire les effets secondaires connus et à donner les raisons justifiant l'apparition[27] de symptômes. La formation des personnes fournissant des services de contraception doit leur permettre de s'approprier une approche de responsabilisation, de résolution des problèmes, mais doit également s'intéresser aux rôles et attitudes à l'égard des patients. L'Organisation mondiale de la santé a mis au point un outil pour permettre aux fournisseurs de services de planification familiale de répondre à ces questions.[29] Néanmoins, un tel outil ne sera efficace que si les prestataires de services sont orientés vers des attitudes favorables à la fourniture d'informations et la responsabilisation des filles ayant besoin d'une méthode de contraception. L'Initiative nationale sud-africaine pour des dispensaires adaptés aux adolescents *(National Adolescent-Friendly Clinic Initiative in South Africa)* est un exemple de programme qui a cherché à améliorer les services de contraception en faveur des jeunes femmes en les rendant plus accessibles et conviviaux.[9] Néanmoins, son efficacité reste à prouver.

L'approche empreinte de préjugés de certains prestataires de soins de santé en Afrique du Sud a constitué un obstacle à l'utilisation d'une gamme d'infrastructures.[9,17,27,28,30,31] Le fait que les infirmières, dans le cadre de la présente étude, estimaient que ce n'était pas bien pour les adolescentes d'avoir des rapports sexuels a eu un impact sur leurs actions lors des consultations dans les dispensaires. Quoiqu'estimant que la grossesse chez les adolescentes constituait un

problème qui devrait être évité, les infirmières ne se sentaient pas à l'aise quand il s'agissait de donner des contraceptifs aux jeunes filles. Leurs tentatives de décourager les rapports sexuels chez les jeunes semblent avoir stigmatisé davantage l'activité sexuelle et fait obstacle à l'utilisation des contraceptifs. Le fossé entre la politique personnelle des infirmières (qui reflète des normes sociales plus générales) et les impératifs de santé publique constitue un enjeu important pour les services de santé car il compromet la prestation de services efficaces de grande qualité. Cet écart soulève également des questions importantes concernant la socialisation professionnelle, la formation, la supervision, et le perfectionnement du personnel infirmier. Des interventions telles que les séries d'ateliers *" Les agents de santé pour le changement "* peuvent jouer un rôle important pour aider le personnel à faire face à certaines de ces questions.[32]

La présente étude à été menée avant le lancement des campagnes *loveLife* (vie amoureuse) (bhttp://www.lovelife.org.za N) en Afrique du Sud. L'un des objectifs de *loveLife* est de réduire la stigmatisation liée à la sexualité des adolescents et d'établir que puisque la majorité des adolescents sont sexuellement actifs (et presque tous à l'âge de 20 ans au plus), il est important de reconnaitre cet état de fait, de fournir des informations exactes sur les rapports sexuels et de permettre des rapports sexuels à moindre risque. Nous ne savons pas quel impact ces campagnes ont eu sur les perceptions des adolescentes de leur activité sexuelle. Néanmoins, nos conclusions nous autorisent à penser qu'un objectif programmatique de cette nature serait approprié et pourrait apporter une contribution positive à l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des contraceptifs.

Remerciements

La présente recherche a été financée par le Fonds de recherche sur la santé génésique du Health System Trust et n'aurait été possible sans les jeunes femmes et les infirmières des dispensaires qui y ont pris part. Joyce Maepa a joué le rôle d'interprète et de co-enquêtrice ; elle a également traduit et retranscrit les entretiens enregistrés.

Nous remercions le Dr Lloyd Kaseke, la Direction des services de soins infirmiers de l'hôpital Mankweng et le département du Comité de recherche en santé de la province du Limpopo qui a facilité l'accès au site et la présente étude. Nous tenons également à remercier Peter Aggleton pour ses observations sur le manuscrit.

Références

1. Buga G, Amoko D, Ncayiyana D. Sexual behaviour, contraceptive practices and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. South African Medical Journal 1996;86:523–27.
2. Jewkes R, Vundule C, Maforah F, et al. Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. Social Science and Medicine 2001;52(5):733–44.
3. Kaufman C, Clark S, Manzini N, et al. Communities, opportunities and adolescents' sexual behaviour in KwaZulu-Natal, South Africa. Studies in Family Planning 2004;35(4):261–74.
4. Varga C. Sexual decision-making and negotiation in the midst of AIDS: youth in KwaZulu/Natal, South Africa. Health Transition Review 1997;7(Suppl. 3):45–67.
5. Department of Health. South Africa Demographic and Health Survey. Pretoria7 Department of Health, 1999.
6. Department of Health. National HIV and syphilis antenatal sero- prevalence survey South Africa 2003. Pretoria7 Department of Health, 2004.
7. Chimere-Dan O. Contraceptive prevalence in South Africa. International Family Planning Perspectives 1996;22(1):4–9.
8. Burgard S. Factors associated with contraceptive use in late- or post-apartheid South Africa. Studies in Family Planning 2004;35(2):91–104.
9. Dickson-Tetteh K, Pettifor A, Moleko W. Working with public-sector clinics to provide adolescent-friendly services in South Africa. Reproductive Health Matters 2001;9(17):160–69.
10. Mfono Z. Adolescent contraceptive needs in urban South Africa: a case study. International Family Planning Perspectives 1998;24(4):180–83.
11. Wood K, Maforah F, Jewkes R."He forced me to love him": putting violence on the adolescent sexual health agenda. Social Science and Medicine 1998;47:233–42.
12. Varga C. How gender roles influence sexual and reproductive health among South African adolescents. Studies in Family Planning 2003;34(3):160–72.

13. Preston-Whyte E. Culture, context and behaviour: anthropological perspectives on fertility in Southern Africa. South African Journal of Demography 1998;2(1):13–23.
14. Richter L. A survey of reproductive health issues among urban Black youth in South Africa. Pretoria7 Society for Family Health, 1996.
15. Caldwell JC, Caldwell P. The South African fertility decline. Population and Development Review 1993;19(2):225–62.
16. Preston-Whyte E, Zondi M. African teenage pregnancy: whose problem? In: Burman S, Preston-Whyte E, editors. Questionable Issue: Illegitimacy in South Africa. Cape Town7 Oxford University Press, 1992. p.226–46.
17. Jewkes R, Gumede T, Westaway M, et al. Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005;112(5):1236–42.
18. See Jewkes R, Wood K.Problematizing pollution: dirty wombs, ritual pollution and pathological processes. Medical Anthropology 1999;18:163–86.
19. Jewkes R, Nduna M, Levin J, et al. A cluster randomised controlled trial to determine the effectiveness of Stepping Stones in preventing HIV infections and promoting safer sexual behaviour amongst youth in the rural Eastern Cape, South Africa: trial design, methods and baseline findings. Tropical Medicine & International Health 2006;11:3–16.
20. Manzini N. Sexual initiation and childbearing among adolescents in KwaZulu Natal, South Africa Reproductive Health Matters 2001;9(17):44–52.
21. Vundule C, Maforah NF, Jewkes R, et al. Risk factors for teenage pregnancy amongst African adolescents in metropolitan Cape Town: a case control study. South African Medical Journal 2001;91:73–80.
22. Rama Rao S, Lacuesta M, Costello M, et al. The link between quality of care and contraceptive use. International Family Planning Perspectives 2003;29(2):76–83.
23. Koenig MA, Hossain MB, Whittaker M. The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh. Studies in Family Planning 1997;28(4):278–89.
24. Cotton N. Early discontinuation of contraceptive use in Niger and the Gambia. International Family Planning Perspectives 1992;18(4):145–49
25. Lei Z-W, Wu SC, Garceau RJ, et al. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depot-medroxyprogesterone acetate for contraception. Contraception 1996;53:357–61.
26. Patel D. The effects of service quality on IUD continuation among women in rural Gujarat. In: Koenig MA, Khan ME, editors. Improving Quality of Care in India's Family Welfare Programme: The Challenge Ahead. New York7 Population Council, 1999. p.333–45.
27. Mathai M. A study of the knowledge and problem-solving ability of family planning nurses in Mdantsane. Unpublished thesis, Master of Philosophy (Maternal and Child Health). University of Cape Town. 1997.
28. Abdool-Karim Q, Preston-Whyte S, Abdool-Karim S. Adolescents seeking condoms at family planning services – Part 1. A user's perspective. South African Medical Journal 1992;80:301–02.
29. World Health Organization and John Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, Information and Knowledge for Optimal Health (INFO). Decision making tool for family planning clients and providers. Geneva7 WHO, 2005 At: bhttp://www. who.int/reproductive-health/ family_planning/ counselling. htmlN.
30. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z.Why do nurses abuse patients? Reflections from South Africanobstetric services. Social Science and Medicine 1998;47:1781–95.
31. Kaufman C, de Wet T, Stadler J.Adolescent pregnancy and parenthood in South Africa. Studies in Family Planning 2001;32(2):147–60.
32. Vlassoff C, Fonn S. Health Workers for Change as a health system management and development tool. Health Policy and Planning 2001;16(Suppl. 1):47–52

QUESTIONS de santé reproductive

© 2012 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
L'article ci-dessous a été tiré de Reproductive Health Matters 2006;14(27):119-128
0968-8080/06 $ – see front matter

REPRODUCTIVE HEALTH matters

Les attitudes des infirmières sages-femmes face aux besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et génésique au Kenya et en Zambie

Linnéa U Warenius,[a] Elisabeth A Faxelid,[b] Petronella N Chishimba,[c] Joyce O Musandu,[d] Antony A Ong'any,[e] Eva B-M Nissen[f]

a Doctorant, Division de santé internationale, Département de Sciences de la santé publique, Karolinska Institute, Stockholm, Suède. E-mail: Linnea.Warenius@ki.se

b Maître de conférence et Professeur agrégé, Division de santé internationale, Département de Sciences de la santé publique, Karolinska Institute

c Directeur d'études, Kitwe School of Nursing, Kitwe, Zambia

d Maître de conférences, Département des Sciences infirmières, Université de Nairobi, Nairobi, Kenya e Enseignant, Département des Sciences infirmières, University de Nairobi

f Maître de conférences, Division des Soins de santé reproductive et périnatale, Département de la santé de la mère et de l'enfant, Karolinska Institute, et Ecole des sciences de la vie, Université de, Stockholm, Suède

Résumé: *La sexualité des adolescents est une question morale très sensible au Kenya et en Zambie. Les services de santé génésique pour adolescents sont assurés principalement par des infirmières/sages-femmes, mais les centres publics sont sous-utilisés par les adolescents. Cette étude a enquêté sur les attitudes des infirmières/sages- femmes kenyanes et zambiennes (n= 820) à l'égard des problèmes de santé génésique des adolescents, afin d'améliorer les services. Les données ont été recueillies par un questionnaire. L'étude a révélé que les infirmières/sages-femmes désapprouvaient l'activité sexuelle des adolescents, notamment la masturbation, l'utilisation de contraception et l'avortement, mais qu'elles traitaient ces questions de manière pragmatique. Les plus instruites et celles qui avaient reçu une formation continue sur la santé génésique des adolescents tendaient à avoir une attitude plus bienveillante. A notre avis, la formation initiale et continue devrait mettre l'accent sur la pensée critique autour des dimensions culturelles et morales de la sexualité des adolescents, pour aider les infirmières/sages-femmes à être plus ouvertes à la réalité de la sexualité des adolescents. Les responsables des soins infirmiers et d'autres secteurs pourraient également jouer un rôle important afin d'élargir la discussion sociale sur ces questions. Cela créerait un environnement plus tolérant à l'égard de la sexualité des adolescents et ferait prendre conscience des effets bénéfiques sur la santé publique d'un accès élargi à des services de santé génésique adaptés aux jeunes.*
© 2006 Reproductive Health Matters 2006 (English), 2012 (Français). Tous droits réservés.

Mots clés: adolescents, sexualité, croyances/normes/valeurs, formation des prestataires de services, services adaptés aux jeunes, pensée critique, Kenya, Zambie

Les grossesses non désirées, les avortements pratiquées dans de mauvaises conditions d'hygiène et les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, sont des problèmes majeurs de santé publique[1] dans de nombreuses régions du monde chez les adolescents et les jeunes âgés de 15-24 ans. En 1994, la santé et les droits génésiques des adolescents ont été mis pour la première fois à l'ordre du jour international lors de la Conférence internationale sur la population et le développement. Cependant, en dépit des accords à l'échelle mondiale, les services de santé génésique demeurent largement insuffisants et les besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et génésique demeurent négligés dans de nombreux pays.[2]

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)27242-2

Ce projet a été élaboré pour cibler les questions de santé génésique chez les jeunes, à travers un réseau composé d'infirmières et de sages-femmes originaires du Kenya, de la Zambie et de la Suède, où les rencontres des infirmières et des sages-femmes avec des adolescents ont été identifiées comme problématiques, entrainant une sous-utilisation des services de santé sexuelle et génésique par les jeunes. Nous avons décidé d'étudier les attitudes dans deux pays voisins qui ont des systèmes de santé partiellement différents et des lois différentes sur l'interruption volontaire de grossesse. L'étude décrite dans le présent article fait partie d'un projet plus vaste visant à améliorer les services de santé sexuelle et génésique au profit des adolescents au Kenya et en Zambie.

Santé sexuelle et génésique des adolescents au Kenya et en Zambie

Le contexte socioculturel dans lequel se trouvent les adolescents au Kenya et en Zambie a considérablement changé au cours des dernières générations. Dans les deux pays, comme dans presque toute l'Afrique, les adolescents connaissent une effervescence sociale alors que leur pays s'industrialise et s'urbanise. Les normes sociétales sur la sexualité des adolescents varient selon les groupes ethniques. Par exemple, certains des principaux groupes ethniques dans les régions où cette étude a eu lieu, comme les Luo du Kenya et les Bemba en Zambie, attendent des filles qu'elles soient chastes avant le mariage. Les Cewa en Zambie, en revanche, autorisent des relations sexuelles limitées et discrètes chez les jeunes. La plupart des groupes ethniques, toutefois, précisent que les jeunes femmes ne devraient pas avoir d'enfants en dehors du mariage.[3–5] Le Kenya et la Zambie ont des penchants religieux très prononcés. La religion prédominante dans les deux pays est un mélange de croyances traditionnelles et de christianisme et une partie mineure de la population adhère à l'Islam.[6] Quelle que soit l'affiliation religieuse, les relations sexuelles avant le mariage sont interdites. L'éducation sexuelle, qui autrefois reposait sur les personnes âgées au sein des familles, est progressivement prise en charge par les écoles, les églises et les organisations non gouvernementales (ONG). Ces institutions ont souvent des programmes différents, ce qui donnent lieu à des messages contradictoires. Certaines, notamment les ONG, prônent l'utilisation du préservatif pour les jeunes sexuellement actifs, tandis que d'autres, notamment les organisations religieuses, insistent sur l'abstinence avant le mariage.[7] Par ailleurs, la modernisation a prolongé le processus d'éducation formelle et différé l'âge au mariage. Bien que la plupart des adolescents disent qu'ils désapprouvent les relations sexuelles avant le mariage, car elles sont considérées comme un péché, beaucoup d'entre eux sont sexuellement actifs car ils sont amoureux et désirent faire l'expérience.[8]

Au Kenya, l'âge moyen lors du premier rapport sexuel est de 17 ans pour les garçons et les filles; en Zambie, pour les garçons, l'âge moyen est de 18 ans et pour les filles de 17 ans.[10] La pauvreté est une autre raison pour laquelle les filles ont des relations sexuelles avant le mariage. Au Kenya, 21% des adolescentes ont reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs contre des relations sexuelles, tandis que 17% des adolescents ont payé pour en avoir.[9] Les chiffres correspondants en Zambie sont de 40% pour les garçons et 27% pour les filles.[11]

La politique gouvernementale, au Kenya et en Zambie, est de fournir à tous les hommes et les femmes sexuellement actifs des services de contraception, mais en réalité, les adolescents ont un accès limité à ces services. Cela ne laisse aux adolescents que l'abstinence périodique comme seule option de protection et la grossesse des adolescentes devient une préoccupation croissante. Par exemple, la procréation des adolescents a été identifiée comme une cause majeure d'abandon scolaire au Kenya ainsi qu'en Zambie.[16, 17] Le désir de poursuivre leurs études s'est révélé être la raison principale pour laquelle les filles célibataires en Zambie recourent à l'avortement. Bien que l'avortement soit légal en Zambie, les adolescentes subissent des avortements illégaux parce que les services d'avortement légaux sont inaccessibles et inacceptables.[16] Les résultats de la province occidentale de la Zambie ont révélé qu'une écolière sur 100 meurt de complications liées à l'avortement. Des études en milieu hospitalier à Nairobi, au Kenya, ont montré que les avortements pra-

tiqués dans des mauvaises conditions d'hygiène représentent environ 35% des décès maternels.[18] Par ailleurs, les conséquences de rapports sexuels non protégés sont clairement reflétées dans la forte prévalence du VIH parmi les adolescents des deux pays. La province de Nyanza, au Kenya, où une partie de cette étude a eu lieu, a le taux le plus élevé d'infection à VIH du pays, soit 14% chez les hommes et les femmes âgées de 15 à 49 ans. La prévalence du VIH chez les adolescents de 15-19 ans est d'environ 2%.[9] La province du Copperbelt en Zambie, où cette étude a été réalisée, a la deuxième plus forte prévalence du VIH (20%) parmi la population générale, et environ 5% des adolescents âgés de 15-19 ans sont séropositifs.[19] Ainsi, certains adolescents ont des relations sexuelles non protégées avant le mariage avec des conséquences dévastatrices, malgré les interdits moraux.

Les infirmières et les sages-femmes fournissant des soins de santé sexuelle et génésique

En Afrique orientale et australe, les infirmières et les sages-femmes constituent le plus grand nombre de prestataires de soins de santé et sont la catégorie la plus courante du personnel de santé que les adolescents rencontrent pour leurs besoins de santé sexuelle et génésique.[20] Les services comprennent le conseil et le traitement liés à des IST, y compris le VIH, et la fourniture de la contraception. Par ailleurs, les sages-femmes assurent des services de soins de santé maternelle et infantile, [21] ainsi que des soins pour l'avortement qui sont cependant très limités.[22]

Les services de santé publique sont largement disponibles dans les deux pays, mais sous-utilisés par les adolescents pour des raisons diverses. La confidentialité ainsi que les attitudes des prestataires de santé sont deux questions importantes qui déterminent si les jeunes vont utiliser ou non les établissements de santé.[23] Des études menées au Kenya et en Zambie indiquent que le comportement du personnel décourage les jeunes à fréquenter les dispensaires ou à s'y rendre pour les visites de suivi. Par exemple, les jeunes patients souffrant d'IST se tournent de préférence vers les guérisseurs traditionnels en raison de l'attitude insensible des professionnels de la santé, et les adolescents rencontrent des difficultés pour obtenir des contraceptifs dans les établissements de santé publique. [23-25] L'avortement est une question très sensible, et les jeunes femmes qui recherchent des soins après avortement font régulièrement face aux attitudes négatives du personnel.[26,27]

Les valeurs personnelles et les opinions des professionnels de la santé, y compris les infirmières sages-femmes, peuvent affecter la qualité des soins ainsi que l'accessibilité des services. Il est donc important d'augmenter notre compréhension de l'attitude de ces prestataires et, si nécessaire, de trouver des façons de changer les attitudes défavorables afin d'être en mesure d'encourager les adolescents à utiliser les services de santé pour leurs besoins de santé sexuelle et génésique. L'objectif de cette étude était d'étudier les attitudes des infirmières sages-femmes au Kenya et en Zambie à l'égard de la sexualité des adolescents et les problèmes connexes de santé génésique en vue d'améliorer les services de santé sexuelle et génésique au profit des adolescents.

Méthodologie

Une enquête transversale sur les infirmières sages-femmes travaillant dans les services de santé sexuelle et génésique dans deux districts au Kenya et en Zambie a été menée entre septembre et décembre 2001.

Les comités d'éthique au Kenya, en Zambie, et en Suède ont approuvé l'étude. Avant la collecte des données, les infirmières-sages-femmes invitées à participer ont été informées des objectifs de l'étude, que leur participation était volontaire, et qu'elles avaient le droit de se retirer à tout moment.

L'étude a été réalisée dans les zones urbaines et rurales des districts de Nakuru et Kisumu au Kenya, englobant 15 divisions, dont les dix plus grandes divisions ont été sélectionnées pour constituer la base de sondage. En Zambie, les districts de Kitwe et Ndola, qui sont principalement des zones urbaines, constituent la base de son-

dage. Les groupes ethniques prédominants dans les zones d'étude étaient les Luo, les Kikuyu et les Kalenjin au Kenya, et les Bemba en Zambie. Toutefois, le personnel de santé dans les deux pays provient d'une variété de groupes ethniques, car il est recruté dans différentes parties du pays.

Les principaux critères d'inclusion pour cette étude étaient que les participants devaient être des infirmières, des sages-femmes ou des infirmières sages-femmes formées (qualifiées pour des besoins de simplicité dans le présent article d'infirmières sages-femmes) travaillant dans les services de santé sexuelle et génésique pour les adolescentes dans les zones sélectionnées. Tous les participants disponibles, y compris le personnel de nuit, a reçu un questionnaire auquel il fallait répondre dans l'intimité. Pour maintenir la participation anonyme, aucun nom n'a été marqué sur les questionnaires.

Au Kenya, 420 sur environ 600 infirmières sages-femmes brevetées (ENM) et infirmières sages-femmes d'Etat (RNM)* travaillant avec le service de santé sexuelle et génésique dans la zone d'étude ont été recrutées auprès des hôpitaux et des centres de santé privés. Les établissements de santé éloignés avec seulement une à trois infirmières sages-femmes ont été exclues pour des raisons logistiques. En Zambie, 400 sur environ 450 ENM et RNM travaillant avec les services de santé sexuelle et génésique dans la zone d'étude ont été recrutées dans les hôpitaux et les centres de santé gouvernementaux et privés.

Un groupe de chercheurs en obstétrique de la Suède et de l'Afrique subsaharienne (y compris trois des coauteurs) a conçu un questionnaire sur les attitudes des infirmières sages-femmes à l'égard des problèmes de santé sexuelle et génésique des adolescents, sur la base de leur expérience clinique. Le questionnaire était en anglais, qui est la langue officielle dans les deux pays.

Il a été piloté avec un groupe de sages-femmes travaillant dans les services de santé génésique à l'Hôpital de Nairobi au Kenya, et à l'Hôpital central à Kitwe, en Zambie, et présenté au Cap, en Afrique du Sud, en 2001, lors d'un atelier pour les professionnels de santé africains et européens traitant des questions de santé génésique des adolescents, afin de savoir si les concepts et expressions utilisés dans le questionnaire étaient faciles à comprendre. Le questionnaire final comprenait des données de base et 41 affirmations Dans la présente étude, nous mettons l'accent sur 17 de ces affirmations qui étaient liées à la sexualité des adolescents, l'utilisation de contraceptifs, la grossesse et l'avortement, et la promiscuité.* Il a été assigné à chaque affirmation quatre choix de réponse: pas du tout d'accord, pas d'accord, d'accord ou tout à fait d'accord.

Les échelles d'attitudes ont des limites bien connues dans la mesure des phénomènes complexes, mais elles peuvent être utiles pour obtenir une image globale des groupes importants. Pour éviter les biais produits par la tendance des réponses et améliorer la validité interne, des affirmations formulées à la fois positivement et négativement ont été incluses dans l'instrument. Par ailleurs, nous voulions que les participants prennent une position claire sur chaque affirmation, nous avons donc décidé de laisser de côté l'alternative qui permet de dire "ni-ni". Un format de réponse en quatre points est utile lorsqu'on étudie les changements d'attitudes au fil du temps, comme avant et après une intervention, lorsqu'un instrument ajusté est nécessaire. Cependant, dans cette étude transversale, afin de mettre en évidence les orientations générales et d'avoir un aperçu plus clair des attitudes des répondantes, les affirmations ont été regroupées dans un format de réponse en deux points dans lequel les réponses "pas d'accord"/ "pas du tout d'accord" et "d'accord"/"entièrement d'accord" ont été combinées.

* Les infirmières sages-femmes brevetées ont deux ans de formation en soins infirmiers et un an de formation en obstétrique, et leur rôle professionnel est limité au travail clinique. Les infirmières sages-femmes d'Etat ont trois ans de formation en soins infirmiers et une année de formation en obstétrique, et leur rôle professionnel comprend des tâches administratives et cliniques.

* Le mot ''promiscuité» a une forte connotation au Kenya et en Zambie, où on pense qu'une personne qui fait preuve de promiscuité a plusieurs partenaires sexuels et n'a donc pas une bonne moralité. Les IST sont souvent associées à des comportements de promiscuité et les patients atteints d'IST sont souvent stigmatisés dans les cliniques

Le logiciel SPSS v.10 pour Windows a été utilisé pour l'analyse statistique. Les données descriptives sur le niveau nominal sont démontrées par des tableaux croisées. Les données sur le niveau de l'intervalle sont présentées comme médiane. Le test du Khi carré a été utilisé dans les analyses qui comportaient des comparaisons de proportions. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

Les résultats ont été regroupés en quatre thèmes: la sexualité des adolescents, l'utilisation de contraceptifs, la grossesse et l'avortement, et la promiscuité. Les résultats de ces deux pays sont présentés séparément pour chaque thème. Les attitudes ont également été analysées par rapport à la formation continue en matière de santé sexuelle et génésique, et par infirmière sage-femme brevetée et d'Etat. En ce qui concerne les différences selon l'âge, nous avons trouvé des différences extrêmement faibles et peu nombreuses dans les attitudes entre les différents groupes d'âge, et les différences que nous avons trouvées n'ont montré aucune tendance particulière. Dans une affirmation, les infirmières sages-femmes plus jeunes étaient plus restrictives et dans l'autre, c'étaient les plus âgées. Nous avons donc décidé de ne pas présenter ces résultats. Par ailleurs, aucune différence dans les attitudes n'a été observée entre les sages-femmes en fonction de la religion. Seules les affirmations montrant une différence significative par rapport à ces variables contextuelles sont présentées.

Taux de réponse

Au Kenya, 420 infirmières sages-femmes ont été sollicitées pour participer. Quatre-vingt-dix-huit n'ont répondu ni à la section de base du questionnaire ni à celle portant sur les attitudes. Pour ces sections, nous n'avons pas plus d'informations. Par conséquent, les données ont été analysées à partir de 322 infirmières sages-femmes, un taux de réponse de 77% (tableau 1).

En Zambie, 400 infirmières sages-femmes ont été sollicitées pour participer, dont 15 n'ont répondu à aucune partie du questionnaire et pour celles-ci nous n'avons pas plus d'information. Par conséquent, les données ont été analysées à partir de 385 infirmières sages-femmes, soit un taux de réponse de 96% (tableau 1).Les raisons pour lesquelles les questionnaires n'avaient pas été remplis étaient le manque de temps et les grandes distances auxquelles se trouvent les centres de santé, qui faisaient qu'il était difficile pour les assistants de recherche de rappeler aux femmes de remplir le questionnaire. Ce fut particulièrement le cas au Kenya. Le taux d'absence de réponse pour les affirmations uniques variait entre 1–15 affirmations (5%) au Kenya et de 1–8 affirmations (2%) en Zambie.

Tableau 1. Base de sondage des infirmières sage-femmes au Kenya et en Zambie

	Kenya	Zambie
Nombre approximatif d'infirmières sages-femmes dans la zone d'étude	1500	600
Nombre approximatif d'infirmières sages-femmes travaillant dans le domaine des soins de santé génésique dans la zone d'étude	600	450
Infirmières sages-femmes sollicitées pour participer	420	400
Questionnaires analysés (données de base et affirmations)	322	385
Taux de réponse	77%	96%

Les participantes

Dans les deux pays, la grande majorité des infirmières sages-femmes participantes étaient des femmes. Au Kenya, la tranche d'âge était de 22-54 ans (médiane 37) et, en Zambie, les répondantes étaient âgées de 22 à 60 ans (médiane 39). En raison des différences dans la structure des deux systèmes de santé, et du fait qu'un certain nombre de petits centres de santé (principalement au Kenya) n'étaient pas inclus dans la base de sondage, les lieux de travail diffèrent entre les deux pays. Dans le cadre du Kenya, la plupart des infirmières sages-femmes travaillaient dans des hôpitaux, tandis qu'en Zambie, la plupart des infirmières sages-femmes travaillaient dans les centres de santé. Au Kenya, les répondants avaient passé entre 1-39 ans dans la profession (médiane 12 ans) et en Zambie 1-34 ans (médiane 15 ans). La majorité

des infirmières sages-femmes dans les deux pays n'avaient reçu aucune formation continue liée aux questions de santé sexuelle et génésique des adolescents (tableau 2).

Attitudes envers les problèmes de santé sexuelle et génésique des adolescents

La sexualité des adolescents

La majorité des infirmières sages-femmes dans les deux pays (Kenya77%, Zambie 81%) a convenu que "leur première option serait de recommander aux adolescents, garçons et filles, célibataires de s'abstenir de relations sexuelles lorsqu'ils demandent des contraceptifs". Presque toutes les infirmières sages-femmes kenyanes (95%) et zambiennes (94%) n'étaient pas d'accord qu'*"il est plus important pour les garçons d'avoir une expérience sexuelle avant le mariage que pour les filles". De même, plus de 96% dans les deux pays n'étaient pas d'accord que "les adolescents et les adolescentes doivent être laissés libres de satisfaire leurs besoins sexuels".*

En ce qui concerne la masturbation,* une majorité d'infirmières sages-femmes du Kenya (82%) ainsi que de la Zambie (86%) ont convenu qu'"on doit enseigner aux adolescents le danger de la masturbation". Par ailleurs, 72% et 63% au Kenya et en Zambie, respectivement, ne sont pas d'accord sur le fait que la "masturbation" est un bon moyen de prévenir les grossesses non désirées et les IST/VIH pour les filles".

L'utilisation de contraceptifs

Environ deux tiers (69%) des répondants kenyans et environ la moitié (52%) des répondants zambiens ne sont pas d'accord que "les filles déscolarisées de 16 ans† devraient être encouragées à utiliser des préservatifs". Toutefois, les infirmières sages-femmes kenyanes (55%) et zambiennes (67%) ont convenu que "si une lycéenne était sexuellement active, elle devrait être autorisée à utiliser des contraceptifs".

En ce qui concerne le conseil sur les préservatifs, environ la moitié des répondants (54%) au Kenya et les deux tiers (68%) en Zambie, ont convenu que "les garçons déscolarisés devraient être informés sur la façon d'utiliser un préservatif". En revanche 59% des répondants kenyans et 47% des répondants zambiens n'étaient pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle "les lycéens qui demandent des préservatifs font preuve de responsabilité".

Tableau 2. Données de base sur les infirmières sages-femmes au Kenya et en Zambie

	Kenya No. (%)	Zambie No. (%)
Sexe	**(n=322)**	**(n=385)**
Femmes	277 (86)	374 (97)
Hommes	45 (14)	11 (3)
Religion	**(n=320)**	**(n=385)**
Protestantes	224 (70)	292 (76)
Catholiques	92 (29)	90 (23)
Musulmanes	3 (0.9)	0 (0)
Aucune	1 (0.3)	3 (1)
Formation professionnelle	**(n=317)**	**(n=385)**
Brevetées	236 (74)	266 (69)
D'Etat	81 (26)	119 (31)
Lieu de travail	**(n=319)**	**(n=385)**
Hôpital	225 (71)	120 (31)
Centre de santé	70 (22)	227 (59)
Clinique privée	13 (4)	35 (9)
Clinique pour les jeunes	6 (1)	3 (1)
Dispensaire	5 (2)	0 (0)
Formation continue relative à la santé sexuelle et génésique des adolescents	**(n=320)**	**(n=384)**
Oui[a]	61 (19)	61 (16)
Non	259 (81)	323 (84)

[a] Nombre de jours : Kenya : 1-255 (médiane 7.5), Zambie : 1-180 (médiane 14)

* Les points de vue courants sur la masturbation dans les deux pays sont qu'il s'agit d'un acte répréhensible, qui peut même être dangereux. Par exemple, on rapporte que ceux qui se masturbent sont victimes de troubles mentaux ou de problèmes de fécondité

† "déscolarisé" désigne un garçon ou une fille qui n'a jamais fréquenté l'école ou qui a interrompu sa scolarité.

Grossesse et avortement

Une grande majorité des répondants au Kenya (88%) et en Zambie (87%) ont convenu qu' "une fille enceinte devrait être autorisée à continuer l'école", et des majorités semblables (83% au Kenya, et 84% en Zambie) ne sont pas d'accord avec le fait qu'"un lycéen qui met une fille enceinte doive être expulsé de l'école".

En ce qui concerne l'avortement, la majorité dans les deux pays (Kenya 80%, Zambie 94%) n'est pas d'accord que "les avortements devraient être autorisés pour les adolescentes ayant des grossesses non désirées". Néanmoins, 59% des kenyans et 50% des infirmières sages-femmes zambiennes ne sont pas d'accord qu'elles "se mettraient en colère si une adolescente se présente avec des symptômes d'une IVG".

Au Kenya, plus de la moitié des répondantes ne sont pas d'accord qu' "un lycéen (56%) ou une lycéenne (55%) ayant une ulcération génitale est susceptible de vivre dans la promiscuité". En Zambie, les chiffres correspondants étaient de 37% pour les lycéens et 40% pour les lycéennes. Par ailleurs, 67% des répondants kenyans et 46% des répondants zambiens étaient d'accord que "les adolescents déscolarisés sont plus susceptibles de vivre dans la promiscuité que les adolescents scolarisés".

Tableau 3. Comparaison des attitudes des infirmières sages-femmes kenyannes ayant reçu (n=61) et n'ayant pas reçu (n=259) une formation continue sur la santé sexuelle et génésique des adolescents

Affirmation	A une formation continue sue la santé sexuelle et génésique	Nb (%) qui sont d'accord	Valeur prédictive
Une lycéenne sexuellement active devrait être autorisée à utiliser des contraceptifs	Oui	44 (73%)	0,001
	Non	129 (50%)	
Un lycéen fait preuve de responsabilité lorsqu'il demande des préservatifs	Oui	35 (59%)	0,002
	Non	95 (37%)	
Je pense que les avortements devraient être autorisées pour les adolescentes ayant des grossesses non-désirées	Oui	20 (33%)	0,009
	Non	45 (18%)	
Je serais en colère si une adolescentes se présentait avec des symptômes d'une IVC	Oui	16 (26%)	0,008
	Non	112 (45%)	

Comparaison des attitudes des infirmières sages-femmes avec et sans formation continue

Au Kenya, beaucoup plus d'hommes sages-femmes (31%) par rapport aux femmes infirmières sages-femmes (17%) avaient reçu une formation continue en matière de santé sexuelle et génésique des adolescents (p = 0,026). En général, beaucoup plus de sages-femmes ayant une formation continue sont d'accord avec l'utilisation des contraceptifs par les adolescents. Dans le même temps, avec ou sans formation continue, la plupart désapprouvait l'avortement. Cependant, ces attitudes étaient beaucoup moins fréquentes dans le groupe ayant reçu la formation continue (tableau 3).

En Zambie, un plus grand nombre d'hommes (27%) que de femmes (16%) infirmières sages-femmes avaient reçu une formation continue en santé sexuelle et génésique des adolescents (p = 0,392). En général, beaucoup plus de sages-femmes qui avaient reçu cette formation ont rapporté des attitudes plus favorables aux jeunes comme par rapport à l'utilisation de contraceptifs, l'avortement et l'ulcération génitale par comparaison avec celles qui n'avaient pas cette formation (tableau 4).

Comparaison des attitudes des infirmières sages-femmes brevetées et d'Etat

Au Kenya, moins d'infirmières sages-femmes brevetées (28%) que de sages-femmes d'Etat (40%) étaient d'accord qu'"une fille non scolarisée de 16 ans devrait être encouragée à utiliser des préservatifs" (p = 0,049). Cependant, plus d'infir-

Tableau 4. Comparaison des attitudes des infirmières sages-femmes zambiennes ayant reçu (n=63) et n'ayant pas reçu (n=323) une formation continue sur la santé sexuelle et génésique des adolescents

Affirmation	A une formation continue sue la santé sexuelle et génésique	Nb (%) qui sont d'accord	Valeur prédictive
Je pense que les filles déscolarisées de 16 ans devraient être encouragées à utiliser des préservatifs	Oui	39 (64%)	0,008
	Non	146 (45%)	
Une lycéenne sexuellement active devrait être encouragée à utiliser des contraceptifs	Oui	50 (82%)	0,007
	Non	206 (64%)	
Un garçon déscolarisées de 16 ans devraient être informé sue la façon d'utiliser un préservatif	Oui	52 (85%)	0,002
	Non	210 (65%)	
Je serais en colère si une adolescentes se présentait avec des symptômes d'une IVC	Oui	21 (34%)	0,007
	Non	170 (53%)	

mières sages-femmes brevetées (48%) que d'infirmières sages-femmes d'Etat (32%) ont convenu qu' "un lycéen ayant une ulcération génitale est susceptible de vivre dans la promiscuité" (p = 0,013).

En Zambie, moins infirmières sages-femmes brevetées (85%) que d'infirmières sages-femmes d'Etat (93%) ont convenu qu' "une fille qui tombe enceinte devrait être autorisée à continuer l'école" (p = 0,018).

Discussion

Nos résultats situent les infirmières sages-femmes fournissant des services de santé sexuelle et génésique des adolescents à un carrefour crucial entre les normes et les valeurs de la communauté - qui prône l'abstinence sexuelle avant le mariage - et la réalité des relations sexuelles avant le mariage chez les adolescents et le besoin que les adolescents ont des préservatifs, des contraceptifs et de l'avortement. Même si cette étude était basée sur quatre districts au Kenya et en Zambie, les infirmières sages-femmes des deux pays sont recrutées dans différentes régions du pays et font un roulement régulier entre les cliniques de santé, et connaissent donc aussi bien les zones rurales qu'urbaines. Nos résultats peuvent donc être généralisés à d'autres parties du Kenya et de la Zambie, où les individus partagent les mêmes origines culturelles que les répondantes de la présente étude. Dans l'ensemble, aussi bien les infirmières sages-femmes du Kenya que de la Zambie ont rapporté des attitudes semblables, et nous faisons les recommandations suivantes pour les deux pays:

- **Perspectives contradictoires sur la sexualité des adolescents**

Le fait que la sexualité des adolescents soit une question morale très passionnelle au Kenya et en Zambie a été confirmé dans la présente étude. En général, les infirmières sages-femmes des deux pays désapprouvaient les relations sexuelles avant le mariage, l'utilisation des contraceptifs, la masturbation et l'avortement chez les adolescents. [3, 4, 8] Ce sont-là des expressions qui témoignent de l'appui pour l'abstinence sexuelle avant le mariage et d'un comportement sexuel "approprié", ayant ses racines aussi bien dans la culture que dans la religion. Néanmoins, les infirmières sages-femmes ont également montré une attitude pragmatique envers les problèmes de santé sexuelle et génésique des adolescents, car une majorité approuvait l'utilisation des contraceptifs par les filles sexuellement actives et était prête à conseiller les garçons sur l'usage des préservatifs.

Par ailleurs, les résultats de cette étude ont montré que les infirmières sages-femmes des deux pays désapprouvaient fortement l'avortement. Fait intéressant, cela était encore plus fréquent chez les répondants de la Zambie, en dépit du fait que la Zambie est l'un des rares pays en Afrique qui permet l'avortement, y compris pour

PETER BARKER / PANOS PICTURES

Clinique de planification familiale sur la place du marché, Kenya

des raisons sociales.[22] Des études en Zambie, en Afrique du Sud et au Kenya ont montré que les prestataires de santé sont insensibles envers les femmes qui mettent fin à des grossesses non désirées.[16, 28, 29] Rogo au Kenya [29] et Koster-Oyekan en Zambie ont constaté que les prestataires de santé sont fortement opposés à l'avortement pour des raisons religieuses et éthiques. Toutefois, la moitié des répondants de notre étude ne serait pas en colère contre une fille qui montre des signes d'une interruption volontaire de grossesse. Encore une fois, aussi bien une attitude de condamnation qu'une attitude plus compréhensive ont été reflétées dans les résultats.

Ces points de vue divergents peuvent refléter le fait que les sages-femmes, semblables à d'autres professionnels de la santé dans le domaine de la santé génésique, sont à un carrefour crucial entre les normes et les valeurs de la communauté et la réalité des adolescents ayant des rapports sexuels avant le mariage. Leur tendance à adopter une approche plus pragmatique pourrait être due à la conscience des graves conséquences des rapports sexuels non protégés chez les adolescents, auxquelles elles ont à faire face en tant que prestataires de soins de santé. Une étude du Viet Nam a également observé des attitudes contradictoires parmi les élèves sages-femmes en ce qui concerne la sexualité des adolescents. Ces élèves désapprouvent généralement les relations sexuelles et l'avortement des adolescents avant le mariage, mais en même temps, elles ont montré une attitude empathique et une volonté de soutenir les jeunes femmes, qui supportent les conséquences des grossesses non désirées.[30]

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)27242-2

- **Stimulation de la pensée critique dans la formation et l'éducation**

Par ailleurs, nos résultats montrent une tendance vers des attitudes plus favorables aux jeunes chez les infirmières sages-femmes ayant une éducation plus poussée et parmi celles qui avaient reçu une formation continue sur la sexualité et la procréation chez les adolescents. Sur la base de ces résultats, nous suggérons que la pensée critique autour de la dimension culturelle et morale liée à la sexualité des adolescents soit soulignée dans la formation de premier cycle ainsi que dans la formation continue afin d'aider les infirmières sages-femmes à faire face à la réalité de la sexualité des adolescents. Parmi les sujets qui doivent être discutés lors de la formation figurent non seulement l'avortement, l'utilisation des contraceptifs, la sexualité des adolescents, mais aussi, compte tenu de la grave situation du VIH au Kenya et en Zambie, les attitudes négatives vis-à-vis de la masturbation, notamment parce que la masturbation ne fait aucun mal et est une forme de sexualité à moindre risque. En outre, les tendances réelles des relations sexuelles chez les adolescents, et le fait que l'acquisition d'une IST ne soit pas nécessairement un signe de "promiscuité", doivent également être discutés.

Les infirmières sages-femmes sont fréquemment confrontées à des dilemmes éthiques. [31] En Afrique, cependant, peu d'attention a été accordée à l'éducation qui produit des professionnels qui sont compétents en matière de résolution des problèmes éthiques. [32] Les conseils pour les adolescents ayant des problèmes de santé génésique semblent provoquer des dilemmes éthiques pour nos répondants, ce qui suggère qu'ils étaient mal préparés pour faire face à la sexualité des adolescents. Par ailleurs, il y avait une tendance vers des attitudes plus favorables aux jeunes parmi les infirmières sages-femmes d'Etat et celles qui avaient suivi une formation continue liée à la santé sexuelle et génésique des adolescents.

Une façon utile d'aborder les obstacles comportementaux pourrait être pour les gestionnaires de programme d'encourager le développement de la pensée critique lors de la formation de premier cycle et de la formation continue, en mettant l'accent sur les dimensions culturelles et morales liées à la sexualité des adolescents. La pensée critique est un processus de réflexion délibérée, qui a été largement utilisé dans l'enseignement de l'éthique.[33] Les principales caractéristiques de ce processus impliquent l'examen d'un dilemme éthique et une analyse critique des croyances et valeurs personnelles liées à ce dilemme (par exemple à travers un exercice de clarification des valeurs), qui fait que l'on devient ainsi conscient de ses attitudes et ses préjugés et de l'impact qu'ils peuvent avoir sur, en l'occurrence, les adolescents. Par la suite, on pourrait parvenir à de nouveaux éclairages et à de nouvelles perspectives. Outre l'auto-évaluation et la réflexion, qui peuvent être faites avec un partenaire ou en groupe, il existe des moyens tels que la recherche d'informations qui sont en opposition avec ses propres opinions qui peuvent faciliter le développement de la pensée critique.[31,35] De plus, cultiver une attitude de remise en question de ce qui est présenté comme "fait avéré" est d'une grande importance dans le développement de l'ouverture d'esprit. Par ailleurs, les infirmières sages-femmes devraient être encouragées à penser de façon indépendante et à adopter des pratiques de conseils qui ne jugent pas et qui sont non-directifs. Cependant, la pensée critique ne peut pas être développée ou maintenue dans un vide. [31, 35] Ceux qui sont à des postes ayant trait aux soins infirmiers et autres postes de direction pourraient également jouer un rôle important en encourageant une discussion sociale plus large sur ces questions. Cela créerait un environnement plus tolérant envers la sexualité des adolescents et qui reconnaît l'effet bénéfique pour la santé publique d'un plus large accès des adolescents aux services de santé sexuelle et génésique adaptés aux jeunes.

Remerciements

Les auteurs expriment leur gratitude au Conseil suédois de la recherche et à l'Ecole nationale de recherche en sciences de soins de santé pour leur appui financier. Merci à toutes les infirmières sages-femmes qui ont participé à l'étude, et au Dr Zvinavashe et la regrettée Mme Mushinge, qui ont participé au cours de la phase pilote. Nous tenons également à remercier le professeur B. Höjer et le professeur B. Eriksson pour leurs précieux commentaires.

Références

1. Blum RW, Nelson-Mmari K. The health of young people in a global context. Journal of Adolescent Health 2004;35:402–18.
2. United Nations Population Fund. State of the World Population. Investing in Adolescents' Health and Rights. New York7 UNFPA, 2003.
3. Fedders A, Salvatori C. Peoples and Cultures of Kenya. Nairobi7 Trans Africa, 1980. 4. Pillai VK, Barton TR. Modernization and teenage sexual activity in Zambia. Youth & Society 1998;29(3):293–310.
5. Kiragu K, Zabin LS. Contraceptive use among high school students in Kenya. International Family Planning Perspectives 1995;21: 108–13.
6. Gall TL. Worldmark Encyclopedia of Culture and Daily Life. Cleveland7 Eastword Publications Development, 1998.
7. Miller P. The Lesser Evil. The Catholic church and the AIDS epidemic. Washington7 Catholics for a Free Choice, 2001.
8. Carmody B. Religious heritage and premarital sex in Zambia. Journal of Theology for Southern Africa 2003;115:79–90.
9. Central Bureau of Statistics. Kenya Demographic and Health Survey. Preliminary report. Nairobi7 CBS, 2003.
10. Central Statistical Office. ZambiaSexual Behaviour Survey. Lusaka7 CSO, 2003.
11. Chatterji M, Murray N, London D, et al. The Factors Influencing Transactional Sex Among Young Men and Women in 12 Sub- Saharan African Countries. Washington DC7 Policy Project for USAID, 2004.
12. National Council for Population and Development. Adolescent and Reproductive Health Development Policy, Kenya. Nairobi7 NCPD, 2003.
13. World Health Organization. An assessment of the need for contraceptive introduction in Zambia. Geneva7 WHO, 1995.
14. Ahlberg BM, Jylk7s E, Krantz I. Gendered construction of sexual risks: implications for safer sex among young people in Kenya and Sweden. Reproductive Health Matters 2001;9(17):26–36.
15. Mmari KN, Magnani RJ. Does making clinic-based reproductive health services more youth-friendly increase service use by adolescents? Evidence from Lusaka, Zambia. Journal of Adolescent Health 2003;33:259–70.
16. Koster-Oyekan W. Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based study in Western province. Social Science & Medicine 1998;46(10):1303–12.
17. Okumu M, Chege I. Female Adolescent Health and Sexuality in Kenyan Secondary Schools: A Report. Nairobi7 African Medical Research Foundation, 1994.
18. Rogo K. Induced abortion in Kenya. Paper for International Planned Parenthood Federation. Nairobi7 Centre for the Study of Adolescence, 1993. 19. Central Statistical Office. Zambia Demographic and Health Survey. Lusaka: CSO, 2001–2002. 20. World Health Organization. Adolescent health and development in nursing and midwifery education. Geneva7 WHO, 2004.
21. Liljestrand J. Supporting midwifery. Issue paper. Health Division Document No. 2. Stockholm7 SIDA, 1998.
22. Deciding women's lives are worth saving: expanding the role of midlevel providers in safe abortion care. Ipas Issues in Abortion Care No.7, 2002.
23. Muturi NW. Communication for HIV/AIDS prevention in Kenya: social-cultural considerations. Journal of Health Communication 2005;10:77–98.
24. Ndubani P, Hojer B. Traditional healers and the treatment of sexual transmitted illnesses in rural Zambia. Journal of Ethno- pharmacology 1999;67(1):15–25.
25. Oindo ML. Contraception and sexuality among the youth in Kisumu, Kenya. African Health Sciences 2002;2(1):33–40.
26. Ndhlovu M. Nurses' experiences of abortion in South Africa and Zambia. Unpublished thesis, University of the Western Cape, South Africa, 1999.
27. Magadi M, Kuyoh M. Abortion: attitudes of medical personnel in Nairobi. In: Rogo K, editor. Unsafe Abortions in Kenya: Findings from Eight Studies. Nairobi7 Population Council, 1996.
28. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z.Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. Social Science & Medicine 1998;47:1781–95.
29. Rogo K, Orero S, Oguttu M.Preventing unsafe abortion in Western Kenya: an innovative approach through physicians. Reproductive Health Matters 1998;6(11):77–83.
30. Klingberg-Allvin M, Tam VV, Nga NT, et al. Ethics of justice and ethics of care. Values and attitudes among midwifery students on adolescent sexuality and abortion in Vietnam and their implications for midwifery education: a survey by questionnaire and interview. International Journal of Nursing Studies 2006; Jan 12; [E- publication ahead of print].
31. Botes A. Critical thinking by nurses on ethical issues like the termination of pregnancies. Curationis 2000;23(3):26–31. 32. Haegert S. An African ethic for nursing. Nursing Ethics 2000;7(6):492–502.
33. Thompson A. Bridging the gap: teaching ethics in midwifery practice. Journal of Midwifery and Women's Health 2004;49: 188–93.
34. Williams B. Developing critical reaction for professional practice through problem-based learning. Journal of Advanced Nursing 2001;34(1):27–34.
35. Kozier B, Erb G, Blair K. Profes- sional Nursing Practice. Concepts and Perspectives. 3rd ed. New York7 Addison-Wesley, 1997. p.236–37.

© 2012 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
L'article ci-dessous a été tiré de Reproductive Health Matters 2006;14(27)
0968-8080/06 $ – see front matter

LETTRE À L'ÉDITEUR

Une raison pour laquelle la mortalité maternelle ne baisse pas

Voici l'histoire vraie d'un jeune médecin de mes collègues qui s'est déroulée en 2004. Ce collègue, fraîchement émoulu d'une école de médecine d'un pays industrialisé, s'était rendu dans un pays africain afin de discuter de la possibilité de faire une étude sur la santé maternelle, étant donné que la mortalité maternelle était en hausse dans ce pays. Ce jeune médecin avait auparavant passé trois mois dans un hôpital dans un autre pays africain, et cela avait suscité son intérêt pour le sujet. Dans la préparation de l'étude, il s'est arrangé pour visiter un centre hospitalo-universitaire dans la capitale qui avait un service de maternité, afin de rencontrer quelques-uns des gynécologues obstétriciens qui y travaillent. Il n'a pas eu de rendez-vous, mais ils étaient censés être là.

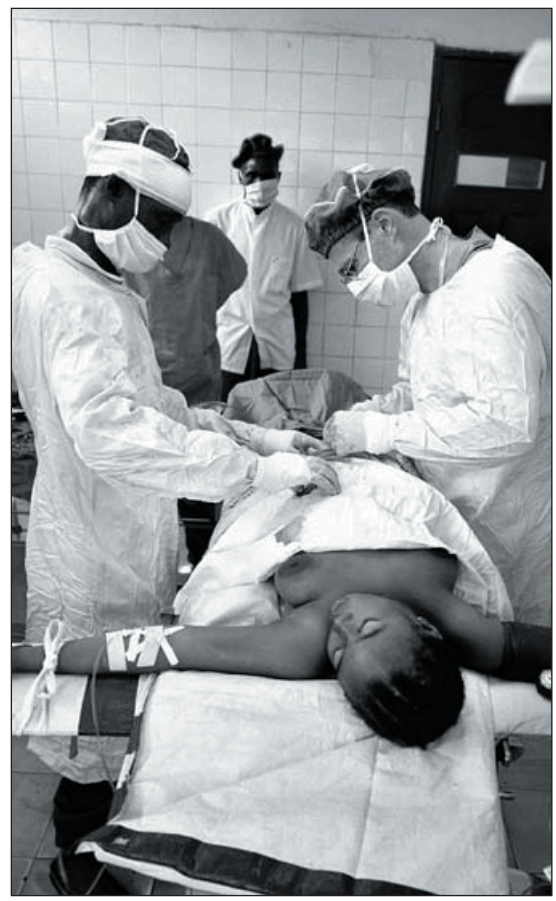
Lors de sa visite, il n'a pas pu trouver les médecins qu'il voulait voir. En fait, il n'a pu trouver aucun autre membre du personnel non plus. Entré dans le service de maternité, il y a trouvé cinq femmes sur le point d'accoucher, mais absolument aucun membre du personnel. Ainsi, il a aidé d'abord la première, puis une seconde femme, à donner naissance à leur bébé. Dans les deux cas cela s'est bien passé.

Peu de temps après, un étudiant en médecine est arrivé en courant et a demandé: "Êtes-vous médecin?" Oui, a admis mon jeune collègue. "Pouvez-vous faire une césarienne?" était la question suivante. Je pense que oui, a répondu le jeune médecin, car il avait prêté assistance à deux césariennes et en avait pratiqué une lui-même. "Alors, allons-y", a déclaré l'étudiant. Il était à la recherche d'un médecin depuis plus de trois heures afin de sauver la vie d'une femme qui avait un travail prolongé. Cette opération a également été couronnée de succès.

Ainsi, en moins d'une heure après être arrivé à l'hôpital, ce jeune médecin avait accouché avec succès trois femmes. Et si les femmes ou leurs bébés n'avaient pas survécu? Il n'a pas d'autorisation d'exercer dans ce pays particulier. C'aurait été à moi de le tirer d'affaire, ce que, lui ai-je assuré, je serais prêt à faire s'il le refaisait.

Le pays concerné a un manque sérieux de personnel, y compris de médecins. Certains d'entre eux travaillent à l'étranger, d'autres sont dans le secteur privé, d'autres encore ne sont tout simplement pas là. C'est l'une des raisons pour lesquelles la mortalité maternelle ne baisse pas.

Auteur non révélé
31 juillet 2005



SVEN TORFINN/PANOS PICTURES

Césarienne, avec l'assistance de personnel médical de Médecins sans Frontières, Makeni, en Sierra Leone, 2005

© 2012 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
L'article ci-dessous a été tiré de Reproductive Health Matters 2006;14(27):201-206
0968-8080/06 $ – see front matter

TOUR D'HORIZON

RESSOURCES HUMAINES

Des recherches sont nécessaires pour identifier des stratégies efficaces d'amé-lioration des performances du personnel de santé

L'insuffisance des performances du personnel de santé est un problème répandu qui découle d'une interaction complexe de facteurs qui incluent les niveaux de connaissances, les compétences, la rémuné-ration, le statut, le type de maladie du patient, la qualité des établissements et la corruption. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire notamment, les mauvaises pratiques des agents de santé contribuent à la faible utilisation des établissements de santé par les populations vulnérables et par conséquent à la sous-utilisation des interventions salvatrices. L'insuffisance des performances doit être bien comprise pour être traitée. Des études suggèrent que la seule diffusion de directives écrites est souvent inefficace pour améliorer la performance, tandis que la supervision et la vérification accompagnée de rétroaction sont généralement plus opérantes. Les séminaires et les ateliers de formation ont des résultats mitigés, mais sont plus utiles lorsqu'ils sont effectués avec de petits groupes, sur des sujets précis et moyennant des méthodes d'enseignement interactives. Les interventions multiformes sont plus susceptibles d'être efficaces que les interventions simples, mais peu d'interventions ont été correctement évaluées pour leur bon rapport coût-efficacité. Il est nécessaire de mener des recherches accrues sur les déterminants de la performance et l'efficacité des stratégies destinées à l'améliorer. Une telle recherche doit ensuite être traduite en action afin d'améliorer la performance des agents de santé et par conséquent la santé.[1]

1 Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, et al. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? [Review]. Lancet 2005;366:1026–35

Développer le rôle de l'infirmière en matière de santé sexuelle au Royaume-Uni

Les infirmières qui travaillent dans des services spécialisés tels que les cliniques de planification familiale au Service national de santé du Royaume-Uni sont idéalement placées pour acquérir des niveaux avancés de compétences et de pratique, pourtant il n'existe pas de structure formelle pour ce processus. Les soins infirmiers en santé sexuelle comme voie de carrière distincte pourraient être encouragés en donnant plus d'importance aux services de santé sexuelle dans les cours de soins infirmiers, et pourraient être suivis par une formation accréditée visant à l'exercice non spécialisé des infirmières travaillant dans les établissements de santé généraux. Ces cours permettraient aux infirmières de donner des conseils sur la contraception, la sexualité à moindre risque et la contraception d'urgence, et de diriger les patients vers des services spécialisés appropriés. À un niveau supérieur, les infirmières qui travaillent dans les cliniques de planification familiale ou d'IST pourraient être formées à noter les antécédents sexuels, effectuer le dépistage du col de l'utérus et fournir des conseils en matière de contraception. Des cours de formation complémentaires et, probablement, des études au niveau de la maîtrises ès sciences leur permettraient de fournir une gamme complète de services, y compris des conseils sur la ménopause, l'insertion des contraceptifs hormonaux et intra-utérins, l'évaluation et la prise en charge des IST, le traitement et les soins du VIH, et l'évaluation, l'appui et l'orientation pour les problèmes psychosexuels. La mise en œuvre de ce type de formation nécessite un réalignement des rôles traditionnels des médecins et des infirmières, des programmes de formation convenablement accrédités dirigés par les établissements d'enseignement, mais dispensés dans le cadre de la clinique, et l'implication des cliniciens dans la formation des infirmières en milieu professionnel.[1]

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)27236-7

1 Specialist nurse in contraception and sexual health services. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2005;31(1):49–50

Les ressources humaines ne sont pas le seul facteur affectant les résultats en matière de santé maternelle

Les soins de santé maternelle reposent sur le système de santé tout entier. Des études de cas issues de nombreux contextes sanitaires – Bangladesh, Fédération de Russie, Afrique du Sud et Ouganda – ont été utilisées pour définir les aspects du système de santé qui affectent la santé maternelle. Les plus importants étaient les structures de ressources humaines, la combinaison public-privé de la prestation de services et l'impact des réformes du secteur de la santé. La disponibilité et l'accessibilité des accoucheuses qualifiés est une mesure clé des ressources humaines de la santé maternelle, mais il n'y a pas de corrélation complète entre l'assistance qualifiée à la naissance et l'issue de la grossesse. L'Ouganda a trois fois le taux d'assistance qualifiée du Bangladesh (39% contre 12%), mais son taux de mortalité maternelle est légèrement plus élevé (505 par rapport aux estimations de 322 à 440 au Bangladesh). Cela peut refléter des différences dans le nombre de médecins en mesure de fournir des soins pour des complications (plus élevé au Bangladesh) ou la qualité et l'accessibilité des établissements d'urgence (plus faible en Ouganda).

Cette sorte d'incohérence entre les ressources humaines et le résultat est également illustrée dans la Fédération de Russie et en Afrique du Sud, où l'assistance qualifiée lors de l'accouchement est élevée, mais où les résultats sont pires en raison de la mauvaise qualité du diagnostic, du suivi et de la qualité des soins. Ainsi, avoir un personnel qualifié n'est que la première étape pour assurer de bons résultats en matière de santé maternelle.[1]

1 Parkhurst JO, Penn-Kekana L, Blaauw D, et al. Health systems factors influencing maternal health services: a four-country comparison. Health Policy 2005;73:127–38.

Les besoins techniques et en ressources humaines pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)

Cinq approches possibles pour estimer les besoins en ressources humaines pour la santé sont: les estimations basées sur les besoins, les estimations fondées sur l'utilisation ou la demande sur la base des niveaux actuels, les ratios agents de santé-nombre d'habitants, les objectifs ayant trait au service pour la réalisation de résultats spécifiques, et l'identification des besoins en services sur la base des profils épidémiologiques et démogra-phiques et des objectifs programmatiques. Trois OMD se rapportent à la santé: réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et com-battre le VIH, le paludisme et d'autres maladies. Pour estimer les besoins en ressources humaines pour des interventions de santé prioritaires dans ces domaines, l'intégration de ces différentes approches devrait être envisagée. Les tâches administratives, de gestion et opérationnelles aux niveaux national, provincial et des centres de santé devraient être couvertes, pour déterminer si les compétences peuvent être combinées et fournir des solutions de rechange pour savoir où localiser les tâches et fonctions spécifiques. Une analyse de l'écart entre ce qui est nécessaire pour réaliser les tâches de chaque programme, en termes de personnel de santé, et ce qui existe au niveau des pays est nécessaire, bien que le manque de données sur le personnel de santé dans de nombreux pays limite cette approche. L'objectif est l'élaboration de stratégies sectorielles intégrées qui répondent plus efficacement aux problèmes de santé prioritaires et aux contraintes en matière de ressources humaines résultant des objectifs de programmes concurrentiels.[1]

Il sera déterminant de réduire la com-plexité technique des interventions pour atteindre les OMD. L'article énonce un cadre conceptuel pour analyser des interventions en fonction de leur degré de complexité technique et l'importance de la prise en compte des capacités institutionnelles en examinant la faisabilité d'une intervention. Le marketing social du préservatif est utilisé pour illustrer une telle analyse. Il couvre les détails de la conception de base des produits, des fournitures

et du matériel; les établissements, les ressources humaines et les besoins de communication et de transport pour la réalisation de l'inter-vention; la réglementation et la législation, les systèmes de gestion et les actions concertées concernant les exigences du gouvernement; et la facilité d'utilisation, la demande préexistante et le risque de marché noir comme caractéristiques d'utilisation. Une telle analyse a pour but de conduire à une meilleure compréhension des contraintes au passage à l'échelle, et d'aider à déterminer la façon de combler le fossé entre la complexité d'une intervention et la capacité de la mettre en œuvre.[2]

Certains des principaux obstacles à l'amélioration de la prestation des services ont été identifiés dans des analyses faites par de grandes initiatives mondiales de santé, mais ces recherches ont surtout porté sur les contraintes au sein du système public. On comprend de mieux en mieux qu'il est nécessaire d'examiner également les questions du secteur privé, compte tenu de l'ampleur des dépenses et de la croissance du secteur privé de la santé. Une autre série de contraintes qui sont rarement examinées se rapportent à l'environnement politique global, l'instabilité politique et la qualité de la gouvernance, ce qui peut poser des restrictions encore plus grandes que les contraintes liées aux ressources. Les stratégies spécifiques aux maladies et aux services visant à renforcer les systèmes de santé à elles seules sont peu susceptibles d'apporter les améliorations nécessaires pour atteindre les OMD. Le fonctionnement du système de santé lui-même doit être au cœur des préoccupations ainsi que la mise en pratique des connaissances.[3]

1 Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. Health Policy and Planning 2005;20(5):267–76.

2 Gericke CA, Kurowski C, Ranson MK, et al.Intervention complexity – a conceptual framework to inform priority-setting in health. Bulletin of World Health Organization 2005;83(4):285–93.

3 Travis P, Bennett S, Haines A, et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. Lancet 2005;364:900–06.

Des médecins et des infirmières sur le départ

Les pays à faible revenu fournissent 40-75% des diplômés en médecine sur le plan international qui à leur tour constituent 23-28% des médecins aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, au Canada et en Australie. Ce n'est que dans trois des 26 autres pays restants de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) - Nouvelle-Zélande, Suisse et Norvège - que les diplômés internationaux en médecine constituent plus de 10% du personnel médical. Ainsi, le recours à des médecins formés ailleurs n'est pas une caractéristique universelle des nations riches. Les principales sources de diplômés internationaux en médecine sont l'Inde, le Pakistan et les Philippines. Le Royaume-Uni, le Canada et l'Australie font beaucoup appel à l'Afrique du Sud tandis que les Etats-Unis ont recours aux Philippines. Neuf des 20 pays ayant les facteurs d'émigration les plus élevés se trouvent en Afrique subsaharienne ou aux Caraïbes. Bien que les pays à faible revenu bénéficient de transferts de fonds par les migrants médicaux, leur capacité à répondre à l'infection à VIH et d'autres problèmes de santé urgents est affaiblie.[11]

Aux États-Unis, 126 000 postes d'infirmiers sont actuellement vacants dans les hôpitaux et les inscriptions dans les écoles d'infirmiers sont en baisse. Les demandes croissantes d'infirmières, partiellement en raison de la pénurie, ont entrainé un épuisement professionnel précoce, avec jusqu'à 20% des infirmiers qui prennent une retraite anticipée. Une pénurie de 1 million d'infirmiers est estimée pour 2020. Depuis une décennie, les Etats-Unis et le Royaume-Uni recrutent activement des infirmiers à l'étranger. Le Royaume-Uni s'appuie fortement sur ses anciennes colonies africaines pour les infirmiers, l'Afrique du Sud, le Botswana, le Ghana, le Malawi, le Nigéria, le Kenya, la Zambie et le Zimbabwe. Ces pays font partie des pays les plus durement touchés par l'épidémie de VIH. Paradoxalement, les Etats-Unis et le Royaume-Uni leur fournissent des fonds pour les soins du sida, mais leur enlèvent beaucoup d'infirmiers capables d'assurer ces
soins. Depuis 2001, 7000 infirmiers africains se

sont inscrits pour travailler au Royaume Uni[2],[2] et le Royaume-Uni a 18 fois plus de médecins par habitant que le Ghana.[33]

Même s'il serait insensé d'essayer de confiner les travailleurs des soins de santé dans les pays de leur formation, les consé-quences de la perte du personnel réduit la viabilité à long terme des infrastructures de soins de santé. Une réduction des facteurs "d'attraction" d'un côté et des facteurs de "répulsion" de l'autre est nécessaire au moyen d'investissements nettement plus importants dans le secteur des soins de santé, l'amélioration des conditions de travail et la satisfaction au travail ainsi que les opportunités de perfectionnement professionnel. Les pays développés doivent considérer leurs pénuries de médecins et d'infirmiers dans le contexte de ce problème mondial.[2]

La migration du personnel médical a également des conséquences éthiques. Les pays africains ont besoin de l'équivalent d'au moins un million de travailleurs supplémentaires de la santé pour être en mesure de fournir des services de base conformes aux OMD. Les pays doivent être en mesure de "former, retenir et maintenir" leurs effectifs. En plus de l'action au niveau national pour améliorer les conditions de travail et redynamiser l'éducation, cela nécessitera la fourniture d'une assistance financière et technique au niveau mondial.[3] Les pays doivent harmoniser leurs politiques de santé nationales et mondiales en tendant vers l'autosuffisance en matière de formation initiale.[1-3]

1 Mullan F. The metrics of the physician brain drain.New England Journal of Medicine 2005;353(17): 1810–18.

2 Chaguturu S, Vallabhaneni S. Aiding and abetting – nursing crises at home and abroad. New England Journal of Medicine 2005;353(17):1761–63.

3 Chen LC, Boufford JI. Fatal flaws – doctors on the move. New England Journal of Medicine 2005; 353(17):1850–52.

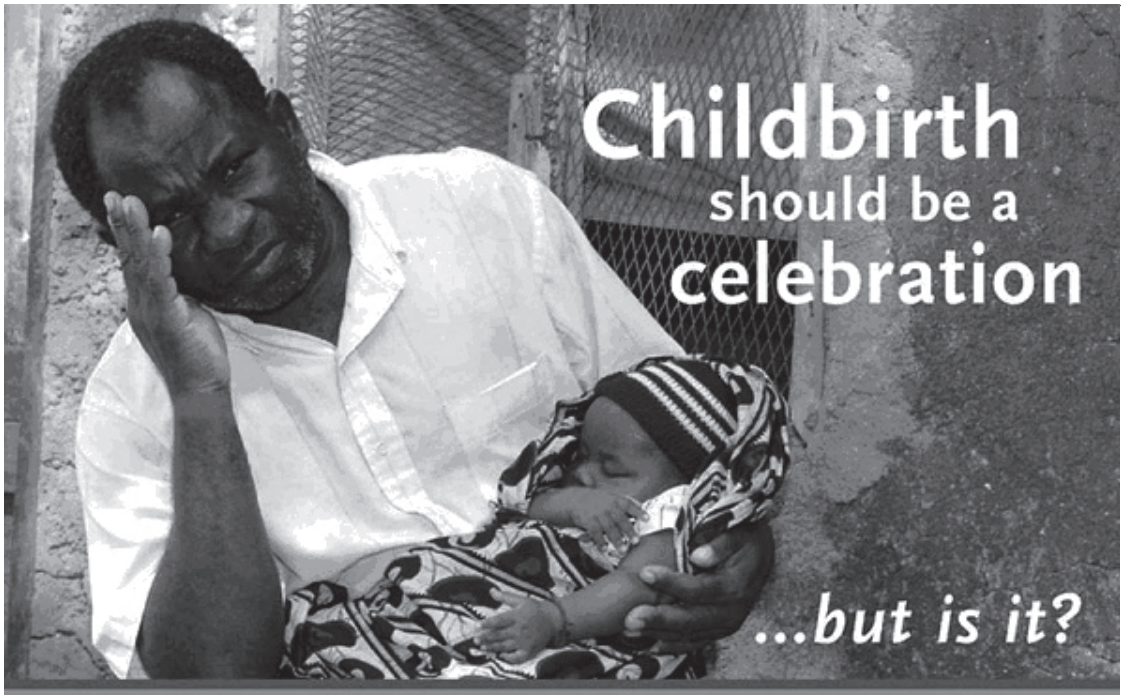
La crise non gérée de la migration des travailleurs de la santé

Cet article du Lancet appelle les pays développés et l'OMS à convenir de critères relatifs aux objectifs minimaux nationaux de formation en matière de santé pour tous les pays en développement afin de maîtriser la perte de travailleurs de la santé originaires de ces pays.[1] Pour ce faire, la demande de travailleurs étrangers devrait d'abord être minimisée. Les codes de pratique volontaires à cet égard sont insuffisants. Les pays riches peuvent se permettre de former autant de travailleurs de soins de santé qu'ils en ont besoin. Compter sur des travailleurs de la santé issus des pays pauvres s'apparente au vol. Deuxièmement il faut aborder les questions qui rendent les pays développés attractifs, par exemple, en facilitant des partenariats de collaboration entre le Royaume-Uni et les institutions africaines, afin d'offrir des possibilités de formation de troisième cycle et de perfectionnement professionnel. Ces initiatives doivent être encouragées et appuyées par les gouvernements.[2]

En Afrique du Sud, une réorientation en faveur des soins de santé primaires a entraîné un désintérêt pour les hôpitaux du pays, qui étaient précédemment reconnus comme des atouts importants en termes d'excellence clinique et d'opportunités d'enseignement. Les médecins travaillant dans le secteur public, qui bénéficient d'un enseignement médical de haute qualité, sont confrontés à de mauvaises conditions de travail et au manque de possibilités de traiter les patients correctement, et un grand nombre sont en train d'émigrer.[3] Dans la même veine, en Gambie, donner aux travailleurs de la santé des raisons de rester au pays est la principale solution à la migration des médecins. L'occasion d'exercer effectivement contribuerait beaucoup à remonter le moral du personnel.[4] Environ 85% des infirmières formées aux Philippines travaillent à l'étranger, ce qui cause une grave pénurie dans le pays. Pourtant, avec un niveau de la mortalité aussi élevé aux Philippines, le Gouvernement ferait bien d'investir dans sa propre santé publique, au lieu de traiter les infirmières comme une ressource grâce à laquelle mobiliser des devises.[5]

1 Eastwood JB, Conroy RE, Naicker S, et al. Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK. Lancet 2005;365(9474): 1893–1900.

2 Migration of health workers [Editorial]. Lancet 2005;365(9474):1825.



Less than half of all women deliver their baby with a skilled health worker. The problem is worse in rural areas.*

Tanzania has only two-thirds of the midwives required, and only one-quarter of the nurses required.**

We need nearly 3,000 more midwives and 8,000 more nurses to help women deliver their babies safely.**

the result?

Over 8,000 women in Tanzania die every year during childbirth or from childbirth related causes.

Of those who survive, many thousands more face hardships like fistula, which causes women to leak urine after childbirth.

This tragedy can be prevented. Here's what you can do:

- Tell your MP and local leaders that midwives and doctors must be trained and posted to every part of Tanzania.
- Write to newspapers to ask why there aren't enough health workers particularly in rural areas.
- Make sure the women you know deliver with a skilled healthworker.

care · Save the Children · UNFPA

*1999 DHS; ** MoH national staff surveys 2001/2 and 1999 approved manning levels

www.rhm-elsevier.com • PII: S0968-8080 (0 6)27236-7

3 Farham B. Migration of health professionals [Correspondence]. Lancet 2005;366:199.

4 Howie S, Adegbola R, Corrah T. Migration of health professionals [Correspondence]. Lancet 2005;

5 Kudo K. Migration of health professionals [Correspondence]. Lancet 2005;366:200.

Cumul de postes par les professionnels de la santé

Dans les milieux défavorisés, le cumul des postes dans les secteurs public et privé de la santé par les médecins et autres professionnels de la santé est chose cou-rante, ce qui reflète les faibles ressources du secteur public, la faiblesse des salaires et les capacités limitées des autorités à réglementer cette pratique. Au Bangladesh, par exemple, les médecins employés par l'Etat doublent leur revenu de cette façon. Dans les pays lusophones d'Afrique, les deux tiers des médecins du secteur public interrogés avaient d'autres activités génératrices de revenus. La règlementation de la pratique va de l'interdiction au Canada à une autorisation explicite de travailler dans les deux secteurs en France, en Allemagne et au Royaume-Uni. En Chine et en Thaï lande, la pratique n'est pas tolérée, mais est très répandue et n'est pas restreinte. Un avantage pour le secteur public est que l'augmentation des revenus permet de conserver le personnel qualifié. Cependant, la pratique peut également conduire à des détournements des rares ressources publiques vers le secteur privé, par exemple l'utilisation des établissements, des médi-caments et du personnel d'appui. En Thaïlande, il est prouvé que les obstétriciens et les ophtalmologues se livrent à cette pratique. Il est également possible que les médecins détournent les patients vers le secteur privé, comme en témoignent les cas du Pérou et du Zimbabwe. Si les médecins sont souvent absents du secteur public, les délais et les listes d'attente dans le secteur public sont rallongés. La règlementation à travers des contrats d'exclusivité ou un salaire plus élevé sont une option politique. Sinon, le cumul des postes pourrait être considéré comme une réponse nécessaire aux contraintes institutionnelles, à la fai-blesse des structures gouvernementales réglementaires, à la capacité limitée du secteur public à répondre aux attentes des médecins en matière de revenu, et à l'interaction entre les forces du marché et les ressources humaines. Un certain degré d'autoréglementation professionnelle est nécessaire.[1]

1 Jan S, Bian Y, Jumpa M, et al. Dual job-holding by public sector health professionals in highly resource-constrained settings: problem or solution? Bulletin of World Health Organization 2005;83 (10):771–76.

Le Brésil et le Pérou consultent leur population pour déterminer le programme de santé

En novembre 2004, dans la région côtière du nord du Pérou, un référendum organisé auprès de plus de 123 000 personnes leur a demandé de classer les questions de santé par ordre d'importance, au nombre desquelles figuraient les problèmes de-santé maternelle. Ce référendum a éga-lement été organisé dans trois autres régions, y compris les zones de jungle difficiles à atteindre. Les autorités sont en train d'intégrer les résultats de cette consultation dans un plan quinquennal. Au Brésil, en 2003-2004, un programme de recherche complet en matière de santé a été élaboré en s'inspirant des avis recueillis lors de centaines de réunions tenues de la base jusqu'au niveau national. L'objectif dans les deux cas était de créer des programmes de santé qui répondent plus précisément aux besoins des populations. En conséquence l'attention est de nouveau accordée à diverses affections au Pérou et des études sont en cours sur des risques tels que la trypanosomiase au Brésil, qui affecte de 16 à 18 millions de Latino-Américains. Quelque 100 000 personnes au Brésil siègent dans 5000 conseils municipaux de santé, 27 conseils étatiques de santé et au Conseil national de la santé. Le Ministère de la santé a publié un programme destiné à être discuté sur son site web et 15 000 personnes ont répondu. Environ 1400 propositions ont été envoyées, dont 402 ont été financées. Bien que la participation communautaire fasse déjà partie du système politique du Brésil, au Pérou l'exercice a été une expérience nouvelle et a attiré l'attention des responsables des questions de santé au-delà du secteur de la santé, tels que les services char-

gés de l'alimentation en eau, de l'élimination des déchets et de la santé mentale.[1]

1 Braine T. Brazil and Peru pool views of their people to set health agenda [News]. Bulletin of World Health Organization 2005;83(7):485–86.

Qu'est ce qui détermine le lieu de résidence des infirmières sages-femmes auxiliaires (ANM) dans le sud du Rajasthan, en Inde ?

En Inde, les performances et la qualité des soins de santé dans les zones rurales dépendent dans une grande mesure des infirmières sages-femmes auxiliaires (ANM), qui agissent comme interface entre le système de santé et la communauté. Une seule ANM gère le sous-centre de santé rural, offrant des services tels que la planification familiale, la vaccination et la pratique des accouchements, au profit de 3000-5000 personnes. Elle est censée vivre dans le village du sous-centre et être disponible en permanence. Plusieurs études ont montré que de nombreuses ANM (43% dans une étude) ne résident pas dans le village où elles travaillent, ce qui limite l'accès des communautés aux soins. Cet article étudie les facteurs dont les ANM tiennent compte, principalement dans des zones rurales de l'Udaipur, au sud du Rajasthan, pour décider où habiter. Parmi les ANM qui ont répondu (19% ne l'ont pas fait), 38% vivaient dans la zone du sous-centre, 25% faisaient la navette depuis un autre village et 37% depuis une ville. Presque la moitié des sous-centres étaient dépourvus d'hébergement pour les ANM, et parmi ceux qui disposaient d'un logement, seul un faible pourcentage avait l'électricité ou l'eau courante. Presque toutes les ANM étaient mariées et un tiers d'entre elles avaient un enfant de moins de cinq ans; 35% devaient confier leurs enfants à des voisins ou à l'aîné des enfants ou bien les laisser seuls quand elles allaient travailler. Faire la navette n'était pas facile pour elles, dans la mesure où les bus étaient rares. Seulement 24% des zones de sous-centre avaient une école intermédiaire ou secondaire. Si de nombreuses familles du village faisaient montre de soutien, les ANM faisaient état de harcèlement sexuel et d'intimidation. Une stratégie globale est nécessaire pour veiller à ce que les ANM bénéficient d'un appui suffisant et des conditions de vie correctes dont elles ont besoin pour vivre dans leur lieu de travail; des poursuites doivent être engagées en cas de harcèlement sexuel et de violence. C'est seulement lorsque ces conditions sont réunies qu'il est possible de demander aux ANM de rendre des comptes sur la prestation des services.[1]

1 1Mohan P, Iyengar S, Brahmawar S, et al. Auxiliary nurse–midwife: what determines her place of residence? Journal of Health and Population in Developing Countries 2003;23 June. At: bhttp://www. longwoods.com/home. php?cat=394>.

Salvador Allende et la naissance de la médecine sociale en Amérique latine

Salvador Allende, le regretté Président du Chili et pathologiste, a exercé en tant que médecin dans les années 20 et 30, quand la médecine sociale prospérait au Chili, en partie en réponse aux revendications du mouvement syndical. En 1939, en qualité de Ministre de la santé dans un Gouvernement de front populaire nouvellement élu, il écrivit sur les relations entre la structure sociale, la maladie et la souffrance, et les conditions sociales du sous-développement, la dépendance internationale et les effets de la dette extérieure. Il soutenait que les mauvaises conditions sanitaires et la malnutrition sont les principales causes de l'excès de décès maternels et infantiles. Il a également été l'un des premiers à écrire sur les avortements illégaux et leurs complications. En tant que sénateur élu au début des années 1950, il a introduit la législation qui a créé le service de santé national chilien, le premier du genre dans les Amériques, afin de garantir un libre accès aux services. Par ailleurs, il a lié cette réforme aux efforts visant à parvenir à une répartition plus équitable des revenus, à la sécurité de l'emploi, à de meilleurs logements et à une meilleure nutrition, avec moins de domination au Chili de la part des sociétés multinationales. La vision politique d'Allende a situé les principales sources des problèmes de santé au sein des structures sociales, convaincu qu'une intervention médicale sans action politique se fourvoyait.[1]

1 Waitzkin H. Commentary: Salvador Allende and the birth of Latin American social medicine. International Journal of Epidemiology 2005;34(4):739–41.

© 2012 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
L'article ci-dessous a été tiré de Reproductive Health Matters 2006;14(27):213-221
0968-8080/06 $ – see front matter

TOUR D'HORIZON
PRESTATION DE SERVICES

prestataires de services et aux patients du KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, ont vu les avantages de l'intégration des services de santé sexuelle et génésique. La majorité des personnes se présentant pour des services de planification familiale (68%) et de santé maternelle et infantile (72%) ont exprimé le désir de recevoir davantage d'informations et de conseils sur les IST et le VIH. Près d'un tiers se sont identifiées comme courant un risque élevé ou moyen face au VIH, mais seul un petit nombre d'entre elles recevaient des informations supplémentaires. Les prestataires interrogés dans le cadre de l'étude ont reconnu les avantages de l'intégration des services et de la fourniture de dépistage et de conseils complets de santé sexuelle et génésique, quel que soit le problème motivant la visite du patient. Néanmoins, dans la pratique, bon nombre de prestataires étaient limités par leur propre manque de confiance ou de compétences dans les disciplines dont ils n'étaient pas spécialistes. Certains agents de santé devant faire face à un nombre important de patients mettaient l'accent uniquement sur le problème pour lequel ils étaient consultés, par convenance.[1]

1 Maharaj P, Cleland J. Integration of sexual and reproductive health services in KwaZulu-Natal, South Africa. Health Policy and Planning 2005;20(5):310–18.

Les femmes ayant un faible revenu ont moins accès aux soins de santé génésique: Etats-Unis

Une enquête sur l'accès aux services de santé auprès de 2766 femmes aux États-Unis a analysé les obstacles aux soins de santé, les coûts des soins de santé et l'assurance médicale, les relations que ces femmes entretiennent avec les prestataires de soins et leur rôle dans le maintien de la santé familiale. En ce qui concerne les questions de santé sexuelle, le sondage a révélé que moins d'un tiers des femmes avait discuté des questions de santé sexuelle avec un médecin. Peu de médecins incluaient des conseils de prévention ou de promotion de la santé dans les conversations avec leurs patientes, même si de telles informations peuvent avoir un grand impact sur la santé génésique des femmes. Comme pour les autres domaines des soins de santé, les femmes qui disposent d'un faible revenu avaient moins de chances d'accéder aux services de santé génésique que celles ayant un revenu élevé. Les femmes à faible revenu et dont la santé était défaillante étaient moins susceptibles d'avoir con-sulté un gynécologue-obstétricien l'année précédente et nettement moins suscep-tibles d'avoir subi un frottis au cours des deux années précédentes que celles ayant un revenu élevé et disposant d'une assurance médicale privée.[1]

1 Salganicoff A, Ranji UR, Wyn R. Women and health care, a national profile: key findings from the Kaiser Women's Health Survey. Kaiser Family Foundation. July 2005. At: bhttp://www.kff.org/womenshealth/ upload/Women-and-Health-Care-A-National-Profile- Key-Findings-from-the-Kaiser-Women-s-Health- Survey.pdfN.

Amélioration de l'accès aux soins de santé sexuelle et accroissement du dépistage de la chlamydia: Royaume-Uni

Le Ministère britannique de la santé va investir 300 millions de livres au cours des trois prochaines années pour tenter de surmonter le déficit énorme en matière de fourniture de soins de santé sexuelle. Seul un quart des patients sont en mesure d'obtenir à un rendez-vous pour des conseils et un traitement des infections sexuellement transmissibles dans les 48 heures recommandées. Certains patients attendent jusqu'à neuf semaines pour obtenir un rendez-vous.[1]

La chlamydia est l'infection sexuellement transmissible la plus courante au Royaume-Uni, mais son incidence globale est difficile à établir car elle est généralement asymptomatique. Cela a conduit

à des mesures pour élargir l'accès aux services et améliorer le dépistage de la maladie dans une tentative de juguler sa progression. Une étude menée dans un district a invité 19 773 personnes âgées de 16 à 39 ans à envoyer un échantillon d'urine pour un dépistage gratuit, accompagné des réponses à un questionnaire. Seulement un cinquième des personnes invitées ont accepté l'offre, après une seule invitation, ce taux passant à un tiers après des rappels. La prévalence globale de la chlamydia était de 2,8% chez les femmes et 3,6% chez les hommes, mais était plus élevé chez les moins de 25 ans (5,1% des femmes et 6,2% des hommes). L'acceptation du dépistage était plus faible dans les zones de populations non-blanches et les plus défavorisées, mais les femmes de ces zones ayant fourni des échantillons pour le dépistage avaient la plus forte prévalence. Le fait d'avoir eu un ou plusieurs nouveaux partenaires sexuels au cours de l'année précédente et être âgé de moins de 25 ans constituaient les deux principaux facteurs de risque d'infection.[2]

Outre l'augmentation globale des cas d'infection, l'existence de méthodes de plus en plus sensibles de détection de la chlamydia signifie que les centres de santé en charge de la santé sexuelle identifient davantage de malades infectés. Un centre qui utilise un nouveau test à base d'acide nucléique a constaté un doublement apparent du taux d'infection, mais avec une diminution concomitante des infections génitales[3] non identifiées.

La couverture du programme de dépis-tage sera étendue afin de desservir l'en-semble du pays d'ici 2007. Au cours des deux premières années du programme, 78 000 personnes ont fait l'objet d'un dépistage de la chlamydia, plus de 8 000 obtenant un résultat positif. Le programme a ciblé les moins de 25 ans qui ont été dépistés dans divers milieux y compris les dispensaires, les cabinets de médecine générale, les collèges et les prisons. Le test est également désormais disponible gratuitement pour les jeunes dans les pharmacies partout à Londres.[4]

1 Britain in sexual health "crisis". BBC News. 13 octobre 2005. In: Abortion Review 2005;16:6.

2 Sherrard J, Rings M, Hall C. Where has all the chlamydia come from? The clinical impact on the introduction of an improved chlamydia test. International Journal of STD and AIDS 2005;16(2):163–65.

3 Macleod J, Salisbury C, Low N, et al. Coverage and uptake of systematic postal screening for genital Chlamydia trachomatis and prevalence of infection in the United Kingdom general population: cross sectional study. BMJ 2005:330(7497):940.

4 Résultats du programme national de dépistage de la chlamydia. Reportage de la BBC. 9 novembre 2005. In: Abortion Review 2005;16:5.

Prise en charge du cancer de l'ovaire: Etats-Unis

Le cancer de l'ovaire est un cancer gynécologique relativement rare, avec environ 25 000 nouveaux cas et 16 000 décès par an aux États-Unis. La plupart des patientes viennent consulter à un stade avancé de la maladie qui doit alors être prise en charge grâce à la chirurgie et la chimiothérapie. Le risque à vie pour la femme est de 1 sur 70 et les patientes ont un âge moyen de 60 ans. Les facteurs de risque incluent des antécédents fami-liaux de cancer de l'ovaire ou du sein et le fait de ne pas avoir d'enfants, tandis que l'utilisation de contraceptifs oraux, la grossesse et l'allaitement sont associés à un risque réduit. Seulement 5% des femmes ont une prédisposition génétique identifiable et l'ablation des ovaires peut être proposée à ces femmes comme mesure préventive. Bien que la chirurgie soit presque toujours pratiquée, il est possible de placer certaines patientes ayant des kystes ovariens complexes ou souffrant de maladies concomitantes qui rendent la chirurgie dangereuse sous chimiothérapie sans chirurgie. Les patientes qui en sont aux premiers stades de la maladie peuvent ne pas suivre de chimiothérapie post-opératoire, mais celles dont la maladie est à un stade avancé ou qui présentent un risque élevé de rechute reçoivent normalement une chimiothérapie à base de platine. L'article donne des détails sur les stades de la maladie et les autres schémas thérapeutiques. La récurrence de la maladie constitue un problème majeur pour les patientes atteintes de cancer avancé de l'ovaire qui n'est généralement pas curable. Les perspectives pour les patientes atteintes de cancer épithélial de l'ovaire

sont en nette amélioration avec une meilleure chimiothérapie et davantage d'options pour la prise en charge des maladies récurrentes.[1]

1 Cannistra SA. Cancer of the ovary [Review]. New England Journal of Medicine 2004;351(24):2519–29.

Beaucoup de gynécologues-obstétriciens mexicains traitent la dysplasie du col de l'utérus à l'aide de l'hystérectomie

L'étude menée au Mexique a interrogé 1206 médecins généralistes et gynécologues- obstétriciens travaillant dans un échantillon national représentatif d'établissements publics et privés dans les zones urbaines du Mexique sur leur connaissance et leur prise en charge du virus du papillome humain (VPH) et du cancer du col de l'utérus. Quatre-vingts pour cent d'entre eux ont identifié le VPH comme étant la cause principale du cancer du col utérin, mais beaucoup n'avaient pas de connaissances spécifiques de l'association et nécessitaient des informations plus précises sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et les protocoles de traitement. Les gynécologues-obstétriciens étaient plus susceptibles que les médecins généralistes de connaître les souches oncogènes spécifiques du virus.
Toutefois, 43% des gynécologues-obs-tétriciens ont indiqué qu'ils avaient pratiqué une hystérectomie au cours de l'année précédente pour traiter une dysplasie cervi-cale légère ou modérée, ce qui n'est pas une pratique recommandée.[1]

1 Aldrich T, Becker D, Garcı´a SG, et al. Mexican physicians' knowledge and attitudes about the human papillomavirus and cervical cancer: a national survey. Sexually Transmitted Infections 2005;81:135–41.

Les soins aux victimes de viol pourraient être améliorés: Afrique du Sud

Des agents de santé plus âgés et plus expérimentés, qui travaillent dans des centres de santé disposant de protocoles de traitement et de soins et qui considèrent le viol comme un problème médical grave, dispensent des soins de meilleure qualité aux victimes de viol. Dans le cadre de cette étude sur la qualité des soins et des centres de santé dans les neuf provinces d'Afrique du Sud, de nombreux agents de santé ne reconnaissaient pas les problèmes psychologiques et sociaux auxquels font face les victimes de viol et seule une minorité a déclaré aiguiller les patientes pour des services de conseil. L'absence de formations qui incluent des thèmes abordant le contexte social du viol a été aggravé par le manque de protocoles locaux clairs, l'insuffisance des infrastructures pour protéger la confidentialité dans le cadre du conseil, et le fait que la sécurité des preuves médico-légales recueillies n'est pas assurée. L'étendue des services de conseils et dépistage du VIH, de prophylaxie post-exposition au VIH, de tests de grossesse, de contraception d'urgence et de conseils sur l'avortement varie considérablement. Les traitements inappropriés des infections sexuellement transmissibles ont souligné la nécessité d'autres sensibilisations à la santé sexuelle en général et pas seulement pour les victimes de viol. Les centres de lutte contre le viol, avec un personnel bien formé et expérimenté, pourraient offrir un meilleur service que les services intégrés des centres de santé générale.[1]

1 Christofides NJ, Jewkes RK, Webster N, et al. "Other patients are really in need of medical attention" – the quality of health services for rape survivors in South Africa. Bulletin of World Health Organization 2005;83(7): 495–502.

Fourniture de la FIV variable en Europe

La fécondation in vitro (FIV) est devenue l'un des traitements clés pour les couples ayant des problèmes de fertilité ; cependant, la fourniture de la FIV varie énormément à travers l'Europe. Au Danemark, 4,1% des enfants naissent grâce à des techniques de reproduction assistée, reflétant le nombre élevé (2106) de cycles de FIV réalisés par million d'habitants. A titre de comparaison, l'on enregistre 2,8% de ces naissances en Suède avec 1241 cycles de FIV par million d'habitants et seulement 1,3% des nourrissons nés de la même manière au Royaume-Uni avec seulement 625 cycles de FIV par million d'habitants, ce qui range ce pays

loin derrière d'autres pays européens tels que la Slovénie, l'Islande, la Finlande, la Norvège et la Hongrie. Ces différences peuvent se justifier par l'absence de prestations subventionnées par l'Etat. Le Royaume-Uni offre aux couples un seul cycle gratuit, excepté en Écosse où trois cycles gratuits sont offerts, contre cinq au Danemark.[1]

1 Meikle J. Britain near bottom for IVF in Europe. Guardian (RU) 23 juin 2005.

Options pour préserver la fécondité chez la femme

Cette revue d'études sur la gamme des techniques visant à surmonter l'insuffisance ovarienne prématurée a révélé que la cryoconservation (congélation) offre plu-sieurs options. Il s'agit notamment de la cryoconservation des ovules, du tissu de l'ovaire ou des embryons. L'insuffisance ovarienne prématurée se définit comme étant la ménopause avant l'âge de 40 ans, y compris chez les femmes souffrant de maladies pelviennes telles que l'endo-métriose et suite à un traitement du cancer d'un organe pelvien. Les méthodes appropriées de traitement de la fécondité doivent prendre en compte l'âge de la femme, son désir de conception dans le court ou long terme et la question de savoir si elle a ou non un partenaire pour le don de sperme. Le taux de grossesse spontanée après traitement du cancer et la possibilité pour les femmes de concevoir à l'avenir grâce au don d'ovocytes devraient également être inclus dans les consultations relatives à la fécondité.[1]

1 Lobo RA. Potential options for preservation of fertility in women. New England Journal of Medicine 2005; 353(1):64–73.

"La culture sanitaire" importante pour les patients aux Etats-Unis

Un sondage téléphonique auprès de 957 adultes aux Etats-Unis a mis en évidence leur manque de « culture en matière de santé » c'est-à-dire de capacités à obtenir, traiter et comprendre les informations et services de base en matière de santé. Les professionnels de la santé doivent reconnaître que l'aptitude à lire et écrire ne garantit pas la capacité de comprendre les documents relatifs à la santé. Une étude a montré qu'une grande proportion de patients de deux hôpitaux publics des États-Unis était incapable de lire et de comprendre les instructions élémentaires pour la prise des médicaments et une autre a révélé que les médecins de soins primaires évaluaient rarement la compréhension que leurs patients avaient des instructions. Si l'on veut que les patients participent à la prise de décisions concernant le traitement et améliorent activement leur mode de vie, les professionnels de la santé doivent prendre le temps de s'assurer que leurs patients comprennent et de répondre aux questions.[1]

1 Taking health literacy seriously [Editorial]. Lancet 2005;366:95. Original article in the journal Cancer, at: bhttp://www3.interscience.wiley.com/cgi-vin/ fulltext/11053064/HTMLSTART>.

Les avortements à risque pratiqués au deuxième trimestre à l'origine de la plupart des décès liés à l'avortement: Fédération de Russie

L'avortement à risque est rare en Europe; il représente environ 300 des 68 000 cas de décès maternels estimés par an dans le monde entier. La plupart de ces décès en Europe surviennent en Europe orientale, notamment dans la Fédération de Russie, qui compte le plus grand nombre de décès (122 en 2000). La Fédération de Russie a une longue tradition d'avortement légal en
tant que principale méthode de contrôle de la fécondité, avec une dizaine de millions d'interventions par an. En 2003, les avortements après le premier trimestre étaient limités. Une analyse de 113 décès survenus en 1999 montre qu'il n'y a pas de répartition géographique ou liée à l'âge, mais que les décès concernaient plus les femmes ayant interrompu leur grossesse au deuxième trimestre (6,6% des avortements, mais 76% des décès) et les avortements pratiqués hors des institutions médicales (environ 10% des interventions, mais 67% des décès). Les raisons pour lesquelles les femmes choisissent de telles institutions ne sont pas claires, mais cela est peut-être dû au fait qu'il n'existe pas de services d'avortement du deuxième trimes-

tre. Avec une estimation de 150 000 cas d'avortements à risque toujours pratiqués chaque année en Russie et étant donné que les effets de la loi de 2003 se reflètent dans les données, le taux de mortalité maternelle liée à l'avortement pourrait augmenter en Russie.[1,2]

1 Ketting E. The case of the Russian Federation. Entre Nous 2005;59:20–22.

2 Zhirova IA, Frolova OG, Astakhova TM, et al. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. Studies in Family Planning 2004;35:178–88.

Soins après avortement et fourniture de contraceptifs: République-Unie de Tanzanie et Amérique latine

Beaucoup de femmes ont besoin de traitement pour les complications suite à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions en République-Unie de Tanzanie et il est nécessaire de fournir des services de contraception avec des soins post-avortement afin de prévenir d'autres grossesses non désirées et des avortements dangereux. Dans la présente étude, 1356 femmes qui se sont présentées dans 13 hôpitaux en République-Unie de Tanzanie pour le traitement d'avortements incomplets ont reçu des conseils sur la contraception de la part d'infirmières spécialement formées. La plupart d'entre elles ont bien accepté les contraceptifs, et les femmes urbaines (93%) et rurales (71%) sont reparties avec une méthode contraceptive. Les hôpitaux gérés par l'Église catholique ou appartenant à cette dernière pourraient ne pas inclure la fourniture de méthodes contraceptives modernes et il faut envisage d'autres lieux où distribuer des contraceptifs.[1]

Un examen portant sur dix études de centres qui assurent des soins post-avortement dans un cadre de santé publique dans sept pays d'Amérique latine au cours des 11 années avant 2002 a conclu que le traitement rapide des complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, en utilisant le curetage manuel et des analgésiques sur une base ambulatoire, pourrait sauver la vie des femmes et aider à réduire les coûts des services de santé. Cependant, même avec de bons services de soins après avortement, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions présente toujours de grands risques et la fourniture de services d'interruption légale et volon-taire de grossesse est nécessaire afin de réduire considérablement l'incidence des complications de l'avortement et de sauver des vies.[2]

1 Rasch V, Yambesi F, Kipingili R. Scaling up post-abortion contraceptive service – results from a study conducted among women having unwanted pregnancies in urban and rural Tanzania. Contraception 2005;72:377–82.

2 Billings DL, Benson J. Post-abortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. Health Policy and Planning 2005;20(3):158–66.

Contraception d'urgence: Royaume-Uni, Etats-Unis, monde arabe

Les moyens de contraception d'urgence sont disponibles et en vente libre au Royaume-Uni depuis 2001. La présente étude a analysé les données d'une enquête polyvalente de 7600 adultes vivant dans des ménages privés et a examiné l'impact de la disponibilité des moyens de contraception d'urgence en vente libre sur les pratiques contraceptives. La disponibilité accrue des moyens de contraception d'urgence ne semblait pas entraîner une augmentation des épisodes de rapports sexuels non protégés, ni une diminution de l'utilisation de contraceptifs plus fiables. Quoique le taux global d'utilisation n'ait pas changé, moins de femmes se procuraient des moyens de contraception d'urgence chez un médecin généraliste ou dans un centre de santé.[1]

Une analyse documentaire et probante à l'échelle internationale a conclu que le rôle des pharmacies communautaires était important dans la fourniture d'un accès rapide à un moyen de contraception d'urgence et que de tels services sont très bien cotés par les femmes.[2]

Une étude américaine a analysé les préoccupations des utilisateurs d'un site internet sur la contraception d'urgence (<www.Not2-Late.com>) sur la base des courriers électroniques envoyés de 1999 à 2004 et les pages internet fréquemment consultées. Vingt-trois pour cent des cour-

riers électroniques posaient la question de savoir comment utiliser les moyens de contraception d'urgence et 21% concer-naient les effets secondaires. Les autres préoccupations courantes comprenaient la grossesse (17%), la question de savoir si la méthode était nécessaire dans une situation donnée (14%), l'accès (8%), l'efficacité (4%) et le fonctionnement de la méthode (3%). L'analyse des pages du site internet a révélé que les visiteurs étaient surtout préoccupés par la méthode d'utilisation des moyens de contraception d'urgence et comment interpréter les saignements après utilisation. Les auteurs de l'étude attirent l'attention sur la nécessité de poursuivre les recherches concernant les questions auxquelles l'on ne peut répondre avec la documentation médicale existante, mais qui présentent un intérêt pour les patientes et sur les différentes significations de la même terminologie, telle que perçue par les patientes et les professionnels de la santé.[3]

Les moyens de contraception d'urgence sont devenus disponibles dans le monde arabe ces cinq dernières années, mais peu d'informations sont disponibles sur les attitudes à leur égard. Cependant, il est important d'éviter de supposer qu'il y aura probablement une opposition à la contraception d'urgence dans la région, car il y a une grande diversité d'opinions sur la contraception et l'avortement dans les interprétations juridiques islamiques et au sein du public. Au cours des dernières décennies, le principe de la planification familiale, y compris l'utilisation de moyens de contraception hormonale et du stérilet a été largement accepté par les gouverne-ments du monde arabe et les théologiens islamiques. L'avortement reste plus contro-versé. Néanmoins, il y a de bonnes raisons d'être optimiste quant à l'acceptabilité potentielle de la contraception d'urgence dans le monde arabe.[4]

En mai 2003, un site internet en langue arabe sur la contraception d'urgence a été lancé. Une étude des modes d'utilisation et du profil des utilisateurs sur une période de 19 mois a révélé que les utilisateurs du site internet en arabe avaient des préoccupations différentes. Le site en arabe a enregistré 39 217 visites et 78 000 demandes de page dans les 19 premiers mois. Après la page d'accueil, l'indice des Questions fréquemment posées était la page la plus populaire, représentant 45,5% de toutes les demandes. Les réponses aux deux questions portant sur les saignements après une contraception d'urgence étaient les plus fréquemment consultées. Les utilisateurs du site en arabe ont également porté un grand intérêt aux questions générales de santé de la procréation, non spécifiques à la contraception d'urgence, ce qui laisse percevoir la nécessité d'une plus grande disponibilité de ces informations en arabe sur internet.[5]

1 Marston C, Meltzer H, Majeed A. Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional surveys. BMJ 2005;331:271–76.

2 Anderson C, Blenkinsopp A. Community pharmacy supply of emergency hormonal contraception: a structured literature of international evidence. Human Reproduction 2006;21(1):272–84.

3 Wynn L, Trussell J. The morning after on the internet: usage of and questions to the emergency contraception website. Contraception 2005;72(1):5–13.

4 Wynn L, Foster AM, Rouhana A, Trussell J. The politics of emergency contraception in the Arab world: reflections on western assumptions and the potential influence of religious and social factors. Harvard Health Policy Review 2005;6(1):38–47.

5 Foster AM, Wynn L, Rouhana A, et al. Reproductive health, the Arab world and the internet: usage patterns of an Arabic-language emergency contraception web site. Contraception 2005;72(2):130–37.

DIU au cuivre TCu 380A: une méthode à long terme réversible

Le dispositif intra-utérin (DIU) TCu 380A fait partie des méthodes les plus efficaces, réversibles et à long terme de contraception. Cette méthode est peu coûteuse, avec un faible taux de complications graves et est, de ce fait, le DIU au cuivre le plus couramment utilisé dans le monde. Cette étude, menée au Brésil, a évalué la performance du DIU TCu 380A chez 228 femmes qui utilisaient le dispositif depuis plus de dix ans et qui avaient 35 ans ou plus, à l'issue de la dixième année d'utilisation

du DIU. Les auteurs de l'étude n'ont trouvé aucune preuve d'une éventuelle perte d'efficacité après dix ans d'utilisation. Quoique le dispositif soit peu performant au-delà de 12 ans, les auteurs ont indiqué que leurs données appuyaient l'hypothèse selon laquelle les femmes qui s'étaient fait insérer ce dispositif à l'âge de 25 ans ou plus pourraient continuer à l'utiliser jusqu'à la ménopause.[1]

1 Bahamondes L, Fau´ ndes A, Sobreira-Lima B, et al. TCu 380A IUD: a reversible permanent contraceptive method in women over 35 years. Contraception 2005;72(5):337–41.

Utilisation de pairs chercheurs pour orienter les stratégies de maternité sans risque au Népal

Le suivi des informateurs clés est un mécanisme de collecte d'informations auprès d'une population avec le concours de pairs chercheurs issus de cette même population. C'est une méthode particulièrement efficace dans les sociétés fortement stratifiées, étant donné qu'il y a plus de chances que les enquêtés parlent ouvertement avec un membre de leur propre communauté. Le Projet de maternité sans risque au Népal a utilisé cette approche pour concevoir une stratégie pour une maternité sans risque et par la suite, pour évaluer ses effets en utilisant 72 femmes chercheurs représentant leur communauté locale. Les entretiens ont porté sur la perception des obstacles aux services essentiels de soins obstétricaux, la qualité des soins obstétricaux et de ceux dispensés par les sages-femmes et la capacité de prise de décision des femmes. À la suite de l'enquête initiale, des campagnes de sensibilisation sur les signes de danger pendant la grossesse ont été conduites et des cours de formation dispensés aux guérisseurs traditionnels en vue d'améliorer les pratiques de recherche de santé. Une solution a été apportée à la mauvaise qualité des soins grâce aux changements physiques de l'environnement et à la formation des prestataires de service dans l'objectif d'expliquer les traitements et d'éviter les discriminations. L'accès au transport a été amélioré. Des fonds d'urgence ont été mis en place en vue d'améliorer l'accès économique et une tentative a été faite pour améliorer la capacité décisionnelle et l'autonomie des femmes, notamment à travers les groupes communautaires.

Un an plus tard, l'utilisation d'agents de santé maternelle et infantile pour assister les accouchements avait aug-menté, mais beaucoup de femmes préfé-raient toujours accoucher à domicile avec une accoucheuse non qualifiée. L'on a enregistré un accroissement des connaissances des signes de danger, ce qui a eu pour conséquences la prise de décisions plus judicieuses sur le moment où il faut aller dans un établissement de santé et davantage de transferts à l'hôpital de la part des guérisseurs traditionnels en cas d'accouchement difficile. Le système de transport, dans toutes les régions, a rendu
le transport d'urgence plus facilement accessible, même si les femmes préféraient un panier en bambou à une jeep en raison du mauvais état des routes et des difficultés à monter à bord d'une jeep. Il existait toujours des obstacles au transport, notamment pour les femmes de basse caste qui ne peuvent être portées par des hommes de caste supérieure et même si des fonds d'urgence étaient disponibles dans toutes les parties du pays, les femmes avaient toujours besoin de la permission de leur mari pour recevoir des prêts du fonds. L'amélioration des installations dans les postes de santé secondaires, par exemple une salle de consultation privée et des rideaux, davantage de personnel et la non-discrimination entre les castes a été relevée par les personnes interrogées et a créé une plus grande confiance générale chez les agents de santé et une nette amélioration de la qualité des soins. Beaucoup de femmes ont déclaré qu'elles utilisaient les soins prénatals et qu'elles discutaient des problèmes avec leur mari, mais les femmes des familles élargies avaient moins de chances de recevoir une aide physique de la part de leur mari pour les lourdes tâches que celles des familles nucléaires. Il est apparu que les belles-mères n'étaient pas d'un grand secours dans la prise de décisions concernant la santé de la femme enceinte. L'autonomie des groupements féminins et le respect que leur vouait la communauté dans son ensemble avaient augmenté, mais dans les groupes où il y avait des membres de sexe masculin, les femmes étaient ignorées dans le processus de prise de décision. Les femmes chercheurs

ont elles-mêmes servi de source d'information et de catalyseurs du changement, sensibilisant aux questions clés. Le succès du suivi des informateurs clés comme outil de conception des stratégies et de mise en œuvre du changement a été confirmé par la présente étude.[1]

1 Price N, Pokharel D. Using key informant monitoring in safe motherhood programming in Nepal. Development in Practice 2005;15(2):151–64.

Soins obstétricaux d'urgence en Bolivie, en El Salvador et au Honduras

L'évaluation des soins obstétricaux d'urgence en Bolivie, en El Salvador et au Honduras révèle une répartition inégale des établissements sanitaires. En El Salvador, il y a deux fois plus d'infrastructures de santé complètes et fonctionnelles que les besoins de la population (28 par rapport aux 13 nécessaires), mais on y note un manque total d'équipements de base (0 par rapport à 52), une caractéristique constatée également en Bolivie et au Honduras. Néanmoins, au Honduras, au moins, le besoin de soins obstétricaux d'urgence semble être satisfait pour les trois quarts des femmes qui, selon les estimations, auraient de sérieuses complications obstétricales, même si cette fourniture de soins est inégale, avec une région manquant totalement d'infrastructures. Les taux de létalité sont faibles dans les trois pays, à moins de 1%, mais dans tous les cas, les zones rurales enregistrent des indicateurs plus faibles. Ces pays ont beaucoup progressé dans la mise à disposition de ces services pour la majorité des femmes et doivent à présent les ouvrir à toute la population.[1]

1 Bailey P. Program note: Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services: Bolivia, El Salvador and Honduras. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005;89(2):221–30.

Mortalité maternelle très élevée en Afghanistan

Près de la moitié (154/357) des décès de femmes en âge de procréer (15-49 ans) de quatre provinces de l'Afghanistan étaient liés à des complications pendant la grossesse, l'accouchement ou la période puerpérale. En dehors de la capitale Kaboul, les cas de décès dus à des complications maternelles dépassaient la totalité des décès dus à d'autres causes dans ce groupe d'âge. La plupart des décès maternels étaient causés par une hémorragie antepartum, sauf dans la province la plus reculée où l'arrêt de la progression du travail constituait la cause principale de mortalité. Toutes les mesures de risque maternel étaient élevées pour l'ensemble du pays, mais ce risque augmentait avec l'éloignement. Le taux global de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes était de 418 à Kaboul, 774 à Alisheng, 2182 à Maywand et 6507 à Ragh. Les femmes de Ragh étaient plus jeunes au moment du décès et les décès se produisaient principalement pendant la première grossesse. On enregistrait plus de mortinatalité dans les régions éloignées et la probabilité de survie des enfants nés vivants était plus faible que dans les provinces moins reculées. L'arrêt de la progression du travail n'a été relevé nulle part à Kaboul.[1]

1 Bartlett LA, Mawji S, Whitehead S, et al. Where giving birth is a forecast of death: maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002. Lancet 2005;365:864–70.

Mortalité maternelle: Nigéria, Burkina Faso et Pakistan

Se référant à l'expérience d'un doctorant au Nigeria, un éditorial parvient à personnaliser les conséquences d'un échec global à atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement qui consiste à réduire la mortalité maternelle des trois quarts d'ici 2015. Au Nigeria, il n'existe pas de statistiques précises sur la mortalité maternelle et celles qui sont disponibles se rapportent aux femmes qui parviennent à atteindre un hôpital. Accompagnant son étudiant sur le terrain pour visiter des centres de santé, l'auteur de l'étude peint un tableau sombre, par la suite confirmé lors d'un atelier sur la maternité sans risque, dans lequel la pauvreté et le manque de volonté politique se conjuguent pour priver les femmes de services de base sûrs, convenablement financés et accessibles.[1]

Au Burkina Faso, sur les 20 programmes de maternité sans risque étudiés en 2003-2004 à l'aide

d'un questionnaire structuré et des entretiens avec les responsables des programmes, seuls deux avaient pour objectif d'améliorer l'accès aux soins obstétricaux complets d'urgence et deux seulement prenaient totalement en compte toutes les composantes de l'assistance qualifiée à l'accouchement. Au nombre des lacunes figuraient la couverture géographique inégale, la faible disponibilité des données de base, les mesures de suivi insuffisantes et le manque de planification à des fins d'évaluation. L'étude souligne le manque d'investissement pour l'amélioration de la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence (en particulier la transfusion sanguine et la césarienne), d'approches globales de l'assistance quali-fiée à l'accouchement et de soins après avortement. Ce genre d'examen systéma-tique peut aider à définir des priorités et à guider la prise de décisions pour l'allocation des ressources en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelles.[2]

Une étude menée dans le Pendjab pakis-tanais et dans les Provinces de la Frontière du Nord-Ouest a examiné la conformité avec les recommandations relatives aux soins obstétricaux d'urgence dans les centres de santé publics. Des données transversales ont été recueillies au cours de l'année 2003 en utilisant des indicateurs de processus de l'ONU. Dans chaque province, 30% (n = 19) des districts ont été choisis aléatoirement et tous les établissements publics de santé offrant des services de soins obstétricaux d'urgence (n = 170) ont été inclus. Il en est ressorti que seuls 22 établissements fournissaient des services de base, et 37 offraient des services de soins obstétricaux complets d'urgence. Les besoins satisfaits ont été estimés à 9%, et 0,5% des femmes accouchaient par césarienne d'urgence. Le faible taux de létalité de 0,7% est attribué à une probable mauvaise tenue des registres. L'accès et plusieurs autres indicateurs étaient meilleurs dans les provinces de la Frontière du Nord-Ouest que dans le Pendjab. Presque tous les indicateurs étaient au-dessous des recommandations de l'ONU. Les auteurs de l'étude lancent un appel aux décideurs et aux planificateurs en matière de santé afin qu'ils prennent des mesures immédiates et appropriées au niveau des districts et des hôpitaux pour réduire la mortalité maternelle.[3]

1 Thomson A. dReduce maternal mortality by three quarters by 2015T. Midwifery [Editorial] 2005;21(3): 201–04.

2 Hounton SH, Meda N, Hussein J, et al. Describing safe motherhood programs for priority setting: the case of Burkina Faso. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005;91:97–104.

3 Ali M, Hotta M, Kuroiwa C, Ushijima H. Emergency obstetric care in Pakistan: potential for reduced maternal mortality through improved basic EmOC facilities, services and access. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005;91:105–12.

Faibles connaissances et utilisation d'interventions de prise en charge de la grossesse basée sur des données probantes dans le Nord-Ouest du Cameroun

Des interventions fondées sur des données factuelles qui pourraient réduire considérablement la mortalité périnatale et maternelle sont sous-utilisées par les agents de santé au Cameroun. Cette enquête descriptive auprès de 328 travailleurs de la santé génésique dans 14 régions sanitaires a examiné la connaissance et l'utilisation de 13 interventions vitales en matière de santé génésique dans la prise en charge de la grossesse, sélectionnées en utilisant la Bibliothèque Cochrane. Onze de ces interventions se sont révélées efficaces, une a provoqué des dommages et il y a des doutes quant aux avantages de la dernière. L'étude a révélé que le manque de formation et de sensibilisation continue limitait la connaissance de ces interventions. Même là où ces interventions étaient connues, l'absence de ressources et de matériels constituait un obstacle à la pratique. Seulement 15,5% des agents de santé interrogés connaissaient quatre importantes interventions composites: l'utilisation des corticostéroïdes prénatals, la prise en charge active de la délivrance placentaire au moyen d'utérotoniques, l'administration périnatale d'antirétroviraux et l'administration de sulfate de magnésium pour l'éclampsie. Seulement 3,8% des agents de santé ont déclaré utiliser les quatre interventions régulièrement.[1]

1 Tita ATN, Selwyn BJ, Waller DK, et al. Evidence-based reproductive health care in Cameroon: population- based study of awareness, use and barriers. Bulletin of World Health Organization 2005;83(12):895–903.

Directives pour l'accouchement par voie basse après une précédente césarienne

Ces directives basées sur des données factuelles relatives à l'offre d'un essai de travail après une césarienne ont été produites par la Société des gynécologues et obstétriciens du Canada et reposent sur les résultats d'une recherche MEDLINE d'articles pertinents entre 1995 et 2004. Les auteurs concluent que l'essai du travail (EDT) après une césarienne doit être envisagé chez les femmes qui n'ont pas de contre-indications, après une discussion appropriée. L'efficacité et l'innocuité de l'EDT après une césarienne sont bien mises en évidence chez les femmes (sélectionnées de manière appropriée) sur le point d'accoucher dans un hôpital où l'exécution opportune d'une césarienne est possible. L'assistance de la femme en travail, y compris l'observation attentive de la parturiente et du bébé, pour déterminer s'il y a des signes de complications, est recommandée. L'augmentation du travail à l'aide d'ocytocine est sans risque. L'induction du travail peut être pratiquée lorsque l'indication du besoin d'induction est incontestable et après avoir discuté des risques à fond. L'utilisation de la prostaglandine E2 (dinoprostone) et de la prostaglandine E1 (misoprostol) chez les femmes envisageant une EDT n'est pas recommandée. L'utilisation d'une sonde de Foley pour la maturation du col utérin équivaut à une plus faible chance de succès, mais n'implique pas d'augmentation du risque de rupture utérine.[1]

1 SOGC. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005;89:319–31.

Prévention de la dépression postnatale

La dépression postnatale constitue un problème majeur de santé avec des consé-
quences bien documentées pour les mères, les enfants et les familles. Les femmes souffrant de dépression postnatale sont beaucoup plus susceptibles de connaître des épisodes de dépression à l'avenir. Les nourrissons et les enfants sont vulnérables à cause des faibles interactions mère-bébé et des perceptions négatives du comportement infantile. Une méta-analyse de 59 études a indiqué une prévalence de 13%, la plupart des cas débutant au cours des trois premiers mois suivant l'accouchement. Un examen systématique a été entrepris au Canada sur des essais randomisés et contrôlés d'interventions de prévention psychosociales ou psycho-logiques avec un total de 7697 femmes, dont l'objectif primaire ou secondaire était de réduire le risque de dépression postnatale. Il a été constaté que la seule intervention qui avait un effet préventif évident était la prise en charge intensive postpartum fournie par un professionnel de la santé. L'identification des femmes à risque a contribué à la prévention de la dépression postnatale. Les interventions comportant une seule composante post-natale se sont révélées plus bénéfiques que les interventions qui intégraient une composante prénatale et les interventions à base individuelle étaient plus efficaces que les interventions basées sur les groupes.[1]

1 Dennis C. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. BMJ 2005;331:15–18.

Une ethnographie des femmes égyptiennes en travail

La qualité des soins reçus par la femme La qualité des soins reçus par la femme enceinte constitue une mesure importante de tout système de soins de santé et dépend de la philosophie des personnes qui dispensent les soins. Cette étude ethnographique a examiné les soins intrapartum des femmes attendant un accouchement normal dans un hôpital égyptien. L'étude a consisté en une obser-vation des femmes en travail et en entretiens avec elles peu après l'accouchement. Les données ont été synthétisées en trois thèmes: la qualité technique des soins hospitaliers, l'expérience de l'accouchement à l'hôpital (qui est comparé défavorablement avec les expériences de l'accouchement à domicile) et le degré " d'aide apportée du fond du cœur ". Ce dernier point traduit la manière d'accoucher préférée de la femme. Les auteurs de l'étude soulignent la nécessité de

reconnaître que les " connaissances, croyances et valeurs " sont différentes chez les bénéficiaires et les fournisseurs de soins de maternité et de trouver des moyens de concilier les aspects positifs des multiples façons de percevoir l'accouchement, tout en rejetant la tentation de romancer un des paradigmes de fonctionnement actuels. Le concept d'aide qualifiée venant du cœur pourrait fournir un moyen à cette fin. En d'autres termes, les femmes devraient recevoir le meilleur que la technologie occidentale peut offrir, avec les soins traditionnels et le respect des personnes ancrées dans les traditions d'accouchement à domicile dans le monde arabe. Une telle conciliation nécessitera un changement des attitudes envers la nature des accouchements normaux, évoluant vers des services de soins en faveur des femmes enceintes, et un effort conscient pour responsabiliser les prestataires de soins de maternité et les femmes en travail.[1]

1 El-Nemer A, Downe S, Small N. "She would help me from the heart": an ethnography of Egyptian women in labour. Social Science & Medicine 2006;62:81–92.

Expériences de dépistage au cours du premier trimestre prénatal

Alors que le dépistage du syndrome de Down et des anomalies du tube neural au deuxième trimestre est bien établi en matière de soins prénatals, on propose de plus en plus souvent un dépistage du premier trimestre avec des marqueurs biochimiques et échographiques, ce qui donne des taux de détection plus élevés du syndrome de Down très tôt au début de la grossesse. Cette étude examine les expériences de 14 femmes au Royaume-Uni ayant bénéficié du dépistage pendant le premier trimestre à l'aide d'une échographie. L'étude se concentre sur l'importance de l'échographie dans le dépistage du premier trimestre, les images de qualité supérieure obtenues et le potentiel d'introduction de nouveaux dilemmes éthiques pour les femmes enceintes. Cette pratique perpétue la tradition des femmes enceintes agissant comme " pionnières morales " dans des environnements de plus en plus complexes et à un stade plus précoce de la grossesse qu'auparavant.[1]

1 Williams C, Sandall J, Lewando-Hunt G, et al. Women as moral pioneers? Experiences of first trimester antenatal screening. Social Science and Medicine 2005;61:1983–92.

Indisponibilité de sulfate de magnésium pour le traitement de l'éclampsie et de la pré-éclampsie: Mozambique et Zimbabwe

Assurer la disponibilité de médicaments efficaces pour les problèmes prioritaires de santé demeure une question majeure de santé publique dans de nombreux pays africains. Un exemple relatif à la prise en charge de l'éclampsie et de la pré-éclampsie, causes importantes de morbidité et de maternité maternelle et infantile, révèle que 63 000 femmes meurent chaque année suite à des convulsions éclamptiques et que 99% de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou moyen. Il existe beaucoup d'éléments de preuve qui démontrent l'efficacité du sulfate de magnésium, (médicament peu coûteux) pour traiter et prévenir l'éclampsie. Cependant, il n'est toujours pas largement disponible dans de nombreux pays, y compris le Mozambique et le Zimbabwe. Cela s'explique en partie par les défaillances dans les mécanismes d'enregistrement, d'approvisionnement et de distribution. Le faible coût du médi_cament signifie que l'on ne peut pas compter sur les forces du marché pour assurer sa disponibilité. Par conséquent, les gouvernements et les institutions internationales doivent se tenir prêts à intervenir pour assurer la disponibilité des médicaments de ce genre dans les pays en développement.[1]

1 Sevene E, Lewin S, Mariano A, et al. System and market failures: the unavailability of magnesium sulphate for the treatment of eclampsia and pre-eclampsia in Mozambique and Zimbabwe. BMJ 2005;331:765–69.

Supprimer les frais payés par les patients en Afrique

Les frais à la charge des patients constituent la forme la plus régressive du financement des soins de santé contribuant, comme c'est le cas, à rendre les coûts inabordables pour les ménages pauvres. Même lorsque ces coûts sont faibles, ils incitent à

l'automédication inappropriée (et inadéquate) et peuvent constituer un obstacle à l'utilisation des centres de santé. Néanmoins, la suppression des frais payés par les usagers doit être faite avec soin, car elle pourrait entraîner un accroissement substantiel et soutenu de l'utilisation des services. Il est nécessaire d'augmenter les niveaux de financement disponibles pour les soins de santé afin d'y faire face, que ce soit par l'annulation de la dette et l'amélioration des termes de l'échange, le soutien accru des bailleurs de fonds (même si l'on ne peut compter sur cette éventualité) ou par d'autres sources de financement intérieur qui soient durables et équitables. Un certain nombre de stratégies peuvent être adoptées en faveur du changement politique visant à supprimer les frais payés par les usagers. Il s'agit notamment de l'attribution des tâches de coordination de la suppression des tarifs payés par les usagers et les actions y relatives à une cellule gouvernementale spécifique, le dialogue franc avec les travailleurs et responsables de la santé sur les implications de ce changement de politique, la mise à disposition de nouveaux fonds au niveau local, la sensibilisation du public, la planification des ressources pour une utilisation accrue, l'amélioration de l'accès physique aux services et un système de suivi approprié.[1]

1 Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. BMJ 2005;331:762–65

QUESTIONS de santé reproductive

© 2012 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
L'article ci-dessous a été tiré de Reproductive Health Matters 2006;14(27):224-231
0968-8080/06 $ – see front matter

REPRODUCTIVE HEALTH matters

TOUR D'HORIZON
VHI/SIDA

La grossesse augmente le risque de contracter le VIH, indépendamment d'autres indicateurs: Ouganda

Le risque de contracter l'infection à VIH pendant la grossesse est plus de deux fois supérieur qu'à d'autres moments. Une étude ougandaise ayant comparé 2188 femmes enceintes séronégatives sexuel-lement actives avec 2887 femmes allaitantes et 8473 femmes témoins a claire-ment montré que cette augmentation est peu susceptible d'être due à des com-portements sexuels à risque, dans la mesure où les femmes enceintes et leurs partenaires masculins ont déclaré avoir moins de partenaires extérieurs que les autres groupes. L'utilisation du préservatif était plus faible dans le groupe des femmes enceintes, mais il en était de même pour les symptômes d'ulcérations génitales, un facteur connu de prédisposition à l'infection par le VIH. Il semble donc probable que les changements hormonaux qui affectent les muqueuses génitales soient responsables de l'augmentation du risque. Cela a des conséquences pour les approches utilisées pour prévenir les nouvelles infections chez les femmes et réduire la transmission mère-enfant du VIH. Les femmes enceintes doivent être informées de leur risque accru dans le cadre d'une stratégie visant à faire en sorte que les femmes séronégatives le restent. Le dépistage du VIH pendant la grossesse doit être effectué à la fois au début et à un stade avancé de la grossesse en raison du risque accru de séroconversion pendant la grossesse et du danger qui en résulte de manquer une grossesse à haut risque en termes de transmission mère-enfant du VIH. Il a été suggéré d'abandonner le dépistage du VIH pendant la grossesse au profit d'une thérapie antirétrovirale universelle. Cependant, une telle approche se traduirait aussi par une occasion manquée d'intervenir pour prévenir de nouvelles infections.[1,2]

1 Gray RH, Li X, Kigozi G, et al. Increased risk of incident HIV during pregnancy in Rakai, Uganda: a prospective study. Lancet 2005;366:1182–88.

2 McIntyre JA. Sex, pregnancy, hormones, and HIV [Comment]. Lancet 2005;366:1141–42

Les femmes vietnamiennes refusent le test de dépistage du VIH ou ne retournent pas chercher leurs résultats

Un peu plus de la moitié (53%) des 500 femmes fréquentant d'une clinique prénatale à Hai-Phong, au Vietnam, ont accepté une offre de dépistage du VIH. Celles qui ont refusé ont donné une série de raisons à leur refus, notamment: les tests ne devraient pas être administrés, seules les femmes à haut risque doivent être testées, elles n'avaient jamais eu l'intention d'être testées, elles étaient des femmes au foyer, la perception d'un faible appui en matière de soins de santé, et la crainte de la désapprobation de leur mari. Parmi celles qui avaient fait un test, un peu plus de la moitié (55%) sont retournées prendre leurs résultats. Le fait de ne pas retourner prendre les résultats a été associé à un faible niveau d'instruction. Ces réponses sont courantes partout où la stigmatisation liée au VIH est élevée et où les gens n'ont pas été instruits au niveau de la société ainsi qu'à travers des conseils individuels sur le VIH et sur l'utilité des tests comme moyen d'accéder au traitement, aux soins et à l'appui pour les personnes ayant le VIH. Les programmes doivent répondre aux perceptions du risque ainsi qu'aux attitudes des maris, en augmentant le niveau de connaissance et de compréhension des raisons et de la valeur des tests[1].

1 Dinh T-H, Detels R, Nguyen MA. Factors associated with declining HIV testing and failure to return for results among pregnant women in Vietnam. AIDS 2005;19(11):1234–36.

La thérapie antirétrovirale pour les mères réduit la transmission du VIH par le lait maternel

L'efficacité de la thérapie antirétrovirale chez les mères séropositives dans la réduction de la transmission mère-enfant pendant la grossesse et l'accouchement est bien établie, mais il y a peu d'études comparant les risques pour les différents schémas de thérapie antirétrovirale. Une étude menée au Botswana a montré que la majorité (88%) des femmes sous trithérapie avaient des charges virales d'ARN dans le lait maternel inférieures à 50 copies/ml contre seulement 36% des femmes sous zidovudine seule. Cette différence statistiquement significative montre que la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART) a effectivement supprimé la charge des VIH se reproduisant, même si elle n'a pas d'effet sur la charge des VIH qui ne se reproduisent pas[1].

Il y a peu de données permettant de savoir si une telle thérapie peut également réduire le risque d'infection pendant l'allaitement. On pense que l'allaitement maternel représente environ 40% de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Une enquête récente au Botswana sur 20 femmes recevant la thérapie antirétrovirale hautement active a montré que les concentrations dans le lait maternel de la névirapine, de la lamivudine et de la zidovudine étaient de 0,7, 3,3 et 3,2 fois les concentrations dans le sérum, respectivement. Les concentrations sériques chez les nourrissons ont montré qu'ils recevaient des doses de névirapine bien au-dessus des niveaux thérapeutiques, mais seulement 5% de la dose thérapeutique de la lamivudine. Tous les nourrissons étaient sous prophylaxie avec la zidovudine, ce qui rend impossible de juger de l'effet de la zidovudine véhiculée par le lait. Les conséquences possibles pour les nourrissons qui ingèrent des doses élevées et variables de médicaments antirétroviraux peuvent inclure des effets à la fois bénéfiques et indésirables. L'infection par le VIH peut être réduite, mais il y a également une possibilité qu'un niveau sous-optimal de l'un des médicaments puisse entraîner des mutations de résistance. Il peut également y avoir un risque de toxicité chez les nourrissons, en particulier ceux qui reçoivent déjà une thérapie antirétrovirale proprement dite.[2,-3]

1 Shapiro RL, Ndung'u T, Lockman S, et al. Highly active antiretroviral therapy started in pregnancy or postpartum suppresses HIV-1 RNA but not DNA in breast milk. Journal of Infectious Diseases 2005; 2:713–19.

2 Shapiro RL, Holland DT, Capparelli E, et al. Antiretroviral concentrations in breast-feeding infants of women in Botswana receiving antiretroviral treatment. Journal of Infectious Diseases 2005;192:720–27.

3 Bulterys M, Weidle PJ, Abrams EJ, et al. Combination antiretroviral therapy in African nursing mothers and drug exposure in their infants: new pharmacokinetic and virologic findings. Journal of Infectious Diseases 2005;192:709–12.

Prévention de l'augmentation potentielle de la transmission mère-enfant du VIH: Chine

En Chine, les formes les plus courantes de transmission du VIH sont le partage d'aiguilles contaminées chez les toxicomanes (sud et ouest de la Chine), la collecte de sang contaminé (centre de la Chine) et les pratiques sexuelles à risque, particulièrement chez les professionnels (le)s du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, et les travailleurs migrants. Il existe actuellement peu de cas liés à la transmission mère-enfant du VIH, mais les voies de contamination les plus courantes peuvent facilement ramener aux partenaires des personnes touchées, augmentant ainsi le risque[4] de la transmission mère-enfant. Le premier cas signalé datait de 1995 et on a enregistré depuis lors de légères augmentations annuelles. La surveillance sentinelle des femmes enceintes dans huit provinces montre que le nombre ayant le VIH est de 0,4 à 1,4%, avec un chiffre supérieur à 1% dans les provinces du Henan et du Xinjiang. L'extrapolation de ces chiffres sentinelles aux nombreuses populations de ces provinces a été contestée. Par exemple, le Henan a une population de 96 millions, mais l'échantillon pour cette zone était de 500 femmes, principalement dans les zones connues pour avoir une forte prévalence de l'infection chez les donneurs de sang. Ainsi, l'extrapolation peut surestimer le risque à l'échelle du pays. Néanmoins, avec des taux élevés au plan local et l'apparition possible d'une épidémie plus

grave de VIH, des interventions pilotes ont été développées par des organismes gouvernementaux pour promouvoir l'utilisation des préservatifs dans les lieux de divertissement. En outre, les directives visant à prévenir la transmission mère-enfant ont été publiées et traitent des questions du test pour l'infection à VIH, la fourniture de la thérapie antirétrovirale et l'appui pour des alternatives d'alimentation du nourrisson.[1-3]

1 Chen KT, Qian H-Z. Mother to child transmission of HIV in China. BMJ 2005;330 (7503):1282–83.

2 Hesketh T, Zhu WX, Zhang J. Mother to child transmission of HIV in China: Chinese HIV sentinel surveillance data were used incorrectly [Letter]. BMJ 2005:331(7509):162.

3 Chen KT, Qian H-Z. Mother to child transmission of HIV in China: authors' reply [Letter]. BMJ 2005; 331(7509):162.

L'allaitement maternel et la mortalité chez les femmes séropositives jusqu'à un an après l'accouchement: Zambie

Précédemment, une association entre l'allai-tement prolongé et la mortalité maternelle a fait craindre un effet préjudiciable pour la santé des femmes séropositives. Cette étude menée à Lusaka, en Zambie, a exa-miné si oui ou non la mortalité jusqu'à deux ans dans le postpartum augmentait en cas d'allaitement prolongé. Six cent cinquante-trois femmes séropositives ont été aléatoirement assignées à un programme de conseil qui encourageait l'arrêt brusque de l'allaitement à quatre mois ou à un autre qui encourageait l'allaitement prolongé pendant la durée du choix éclairé de la femme. L'étude a révélé que 12 mois après l'accouchement, les taux de mortalité chez les femmes qui avaient arrêté précocement l'allaitement étaient presqu'identiques que chez celles qui avaient continué à donner le sein. L'analyse basée sur la pratique réelle, plutôt que la randomisation, n'a également démontré aucune augmentation de la mortalité due à l'allaitement. La mortalité liée au VIH était élevée dans les deux groupes de femmes séropositives non traitées, qui vivaient dans des communautés défavorisées sur le plan socio-économique, ayant difficilement accès à une alimentation quotidienne adéquate. Les auteurs suggèrent que les conseils pour les femmes séropositives enceintes devraient inclure cette information[1].

1 Kuhn L, Kasonde P, Sinkala M, et al. Prolonged breast-feeding and mortality up to two years post-partum among HIV-positive women in Zambia. AIDS 2005;19(15):1677–81.

Traitements antirétroviraux pour prévenir l'infection à VIH chez les nourrissons: Afrique du Sud.

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) pourrait être le principal point d'entrée pour les soins et les traitements liés au VIH pour des millions de femmes infectées par le VIH, mais la couverture de ces programmes et l'utilisation des services restent limités en Afrique du Sud. La fourniture de médicaments antirétroviraux aux mères et aux nourrissons est une intervention clé pour la prévention de l'infection à VIH chez les nouveau-nés. Des preuves récentes étayent fortement l'utilisation d'associations thérapeutiques en particulier la zidovudine (AZT) à court terme et une monodose de névirapine (NVP) comme schémas simples, très efficaces et qui peuvent considérablement réduire la transmission périnatale du VIH. Cependant, l'introduction à grande échelle de ce schéma a été problématique. Les programmes de PTME devraient être mis en œuvre en tant que composante à part entière des services de santé maternelle et infantile.[1] Une étude de l'efficacité d'un programme à l'échelle du district de la PTME du VIH en Afrique du Sud a démontré la faisabilité et l'efficacité d'un programme de PTME à grande échelle en milieu urbain. Un échantillon consécutif de 658 couples mère-enfant a été identifié pour inscription, dont 535 ont finalement été inclus et 410 ont reçu une intervention effective de PTME. Du lait maternisé pour nourrissons a été offert aux mères qui ont choisi de ne pas allaiter; l'utilisation a été décrite comme élevée (mais pas quantifiée). 24% des nourrissons ont été mis au monde par césarienne. Le taux de transmission de la mère à

l'enfant était de 8,8%, ce qui est conforme aux taux utilisant des schémas identiques ou similaires.[2]

1 Ekpini RE, Gilks C. Antiretroviral regimens for preventing HIV infections in infants. Bulletin of World Health Organization 2005;83(7): 483–484

2 Coetzee D, Hildebrand K, Boulle A, et al. Effectiveness of the first district-wide programme for the prevention of mother to-child-transmission of HIV in South Africa. Bulletin of World Health Organization 2005;83(7):489–494.

La stigmatisation et la discrimination contre les mères séropositives et leurs enfants en Fédération de Russie

La Fédération de Russie connaît une épidémie potentiellement massive de VIH, mais le Gouvernement a, jusqu'ici, peu fait pour régler le problème. En conséquence, la population russe, bien que généralement très instruite, sait peu de choses sur le VIH et a une attitude très négative envers les personnes vivant avec le virus. Dans ce contexte, les femmes enceintes séropositives et les jeunes mères, déjà vulnérables à la discrimination sur une échelle considérable, doivent décider si elles souhaitent garder ou non leur enfant. Les soins reçus pendant la grossesse par des femmes séropositives sont médiocres et parfois inexistants. Jusqu'à 20% de leurs enfants peuvent être abandonnés à la naissance, se retrouvant soit dans des orphelinats spécialisés pour les enfants séropositifs ou bien en isolement dans les services des hôpitaux car on ne trouve aucun orphelinat pour les prendre. Le rapport appelle le Gouvernement russe à accorder la priorité au VIH/sida dans les politiques publiques; assurer l'accès aux soins de santé, à l'éducation et à la sécurité de l'emploi; apporter un appui aux orphelinats et aux écoles maternelles afin qu'ils acceptent les nourrissons et les enfants nés de parents séropositifs; veiller à ce que les femmes séropositives reçoivent des soins prénatals, lors de l'accouchement, les soins gynécologiques et autres soins médicaux; et assurer la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.[1]

1 Babakian G. Positively Abandoned: Stigma and Discrimination against HIV-positive Mothers and their Children in Russia. Human Rights Watch 2005;17(4D). At: bhttp://hrw.org/reports/2005/ russia0605/russia0605.pdfN

La procréation médicalement assistée pour les couples sérodiscordants est acceptable d'un point de vue éthique : Europe

Dans les pays développés, les techniques de procréation médicalement assistée sont offertes aux couples sérodiscordants pour l'une des deux raisons suivantes: soit pour réduire le risque de transmission du VIH à l'autre partenaire et/ou à l'enfant, soit comme une possibilité offerte à tous les couples infertiles. Dans un examen de l'éthique de l'offre de cette assistance, deux principes éthiques fondamentaux s'opposent – respect de l'autonomie des personnes séropositives pour décider de leur procréation par opposition au principe de bienfaisance tel qu'il est exprimé dans le souci du bien-être de l'enfant. La possibilité d'une vie stable et saine pour un bébé né de parent (s) séropositif(s) dans les pays développés s'améliore progressivement. L'espérance de vie des personnes infectées par le VIH, à l'origine d'environ 13 ans après la date de contamination, avec les premiers symptômes apparaissant environ huit ans après l'infection, a été considérablement améliorée par la thérapie antirétrovirale. Cependant, il est trop tôt pour mesurer la probabilité accrue que les parents puissent vivre pour voir leurs enfants parvenir à l'âge adulte. Dans les pays développés, la transmission verticale du VIH d'une mère séropositive est inférieure à 3%, et l'utilisation du sperme lavé ou l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes dans le cas d'un père séropositif signifie que le risque qu'un enfant soit infecté est beaucoup plus faible qu'auparavant. Ainsi, si certaines précautions sont prises, une assistance médicale pour commencer une grossesse pour les personnes vivant avec le VIH est acceptable d'un point de vue éthique. Toutefois, la conclusion du Groupe de travail sur l'éthique et la loi de la Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE), selon laquelle seuls les couples sérodiscordants devraient être envisagés pour une telle assistance à l'heure actuelle, bien que défendue par le groupe de travail, a été contestée par d'autres.[1-3]

1 Shenfield F, Pennings G, Cohen J, et al, for ESHRE Ethics and Law Task Force. Taskforce 8: ethics of medically assisted fertility treatment for HIV positive men and women. Human Reproduction 2004;19(11): 2454–56.

2 Taylor GP. Ethics of assisted reproduction for HIV concordant couples [Letter]. Human Reproduction 2005;20(5):1430.

3 Pennings G, for ESHRE Task Force.Reply [Letters].Human Reproduction 2005;20(5):1430–31.

VIH et impact de la condition d'orphelin sur les adolescents africains subsahariens

Lorsque les adultes séropositifs meurent en Afrique subsaharienne, ils laissent derrière eux un nombre croissant d'orphelins et d'enfants vulnérables. L'impact de ces décès sur les enfants et les effets à long terme lorsque ces enfants deviennent eux-mêmes adultes commencent seulement à être évalués. En Ouganda, la prévalence de la condition d'orphelin chez les enfants de 0–14 ans, définie comme la perte d'un ou des deux parents, a été estimée à 23% chez les enfants de parents séropositifs, contre 8% chez les enfants de parents non infectés. L'incidence annuelle de la condition d'orphelin était de 8% parmi les enfants ayant au moins un parent séropositif, presque 20 fois plus élevée que pour un enfant avec deux parents séronégatifs. Pour un individu, le risque de devenir orphelin s'est considérablement accru avec l'augmentation de l'âge de l'enfant et l'augmentation de l'âge maternel. Toutefois, en termes de population, devenir un orphelin à cause du VIH était plus probable pour les jeunes enfants (0-4 ans) et les enfants de mères plus jeunes (-25 ans). Ainsi le VIH chez les parents augmente nettement l'incidence de la condition d'orphelin.[1]

Actuellement, plus de la moitié de ces orphelins du sida en Afrique subsaharienne sont âgés de 10–15 ans. Une étude menée en Ouganda sur 123 orphelins du sida et 110 enfants issus de familles intactes, tous âgés de 10 à 15 ans, a utilisé un entretien standardisé pour évaluer l'impact psychologique de la condition d'orphelin. Si les indicateurs matériels tels que la faim, les problèmes de santé et la fréquentation scolaire étaient similaires pour les deux groupes, les orphelins du sida couraient un plus grand risque pour des niveaux plus élevés d'anxiété (OR = 6,4), de dépression (OR = 6,6) et de colère (OR = 5,1). L'étude n'a pas comparé ces orphelins avec ceux qui sont devenus orphelins pour d'autres motifs, elle n'a donc pas évalué si la condition d'orphelin du fait du sida est responsable de tensions psychologiques supplémentaires par rapport à la condition d'orphelin due à d'autres moyens. Néanmoins, cette constatation est importante en raison du nombre important d'enfants impliqués dans toute l'Afrique et parce que les enfants déprimés sont plus susceptibles de devenir des adultes déprimés.[2]

Une étude réalisée au Zimbabwe sur des enfants orphelins et des jeunes filles vulnérables légèrement plus âgées (15-18 ans) a montré qu'ils avaient une prévalence plus forte du VIH, plus d'expérience des infections sexuellement transmissibles et des grossesses. Les orphelins de mère et ceux qui ont un parent infecté étaient plus susceptibles de n'avoir suivi aucun enseignement secondaire et d'être devenus sexuellement actifs ou de s'être mariés.

MIKKEL OSTERGARD / PANOS PICTURES

Tri de médicaments dans un laboratoire médical, Malawi

Ces indicateurs sont tous associés à une mauvaise santé génésique, et beaucoup d'entre eux pourraient être évités par une scolarité plus longue dans le secondaire pour ce groupe vulnérable, dans l'espoir de ralentir le cycle de la maladie. Ces associations ne sont pas apparentes chez les orphelins et les garçons vulnérables du même âge.3

1 Makumbi FE, Gray RH, Serwadda D, et al. The incidence and prevalence of orphanhood associated with parental HIV infection: a population-based study in Rakai, Uganda. AIDS 2005;19(15):1669–76.

2 Atwine B, Cantor-Graae E, Bajunirwe F. Psychological distress among AIDS orphans in rural Uganda. Social Science and Medicine 2005;61:555–64

3 Gregson S, Nyamukapa CA, Garnett GP, et al. HIV infection and reproductive health in teenage women orphaned and made vulnerable by AIDS in Zimbabwe. AIDS Care 2005;17(7):785–94.

Vulnérabilité des professionnelles du sexe migrantes en Europe

Ces dernières décennies, le contexte de la prostitution en Europe a considérablement changé. L'industrie du sexe a connu une croissance rapide, et il existe actuellement une minorité de professionnel(le)s du sexe locaux et une majorité de migrants dans de nombreux pays, avec des délinquants locaux et étrangers qui contrôlent les marchés. La migration des professionnelles du sexe en Europe centrale et orientale depuis l'élargissement de l'UE en 2004 a augmenté. Les professionnelles du sexe migrantes sont souvent mineures et parmi les plus vulnérables. Elles sont souvent victimes de la traite et de souteneurs, bloquées par l'absence de permis de séjour ; elles sont toxicomanes et sont perçues comme des criminelles, contraintes de travailler dans des environnements violents et abusifs, incapables de pratiquer des relations sexuelles à moindres risques. Pourtant, les réponses gouvernementales sont de plus en plus répressives. Le Réseau européen pour la prévention du VIH/des IST et la promotion de la santé parmi les professionnelles du sexe migrantes assure des services pour cette population, notamment des interventions en matière de VIH/IST, la promotion de la santé de façon générale, et une approche de la prostitution, de la migration et de la traite fondée sur les droits de l'homme. Les activités de proximité englobent les professionnelles du sexe et leurs partenaires, les propriétaires d'établissements vendant du sexe, la police et la justice, les médias, les politiciens et les décideurs. La proximité dans le travail de rue et autres lieux doit être systématique, fréquente et intensive pour créer des relations de confiance. Il ne faut pas se contenter de distribuer des préservatifs et des lubrifiants et d'informer, il faut également dispenser une assistance psychosociale et juridique, des cours de langue et des soins de santé, apporter une protection contre la violence et des stratégies de réduction des risques et plaider en faveur des droits des professionnelles du sexe.[1]

1 Morgan Thomas R, Brussa L, Munk V, et al. Female migrant sex workers: at risk in Europe. In: Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, editors. HIV/ AIDS in Europe Moving from Death Sentence to Chronic Disease Management. Copenhagen: WHO Europe, 2006.

La mort prématurée, principale raison de la réduction de la prévalence du VIH en Ouganda

Une étude non encore publiée présentée à la 12e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes suggère que la baisse de la prévalence du VIH en Ouganda peut être le résultat d'une utilisation accrue du préservatif et de décès prématurés dus à des maladies liées au sida plutôt qu'à l'abstinence et à la fidélité. Ces conclusions sont basées sur des entretiens avec 10 000 personnes âgées de 15-49 ans vivant dans 44 villages dans le district de Rakai, soit environ 85% des résidents de ce groupe d'âge, de 1994 à 2003, et l'analyse des échantillons sanguins fournis par ces personnes. Au cours de la période, le nombre d'hommes déclarant avoir deux ou plusieurs partenaires a augmenté de 28% à 35%, tandis que le nombre d'adolescents qui n'étaient pas sexuellement actifs a baissé de 60% à 50% (bien que celui des jeunes femmes non actives sexuellement soit resté le même, environ 30%). Bien que la prévalence du

VIH ait baissé chez les hommes et les femmes, l'incidence des nouvelles infections a augmenté. Les chercheurs ont conclu que le plus grand facteur unique dans la baisse de la prévalence était le décès prématuré.[1]

1 Condom use or abstinence. SAfAIDS News 2005; 11(1):8–9

Les téléphones portables pour la prévention du VIH: Kenya

Au Kenya, PATH (Program for Appropriate Technology in Health) a réuni des militants, des décideurs politiques et des entreprises locales et internationales pour aller vers les jeunes et promouvoir les rapports sexuels protégés au moyen de textos sur leurs téléphones portables. Les partenaires du projet ont conçu des messages adaptés et interactifs sur le VIH/sida et les ont communiqués par SMS. Le projet, connu sous le nom d'"eQuest", a également impliqué de jeunes musiciens kenyans de hip-hop, et visait à encourager les garçons et les filles à utiliser leur téléphone pour la messagerie instantanée tout en participant à une chasse au trésor pour des informations, avec la possibilité de gagner des prix chaque semaine. La chasse consistait à lire 52 messages et à renvoyer des réponses aux questions sur le fait de vivre avec le VIH, la stigmatisation, les soins et l'appui. L'information était relative à des modèles de comportement des jeunes et des personnalités de la musique, des sports, de la politique, de la mode et du divertissement. Le projet visait à fonctionner par cycles de quatre semaines dans différentes régions du pays. Les réponses aux questions pouvaient être trouvées dans les journaux ou des émissions radio, et les réponses correctes étaient publiées dans les journaux du dimanche chaque semaine.[1]

1 Neondo H. Catching youth via cell phones in Kenya. SAfAIDS News 2005;11(1):14–15

Promouvoir l'égalité des sexes chez les jeunes hommes: Inde

Un certain nombre d'interventions ont été développées suite à une recherche formatrice avec de jeunes hommes dans les communautés à faible revenu de Mumbai, en Inde, sur les liens entre les sexospécificités, la masculinité, la sexualité et les risques pour la santé. Il s'agit notamment d'un programme d'éducation de groupe et la formation des pairs éducateurs. Une variété de méthodes de recherche a été utilisée pour mesurer la faisabilité, l'acceptabilité et l'impact de l'intervention. L'échelle des "hommes sensibles à l'équité hommes-femmes" (GEM), développée par Horizons et PROMUNDO, a été utilisée pour mesurer les changements dans les attitudes envers les normes de sexospécificité. Un homme sensible à l'équité entre les sexes a été défini comme celui qui: 1) soutient les relations basées sur le respect, l'égalité et l'intimité plutôt que la conquête sexuelle; 2) est un père impliqué, financièrement et en termes d'affection; 3) prend la responsabilité de la santé génésique, y compris la prévention des maladies; et 4) est opposé à la violence contre le partenaire dans l'intimité. Presque tous les 126 jeunes hommes recrutés par le projet ont participé régulièrement au projet de six mois, qui comprenait une semaine d'activités éducatives de groupe puis des séances de 2-3 heures chaque semaine, et ils se sont montrés très intéressés par les thèmes abordés. Initialement, ils étaient plus intéressés par des informations sur la biologie et des faits sur la sexualité et le VIH, mais par la suite, ils se sont davantage impliqués dans les discussions sur les attitudes liées au sexe, la violence sexuelle et la dynamique du pouvoir. Ils sont également passés du déni des normes existantes et de leurs liens avec le risque, à l'acceptation et l'intérêt dans la façon de les changer, et d'attitudes inéquitables à des attitudes plus égalitaires par rapport au sexe. Le harcèlement des filles signalé par les intéressés a baissé et on a également observé une tendance à une utilisation accrue du préservatif avec des partenaires occasionnelles et des professionnelles du sexe. Les prochaines étapes seront de travailler avec des groupes plus importants de jeunes hommes à Mumbai, Goa et dans l'Uttar Pradesh.[1]

1 Verma R, Pulerwitz J, Mahendra VS, et al. Promoting gender equity among young men. Positive experiences of the Yari-dosti project in India. Sexual Health Exchange 2005;2:5–6.

Campagnes de dépistage, de traitement et d'information en matière de VIH: Lesotho, Botswana et Swaziland

Le Lesotho, le Botswana et le Swaziland, qui ont certains des taux les plus élevés d'infection à VIH dans le monde, intensifient la prévention et le traitement du VIH. Le Lesotho va utiliser les mêmes modèles que les programmes de vaccination: mobilisation et sensibilisation massives de la communauté suivies de visites porte-à-porte pour proposer des tests et des conseils sur le VIH. Des comités locaux seront chargés de décider quand et comment offrir un dépistage et des conseils aux gens et veiller à ce que le dépistage soit volontaire et confidentiel et que les services post-test, y compris le traitement, soient fournis. Le Botswana a commencé à offrir des conseils et un dépistage du VIH à toutes les personnes entrant dans les établissements de santé en 2004, augmentant considérablement le nombre de ceux qui connaissent aujourd'hui leur statut sérologique et ont accès à d'autres services. Au Swaziland, où plus de la moitié du pays a besoin d'une thérapie antirétrovirale, il est prévu de mettre en œuvre un train de mesures essentielles de prévention, de traitement et de soins du VIH/sida dans 80% des établissements de santé, y compris dans les soins primaires, d'ici la fin de 2007.[1]

1 World Health Organization. Lesotho launches groundbreaking HIV campaign on World AIDS Day. News Release WHO/64, 30 November 2005.

Rationnement de la thérapie antirétrovirale: aspects éthiques et d'équité

L'accroissement de l'engagement mondial pour la fourniture de la thérapie antirétrovirale (TAR) n'est pas, jusqu'à présent, en adéquation avec la disponibilité. Cela suscite des dilemmes éthiques concernant ceux qui devraient avoir accès aux programmes de thérapie antirétrovirale financés par l'État. Le présent article examine l'éligibilité et les critères de ciblage employés dans quatre études de cas de pays – le Mexique, l'Ouganda, le Sénégal et la Thaïlande – à différents moments dans l'élargissement de la fourniture de la TAR. L'objectif était de tirer des enseignements concernant les optiques éthiques et équitables du rationnement. Parmi les catégories de critères de rationnement explicites figurent les facteurs biomédicaux, l'observance du traitement, les facteurs axés sur la prévention, les avantages sociaux et économiques, les facteurs financiers et axés sur l'éthique. Les critères initiaux pour déterminer l'éligibilité sont des critères cliniques typiques et une évaluation des perspectives d'observance. Afin de s'assurer que les critères de rationnement explicites reflètent les valeurs sociétales, les auteurs affirment que de vastes concertations avec les parties prenantes, qui comprennent mais ne sont pas limitées aux décideurs et aux médecins, sont cruciales pour assurer un accès équitable. Il est également indispensable de surveiller qui a accès à ces programmes. Parmi les patients considérés comme prioritaires en Ouganda figuraient des mères qui avaient auparavant participé à des programmes de PTME. Ce n'est pas seulement pour récompenser ceux qui recherchent le dépistage et participent à des stratégies de prévention, c'est aussi parce qu'il serait erroné de refuser aux mères un traitement supplémentaire après qu'elles ont accouché et parce qu'il est important de prévenir des augmentations encore plus grandes du nombre d'orphelins du sida. La prophylaxie post-exposition pour les travailleurs de la santé et les victimes de viol a également fait l'objet d'une priorité. Dans les trois autres pays, des critères très différents ont été appliqués et les femmes n'ont pas été priorisées de la même manière.[1]

1 Bennett S, Chanfreau C. Approaches to rationing antiretroviral treatment: ethical and equity implications. Bulletin of World Health Organization 2005;83(7):541–47.

Les taux élevés d'infections sexuellement transmissibles en Mongolie doivent être maîtrisés pour éviter une épidémie de VIH

Une étude sur 2000 femmes enceintes en Mongolie a montré que 19,3% avaient Chlamydia trachomatis, 6,7% avaient Tricho-monas vaginalis, 6,1% avaient Neisseria gonorrhoeae et 6,4% étaient séropositives pour la syphilis. Presque un tiers des femmes (30,3%) avaient au moins une de ces infections, et une sur 14 en avait deux ou plus. Aucune

des femmes n'était séropositive pour le VIH, mais ces taux élevés d'infections sexuellement transmissibles, dont certaines prédisposent au VIH, indiquent le besoin de traitement et de prévention de l'infection à l'avenir afin de prévenir l'apparition d'une épidémie de VIH en Mongolie.[1]

1 Bennett S, Chanfreau C. Approaches to rationing antiretroviral treatment: ethical and equity implications. Bulletin of World Health Organization 2005;83(7):541–47.

Anomalies cervicales chez les femmes ayant ou non le VIH: prévalence et facteurs de risque

Dans les pays en développement, les femmes se présentent souvent en con-sultation avec un cancer avancé du col, bien que cette affection soit évitable avec un dépistage régulier et un traitement précoce. Cette étude identifie la prévalence et les facteurs de risque de dyskaryose du col utérin chez 200 femmes infectées et non-infectées par le VIH au Zimbabwe. La prévalence globale de la dyskaryose du col de l'utérus était élevée (19%) et significativement plus élevée chez les femmes ayant le VIH (30%), contre 13% chez les femmes séronégatives, avec un pic à un plus jeune âge chez les femmes séropositives. Parmi les facteurs associés à la dysplasie cervicale figuraient l'utilisation d'herbes intravaginales, le nettoyage vaginal, le célibat, des relations avec trois partenaires sexuels ou plus au cours de la vie et des antécédents d'IST. La fréquence élevée d'anomalies cervicales appelle à la mise en œuvre de programmes de dépistage réguliers, d'éducation à la santé[1] et de promotion du préservatif.

1 Mbizvo EM, Msuya SE, Stray-Pedersen B, et al. Cervical dyskaryosis among women with and without HIV: prevalence and risk factors. International Journal of STD and AIDS 2005;16(12):789–93.

La circoncision réduit le risque de transmission du VIH de la femme à l'homme

En juillet 2005, des chercheurs français ont annoncé que la circoncision réduisait le risque de transmission du VIH de la femme à l'homme d'environ 65%, c'est-à-dire qu'elle a évité de six à sept infections potentielles sur dix au cours de la période de 21-mois qu'a duré l'étude. L'étude a eu lieu en Afrique du Sud et comprenait plus de 3273 hommes en bonne santé, sexuellement actifs, âgés de 18–24 ans, dans une zone rurale où environ 32% des femmes sont séropositives. Près de la moitié des hommes ont été circoncis par des professionnels médicaux avec une anesthésie locale, les autres demeurant non circoncis. Tous les participants ont reçu des conseils intensifs sur la sexualité à moindre risque et des préservatifs, mais 18 hommes dans le groupe circoncis et 51 dans le groupe témoin avaient présenté une séroconversion à 21 mois, ce qui constitue une différence significative. Les résultats étaient si clairs que l'essai a été arrêté prématurément, et les hommes du groupe témoin ont tous été circoncis. Il s'agissait du premier essai randomisé et contrôlé de la circoncision. Bien qu'il montre un puissant effet protecteur, c'est une étude à court terme qui ne peut pas être utilisée pour prédire la protection à long terme.

Les déclarations de l'OMS et de l'ONUSIDA indiquent que les résultats doivent être confirmés dans des études ultérieures, qui sont actuellement en cours au Kenya et en Ouganda, et qui doivent être publiées en 2007. Les scientifiques pensent que les résultats appellent une discussion sur l'utilisation de la circoncision en tant que mesure de santé publique.[1] L'ONUSIDA estime qu'il est prématuré de recommander des services de circoncision dans le cadre de la prévention du VIH, mais les gouvernements et le public dans un certain nombre de pays africains montrent un intérêt accru pour cette pratique.[2] Cependant, il est à craindre que les hommes croient à tort que la circoncision est la seule protection dont ils ont besoin contre le VIH, ce qui n'est pas le cas. Chez les personnes à risque particulièrement élevé d'infection, par exemple en cas de pénétration anale, de sang contaminé et de consommation de drogues injectables, la circoncision peut avoir un effet protecteur faible ou nul. Par ailleurs, la circoncision réalisée par les guérisseurs traditionnels doit être évitée dans les pays en développement; les hommes doivent rechercher la circoncision uniquement auprès de fournisseurs ayant une formation adéquate et avec

des conseils sur tous les paramètres de prévention efficace du VIH. Bien que l'étude n'ait pas examiné la protection des femmes contre le VIH avec des partenaires séropositifs circoncis, une autre étude à Rakai, en Ouganda, non encore publiée au moment la rédaction du présent article, aurait montré un effet protecteur pour les femmes[1].

Les chercheurs pensent que la circoncision permet de réduire les risques d'infection parce que le prépuce est couvert de cellules que le virus semble capable d'infecter facilement. Le virus pourrait également mieux survivre dans un environnement chaud et humide comme celui qui existe sous le prépuce.[1] Une étude britannique visant à déterminer si 150 hommes non circoncis avaient des normes d'hygiène moins élevées des organes génitaux que 75 hommes circoncis fréquentant une clinique d'IST, sur la base du lavage rapporté du pénis entier, a constaté que les hommes circoncis sont plus susceptibles de se laver les parties génitales plus d'une fois par jour (37% contre 19%). Le fait de ne pas toujours laver le pénis entier, y compris le retrait du prépuce chez les hommes non circoncis chaque fois qu'ils se lavaient, était huit fois plus fréquent chez les hommes non circoncis que chez les hommes circoncis (26% contre 4%), ce qui constitue une différence hautement significative. Les auteurs recommandent que des études sur la relation entre le statut de circoncision ainsi que d'autres résultats, y compris l'infection à VIH, incluent l'évaluation de l'hygiène génitale.[3]

Catherine Hankins, conseillère scientifique principale à l'ONUSIDA, a déclaré qu'il était encore trop tôt pour encourager la circoncision à grande échelle comme moyen de prévenir la propagation du VIH. Elle a également affirmé que beaucoup d'hommes s'opposeraient à la circoncision, même si d'autres études confirmaient les conclusions. "Nous savons qu'il s'agit là d'une question sensible, et je n'entends pas seulement au plan biologique", a-t-elle indiqué[1].

Pourtant, selon Reuters, au Swaziland, l'UNICEF et d'autres responsables de santé locaux sont déjà en train de promouvoir la circoncision. Des hommes en seraient presque venus aux mains dans un hôpital privé de la capitale plus tôt cette année pour obtenir un rendez-vous et deux médecins à la Family Life Association travaillaient à plein temps pour s'occuper des listes d'attente. Après la publication de l'étude dans la revue de la Public Library of Science Medicine, ses conclusions sont parvenues aux Swazis à travers les journaux, les débats télévisés et les politiciens, y compris jusqu'aux mères qui veulent protéger leurs fils adolescents. Le roi du Swaziland Mswati II a interdit la circoncision au début du XIXe siècle. Le pays enregistre actuellement l'un des taux de circoncision les plus bas du monde, tout en ayant le taux le plus élevé de VIH, avec environ 40% de la population adulte qui serait infectée.[4]

1 Cairns G. IAS: circumcision prevents three out of four female-to-male HIV infections. Report on: Auvert B et al. Impact of male circumcision on the female-to- male transmission of HIV. International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Rio de Janeiro, July 2005. Abstract TuOa0402. At:bhttp://www.aidsmap.com/en/news/BA448CC3-7935-43E6-947C-987D69B82D54.asp?wk=1N.

2 WHO, UNFPA, UNICEF, UNAIDS. Statement on South African trial findings regarding male circumcision and HIV. Rio de Janeiro, 26 July 2005.

3 O'Farrell N, Quigley M, Fox P. Association between the intact foreskin and inferior standards of male genital hygiene behaviour: a cross-sectional study. International Journal of STD and AIDS 2005;16(8):556–59.

4 Harrison R. Circumcision makes comeback in AIDS-hit Swaziland. Reuters, 24 February 2006.

© Reproductive Health Matters 2006;(27) / Questions de Santé Reproductive 2012 ;(3)

Achevé d'imprimer - MAI 2012 - Bob-Dioulasso / BURKINA FASO