

Pour une action planifiée des sages-femmes

Comment mobiliser
les sages-femmes pour
une maternité sans risques

Rapport d'un atelier sur
**Le renforcement des service
nationaux de sages-femmes**
tenu à Accra, Ghana
16-21 janvier 1989



Confédération internationale
des Sages-Femmes



Organisation mondiale
de la Santé



TABLE DES MATIERES

	Pages
REMERCIEMENTS	i
PREFACE	ii
L'INITIATIVE	1
PRINCIPES DIRECTEURS DE L'ATELIER	3
PREPARATION DE L'ATELIER	4
DEROULEMENT DE L'ATELIER	6
RESULTATS	10
SUIVI	18
EVALUATION DE L'ATELIER	19
APERCU DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE	20
OBSERVATIONS GENERALES DES DELEGUEES	25
OBSERVATIONS D'ANIMATEURS ET D'OBSERVATEURS	25
Liste des Delegates	26

Confédération internationale des Sages-Femmes

Organisation mondiale de la Santé

Fondation Rockefeller

Ghana Registered Midwives Association

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other - without the prior written permission of WHO.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

REMERCIEMENTS

La Confédération internationale des Sages-Femmes tient à exprimer sa gratitude au Ministère de la Santé du Ghana pour l'aide précieuse accordée à la Ghana Registered Midwives Association, qui a joué avec tant de compétence son rôle d'hôte tout au long de l'atelier.

Elle remercie aussi:

Mlle Joan Bentley et Mms Dr Barbara Kwast pour leur assistance durant la préparation et le déroulement de l'atelier;

M Peter Hornby pour la conduite de l'atelier et la préparation du présent rapport;

les Ministères de la Santé de la Gambie, du Ghana, du Libéria, du Nigéria et de la Sierra Leone, qui ont permis la participation à l'atelier aux membres de leur personnel;

le Dr Roger Beasley et la Fondation Rockefeller, qui ont fourni une importante contribution financière;

la Columbia University et le Centre for Population and Family Health, qui ont libéré de ses tâches Mme Angela Kamara, lui permettant d'animer l'atelier;

l'Overseas Development Administration du Royaume-Uni qui a couvert les frais de deux participants;

la Division de la Santé maternelle et infantile (SMI) de l'Organisation mondiale de la Santé, à Genève, qui a assuré à l'atelier les services de Mme Dr Barbara Kwast et fourni un appui financier pour la production et la distribution du présent rapport;

et, enfin,

les animatrices et les participantes, qui ont accompli avec enthousiasme une tâche ardue.

Veillez noter que l'on se sert toujours du genre féminin par souci de commodité.

Préface

Le Congrès de la CISF réuni à la Haye en août 1987 a adopté une "Déclaration d'action" préconisant que le rôle des sages-femmes dans les soins maternels et infantiles soit élargi. Les actions de soutien doivent être complétées par un rôle de "leadership" permettant ainsi aux sages-femmes de prendre une place importante dans l'effort mondial pour une "Maternité sans risque".

Cependant, les sages-femmes sont, soit rarement préparées à jouer ce rôle complémentaire, soit mal placées pour le jouer. C'est pourquoi la CISF a projeté d'organiser une série d'ateliers sous-régionaux consacrés à ce problème. Le premier a eu lieu au Ghana en janvier 1989.

Les déléguées groupées en équipes nationales de la Gambie, du Ghana, du Libéria, du Nigéria et de la Sierra Leone ont élaboré des plans d'action en vue d'introduire des changements. Néanmoins, les contraintes inhérentes aux services de santé et à la situation de chaque pays ont influencé l'élaboration de ces plans - qui devaient concrétiser la "Déclaration d'action" de la CISF.

Les sages-femmes étaient invitées à jouer un rôle de premier plan dans l'action entreprise pour introduire les changements souhaités dans les services de soins maternels de leurs pays respectifs.

Il n'a pas été facile de produire des propositions définitives dans les limites du temps de l'atelier. Malgré cela, et grâce aux efforts des animatrices et des participantes, qui ont souvent travaillé tard dans la nuit, le but recherché a été atteint.

Le présent rapport fera le récit des démarches entreprises dans le cadre de cet atelier. Espérons qu'il apportera aide et inspiration à celles/ceux qui se proposent d'organiser des ateliers semblables dans d'autres pays.

Marie Goubran
Chef du Secrétariat
Confédération Internationale des Sages-Femmes

L'INITIATIVE

- Tous les ans, plus de 500 000 femmes meurent de complications obstétricales; dans la plupart des cas par faute de soins et de surveillance.
- 59% de ces femmes meurent en Asie du sud, 30% en Afrique, 7% en Amérique latine et 3% en Asie Orientale.
- Tous les ans, au moins 5 millions de femmes sont atteintes d'une infirmité permanente à la suite d'un accouchement.
- Dans les pays en développement, 50% des femmes qui accouchent ne reçoivent pas l'assistance d'un agent sanitaire qualifié.
- La situation à cet égard ne s'est pas améliorée depuis 10 ans.
- Les sages-femmes n'ont jamais été efficacement mobilisées pour affronter les grands problèmes de la mortalité maternelle.

Les constatations ci-dessus constituaient la toile de fond de l'atelier spécial CISF/OMS/UNICEF réuni à la Haye (Pays-Bas) les 21 et 22 août 1987. Celui-ci servit de préliminaire au 21ème Congrès international des Sages-Femmes. Ces réunions et celle du Conseil international de la CISF ont suscité dans le monde entier une mobilisation des associations de sages-femmes répondant aux trois objectifs suivants:

- faire en sorte que toutes les sages-femmes comprennent l'importance des facteurs sociaux, économiques et culturels déterminant la mortalité maternelle dans leur pays;
- pendant leur formation de base et à travers la formation permanente, préparer les sages-femmes à assumer de plus larges responsabilités dans les soins aux mères en vue d'assurer la prise en charge obstétricale globale à chaque mère.
- renforcer le rôle traditionnel d'assistance des sages-femmes, inciter celles-ci à collaborer avec les autres professionnels de la santé et les encourager à jouer un rôle de premier plan dans les efforts visant à réduire la mortalité maternelle.

De tels engagements, d'une portée considérable, exigent des changements majeurs dans le rôle professionnel, le comportement et la formation des sages-femmes. Une action concrète devient indispensable. L'appel à un effort international lancé lors de la Conférence sur la "Maternité sans risque" tenue à Nairobi en 1987 a incité de nombreux gouvernements à s'engager dans le changement. De même, diverses organisations internationales et professionnelles ont commencé à étudier des stratégies plus efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles. Mais, d'une manière générale, les résultats concrets se font attendre.

De plus en plus, les sages-femmes et leurs associations ressentent le besoin d'agir dans le cadre de leur système de santé, et ce besoin crée chez maintes sages-femmes et auprès de leurs collaboratrices (teurs) un sentiment d'utilité nouveau et exaltant. L'action doit être le résultat d'initiatives individuelles se réalisant à travers les associations de sages-femmes et la CISF.

L'atelier dont il est rendu compte ci-après est le premier témoin en Afrique de l'aspiration des sages-femmes à prendre des initiatives. Il revêt le caractère d'un travail collectif entre les associations de sages-femmes et la CISF.

Cet atelier constitue le prélude d'une série d'activités coordonnées prévue pour les trois prochaines années, organisées par les sages-femmes et devant permettre à leur profession de contribuer concrètement à réduire la mortalité et la morbidité maternelles.

PRINCIPES DIRECTEURS DE L'ATELIER

Le problème de la mortalité maternelle se pose essentiellement dans les pays en développement et résulte d'un ensemble où se combinent l'ignorance, l'analphabétisme et la pauvreté. C'est en Afrique que le risque de décès est le plus élevé (un décès pour 15-20 grossesses contre un pour 2000 en Europe). A la demande des associations de sages-femmes africaines, c'est en Afrique que s'est tenu le premier atelier.

L'objet de l'atelier était de fournir aux associations nationales de sages-femmes la possibilité d'étudier et de préparer, par un processus structuré et organisé, des mesures pratiques visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles dans leur pays, compte tenu de la situation y prévalant, et de les motiver à cet effet.

La CISF avait fixé pour cet atelier des conditions particulières qui lui conféraient, par comparaison avec les processus normaux de développement des services de santé, un caractère exceptionnel. Ces conditions étaient les suivantes:

- l'atelier devait avoir pour résultat des actions concrètes que les sages-femmes seraient en mesure de réaliser;
- les sages-femmes joueraient le premier rôle dans la préparation de ces actions;
- les projets d'action présentés devaient être réalisables avec les ressources disponibles et dans le cadre des plans d'action sanitaire des pays concernés, faute de quoi ils risqueraient de se révéler utopiques;
- l'atelier ne se bornerait pas à examiner des questions concernant exclusivement les sages-femmes, mais s'intéresserait aux problèmes de tous les dispensateurs de soins aux mères.

L'atelier présentait d'autres traits considérés essentiels, à savoir:

- recours à une approche multidisciplinaire pour analyser les problèmes et élaborer les plans d'action, avec la participation d'obstétriciens, de directeurs de services SMI et de planificateurs sanitaires, afin d'assurer un plus large éclairage des questions à examiner et une plus large base de soutien lors de l'action;
- mise en présence d'équipes de pays différents, se trouvant ainsi à même de confronter leurs problèmes et, encore plus important, de mettre en commun leur énergie et leur volonté d'agir;
- participation d'animateurs formés capable de guider les équipes nationales dans le recensement systématique des problèmes et la planification de l'action.

Telles étaient les caractéristiques de cet atelier sous-régional, qui a réuni au Ghana des équipes dirigées par des sages-femmes et représentant la Gambie, le Ghana, le Libéria, le Nigéria et la Sierra-Leone.

PRÉPARATION DE L'ATELIER

Préliminaires

La première condition pour que l'atelier ait lieu était qu'une au moins des associations de sages-femmes souhaite en être l'hôte, avec toutes les responsabilités et obligations que cela comporte. Après le Congrès de la Haye diverses associations se déclarèrent rapidement prêtes à jouer ce rôle, et la première d'entre elles fut celle du Ghana. Des invitations furent ensuite adressées à six pays anglophones d'Afrique occidentale, dont cinq purent participer à l'atelier. Les premières conditions pour que celui-ci puisse avoir lieu étaient ainsi remplies.

La préparation de l'atelier comprenait deux volets:

- il fallait d'une part préparer les déléguées et les ministères qu'elles représentaient à leur rôle et à l'objet de leur participation;
- d'autre part, former des sages-femmes extérieures aux équipes comme animatrices, pour aider et guider les groupes de travail.

Le premier volet - la préparation des déléguées et en particulier des sages-femmes - comprenait lui-même deux éléments. D'un côté il fallait que chaque ministère de la santé comprenne le but de l'atelier. De l'autre côté les ministères étaient sollicités de contribuer à la tenue de l'atelier -

- a. en libérant ponctuellement de leur fonction les personnes concernées (sages-femmes, directeurs de la SMI, obstétriciens, planificateurs de la santé), et
- b. en aidant l'équipe de sages-femmes à obtenir les informations indispensables à l'appréhension du problème de la mortalité maternelle posé dans le pays.

Ces préparatifs, en partie seulement de caractère technique, étaient considérés comme particulièrement importants, car dans la plupart des pays, les sages-femmes ne jouent, ni ne sont préparées à jouer, un rôle de premier plan. Il fallait - c'était primordial - qu'elles croient à leur capacité d'assumer des responsabilités et d'agir par elles-mêmes.

AVANT L'ATELIER

L'atelier devait recenser les problèmes à résoudre et rechercher des solutions. Or, la plupart des sages-femmes y participant n'avaient guère d'expérience à cet égard. L'analyse des causes de la mortalité maternelle aboutissant à l'élaboration de propositions visant à modifier les pratiques obstétricales représentait un élément nouveau. Par conséquent, il fallait préparer les sages-femmes du siège de la CISF et de sa division régionale africaine à la méthodologie choisie et à la technique de l'animation. Cette préparation a pris la forme d'un exercice de planification entrecoupé de discussions sur l'animation. Afin d'assurer l'utilité de l'exercice on a pris pour thème un problème particulier posé au sein de la CISF, ce qui a permis aux animatrices de suivre un processus comportant les étapes suivantes:

- identification et quantification du problème,
- énoncé de solutions possibles,

- choix de la meilleure solution,
- identification des ressources,
- établissement d'un calendrier d'activités,
- évaluation des ressources,
- répartition des responsabilités,
- établissement du suivi et de l'évaluation,
- esquisse d'un plan de gestion.

Ces activités ont eu lieu au cours de la semaine précédant l'atelier. Avec cette expérience, les animatrices (-teurs) connaissaient, en abordant l'atelier, la nature des difficultés que les équipes rencontreraient dans les activités de planification et, qui mieux est, avaient une idée quant à la manière de les surmonter.

A ces deux activités préparatoires s'ajoute une troisième: à savoir l'établissement du programme, dont s'est très efficacement acquittée la Ghana Registered Midwives Association. Outre l'organisation détaillée des travaux, ce troisième volet comprenait la sensibilisation du ministère de la santé, du gouvernement, et de l'opinion publique, aux problèmes traités.

Les sages-femmes ont reconnu l'importance de ce soutien pour la réussite de l'atelier et le souci de l'obtenir a marqué tous les aspects de la préparation.

Le déroulement de ce premier atelier a fait rétrospectivement apparaître des lacunes dans la préparation. L'observation la plus importante à formuler à cet égard concerne la nécessité de consacrer d'avantage de temps aux préparatifs dans les pays, afin de permettre aux sages-femmes d'obtenir des ministères et associations (où il en existe) des mandats précis avant l'atelier.

Sans aucun doute la tâche la plus importante avant l'ouverture de l'atelier était que les ministères concernés se rendent compte de la volonté des sages-femmes de s'engager (dans les limites de leurs compétences), et qu'ils fassent connaître leurs possibilités d'appui.

DEROULEMENT DE L'ATELIER

LA STRUCTURE

Pendant l'atelier, chaque équipe nationale s'est consacrée aux problèmes posés dans son pays, tout en gardant le contact avec les autres équipes lors d'exposés ou d'examen de certaines questions. L'animateur principal ayant assuré la formation des animatrices pendant la semaine précédant l'atelier était responsable globalement de l'apprentissage, de la méthodologie, et de la coordination des activités. Chaque animatrice s'occupait d'un seul groupe pendant toute la durée de l'atelier. Elle pouvait, en cas de nécessité, rejoindre un autre groupe pour lui apporter aide et encouragement.

L'atelier a duré sept jours, dont six ont été consacrés aux activités techniques et le reste aux cérémonies d'ouverture et de clôture. Une demi-journée a servi de récréation. Pour atteindre les buts fixés il a fallu que les équipes travaillent en plus tous les soirs à la rédaction des comptes rendus de la journée.

Tout processus de planification vise à produire un document répondant à quatre questions, à savoir:

- Où en sommes-nous?
- Où voulons-nous aller?
- Comment y arriver?
- Comment mesurer les progrès accomplis?

Les réponses à ces questions fournissent les données de base pour élaborer un plan. Les responsables y trouveront les indications dont ils ont besoin pour atteindre les buts fixés. Chaque équipe nationale devait présenter un plan d'action en vue de résoudre les problèmes identifiés en réponse à la première question: "Où en sommes-nous?". Les grandes étapes de l'élaboration d'un plan à partir de cette question sont indiquées au tableau 1.

TABLEAU 1

JOUR	SUJET	RESULTAT
1	Rencensement des problèmes et des questions	Rapport écrit sur la situation de la SMI et les principaux problèmes la concernant
2	Visualisation de la situation future	Rapport écrit sur les objectifs à court et à long terme
3	Elaboration de stratégies et identification des forces favorables ou hostiles au changement	Liste préliminaire des actions permettant l'atteinte des objectifs
4	Mise en oeuvre d'actions visant la participation et la réalisation du calendrier	Calendrier écrit du programme d'action
5	Quantification des besoins en ressources et établissement des modalités, du suivi, et de l'évaluation	Rédaction finale du plan d'action et esquisse du plan de gestion
6	Mise au point du plan de gestion détaillé en vue de sa réalisation	Présentation par les équipes du plan d'action Dactylographie du plan sous sa forme finale

Un intense effort a été nécessaire d'abord pour énoncer les problèmes et ensuite pour formuler un ensemble de mesures pratiques conduisant au changement. La composition interdisciplinaire des équipes s'est révélée comme un élément décisif pour entreprendre et poursuivre cet effort. Il aurait été avantageux pour l'atelier de disposer de plus de temps, permettant de prolonger l'étude de certaines questions. Par contre, ce besoin aurait nécessité plus de repos, car il aurait été difficile d'obtenir des participantes une attention soutenue pendant autant de temps. Néanmoins, le prochain atelier devrait durer au moins une journée de plus.

GESTION DES TRAVAUX

Formation

Des activités de formation ont été nécessaires pour permettre aux déléguées de passer de façon systématique de l'analyse de problèmes à la recherche de solutions. Les équipes avaient été invitées à travailler si possible au même rythme. A chaque nouvelle étape, l'animateur principal expliquait la démarche suivante appuyé en cela par une animatrice et le cas échéant répondant aux questions éventuelles. Il paraissait essentiel que les équipes ne se laissent pas trop absorber par la méthodologie mais qu'elles utilisent au mieux les techniques dont elles disposaient pour élaborer le plan d'action.

La méthodologie adoptée pour recenser les problèmes et rechercher les solutions est typique pour les techniques de planification et formulation de projets. Les étapes correspondaient à celles de la préparation des animatrices et étaient groupées en trois phases:

- a) recensement et quantification des problèmes;
- b) recherche des solutions possibles et définition de la stratégie la plus appropriée;
- c) définition et organisation d'une série d'activités pour mettre en oeuvre la stratégie, en définir la gestion et déterminer qui en sera responsable.

Chaque phase devait être terminée avant que les équipes passent à la suivante. Bien souvent, les éléments d'une phase ultérieure incitaient les équipes à revenir en arrière pour ajuster de précédentes conclusions.

Planification pour l'obtention d'appuis

Il était entendu qu'aucun projet ne devait être conçu comme un moyen d'obtenir de nouveaux appuis financiers que ce soit des budgets ministériels ou des donateurs extérieurs.

Dans ces conditions, et étant entendu que toute initiative des sages-femmes doit s'insérer dans le cadre institutionnel donné, il va de soi que tout soit entrepris pour que les initiatives bénéficient des appuis requis.

Un élément important dans cette phase de la planification était l'évaluation de l'appui éventuel par d'autres sources. En plus, il s'agissait de voir ce que les sages-femmes pouvaient faire pour amplifier ces appuis en vue d'augmenter les chances de succès des initiatives proposées. A cette fin certaines des idées et des méthodes les plus récentes en matière de planification de la recherche d'engagements, furent utilisées.

"Fertilisation croisée"

Lors des premières phases de la préparation de l'atelier, il a été reconnu que la manière la plus efficace d'évaluer les idées nouvelles et de mobiliser l'expérience et l'énergie des participantes était de soumettre les idées et propositions formulées par un groupe donné aux critiques et aux observations des membres d'un autre groupe. Au début des travaux, des périodes de temps déterminées avaient été réservées pour cela. Mais par la suite le manque de temps et le fait que chaque groupe se consacrait intensément à ses propres tâches avaient fait renoncer aux confrontations d'idées entre groupes différents. Néanmoins, cette forme de stimulation intergroupes a été plus appréciée que ne le pensaient les organisateurs de l'atelier, et il faudra y revenir lors d'ateliers futurs.

Le résultat

Le résultat de l'atelier a été, pour chacune des équipes, un plan d'action concernant un ou plusieurs des problèmes recensés au cours des premières journées de travail.

Il a été reconnu que l'atelier couvrirait la majorité sinon la totalité des principales activités de planification à entreprendre ultérieurement par les équipes. Il a donc paru essentiel que les déléguées emportent à la fin de l'atelier un document pouvant être directement présenté aux fonctionnaires supérieurs du ministère ou aux dirigeants d'autres organismes.

Aussi, toutes les déléguées ont reçu avant de partir un exemplaire dactylographié du rapport final. Cela a été fait au prix d'un effort considérable de la part des organisateurs, mais on a estimé qu'il était important de soutenir par ce moyen l'énergie et la volonté d'agir des déléguées une fois qu'elles seraient de retour dans leur pays.

RESULTATS

Chaque équipe a élaboré un plan d'exécution détaillé et documenté. Tous les plans trouvent place dans le présent rapport. Néanmoins, les problèmes traités et les solutions appliquées dans des conjonctures nationales différentes peuvent intéresser d'autres sages-femmes et associations de sages-femmes. Ils seront donc évoqués ici.

S'ils sont tous économiquement défavorisés, les pays représentés à l'atelier accusent de grandes disparités en matière de développement national et de population. Les services sanitaires et obstétricaux font aussi apparaître de fortes différences. Elles concernent la répartition des tâches entre les secteurs publique et privé d'un côté, l'étendue et la qualité des services, notamment en milieu rural, de l'autre côté. Malgré ces différences, les principaux problèmes recensés par les équipes présentaient de traits communs.

Problèmes identifiés

Les quatre principaux problèmes communs qui ont été identifiés sont:

1. La formation professionnelle des sages-femmes, qualifiée d'insuffisante, qui s'ajoute à leur répartition inégale, notamment entre les collectivités rurales et citadines.
- 2a. Un nombre insuffisant de formatrices entraînant une formation de base ou une formation post-diplôme inadéquate. Encore plus grave est le défaut de compétence pour sauver la vie des mères, qui est souvent associé à un manque d'expérience pratique.
- 2b. Insuffisance et même absence de mécanismes ou de fonds permettant de déceler les causes de ces manques et de leur trouver des remèdes.
3. Insuffisance des prestations de soins dans les services prénatals. Les mères et particulièrement celles à haut risque obstétrical ne voient pas l'utilité des soins et des conseils avant l'accouchement, et abandonnent la surveillance prénatale.
4. Insuffisance des systèmes et des procédures de transport, soit à cause de difficultés d'accès aux systèmes, soit à cause de difficultés de transport, tant des malades que du personnel, dans les cas d'urgence.

A ces problèmes communs il faut ajouter ceux évoqués par de nombreuses déléguées, qui concernent l'amélioration des aptitudes de gestion et de supervision. On a considéré que ces aptitudes étaient essentielles, car il faut remédier aux lacunes des sages-femmes dans la gestion de leurs propres activités, dans la formation et la mobilisation des accoucheuses traditionnelles et de l'aide à leur apporter.

D'une manière plus générale, on a estimé qu'il était nécessaire tout d'abord de faire mieux comprendre aux sages-femmes (particulièrement en milieu rural) le rôle plus large qu'elles doivent jouer dans le domaine de la santé maternelle. Ensuite, il s'agit de les rendre plus aptes à coordonner et à appuyer les soins de santé maternels fournis par un grand nombre d'institutions et d'individus différents.

Un sujet qui a préoccupé la presque totalité des participantes a été le manque ou la non-communication d'information. La conséquence est que les sages-femmes ne peuvent comprendre les problèmes sanitaires ou les problèmes particuliers des personnes qui, passant par le système de transfert, auraient besoin de leur aide par la suite. L'une des équipes a ainsi pu formuler la constatation suivante:

"Il n'y pas de statistiques sur la fréquentation des consultations prénatales. Neuf pour cent seulement des accouchements sont enregistrés et que 50% de ceux qui le sont font l'objet d'un certificat de naissance."

Solutions proposées

Les solutions proposées pour ce problèmes communs et particuliers, ont reflété les différences d'attitudes et de pratiques parmi les cinq pays représentés. D'une manière générale, les propositions ont tenu compte des contraintes inhérentes à l'atelier, qui étaient les suivantes:

- A. Les propositions ne devaient pas provoquer des demandes de ressources nouvelles et importantes.
- B. Elles ne devaient pas entraîner des actions où les sages-femmes ne pourraient pas jouer elles-mêmes un rôle actif.

Objectifs

Une vingtaine d'objectifs différents ont été proposés par les sages-femmes en vue d'atténuer les problèmes de la santé maternelle. Ces objectifs peuvent être regroupés de la manière suivante:

1. Augmenter le nombre des sages-femmes; améliorer leurs aptitudes et les encourager à travailler en milieu rural.
2. Inaugurer, développer et collaborer à des activités de formation pour les dispensateurs de soins, y compris pour les accoucheuses traditionnelles.
3. Renforcer l'aptitude et la motivation des sages-femmes à se consacrer d'avantage à l'éducation communautaire et aux activités périphériques.
4. Inciter plus énergiquement la collectivité et des groupes professionnels extérieurs au système sanitaire à assumer des rôles de soutien.
5. Améliorer la capacité de tous les dispensateurs de soins maternels à identifier les mères à risque et les encourager à utiliser les procédures de transfert appropriées.
6. Améliorer l'approvisionnement des sages-femmes en médicaments et matériel, en vue de pouvoir agir dans des situations d'urgence, quand le transfert n'est plus possible. Améliorer leur aptitude à suivre l'évolution de l'état des mères.
7. Faire en sorte que toutes les sages-femmes soient mieux informées et tenues au courant des faits les concernant, soit directement, soit par l'entremise (quand c'est nécessaire et possible) de leurs associations.

Sous-groupes d'objectifs

Dans leurs propositions les équipes ont défini en détail des sous-groupes d'objectifs et précisé qui aurait la responsabilité de leur réalisation (une sage-femme dans la plupart des cas). En voici un exemple:

1. Simplifier avant décembre 1989 le tableau des mères "à risque".
2. Apprendre aux femmes, aux accoucheuses traditionnelles et à la population à reconnaître le code couleur sur les fiches prénatales.
3. Examiner toutes les mères "à risque" au moins trois fois pendant la grossesse.

La responsabilité de la réalisation de ces objectifs a été confiée à la coordonnatrice de la SMI, étant implicitement reconnu que les sages-femmes bénéficieraient du soutien de leurs associations dans l'application des mesures considérées nécessaires au succès.

Stratégies

Le recensement et la quantification des problèmes ont causé de considérables difficultés aux équipes, mais la recherche d'une solution (d'une stratégie) permettant d'éliminer les problèmes en a causé encore plus, car les stratégies envisagées devaient prendre en compte la limitation des ressources et la participation des sages-femmes.

Le moyen le plus simple pour trouver des stratégies appropriées est le "remue-méninges" (brainstorming) effectué par des experts avec les équipes. Les stratégies relatives aux objectifs énoncés plus haut, sont les suivantes:

1. Examiner et modifier la structure des consultations pour renforcer le contact mère/sage-femme.
- 2a. Charger tous les personnels disponibles (agents sanitaires de village, infirmier(es) communautaires) d'effectuer un analyse simple sur l'abandon des consultations prénatales.
- 2b. Utiliser les résultats de 2a pour modifier les consultations en vue d'augmenter les contacts avec les mères.
3. Développer les activités de formation et en inaugurer de nouvelles afin de rendre les sages-femmes plus capables de communiquer avec les individus et les groupes au sein de la collective.
4. Instituer des visites régulières aux postes de santé et des échanges d'informations entre eux, pour mieux cerner les mères "à risque".

Les stratégies proposées représentaient des initiatives nouvelles, complétant des activités déjà existantes; l'ensemble devant permettre d'atteindre les objectifs.

Planification pour l'obtention d'engagements

Tout au long de l'atelier, et même avant son ouverture, il était important d'obtenir l'engagement et la participation de cadres, de groupes et d'administrateurs de l'intérieur et de l'extérieur des ministères de la santé. A cet effet une approche plus rigoureuse a été adoptée. L'approche en question comportait deux phases. Il s'agissait en premier lieu d'identifier les "forces" positives ou négatives agissant dans la zone du problème à traiter et de déterminer la manière d'influer sur elles pour rendre le changement possible.

Cette activité, que l'on appellera "analyse des champs de forces", conduit directement à la deuxième phase. Elle consiste à voir quels changements d'attitude il convient d'obtenir chez des individus, des groupes et des institutions déterminés pour que le développement souhaité (solution des problèmes) se déroule comme prévu. Chacune des équipes a présenté le résultat de ce travail sous la forme d'un diagramme:

	Pas d'engagement opposition	Laisse faire	Aide	Intervient positivement
Directeur général	0	X		
Obstétricien consultant		0	X	
Coordonnateur de la SMI				0X
Sage-femme principale		0		X

0 = situation présente.

X = situation à obtenir pour le succès de l'initiative.

Sans indiquer aux planificateurs une ligne d'action, ce diagramme appelle l'attention sur les endroits où une action, en grande partie non technique, est requise pour créer l'environnement nécessaire au succès. Les activités recensées sont amalgamées aux activités techniques qu'exige la résolution du problème, fournissant ainsi les éléments essentiels du plan d'exécution.

Mise au point du plan général

Les équipes, considérant l'ensemble des activités étudiées, ont tout d'abord mis au point un calendrier pour leur exécution. Elles ont ensuite recherché quelles étaient les ressources financières matérielles et humaines à disposition ou à obtenir pour réaliser leur plan. Dans certains cas, cette analyse a fait apparaître l'impossibilité de réaliser certaines activités provoquant un réajustement dans les domaines du financement et de la dotation en personnel. A ce stade, les équipes avaient réuni tous les éléments d'un plan à l'exception de deux, à savoir

- le suivi des progrès accomplis;
- l'attribution de responsabilités pour l'exécution.

Suivi des progrès et attribution des responsabilités

Le suivi adopté par les différentes équipes était fonction du type des activités prévenues et des moyens d'information à leur disposition. Ces mécanismes étaient fort divers, allant du repérage d'événements au cours de l'exécution du programme à la préparation d'un rapport périodique. L'intérêt manifesté pour une meilleure information plus abondante permet de penser que le suivi des progrès et la diffusion d'informations les concernant seraient probablement bien faits.

De même il avait été prévu de recenser et de désigner les responsables de l'exécution. Pour soutenir l'engagement des sages-femmes, la liste des personnes clés a été complétée par celles qui seraient habilitées à approuver les mesures prises et celles qu'il conviendrait d'informer pour que l'action continue à bénéficier des appuis requis. Le tableau des responsabilités ci-après, établi par l'une des équipes, est un produit typique de cette analyse.

TABLEAU DES RESPONSABILITÉS

	Constitution du Comité de Formation	Préparation du plan d'activités des sages-femmes	Identification des besoins de formation non mentionnés	Organisation d'un programme de formation approprié
Sages-femmes chefs	-	R	I	I
Groupe d'étude	-	-	I	I
Directrice SMI	-	S	S	S
Responsable de la formation des sages-femmes	-	S	I	S
Médecin Chef de Service	-	I	A	
Infirmière responsable des soins infirmiers et obstétricaux au niveau du Ministère de la Santé	-	I	I	I
Directeur du programme	-	-	S	S
Coordonnatrice du projet	R	S	I	S
Comité de formation	-	S	R	R

R = Responsabilité ne signifiant pas forcément autorité)
A = Approbation (avec droit de veto)
S = Soutien (apport de ressources)
I = Information (consultation)
- = Sans objet pour cette rubrique

Ce tableau fait apparaître l'éventail des protagonistes jouant un rôle technique, administratif, politique ou social, qui sont essentiels pour la réalisation du plan. Il rappelle constamment à chaque responsable quelles sont les tâches dont il doit assurer la coordination.

Le produit final

Toutes les équipes ont pu mettre au point un plan complet avec des solutions pour certains problèmes identifiés.

Il a fallu beaucoup d'efforts et d'enthousiasme pour élaborer ces plans en si peu de temps et un effort tout aussi considérable pour que les différents plans soient dactylographiés avant le départ des équipes. Pourtant, chaque équipe est repartie avec son plan, un document de grande qualité, pouvant être présenté à leurs ministères et à leurs associations.

On trouvera à la page suivante le résumé d'un plan type concernant un objectif déterminé dans le cadre du plan général.

PROBLEME

Nombre élevé de cas de travail d'accouchement prolongé avec pour séquelle une fistule vésico-vaginale entraînant des complications infectieuses graves et même le décès.

OBJECTIF

Réduire le nombre de ces cas par l'introduction et l'utilisation du partographe, dans quatre districts différents d'ici 15 mois et au niveau national d'ici 1992.

STRATÉGIES

Organiser des ateliers et des séminaires sur le partographe en collaboration avec le Comité des sages-femmes et avec les enseignantes sages-femmes.

ACTIVITÉS

Obtenir le soutien de l'administration. Obtenir des fonds pour la production du partographe. Organiser et réaliser les ateliers. Motiver les sages-femmes à utiliser le partographe en instituant une journée "prix d'honneur".

RESPONSABILITÉ

Organisation et réalisation des ateliers: responsable du Comité des sages-femmes pour la formation. Suivi du partographe: responsable du Comité des sages-femmes pour la Recherche.

CONTROLE

Présentation au Comité du partographe préparé et du programme de séminaires et/ou d'ateliers. Adoption du programme et préparation de l'évaluation après les séminaires.

Visites trimestrielles aux services sanitaires pour vérifier l'utilisation du partographe.

SUIVI

Les dates prévues pour l'achèvement des différents plans s'échelonnent sur les trois prochaines années, ce qui exige une activité énergique et soutenue des sages-femmes dans les pays concernés. La CISF a reconnu les difficultés auxquelles, une fois la première euphorie retombée, se heurteront les sages-femmes et leurs associations dans la poursuite de leurs efforts pour réaliser leur plan d'exécution. Le problème essentiel est d'entretenir le moral et l'enthousiasme, compte tenu des revers auxquels il faut obligatoirement s'attendre.

L'approche la plus souhaitable, pour soutenir les initiatives prises, aurait été de tenir régulièrement dans les différents pays des réunions de suivi et d'échange. Ainsi, il aurait été possible de procéder à des examens techniques, mais aussi de partager et de renouveler les énergies et les enthousiasmes, et de resensibiliser les ministères de la santé quant à la nature internationale des initiatives en cause.

Les contraintes financières ont rendu cette approche impossible. Par contre, la CISF a prévu quatre activités pour soutenir les équipes nationales:

1. Chaque équipe produira régulièrement des rapports sur les progrès accomplis et les problèmes rencontrés; et ces rapports seront communiqués aux autres équipes par le truchement du siège de la CISF.
2. L'une des animatrices fournies par le siège de la CISF se rendra en visite dans tous les pays participants, pour examiner la situation avec l'équipe et avec les fonctionnaires du ministère et le ministre si possible.
3. La CISF cherchera activement à faire connaître, dans les pays participants et ailleurs, la nature de l'action engagée.
4. Au cours du prochain congrès international de la CISF, sera présenté, si possible par une sage-femme ayant participé à l'atelier, un rapport sur les initiatives prises.

La CISF espère par ailleurs que les animatrices du prochain atelier viendront des pays où auront été accomplis des progrès, pour qu'elles puissent communiquer aux nouveaux pays participants l'expérience pratique acquise et leur expliquer quelles sont les conditions de réussite.

EVALUATION DE L'ATELIER

Une évaluation de l'atelier a été faite par les déléguées, les animatrices et les observatrices. Cette évaluation a porté sur le processus d'élaboration des plans d'action et sur la qualité du produit final. Un questionnaire a été créé à cet effet.

1. L'exhaustivité du document final;
2. La répartition du temps de travail entre les différentes phases du processus de planification;
3. La difficulté de certaines étapes du processus de planification;
4. La qualité du soutien fourni aux équipes;
5. Les chances d'une mise en oeuvre couronnée de succès.

Les déléguées ont été encouragées à formuler des observations et ont, pour la plupart, saisi cette occasion pour expliquer leurs réponses. Les pages ci-après reprennent les réponses et les commentaires. Certaines réponses ont été retenues, car elles revenaient fréquemment, faisant penser à un problème d'intérêt général.

APERCU DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE

1. Exhaustivité du document

Dans quelle mesure pensez-vous que les différents éléments de votre document sont complets?

Ne cochez qu'une colonne

Répartition des réponses en pourcentage				
	Le document est complet	Il est presque complet	Il n'est complet que pour certaines parties	Il exige encore beaucoup de travail
Exposé du problème	61	35	4	
Objectifs	67	29	4	
Engagement/ champs de force	78	22		
Calendrier des activités	75	13	12	
Attribution des responsabilités	63	33	4	
Répartition des ressources	58	35	7	1
suivi du projet	57	26	17	

Observations:

- L'impression que le document produit est complet prédomine de loin. Moins de 10% des réponses expriment l'idée que la mise au point des plans demanderait encore un travail important.
- L'incertitude concernant le caractère exhaustif de la supervision ressentie vers la fin d'un atelier intense, fait penser que le manque de temps n'a pas permis la réalisation des plans sous leur forme définitive.

2. Répartition du temps entre les sujets

On trouvera à la colonne 1 le pourcentage de temps alloué à chacun des sujets traités au cours de l'atelier. En cochant les colonnes 2, 3 ou 4, indiquez si vous pensez que cette répartition doit être modifiée.

Pourcentage des participants estimant que le temps attribué				
	% de temps attribué	Est à peu près juste	Devrait être augmenté	Devrait être réduit
Identification des problèmes	14	54	29	17
Fixation des objectifs	20	33	58	8
Définition de la stratégie	9	58	38	4
Engagement /champs des forces	11	42	16	42
Calendrier des activités	11	50	50	
Attribution des responsabilités	6	67	29	4
Répartition des ressources	7	48	17	35
Suivi du projet	7	63	29	8
Plan d'action	15	42	54	4

Observations:

- Les participantes étaient pressées par le temps. Il est certain que les ateliers futurs devraient être d'une plus longue durée.

3. Difficulté des tâches

Cochez d'un X les colonnes appropriées.

	COMPRENDRE CE QU'IL Y A FAIRE				LE FAIRE EFFECTIVEMENT			
	POURCENTAGE DE PARTICIPANTS ESTIMANT QUE C'EST				POURCENTAGE DE PARTICIPANTS ESTIMANT QUE C'EST			
	Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile	Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile
Identification des problèmes	35	48	17		42	37	21	
Fixation des objectifs	18	50	23	9	10	43	33	14
Définition de la stratégie	18	28	36	18	10	40	20	30
Planification de l'engagement /champ des forces	41	59			46	41	13	
Calendrier des activités	17	35	44	4	19	19	57	5
Attribution des responsabilités	22	52	17	9	18	64	18	
Répartition des ressources	22	60	9	9	14	27	32	27
Suivi	26	57	13	4	5	76	14	5

Observations:

- La participation active de hauts fonctionnaires de la santé a compensé l'inexpérience d'autres membres de l'équipe.
- Les sages-femmes ne sont pas préparées aux activités de planification et de résolution de problèmes au niveau des problèmes à large spectre.
- Dans les pays où il existe déjà un plan national de lutte contre la mortalité maternelle, il a été beaucoup plus facile pour le groupe correspondant de définir la contribution des sages-femmes.

4. Soutien fourni

Cochez d'un X la colonne appropriée.

POURCENTAGE DES PARTICIPANTS ESTIMANT QUE LE SOUTIEN A ÉTÉ				
	COMPLET	ADEQUAT	MINIME	NON SATISFAISANT
Explication des tâches assignées aux séances	74	22	4	
Disponibilité du matériel de base	42	50	8	
Participation des membres de l'équipe	88	12		
Assistance des animateurs /trices	88	12		
Conditions de travail	57	19		23
Critiques intergroupes	16	29	50	5

Observations:

- Nécessité de consacrer davantage de temps aux discussions intergroupes.
- Nécessité d'utiliser des exemples pertinents proche des tâches à accomplir pour compléter les informations de base.
- Haut niveau de cohésion dans les équipes.

5. Perspectives de succès

Cochez d'un X la colonne appropriée.

POURCENTAGE DE PARTICIPANTS REpondant QUE LE SUCCES EST				
	TRES SUR	ASSEZ SUR	INCERTAIN	DOUTEUX
Réalisation de votre plan	13	83	4	
Participation au plan des sages-femmes occupant des postes importants dans votre pays	50	42	8	
Constitution d'une association active de sages-femmes	26	43	26	5
Poursuite de l'activité avec l'équipe primitive	63	25	4	8

Observations:

- Les participantes sont assez sûres que les plans produits seront mis en oeuvre.
- Seize participantes sont assez sûres de pouvoir créer une association de sages-femmes actives.
- L'enthousiasme pour le travail d'équipe semble persister.
- Participation fortement croissante des sages-femmes à l'action pour la maternité sans risque.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES DES DÉLÉGUÉES

1. Il serait souhaitable d'organiser davantage d'ateliers de planification à l'intention des sages-femmes et d'autres personnels sanitaires dans la région.
2. L'atelier devrait être prolongé pour durer au moins 10 jours.
3. Un plus haut degré d'interaction et de critiques intergroupes aurait été très utile.
4. Il serait utile que les animatrices circulent d'un groupe à l'autre.
5. Une évaluation des progrès accomplis faite par les déléguées vers le troisième jour pourrait améliorer le résultat de l'atelier.
6. Il serait souhaitable que chaque équipe nationale se réunisse préalablement à l'atelier.
7. Des renseignements plus détaillés au sujet de l'atelier et donnés d'avance les aideraient à mieux se préparer.
8. Il serait utile que les participantes à l'atelier donnent leurs concours à d'autres ateliers semblables.

OBSERVATIONS D'ANIMATEURS ET D'OBSERVATEURS

1. La plupart des déléguées ont paru manquer d'expérience.
2. Les déléguées devraient être davantage aidées lors de la définition des objectifs.
3. La définition des objectifs exigerait une explication plus claire.
4. Les travaux ont amélioré l'aptitude des déléguées à définir des mesures permettant ou induisant le changement.
5. L'approche par équipe a été TRES utile.
6. La formation des sages-femmes à la gestion est indispensable.
7. Avant le prochain atelier, il faudrait fournir des documents de référence avec des exemples pertinents et nombreux.
8. La formation des animatrices devrait être plus proche de celle des déléguées.
9. Le programme devrait prévoir davantage de temps pour la préparation et la réalisation des discussions intergroupes.
10. Il faudrait fournir aux participantes des documents types se référant à chaque séance de travail.
11. Les travaux devraient être axés sur la question: que peuvent faire les SAGES-FEMMES?
12. Il paraît évident que les sages-femmes cadres ne sont pas bien préparées aux tâches de planification (voir 6).

LISTE DES DÉLÉGUÉES

Gambie

- | | |
|---|---|
| <p>1. Mrs Maram Bobb
Principal Lecturer
(Infirmière/sage-femme)</p> <p>2. Dr Mamo F B Jawla
Divisional Medical Officer
(Médecin)</p> <p>3. Mrs Marie Johnson
Senior Nurse Midwife
(Infirmière/sage-femme)</p> | <p>4. Mr Ismaila Njie
MCH Coordinator
(Sage-femme)</p> <p>5. Dr Pap J Williams
Principal Planner/Deputy
Project Manager
(Planificateur de la santé)</p> |
|---|---|

Ghana

- | | |
|---|---|
| <p>1. Professor D A Ampofo
Professor
(Gynécologue/obstétricien)</p> <p>2. Ms Victoria Assan
Principal Nursing Officer
Public Health
(Infirmière/sage-femme)</p> <p>3. Mrs Ernestina Djokotoe
Private Midwife
Infirmière/sage-femme)</p> | <p>4. Mrs Edith A Ocloo
Principal Nursing Officer
(EDN)
(Infirmière/sage-femme)</p> <p>5. Mrs Henrietta Owusu
President/Project Director
(GRMA)
(Sage-femme)</p> <p>6. Mr R D Tackie
Sales Representative
(Administrateur des Hôpitaux)</p> |
|---|---|

Libéria

- | | |
|---|---|
| <p>1. Mrs Emilia S Ayomanor
Director of Nurses
(Infirmière/sage-femme)</p> <p>2. Mrs Oliva K Cooper
Staff Midwife
(Sage-femme diplômée)</p> | <p>3. Dr Patricia A Divine
Chairman, Department of
Obstetrics/Gynaecology
(Gynécologue/obstétricien)</p> <p>4. Mrs Marie L Mason
Midwifery Training
Programme Coordinator
(Infirmière/sage-femme)</p> |
|---|---|

Nigéria

- | | |
|--|---|
| <p>1. Mrs A O Abudu
Assistant Secretary/
Registrar
(Sage-femme)</p> <p>2. Dr Julie Moji Adekeye
Senior Registrar
(Planificateur de la Santé)</p> <p>3. Dr Itam Hogan
Chief Medical Director
(Gynécologue/obstétricien)</p> | <p>4. Mrs A O Payne
Assistant Chief Nursing Officer
(Sage-femme)</p> <p>5. Mrs Silifat Amope Ogunremi
Principal of School of Midwifery
(Sage-femme)</p> |
|--|---|

Sierra Leone

- | | |
|--|--|
| <p>1. Mrs Gloria Betts
Principal
(Infirmière/Sage-femme)</p> <p>2. Mrs Edna Carew
Matron
(Infirmière/Sage-femme)</p> <p>3. Dr Thomas K Kargbo
Chief Medical Officer
Obstétricien/Gynécologue</p> | <p>4. Dr Bailah Leigh
Director
MCH Services
Obstétricien/Gynécologue</p> <p>5. Mrs Cassandra A Leigh
Chief Nursing Officer
Infirmière/Sage-femme</p> |
|--|--|

Facilitateurs/rices

- | | |
|---|--|
| <p>1. Mrs M A Brain
ICM Treasurer
Midwife
Sonloup
49 Wenallt Road
Rhiwbina
Cardiff CF4 6SB
United Kingdom</p> <p>3. Mrs M Goubran
ICM Executive Secretary
Midwife
International Confederation
of Midwives
London W4 4PH
United Kingdom</p> <p>5. Dr B Kwast
Scientist, Midwife
F H E Division
World Health Organisation
1211 Geneva 27
Switzerland</p> <p>7. Ms H Schweitzer
ICM Dep Director
Midwife Tutor
Hebammenschule
Univ Frauenklinik
7400 Tubingen
West Germany</p> | <p>2. Ms J Bentley
ICM Consultant
Midwife
Hillview, Overway
Donhead St, Andrew
Shaftesbury, Dorset, SP79LH
United Kingdom</p> <p>4. Mr P Hornby
Management Consultant
O R Scientist/Planner
Network Consultants
17 West Bar, Banbury
Oxon OX16 9SA
United Kingdom</p> <p>6. Mrs A J Kamara
Senior Staff Associate
Nurse/Midwife
Center for Population
& Family Health
Columbia University
60, Haven Avenue
New York - NY 10032</p> |
|---|--|

Observatrices

1. Mrs Grace Mtawali
Intrah Regional Training Officer ESA
RCN; SCM; PHN,
Nursing Admin.
(Hosp) CERT. (Royal College of Nursing, London, UK)
P O Box 55699
Nairobi, Kenya
(Tel. 29670/26824)
(INTRAH/ROCKEFELLER FOUNDATION ("Women for Women's Health" Project))
2. Ms S Nyinah
Programme Officer
Nurse
UNICEF
P O Box 5051
Accra, Ghana