



53264
WHO/FHE/MSM/94.13
Distr.: GÉNÉRALE

**PROGRAMME DE LA SANTÉ MATERNELLE
ET MATERNITÉ SANS RISQUE**

E: 52588

**LE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES
HUMAINES A L'APPUI DE LA SANTÉ
MATERNELLE ET NEONATALE DANS LES
CENTRES DE SANTÉ**

Rapport de la réunion du groupe spécial mixte FHE/HRH
25-29 octobre 1993



Organisation mondiale de la Santé
Division de la Santé de la Famille
Genève

TABLE DES MATIERES

1. RESUME D'ORIENTATION	1
2. HISTORIQUE	1
3. OBJECTIFS ET ISSUES ATTENDUES DE LA REUNION DU GROUPE SPECIAL .	2
4. INTRODUCTION	3
5. TENDANCES INFLUANT SUR LA PRESTATION DE SOINS AU CENTRE DE SANTÉ	4
6. TACHES PRIORITAIRES POUR L'ABAISSMENT DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE AU NIVEAU DU CENTRE DE SANTE	5
6.1 Tâches cliniques	6
6.2 Tâches gestionnaires	7
6.3 Tâches communautaires	8
7. PRINCIPES D'UN RENFORCEMENT EFFICACE DES CAPACITES AU NIVEAU DU CENTRE DE SANTE	9
8. CADRE DU RENFORCEMENT DES CAPACITES DU CENTRE DE SANTE	10
8.1 Au niveau du district	10
8.2 Au niveau de la région ou de la province	11
8.3 Au niveau national	12
9. RECOMMANDATIONS GENERALES CONCERNANT L'APPUI AUX CENTRES DE SANTE	12
10. CONCLUSIONS	14
ANNEXE I	15
ANNEXE II	17

Remerciements

L'OMS tient à remercier pour leur soutien l'Australian International Development Assistance Bureau (AIDAB); la Direction de la Coopération au Développement et de l'Aide humanitaire (DDA), Suisse; la Direction générale de la Coopération pour le Développement, Italie; la Fondation Rockefeller; le Ministère royal des Affaires étrangères, Norvège; l'Agence suédoise de Coopération en Recherche avec les Pays en Développement (SAREC); le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), ainsi que le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) pour son aide à la production du présent document.

1. RESUME D'ORIENTATION

Un groupe spécial mixte FHE/HRH du développement des ressources humaines pour la santé néonatale et infantile au niveau des centres de santé s'est réuni du 25 au 29 octobre 1993 à Genève. Il avait pour mission principale d'étudier les moyens de renforcer la capacité des centres de santé de dispenser des services propres à abaisser la mortalité maternelle et néonatale. Ses travaux devaient fournir des orientations au programme Santé maternelle et Maternité sans risque (MSM) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), entre autres aux fonctionnaires de l'OMS dans les Régions et les pays, ainsi que d'aider ces derniers à mettre en oeuvre des plans d'action pertinents.

Le groupe spécial s'est inspiré des travaux d'un groupe de travail technique qui s'était réuni en juillet 1993 pour étudier les soins à la mère et au nouveau-né au centre de santé, ainsi que d'un projet de dossier mère-enfant guide de la planification d'une maternité sans risque.

La réunion du groupe spécial a notamment permis de cerner :

- les tendances de la prestation de soins dans les centres de santé;
- les tâches prioritaires de la gestion des services cliniques et de la communauté au niveau du centre de santé;
- les compétences, les connaissances et les attitudes requises pour accomplir les tâches cliniques prioritaires;
- les principes d'un renforcement efficace des capacités des centres de santé;
- un cadre pour le renforcement des capacités du centre de santé;
- des recommandations générales concernant l'appui aux centres de santé.

2. HISTORIQUE

Dans le cadre de l'Initiative mondiale pour une maternité sans risque, l'OMS a parrainé trois réunions d'un groupe spécial destinées à définir les ressources humaines nécessaires pour une maternité sans risque. La première de ces réunions s'est tenue à Genève en 1990; ses conclusions ont été les suivantes :

- la formation permanente des agents de santé déjà formés à la santé maternelle doit s'effectuer dans le cadre de l'équipe de santé du district;
- il convient de mettre en place des mécanismes nationaux et/ou régionaux pour coordonner en permanence cette formation;
- la formation initiale doit aussi être revue si l'on veut qu'elle exerce des effets à long terme;
- il est nécessaire de créer ou de renforcer des centres de formation interrégionaux, régionaux et nationaux afin d'aider les pays à donner effet au plan précité;
- le Siège de l'OMS, en collaboration avec les bureaux régionaux, devrait surtout s'engager au niveau des centres susmentionnés, renforçant ceux qui existent déjà et favorisant, au besoin, la création d'autres structures du même type.

A la suite du XXII^e colloque Berzelius sur les soins de santé maternelle dans une optique internationale, un groupe de travail du groupe spécial sur le développement des ressources humaines pour une maternité sans risque s'est réuni à Stockholm en 1991. Il a axé ses travaux

sur un problème unique : celui des femmes, très nombreuses, qui ne font pas appel aux services de santé classiques pour des raisons d'ordre social et culturel. La principale conclusion de la réunion a été que les services de santé et la communauté qu'ils desservent devaient maintenir le dialogue et chercher de concert des solutions aux problèmes décelés par la communauté. Par ailleurs la formation d'agents de santé, y compris les accoucheuses traditionnelles, ne suffira pas pour résoudre le problème de la mortalité maternelle. Il faut élaborer des programmes de formation et des matériels pédagogiques pour la communauté elle-même.

La troisième réunion du groupe spécial sur le développement des ressources humaines a essentiellement axé ses travaux sur deux documents récents : un projet de rapport d'un groupe de travail technique, réuni en 1993 pour étudier les soins à la mère et au nouveau-né au centre de santé (tâche qui faisait suite aux travaux précédemment menés pour définir les éléments essentiels des soins obstétricaux au premier échelon de recours), ainsi qu'un projet de dossier mère-enfant - guide de la planification d'une maternité sans risque. Le groupe de travail technique sur les soins à la mère et au nouveau-né au centre de santé a défini les éléments essentiels d'une prise en charge globale de la mère et de l'enfant par le centre de santé, des divers aspects de la création et du maintien d'un système fonctionnel d'orientation-recours, les mécanismes d'aide aux institutions, des systèmes de soutien aux communautés, ainsi que la surveillance et l'évaluation des résultats des centres de santé. Les médicaments et équipements essentiels pour la santé maternelle et infantile et la planification familiale ont été énumérés. Le dossier mère-enfant a placé l'accent sur les stratégies de mise en oeuvre d'interventions spécifiques ayant le plus grand impact immédiat sur la mortalité maternelle et infantile, ainsi que sur les composantes essentielles de programmes efficaces aux niveaux du pays, de la région et du district.

3. OBJECTIFS ET ISSUES ATTENDUES DE LA REUNION DU GROUPE SPECIAL

A l'origine, la réunion du groupe spécial devait permettre d'examiner les ressources humaines nécessaires au niveau des centres de santé pour s'assurer que la formation correspondrait aux tâches à accomplir; élaborer un cadre pour la formation des professionnels de la santé, et définir les composantes d'un cadre réglementaire pour les tâches obstétricales.

Le groupe a initialement étudié les objectifs proposés et admis que la formation seule ne suffisait pas. Les participants ont estimé que la clé de la prestation de services acceptables et efficaces au centre de santé était la mise en place de moyens, formule remplacée ultérieurement par le "renforcement des capacités" qui comprend la formation, un cadre réglementaire non restrictif et de nombreuses autres composantes.

A la suite de ces délibérations initiales, le groupe spécial a décidé que ses débats seraient centrés sur les moyens de renforcer la capacité des centres de santé de manière à lui permettre d'assurer des services propres à abaisser la mortalité maternelle et néonatale.

Le groupe a défini les conclusions attendues suivantes de la réunion :

- Reférer les tâches prioritaires au niveau du centre de santé dans l'optique de l'abaissement de la mortalité maternelle et néonatale :

- tâches en rapport avec la communauté;
 - services cliniques;
 - tâches gestionnaires.
-
- Définir les compétences, les connaissances et les attitudes requises pour accomplir les tâches prioritaires au centre de santé.
 - Résumer les alternatives et les options pour le renforcement de la capacité nécessaire à l'accomplissement des tâches.
 - Elaborer un cadre de l'action destiné à concrétiser ces conclusions dans le contexte de la réalité de chaque pays, au niveau du district/du centre de santé et en tant que composante intégrale des services de soins de santé primaires.
 - Cerner les facteurs qui, au niveau central, influent sur la pratique dans les centres de santé/les villages - par exemple la législation, la politique de développement des ressources humaines et la fonction publique.

Les objectifs ont été modifiés plus avant pendant la réunion. Les participants ont dégagé les tendances qui agissent sur l'environnement dans lequel sont dispensés les soins au centre de santé. Par ailleurs, le groupe a décidé d'énoncer les principes généraux devant servir de base aux activités de renforcement des capacités des centres de santé.

4. INTRODUCTION

Après l'ouverture de la réunion, son mandat a été revu et deux observations ont été présentées pour orienter les délibérations subséquentes. En premier lieu, il a été reconnu que dans certains contextes culturels la personne possédant des compétences obstétricales n'était pas connue sous le nom de sage-femme ou d'infirmière/sage-femme, mais, par exemple, de visiteuse de santé. Au cours des débats, le terme "sage-femme" désignerait donc tout le personnel de santé possédant ces qualifications. En second lieu, les participants sont convenus que l'expression "centre de santé" ferait référence à tous les niveaux des structures de santé situés en dessous de l'hôpital de district, y compris les dispensaires, les postes de santé et les centres de santé secondaires.

Le Secrétariat de l'OMS a ensuite brièvement mis à jour les données relatives au problème de la mortalité maternelle et néonatale, ainsi que le contenu du dossier mère-enfant - guide de planification de la maternité sans risque. On estime encore à un demi-million le nombre des décès maternels enregistrés chaque année; la grande majorité d'entre eux surviennent dans les pays en développement.

On dénombre en outre chaque année quelque 4,3 millions de décès de nouveau-nés (c'est-à-dire, au cours des 28 premiers jours de la vie). L'approche fondée sur la notion de risque n'a pas entièrement réussi, puisqu'un grand nombre de femmes non reconnues comme présentant un risque accru développent néanmoins des complications sévères dont elles meurent. Néanmoins, l'application des technologies existantes peut permettre d'abaisser fortement le nombre des décès. L'introduction des antibiotiques, des transfusions sanguines et de la prise en charge des troubles tensionnels de la grossesse, de même que les césariennes pratiquées à temps, ont produit un recul rapide des décès maternels, solidement documenté en Angleterre et au Pays de Galles vers le début du siècle et plus récemment au Sri Lanka.

Ont ensuite été présentées les conclusions de la réunion du groupe de travail technique sur les soins à la mère et au nouveau-né au centre de santé. Il a été souligné que l'intégration des services de santé pouvait se concevoir de multiples façons; tout au long de l'existence, verticalement depuis la communauté jusqu'au centre de santé puis à l'hôpital, et horizontalement de manière à inclure tous les services liés à la santé de la reproduction humaine et à celle de l'enfant.

Afin de souligner la nécessité d'une intégration horizontale et de mieux appeler l'attention sur les nombreux programmes de l'OMS qui exigent l'attention d'infirmières et de sages-femmes déjà surchargées de travail, les représentants des secrétariats des programmes ci-après ont présenté des exposés : Programme élargi de Vaccination, Lutte contre les Maladies diarrhéiques, Initiative "la maladie chez l'enfant", Infections respiratoires aiguës, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, Planification familiale et Population, Initiative pour la santé de la femme, Matériels éducatifs pour la santé, Programme d'action pour les Médicaments essentiels, Allaitement au sein, Nutrition, et Renforcement des Services de santé. Ces présentations étaient axées sur les résultats obtenus, les enseignements tirés et les liens avec d'autres programmes. Leurs conclusions ont servi de base à la formulation des principes et recommandations.

5. TENDANCES INFLUANT SUR LA PRESTATION DE SOINS AU CENTRE DE SANTE

Des schémas et des tendances sur lesquels le personnel des centres de santé et la communauté n'ont qu'une prise limitée ou nulle influent profondément sur l'environnement dans lequel sont dispensés les soins du centre de santé. Ces tendances doivent être prises en compte à tous les niveaux de la planification. Elles comprennent notamment :

- La baisse de l'effectif du personnel obstétrical qualifié au niveau des centres de santé, due à une variété de raisons dont les suivantes :
 - migration des sages-femmes et des infirmières des pays pauvres vers les pays riches du monde entier;
 - abandon des zones rurales par les sages-femmes en faveur d'agglomérations urbaines plus propères;
 - emploi de sages-femmes par le secteur privé;
 - retraite plus précoce des sages-femmes;
 - tendance des sages-femmes à embrasser une seconde carrière;
 - coupes opérées par les pouvoirs publics dans l'effectif et le recrutement des sages-femmes en raison de la crise économique et des programmes d'ajustement structurel.
- Souvent, le personnel obstétrical n'a pas le savoir-faire nécessaire pour collaborer effectivement avec les communautés ou pour faire face aux principales causes de mortalité et de morbidité notamment par suite des facteurs suivants :
 - programmes verticaux multiples qui en demandent trop à un personnel débordé;
 - formation trop brève, trop théorique ou dispensée dans un environnement éloigné des réalités du centre de santé, de telle sorte qu'elle n'impartit pas les

- connaissances et les compétences de base et ne favorise pas les attitudes appropriées;
- focalisation excessive sur les approches biomédicales en l'absence de tout engagement actif de la communauté et d'une prise en compte suffisante des problèmes considérés par celle-ci comme revêtant une importance particulière.
- Des législations et des réglementations qui ne permettent pas au personnel du centre de santé d'effectuer les gestes salvateurs.
 - Aggravation, dans certains pays, de la situation en ce qui concerne les fournitures, les équipements et les médicaments en raison de la stagnation ou de la réduction des budgets de la santé malgré la croissance démographique et la hausse des coûts.
 - Conséquences directes et indirectes du SIDA : des agents de santé disparaissent ou consacrent ce qui leur reste d'énergie à prendre soin de leur famille et de leur communauté, tout en assurant des services élargis de lutte contre le VIH/SIDA.
 - Décentralisation des systèmes de soins avant que les autorités locales ne soient prêtes à s'adapter aux exigences accrues qui en résultent.
 - Sensibilisation croissante à la santé, accompagnée de besoins accrues en éducation pour la santé et mobilisation sociale.
 - Importance plus grande du secteur privé dans la prestation de soins à une population restreinte.
 - Potentiel de communication amélioré (médias, télécopie, téléphone, etc.) alors que l'infrastructure reste très insuffisante dans certains pays et régions, obligeant à s'en tenir aux méthodes traditionnelles (réunions de village, bouche à oreille, etc.).
 - Urbanisation débouchant sur une nouvelle définition de la "communauté" et problèmes de santé additionnels liés à l'absence des services les plus essentiels dans les quartiers de taudis urbains; disparition du soutien actif de la famille et de la communauté, et risques environnementaux tels que le bruit, la pollution atmosphérique et le stress.
 - Transformation de la vie et des activités des femmes qui se marient plus tard, assument les responsabilités additionnelles d'un emploi rémunéré et sont exposées aux aspects tant positifs que négatifs de l'industrialisation.
 - Accroissement des populations de réfugiés et de migrants ainsi que des effectifs féminins dans le travail ménager et de la prostitution qui ne bénéficient pas de la protection de la sécurité et de la rémunération nécessaires (assurance-maladie, droits à la retraite, etc.).

6. TACHES PRIORITAIRES POUR L'ABAISSMENT DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE AU NIVEAU DU CENTRE DE SANTE

A partir du projet de rapport du groupe de travail technique sur les centres de santé et du dossier Mère-enfant, les tâches prioritaires du personnel du centre de santé ont été définies.

Elles sont considérées comme particulièrement importantes là où la mortalité des mères et des nouveau-nés est forte. Une formation uniquement axée sur la clinique est insuffisante, de même qu'un encadrement uniquement orienté vers la gestion. Tous les services assurés devraient répondre aux besoins de la communauté et celle-ci devrait intervenir à tous les stades depuis l'estimation jusqu'à l'évaluation.

6.1 Tâches cliniques

Elles devraient comprendre :

- la prestation de conseils et de services en planification familiale portant, entre autres, sur un éventail de méthodes dont la pilule et les dispositifs intra-utérins;
- les soins prénatals, intranatales et postnatals dont les suivants :
 - dépistage des femmes dont les antécédents et/ou l'examen clinique donnent à penser qu'elles présentent un risque particulier;
 - diagnostic et traitement, à partir d'un protocole normalisé, des complications dont l'avortement, l'anémie, l'hémorragie, les accouchements prolongés et dystociques, les troubles tensionnels de la grossesse, et les infections;
 - accouchements pratiqués dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité;
 - appel à des compétences et des méthodes diverses dont l'utilisation du partographe, le cathétérisme de la vessie, l'épisiotomie, la réparation des épisiotomies et des lacérations, l'extraction sous vide/l'accouchement par voie basse au forceps, l'extraction manuelle du placenta et l'évacuation de l'utérus;
 - administration de fluides par voie intraveineuse ainsi que de médicaments par voie buccale et parentérale dont l'anatoxine tétanique, le fer, les antipaludiques, les antibiotiques, les anticonvulsifs, les antihypertenseurs, les sédatifs, les oxytociques, les analgésiques et les anesthésiques locaux;
 - réanimation maternelle.
- Prestation des soins néonataux, dont les suivants :
 - la prévention et le dépistage des complications - dont l'asphyxie néonatale, l'hypothermie et l'insuffisance pondérale à la naissance - d'après un protocole normalisé;
 - la réanimation néonatale dont le réchauffement, l'extraction manuelle du mucus, la stimulation cutanée, la ventilation manuelle au masque et au ballon et le massage cardiaque externe;
 - l'hospitalisation tant de la mère que du nouveau-né en cas de pathologies ne pouvant être traitées au centre de santé;
 - la promotion de l'allaitement maternel et le soutien aux mères qui le pratiquent.

Tous les personnels chargés de ces tâches devraient avoir reçu une formation appropriée. Ils devraient faire preuve, en les accomplissant, de respect pour le patient et pour les sensibilités culturelles.

6.2 Tâches gestionnaires

Elles devraient notamment comprendre les éléments suivants :

- évaluation des problèmes prioritaires, sanitaires ou en rapport avec la santé de la communauté ainsi que des besoins liés à la mortalité maternelle et néonatale;
- élaboration d'un plan de travail conforme aux priorités et aux ressources communautaires, ainsi qu'au programme de maternité sans risque;
- répartition des tâches et des ressources entre les membres de l'équipe du centre de santé et les agents de santé communautaire;
- organisation de réunions périodiques d'examen avec les membres de l'équipe, englobant tous les agents de santé du centre et de la communauté;
- organisation de l'achat de l'entreposage et de la distribution des matériels, des médicaments, des équipements et des fournitures;
- mise en place de la logistique du système d'orientation-recours au district;
- maintenance appropriée des installations et des équipements;
- encadrement, évaluation et développement de tous les agents de santé de la communauté visant à les épauler;
- participation à la formation des personnels de santé suivant des modalités propres à favoriser l'abaissement de la mortalité maternelle et néonatale;
- tenue régulière de dossiers précis sur les activités conduites pour réduire la mortalité des mères et des nouveau-nés tant au centre de santé que dans la communauté;
- recueil des données nécessaires pour suivre la mise en oeuvre des activités en faveur d'une maternité sans risque, ainsi que leurs effets sur la mortalité maternelle et néonatale;
- exploitation, à l'issue d'une analyse simple, des données recueillies et/ou enregistrées en vue de la prise des décisions appropriées;
- préparation de rapports sur les activités en faveur de la maternité sans risque dans une présentation appropriée;
- transmission des rapports précités au niveau approprié et au moment voulu.

6.3 Tâches communautaires

Elles devraient notamment comprendre les éléments ci-après :

- recherche des organisations, structures et ressources (matérielles, financières, individuelles ou de groupe) de la communauté susceptibles d'étayer ou d'entraver les activités en faveur de la maternité sans risque;
- détermination, à partir d'informations issues de l'évaluation communautaire, des domaines dans lesquels une collaboration avec les individus, les familles et les groupes s'impose;
- préparation, en concertation avec la communauté, d'un plan de travail portant sur les problèmes communs;
- transmission à la communauté des informations pertinentes sur les activités et sur leur mise en oeuvre, et rétro-information appropriée;
- octroi à la communauté d'un soutien approprié pour la mobilisation et la gestion des ressources, par le biais d'une participation à leurs comités de la santé et du développement;
- octroi à la communauté d'un soutien approprié pour la surveillance de ses activités en rapport avec la santé;
- mise en place d'un mécanisme local pour la communication périodique avec les chefs de file et les décideurs communautaires;
- participation de la communauté au recueil de données et à l'évaluation en rapport avec les activités en faveur d'une maternité sans risque;
- action visant à obtenir la participation des femmes de la communauté à toutes les activités en faveur d'une maternité sans risque;
- efforts visant à obtenir que les hommes prennent part aux activités en faveur de la maternité sans risque;
- Mesures nécessaires pour s'assurer, dans les cas appropriés, la collaboration des tradipraticiens aux activités en faveur d'une maternité sans risque.

Attitudes

Tous les contacts avec la mère, le nouveau-né, la famille, la communauté (dont les agents de santé communautaire) et le personnel, ou entre membres du personnel devraient s'opérer dans le respect de la dignité humaine et des sensibilités culturelles. Toutes les tâches cliniques requièrent de nombreuses compétences cognitives, manuelles et relatives à la communication.

7. PRINCIPES D'UN RENFORCEMENT EFFICACE DES CAPACITES AU NIVEAU DU CENTRE DE SANTE

Les principes ci-après devraient sous-tendre les efforts déployés pour renforcer les capacités de personnel du centre de santé et de la communauté de manière à abaisser la mortalité maternelle et néonatale :

- Un renforcement efficace des capacités repose sur le repérage préalable des besoins et l'évaluation des ressources du pays.
- Le district est le point focal d'un renforcement efficace des capacités.
- Un renforcement efficace des capacités suppose l'engagement de la communauté (femmes/hommes/consommateurs) et du centre de santé qui en fait partie.
- Un renforcement efficace des capacités s'appuie sur une équipe (personnel du centre de santé et agents de santé communautaire) plutôt que sur un individu.
- Une gestion efficace - condition indispensable du renforcement des capacités - suppose :
 - des définitions d'emploi claires;
 - un encadrement plus soucieux de soutenir que de contrôler, confié, dans le meilleur des cas, à une personne participant à la formation;
 - délégation des tâches, assortie d'une intégration des responsabilités et de l'autorité en ce qui concerne les programmes de formation;
 - création et renforcement des liens entre la communauté, le centre de santé et l'hôpital.
- Les programmes de formation sont plus efficaces lorsqu'ils :
 - sont centrés sur les tâches prioritaires en rapport avec les principaux problèmes de santé;
 - utilisent une approche orientée vers la résolution des problèmes;
 - sont mis en oeuvre sur le lieu de travail ou dans des conditions qui lui ressemblent le plus possible;
 - mettent l'accent sur l'apprentissage pratique ou fondé sur l'expérience;
 - donnent accès à un site clinique où le nombre des cas et des spécialistes cliniques est suffisant;
 - fournissent l'occasion d'observer et de s'exercer dans un milieu où les soins dispensés sont de haute qualité;
 - s'adressent à une équipe plutôt qu'à des individus;
 - renforcent les partenariats plutôt que de créer des relations pourvoyeurs/bénéficiaires avec la communauté, ou une concurrence vis à vis des agents de santé communautaire;
 - créent un environnement pédagogique positif qui récompense la remise en question et l'expérimentation;
 - mettent l'accent sur le respect de la dignité humaine;

- intègrent les règles actuelles de la pratique fondées sur une liste de médicaments essentiels;
 - renforcent l'aptitude à comprendre la langue, les croyances et la vision du monde des femmes et de la communauté;
 - pratiquent les évaluations orientées vers les résultats des compétences cliniques des stagiaires ainsi que de la gestion du temps et des ressources, et favorisent l'esprit de collaboration avec le centre de santé et la communauté;
 - mettent en jeu le niveau national et celui du district.
- Un renforcement efficace des capacités s'insère dans un contexte local et culturel; il nécessite une compréhension de la langue, des connaissances et des manières de voir locales, ainsi que l'aptitude à combler le fossé entre approches traditionnelles et méthodes biomédicales.
 - L'équipe du centre de santé est comptable vis-à-vis de la communauté de la qualité des services assurés dont la diffusion en temps utile d'informations exactes.
 - Le renforcement efficace des capacités comprend la surveillance et l'évaluation dans la communauté, au centre de santé et au premier échelon d'orientation-recours et avec leur collaboration. Il y aura lieu de définir des indicateurs permettant d'évaluer les résultats du personnel du centre de santé, le système de prestation de services et leur acceptabilité pour la communauté.
 - Un renforcement efficace des capacités suppose l'existence de plans d'action axés sur le district dont les auteurs se donnent la peine d'intégrer les travaux et les activités liés à tous les services de SSP.

8. CADRE DU RENFORCEMENT DES CAPACITES DU CENTRE DE SANTE

Les plans d'action efficaces axés sur le district mettent l'accent sur le soutien aux centres de santé. La différence entre les ressources des grands et des petits centres de santé est grave. Il est préférable que des membres du personnel du centre de santé et de la communauté qu'ils desservent siègent au sein des comités de district chargés de cerner les problèmes et de chercher à les résoudre. Quelle que soit sa taille, le centre de santé a besoin de l'aide des autres échelons (district, région/province et centre) pour renforcer efficacement sa propre aptitude à assurer des services répondant aux besoins de la communauté.

Le cadre d'action suivant peut être utilisé, le centre de santé servant de point focal :

8.1 Au niveau du district

Les activités de soutien au niveau du district (à développer en coordination avec l'échelon régional/provincial et national) s'établissent comme suit :

- Création d'un comité du renforcement des capacités, composé de membres du personnel du centre de santé, d'agents de santé communautaire et de représentants de la communauté.

- Evaluation des besoins en rapport avec la maternité sans risque (compétences, médicaments, équipements, transports, communications, installations, personnel, etc.) avec la participation de la communauté.
- Evaluation des ressources disponibles en rapport avec la planification des activités en faveur d'une maternité sans risque (compétences, médicaments, équipements, transports, communications, installations, personnel, etc.) et développement d'approches novatrices pour la mobilisation de ressources additionnelles, avec la participation de la communauté.
- Intégration des activités en faveur d'une maternité sans risque, au niveau du district, à d'autres activités du système de soins de santé primaires.
- Elaboration d'un plan d'action fondé sur l'évaluation des besoins et des ressources qui contienne les éléments suivants :
 - activités en rapport avec l'amélioration des services (compétences, médicaments, équipements, transports, communications, installations, personnel, mobilisation des ressources requises pour les activités, etc.);
 - établissement d'un calendrier et d'un plan d'utilisation des personnels et des installations;
 - élaboration d'un protocole de surveillance et d'évaluation;
- Mise en oeuvre et suivi du plan d'action.
- Evaluation et modification du plan, avec la participation de la communauté.

8.2 Au niveau de la région ou de la province

Les activités de soutien au niveau de la région/de la province comprennent notamment les éléments ci-après :

- Fourniture aux districts d'une assistance technique pour le renforcement des capacités pouvant comporter :
 - un soutien financier;
 - des formateurs et des animateurs;
 - des programmes de formation initiale et en cours d'emploi;
 - la mise au point de matériels d'information, de formation et de communication.
- Recherche opérationnelle visant à vérifier l'efficacité de la méthode de formation et de planification de la mise en oeuvre.

8.3 Au niveau national

Les activités de soutien au niveau central comprennent les éléments ci-après :

- Mise en place d'un comité intersectoriel national de planification des activités en faveur de la maternité sans risque comprenant des représentantes des femmes de la communauté.
- Analyse des dispositions réglementaires et de la politique sanitaire nationale sous l'angle des objectifs et des besoins de l'action en faveur d'une maternité sans risque.
- Définition de politiques réglementaires à l'appui de la pleine délégation des tâches prioritaires - gestionnaires, cliniques et communautaires - au centre de santé.
- Inclusion de la maternité sans risque dans la politique nationale des soins de santé (plans quinquennaux, plans à moyen terme, etc.) et le budget de la nation.
- Intégration d'informations appropriées sur la mère et le nouveau-né dans la base de données sur les soins de santé primaires; organisation d'une analyse systématique et de la rétro-information périodique à tous les niveaux, dont celui des centres de santé.
- Coordination et obtention d'un consensus concernant les activités en faveur de la maternité sans risque avec les organismes internationaux, les organisations non gouvernementales et les bailleurs de fonds.
- Diffusion de conseils d'orientation aux districts sur les activités en faveur de la maternité sans risque.

9. RECOMMANDATIONS GENERALES CONCERNANT L'APPUI AUX CENTRES DE SANTE

Si les plans d'action devaient être axés sur le district, le niveau central pourrait, pour sa part, prendre un grand nombre de mesures pour coordonner et soutenir les activités de celui-ci ainsi que des centres de santé communautaires.

- Les soins de santé devraient être considérés non pas comme une simple dépense, mais comme un investissement. En conséquence, il conviendrait d'examiner les conséquences de l'absence de formation et d'une rémunération inadéquate des personnels de santé.
- Tous les programmes destinés à abaisser la mortalité maternelle et néonatale devraient être intégrés horizontalement dans les programmes généraux de soins de santé primaires.
- Les tâches prioritaires pour la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale devraient être intégrées aux programmes initiaux, régulièrement mis à jour, des écoles de médecine, de soins infirmiers et de sages-femmes, lesquels devraient comporter un stage suffisamment long dans un centre de santé rural comportant un enseignement dispensé par des agents de santé traditionnels, tels que les accoucheuses traditionnelles et d'autres membres de la communauté.

- Les changements opérés dans les programmes devraient s'accompagner d'un plan global destiné à sauvegarder et à améliorer le statut des sages-femmes en les incitant à travailler dans un centre de santé et à y rester grâce aux éléments suivants :
 - rémunération (avec prime pour les régions reculées);
 - logement;
 - respect des habitudes sociales;
 - sécurité;
 - structure et développement des carrières;
 - affectation dans leur village ou leur localité d'origine;
 - formation en cours d'emploi.
- Les textes législatifs et administratifs devraient permettre aux pourvoyeurs de soins de pratiquer, en cas d'urgence, les gestes salvateurs.
- Les normes de bonne pratique, c'est-à-dire les procédures normalisées, les protocoles, les directives, etc. (pouvant figurer dans les règlements des institutions, des circulaires ou des manuels) devraient être développées, approuvées, diffusées (distribuées) et revues à intervalles réguliers.
- Pour être efficaces, les plans de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale doivent contenir des dispositions pour le financement du programme.
- Les formateurs et les responsables de stage doivent bénéficier d'un recyclage régulier, axé sur les méthodologies didactiques modernes.
- Une formation en cours d'emploi devra être assurée afin de permettre à tous les pourvoyeurs de se tenir au courant ainsi que pour donner au personnel le temps de constituer des équipes et de réaffirmer son engagement.
- L'encadrement - élément essentiel de la qualité des soins - devra être planifié et doté d'un budget qui tienne compte du fait qu'il faudra uniquement en charger des personnes ayant une expérience personnelle des tâches à superviser de préférence à celles qui auront participé à la formation.
- La formation et le déploiement des personnels de santé doivent s'effectuer dans le respect des préférences communautaires en ce qui concerne le sexe des agents de santé.
- Les besoins particuliers aux centres de santé ruraux et urbains doivent être pris en compte dans la planification de la formation et des services.
- L'évaluation des programmes devra s'effectuer avec la complète participation de tous les intéressés, dont des représentants de la communauté, des pourvoyeurs de soins et des formateurs.
- Le soutien et les activités des organismes internationaux, des organisations non gouvernementales et des bailleurs de fonds devront être bien coordonnés et étayer le plan national.

10. CONCLUSIONS

En raison de l'ampleur du problème de la mortalité néonatale, ainsi que de la complémentarité des interventions visant à abaisser la mortalité de la mère et de son nouveau-né, on a implicitement accepté d'élargir les programmes en faveur de la maternité sans risque pour y englober les interventions destinées à abaisser la mortalité néonatale.

Depuis 1990, l'OMS axe son soutien sur le développement des ressources humaines pour une maternité sans risque sur le district et le centre de santé, avec l'appui de l'échelon régional, provincial et national à l'intérieur d'un pays donné.

On s'accorde à considérer que la formation n'est pas à elle seule la clé du développement des ressources humaines en vue de l'amélioration des services de santé. Il faut plutôt recourir à un renforcement plus large des capacités comprenant non seulement des états tels qu'un environnement réglementaire non restrictif, mais - facteur plus important encore - l'action en faveur de la satisfaction des salariés fondée sur un bon traitement, un logement décent et l'appréciation du travail accompli provenant de superviseurs soucieux de soutenir leur personnel.

S'il est vrai que les centres modèles de formation et de prestation de services ne représentent pas les conditions réelles sur le terrain, on reconnaît cependant que l'un des facteurs de l'amélioration du travail des sages-femmes et des infirmières est la possibilité d'observer et de pratiquer dans un environnement dispensant des soins de qualité et disposant d'un nombre suffisant de cas.

Le Programme Santé maternelle et maternité sans risque a mis l'accent sur l'importance de l'intégration des soins maternels et néonataux dans les services de soins de santé primaires, mais cette intégration n'est pas encore évidente dans l'ensemble de l'OMS. Les exposés présentés à la réunion du groupe spécial par les représentants de différents programmes de l'Organisation ont été bien accueillis, mais certains représentants de programmes et membres du groupe spécial ont manifesté le désir d'en faire davantage pour obtenir un consensus et concrétiser le concept de l'intégration.

Peut-être existe-t-il une intégration de facto au niveau des centres de santé du fait qu'un personnel réduit doit assurer tous les services. En dépit du caractère polyvalent de leurs activités, ces agents peuvent se trouver confrontés à un grand nombre de superviseurs et de mécanismes de notification qui dépassent les limites de leurs compétences et de leur engagement.

La nécessité absolue de comprendre les femmes et les hommes de la communauté - et non pas seulement ses représentants professionnels - et de travailler avec eux est un thème qui revient régulièrement, mais on pense rarement à la mise en oeuvre de ce concept au-delà du niveau local.

ANNEXE I

**REUNION DU GROUPE SPECIAL MIXTE FHE/HRH SUR LES RESSOURCES
HUMAINES, Genève, 25-29 octobre 1993**

LISTE DES PARTICIPANTS

Conseillers temporaires

Ms M. BERNAJE
Educator/Communicator
Chief, Plans and Programmes
Division
Puthe Information and Health
Education Service (PIHES)
Department of Health
Santa Cruz, Manille
Philippines

Dr W. D. Clarke (a participé à une partie
de la réunion)
Educator
Don Clarke Consultancy International
65 Grange Road
Blunham
Bedfordshire MK44 3NS
Royaume-Uni

Dr B. Jordan
Social Scientist
Institute for Research on Learning
2550 Hanover Street
Palo Alto, CA 94304
Etats-Unis d'Amérique

Dr N. Kamel
Department of Community Health
Faculty of Medicine
Alexandria University
42 Ibrahim Ragy Str.
Boukely El Ramleh
Alexandria
Egypte

Mme J. Mutambirwa
Social Scientist
Department of Psychiatry
University of Zimbabwe
P.O. Box A 178
Avondale
Harare
Zimbabwe

Dr M. Péchevis
Chef du Département de l'Education
Centre international de l'Enfance
Château de Longchamp
Bois de Boulogne
750016 Paris
France

Ms U. Samekto
Nurse/Midwife
c/o Secretariat Population V
Ministry of Health
Jl. H. Rasuna Said Blok X5 Kav.4-9
Jakarta
Selatan
Indonésie

Ms M. E. Stanton
United States Embassy-Consulate
APO AP 96546
Wireless Road
Bangkok
Thaïlande

Organisations/Institutions

Mlle F. A. Affara
Conseil international des Infirmières
Place Jean-Marceau 3
1201 Genève
Suisse

Professor G. C. Arneil
President-Elect
Association internationale de Pédiatrie
(IPA)
Shoreland
150 East Clyde Street
Helensburgh G84 7AX
Royaume-Uni

Professeur D. V. I. Fairweather
Secrétaire général
Fédération internationale de Gynécologie et
d'Obstétrique
27 Sussex Place
Regents Park, Londres NW1 4RG
Royaume-Uni

Mlle K. Young
Confédération internationales des
Sages-femmes
10 Barley Mow Passage
Chiswick
Londres W4 4PH
Royaume-Uni

SECRETARIAT

Dr A. M. D'Almeida, DPM/AFRO

Division de la Santé de la Famille

Mme C. AbouZahr, MSM
Dr R. Johson, MSM
Dr J. Kierski, FPP
Mme F. Wittgenstein, MSM

Division du Développement des Ressources humaines pour la santé

Dr E. Goon, Directeur, HRH
Dr M. Hirschfeld, HRH/NUR
Ms A. Williams, HRH/HRM
Mme J. Smy-Murdoch, HRH/HLM

Programme élargi de vaccination

Dr F. Gasse, PEV

Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës

Dr S. Gove, CDR/ARI

Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques

Dr J.L. Tulloch, CDR
Dr S. Aboubaker, CDR
Dr F. Savage, CDR/CDD

Programme mondial de Lutte contre le SIDA

Dr E. van Praag, IDS/HCS

Division de l'Alimentation et de la Nutrition

Dr D. Benbouzid, NUT

Programme d'action pour (sur) les médicaments essentiels

Mme M. Helling-Borda, DAP/COL

Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales

Mme A. Haaland, TDR/SER

Division du Renforcement des Services de Santé

Dr G. L. Dorros, SHS/DHS

ANNEXE II

REUNION DU GROUPE SPECIAL MIXTE FHE/HRH SUR LES RESSOURCES
HUMAINES, Genève, 25-29 octobre 1993

ORDRE DU JOUR

Lundi 25 octobre 1993

Ouverture de la réunion

Désignation des vices-présidents et des rapporteurs

Le dossier mère-enfant : pour une maternité sans risque - *Dr R. Johnson, MSM*

Recommandations de la réunion du groupe de travail technique sur les soins à la mère et à l'enfant au centre de santé - *Mme C. AbouZhar, MSM*

Adoption de l'ordre du jour et conclusions attendues de la réunion

Tendances influant sur la prestation des soins au centre de santé

Mardi 26 octobre 1993

Les soins de santé communautaires au Zimbabwe - *Mme J. Mutambirwa*

Les soins dans les centres de santé en Egypte - *Dr N. Kamal*

Tâches prioritaires en rapport avec la gestion, les services cliniques et la communauté au niveau du centre de santé

- Programme élargi de vaccination - *Dr F. L. Gasse, PEV*
- Lutte contre les maladies diarrhéiques - *Dr S. Aboubaker, CDR*
- L'Initiative "la maladie de l'enfant" - *Dr J. L. Tulloch, CDR*
- Infections respiratoires aiguës - *Dr S. Gove, CDR/ARI*
- Programme mondial de lutte contre le SIDA - *Dr E. van Praag, IDS/HCS*
- Planification familiale et population - *Dr J. Kierski, FPP*
- Initiative pour la santé de la femme - *Mme A. Haaland, TDR/SER*
- Matériels éducatifs pour la santé - *Mme J. Smy-Murdoch, HRH/HLM*
- Programme d'action pour les médicaments essentiels
- *Mme M. Helling-Borda, DAP/COL*
- Allaitement au sein - *Dr S. Savage, CDR/CDD*
- Nutrition - *Dr D. Benbouzid, FUN/NUT*

Mercredi 27 novembre 1993

- Renforcement des services de santé - *Dr G. L. Dorros, SHS/DHS*
- Les soins de santé en Tanzanie - *Dr M. Hirschfeld, HRH/NUR*

Principes applicables à un renforcement efficace des capacités au niveau du centre de santé

Jeudi 28 octobre 1993

Tâches prioritaires en rapport avec la gestion et les services cliniques

Compétences, connaissances et attitudes nécessaires pour accomplir des tâches cliniques prioritaires

Cadre pour le renforcement des capacités du centre de santé

Vendredi 29 octobre 1993

Cadre pour le renforcement des capacités du centre de santé (suite)

Recommandations relatives au soutien des centres de santé par l'échelon central

Clôture de la réunion