



**Université
Senghor**
Université internationale de
la langue française

au service du développement africain
Opérateur direct de la Francophonie

Année 2007

Promotion : 2005-2007

Mémoire

Pour l'obtention du

Master en développement DE L'UNIVERSITÉ SENGHOR

Département Santé
Spécialité : Santé Internationale

Par Djerline CLERGÉ

**CONTRIBUTION À L'AMÉLIORATION DE
L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS PRÉNATALS AU SUD
D'HAÏTI : MISE EN PLACE D'UN RÉSEAU DE SOINS**

Lieu de stage : Réseau périnatal Maternité en Yvelines et Pays Associés (France)

Soutenance : 19 Avril 2007

Jury :

Président : Dr Christian MESENGE. Directeur du département Santé/
Université Senghor

Membres : Sophie GUILLAUME
Sage-femme cadre supérieur CHU Poissy/St Germain (France)

Dr Magued Choukry KARASS

Obstétricien/Gynécologue, Alexandrie EGYPTE

RÉSUMÉ

Le suivi de la grossesse en Haïti constitue un problème majeur. Un nombre non négligeable de femmes enceintes du pays n'ont pas accès aux soins prénatals. Ceci conduit à l'enregistrement de morbidité grave et d'un taux élevé de mortalité maternelle et néonatale. Cette situation est liée essentiellement, au faible niveau économique des familles, à l'absence ainsi qu'à l'éloignement des structures sanitaires dans certaines régions du pays et enfin au manque de personnels qualifiés dans les établissements des zones reculées lié aussi à un manque et une répartition inégale des ressources humaines.

Les travaux présentés dans ce mémoire portent sur l'amélioration de l'accessibilité aux soins prénatals au Sud d'Haïti par une organisation en réseau. L'objectif est d'arriver à une amélioration de l'accessibilité des femmes à ces soins, par une intégration des professionnels et une forte adhésion des décideurs et de la communauté.

Dans un premier temps, il est passé en revue le cadre conceptuel de l'étude, à travers la revue de la littérature, le recueil et l'analyse des données sur les concepts majeurs à savoir : les soins prénatals, la notion de réseau de santé et son organisation et tous les facteurs socioéconomiques, culturels et organisationnels qui entrent en jeu. Cette entrée en matière, a permis de mieux analyser les situations, afin de mieux percevoir les portées du système sanitaire et plus précisément celles de la santé maternelle en Haïti en général, et plus particulièrement dans le département du Sud.

A cet effet, ce mémoire confronte la situation haïtienne à une autre, dans un contexte différent, ayant développé un système de travail en réseau depuis des années : le « Réseau Périnataux des Yvelines et Pays Associés », en France. Cette démarche vise à adopter l'expérience de ce réseau aux contextes économique, social et culturel d'Haïti.

Enfin, l'analyse montre que le regroupement des professionnels de santé pour la prise en charge coordonnée sanitaire et sociale des femmes enceintes, peut aider à améliorer l'organisation des soins, permettre l'adhésion des bénéficiaires et aux décideurs d'assumer leur rôle. Tout ceci conduira à une meilleure accessibilité des soins prénatals, à des interventions efficaces, à une réduction de la morbi-mortalité maternelle, néonatale et à une amélioration de la santé maternelle.

Mots clés : Soins prénatals, réseau périnatal, accessibilité, UCS

DÉDICACES

Je dédie ce travail

*À ma courageuse et tendre mère Thélucia dite Filícia LENESCAR
et à mon infatigable père Daniel CLERGÉ qui m'ont supportée
jusqu'ici*

*À mes deux sœurs
Daniela CLERGÉ et Marie Merline CLERGÉ*

*Aux membres de la direction
de l'École Nationale d'infirmières des Cayes pour
leur encouragement, leurs prières et leur soutien moral*

*À mes petits bien-aimés :
Djourvilá Marvens BERNARD, Christley Gusterlande Josil,
Neïssa CYPRIEN*

REMERCIEMENTS

« Chantez au Seigneur un chant nouveau : sa louange dans l'assemblée des siens ! »

Merci...

Au docteur Christian MÉSENGE, directeur du département santé de l'Université Senghor qui, comme un père nous soutenait moralement et nous encourageait;

À Alice MOUNIR, assistante de direction du département santé pour sa disponibilité ;

À madame Sophie GUILLAUME et l'équipe de coordination du Réseau Périnatal des Yvelines qui ont accepté de m'encadrer pendant mon stage dans le réseau périnatal des Yvelines;

À la communauté de la Cathédrale des Cayes, spécialement Monseigneur Alix VERRIER, révérends pères Pierre Pascal PIERRE, Jean Alfred BERNARD pour leur soutien et leurs prières ;

À George THÉRESIN, Marie Nerlande LABBÉ, Marie Izane FÉNELON, Amos CHARLES pour leur présence et leur générosité ;

À tous les étudiants de la dixième promotion, spécialement ma compagne et amie Kadiatou CISSOKO ;

À Rintsamahefa RABEMANANTSOA, Fatou Sabelle DIOP, Hassan Mondoha YOUSOUF, Djibrilla ALI ZOURKALEINI, Christian Adjoudjoune TENDENG, Didi Kabeya MUKELANGE, qui ont su me supporter dans mes doutes ;

À l'administration de l'Université Senghor qui a tout mis en place pour nous assurer une formation de qualité ;

À tous ceux, qui ont participé de près ou de loin à cette aventure.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie
CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CMS: Comité médical et Scientifique
CPN : Consultation Périnatale
DNDR: Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux
EMMUS : Enquête Morbidité, Mortalité et Utilisation des Services
FAQSV : Fonds d'Aide pour la Qualité des Soins de Ville
FHI: Family Health International
HCR : Hôpital Communal de Référence
IDH : Indice de Développement Humain
IEC: Information, Éducation et Communication
ISAM: Ingénierie Santé Assurance Maladie
MSP: Ministère de la Santé Publique et de la Population
MYP : Maternité en Yvelines et Pays Associés
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG: Organisation Non Gouvernementale
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PERINAT/ARHIF : Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France en Périnatalité
PMI: Protection Maternelle et Infantile
PMS: Paquet Minimal de Services
PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
PNS: Politique Nationale de Santé
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PSNRMM: Plan Stratégique Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle
PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant (du VIH)
RCIU: Retard de Croissance Intra Utérin
SIDA : Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SPN: Soins Périnataux
SSDE : Service de Santé de Deuxième Echelon
SSPE : Service de Santé de Deuxième Echelon
TIU: Transfert Intra Utérin
UCS : Unités Communales de Santé
UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance
URCAM : Unité Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
VIH : Virus de l'Immuno-déficience Humaine

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Situation géographique d'Haïti.....	16
Figure 2 : Conception et structuration des UCS	18
Figure 3: Distribution des structures sanitaires dans les 9 départements d'Haïti.....	22
Figure 4: Les entités de gestion de MYPA.....	28
Figure 5: Distribution et niveaux du Réseau Périnatal MYPA.....	35
Figure 6: Parcours de la femme enceinte tout au long de sa prise en charge dans le réseau MYPA.....	37
Figure 7 : Organigramme du réseau de soins prénatals proposé.....	58
Figure 8 : Schéma des résultats attendus de l'organisation des SPN en réseau.....	66
Tableau I: Composition et rôle des entités responsables de la gestion des UCS.....	19
Tableau II: Évolution de la situation de la santé maternelle et néonatale en Haïti entre 2000 et 2005.....	25
Tableau III: Les niveaux de soins et leur capacité de prise en charge obstétricale et néonatale.....	36
Tableau IV: Les opportunités et les faiblesses du système de santé en Haïti.....	41
Tableau V: Les opportunités et les faiblesses du réseau MYPA.....	43
Tableau VI: Termes de références des acteurs du réseau de soins prénatals proposé	59
Tableau VII : Cadre logique du projet de réseau de SPN proposé.....	60

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
REMERCIEMENTS.....	III
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	IV

INTRODUCTION

La maternité sans risque est un droit fondamental de la femme enceinte. (OMS/FNUAP/UNICEF/BM, 1999 ; FNUAP, 2001). Son amélioration est également l'un des Objectifs Mondiaux du Millénaire pour le développement. Mais malgré cette mobilisation mondiale, sur les 210 millions de femmes enceintes recensées chaque année dans le monde, quelque 8 millions souffrent de complications parfois mortelles et beaucoup ont des séquelles, voire une incapacité, permanentes (OMS, 2004). Malgré les différentes interventions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé maternelle dans le monde n'a pas connu une amélioration satisfaisante, d'autant plus que les écarts entre les pays développés et en voie de développement sont énormes.

Aussi, en Haïti, un pays en développement, le suivi de la grossesse constitue un problème majeur. En effet, dans 19% des grossesses les femmes n'ont eu aucun contact avec un professionnel de santé. De plus, 36% des femmes enceintes n'effectuent pas les quatre visites recommandées par l'OMS (EMMUS III). La première visite prénatale s'est déroulée à plus de six mois chez 13% des femmes ; un stade tardif de la grossesse, alors que pour obtenir un effet maximal, les soins prénatals doivent être dispensés assez tôt (OMS/ UNICEF, 2003). Nous considérons ainsi que les femmes enceintes d'Haïti ne sont pas suivies dans 55% des grossesses. Pourtant, le Gouvernement Haïtien a mis en place les Unités Communales de Santé (UCS), basées sur les soins de santé primaire dont les soins pendant la grossesse devraient nécessairement faire partie intégrante. Le non suivi de la grossesse des femmes en Haïti est lié essentiellement aux problèmes d'accessibilité aux soins prénatals. Le faible niveau économique des familles, l'absence et l'éloignement des structures sanitaires dans certaines régions du pays, le manque de personnels qualifiés dans les établissements des zones reculées, constituent les principaux facteurs. L'enquête nationale sur la morbidité, mortalité et utilisation des services de 2000 (EMMUS III) a estimé la mortalité maternelle à 523 pour cent milles naissances vivantes. Des milliers de femmes souffrent de séquelles handicapantes suite à une grossesse non ou mal prise en charge. Plus de 70% des accouchements sont réalisés sans aucune assistance médicale qualifiée. Même lorsque la grossesse arrive à terme, 80 des enfants sur mille naissances vivantes, n'atteignent pas leur première année de vie.

Le Gouvernement Haïtien, en collaboration avec ses partenaires internationaux, s'est investi dans la mise en place de certaines stratégies pour améliorer la prise en charge de la grossesse. Malgré cela, le suivi des grossesses ne s'est pas amélioré. De plus, de nombreux programmes de santé maternelle sont restés sans impact suite à un manque de moyens financiers, de motivation des acteurs et une mauvaise gestion des ressources disponibles. Le Ministère de la Santé et de la Population en Haïti, a longtemps centré ses efforts sur la réalisation de programmes prioritaires tels que la formation continue des professionnels, l'approvisionnement des centres en matériels et fournitures de soins selon une stratégie verticale, dépendante des bailleurs de fonds internationaux. Les différentes couvertures sanitaires observées dans le pays sont basses et témoignent des difficultés majeures du système de santé à répondre aux besoins des populations les plus démunies économiquement.

Pour faciliter l'accessibilité des femmes enceintes aux soins prénatals certains pays ont misé sur la coordination entre les professionnels, la mise en commun des compétences, le partage d'informations à travers la mise en place de réseau de santé. Est-ce une voie de solution pour Haïti ? Dans la mesure où Haïti se doit de relever ce défi qu'est l'accès des femmes enceintes aux soins prénatals, pour l'atteinte des OMD, quelles sont les pistes possibles pour un pays tributaire de l'aide publique au développement ? C'est à ces questions que tente de répondre ce présent mémoire dans son intitulé : « Contribution à l'amélioration de l'accessibilité aux soins prénatals au Sud d'Haïti : mise en place d'un réseau de soins ».

Ce travail est divisé en quatre chapitres

Le chapitre I présente une revue de la littérature qui décrit les concepts des soins prénatals, leurs avantages, les facteurs favorisant ou réduisant l'accès à ces soins. Il y est décrit aussi les réseaux des soins et leur impact sur l'organisation des soins.

Au chapitre II nous avons présenté Haïti sur le plan démographique, socio-économique et sanitaire, en particulier la situation de la santé maternelle. Il est développé dans cette partie le fonctionnement du micro-système des UCS sur lequel est basé le système de santé en Haïti et l'accessibilité aux services offerts.

Au chapitre trois, le référentiel choisi pour cette étude est présenté. Cela nous a permis de comparer les résultats du réseau périnatal des Yvelines et ceux des UCS en Haïti. Cette analyse a abouti à l'étude de la faisabilité et de la mise en place d'un réseau de soins prénatals en Haïti à la lumière du référentiel.

Au chapitre quatre le projet de mise en place d'un réseau de soins prénatals dans une UCS du département du Sud est matérialisé.

OBJECTIF PRINCIPAL

- Améliorer l'accessibilité des femmes enceintes du département du Sud d'Haïti aux soins prénatals par une intégration de ces soins en réseau.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Déterminer les stratégies d'organisation d'un réseau périnatal (Réseau Maternité en Yvelines et Pays Associés) pour la prise en charge de la périnatalité dans son territoire ;
- Déterminer l'intérêt de l'intégration des soins prénatals en réseau sur l'amélioration de l'accessibilité des femmes haïtiennes aux soins prénatals;
- S'appuyer sur le réseau périnatal des Yvelines pour suggérer la mise en place d'un réseau de soins prénatals au département du Sud d'Haïti, en tenant compte des contextes économique, social et culturel haïtiens.

MÉTHODES

Pour réaliser cette étude, nous avons commencé par faire le point sur le contexte général des soins prénatals, en développant les aspects médicaux, sociaux et économiques dans la littérature. Tous les aspects de l'organisation des soins en réseau et ses effets ont été aussi étudiés. Il a fallu également effectuer l'état des lieux des soins prénatals en Haïti, problématique qui nous a poussé à réaliser cette étude et de vérifier dans quelle mesure une organisation des soins prénatals en réseau pouvait être proposée au Sud d'Haïti.

➤ *Recueil des données*

Pour réaliser ce travail, il a été nécessaire de recourir à diverses méthodes complémentaires :

Revue documentaire

Diverses sources de documentation ont été utilisées afin d'obtenir des informations pertinentes sur la problématique, en particulier l'organisation des soins en Haïti et sur le réseau. Ce sont: les livres, les rapports internes du réseau et les sites Internet officiels (OMS, ANAES, HAS, AUDIPOG, etc.). Les mots clés : réseau de soins, réseau périnatal, soins prénatals, santé maternelle ont été utilisés.

Entretiens et participation à des séances de travail

Des entretiens ont été menés avec l'équipe de coordination du réseau MYPA et certains professionnels des établissements. Nous avons eu à participer aux rencontres des différentes instances du réseau, particulièrement aux séances de travail du Comité médical et scientifique (CMS), du collège des familles. Pendant les visites des établissements, nous avons pu assister aux réunions de concertation des professionnels communément appelées « **staff** »¹.

Autres activités

¹ Les staffs de diagnostic anténatal et de Protection maternelle et infantile (PMI) traitent respectivement du diagnostic des pathologies fœtales in utero et des problèmes médico-psycho-sociaux de la femme ou du couple et du nouveau-né.

La visite des maternités du réseau a complété les différentes démarches entreprises au cours de notre recherche. Le suivi des consultations, des entretiens prénatals et des séances de préparation à l'accouchement font partie de ces activités.

➤ *Analyse des données recueillies*

Pour construire notre réflexion, une fois les données sur le fonctionnement du réseau MYPA recueillies, les résultats ont été analysés sur plusieurs aspects : les circonstances de création du réseau, les principes, les différentes ressources qui ont été mobilisées pour réaliser les activités et les multiples stratégies d'organisation pour la prise en charge globale et continue des femmes enceintes.

Nous avons analysé les forces et faiblesses du réseau MYPA et du système d'organisation des soins en Haïti afin de faire un diagnostic des différents modes de gestion et proposer des solutions pour Haïti.

Dans l'élaboration du projet, un plan d'action a été élaboré et un diagramme de Gant a été construit pour programmer les activités.

➤ *Contraintes et limites de l'étude*

L'insuffisance d'une culture d'évaluation et de la circulation de l'information en Haïti, ne nous a pas permis de recueillir des données sur la progression du micro-système sanitaire en Haïti. La majorité des statistiques de la situation sanitaire utilisées pour cette étude sont anciennes de cinq ans, parce que les résultats complets de la dernière enquête nationale ne sont pas encore disponibles. Les démarches auprès des responsables du Ministère de la Santé Publique pour une appréciation des interventions en matière de santé maternelle, ont été vaines. Nous nous sommes donc basés sur nos connaissances du terrain. En effet, notre exercice en tant qu'infirmière sage-femme nous a permis de voir quels sont les principaux problèmes liés à la grossesse, les groupes de femmes les plus à risque, les actions entreprises pour la gestion de ces problèmes et les résultats enregistrés.

L'absence de données épidémiologiques centralisées au sein du secrétariat du réseau MYPA ne nous a pas permis de comparer la situation de la santé périnatale dans les Yvelines, avant et après la création du réseau. Une tentative de collecte des données épidémiologiques de tous les établissements du réseau a été sans issue compte tenu de la courte période de temps dont nous disposions pendant le stage pour mener cette étude. Toutefois, d'autres aspects de l'évaluation des réseaux ont été pris en compte pour montrer l'intérêt d'une approche en réseau dans la prise en charge des femmes enceintes.

Pour la matérialisation du projet de mise en place du réseau prénatal, le budget n'a pas été élaboré à cause du manque d'information sur l'évolution du marché en Haïti.

CHAPITRE I- REVUE DE LA LITTÉRATURE

I.1- Soins de santé prénatale

Pour mieux présenter la problématique de la prise en charge de la grossesse en Haïti, les soins prénatals et leurs avantages ont été définis. Les recherches dans la littérature médicale ont permis de repérer les facteurs économiques, socio-culturels et organisationnels qui, le plus souvent, limitent l'accès à ces soins.

I.1.1- Le concept des soins prénatals

Les soins prénatals regroupent tous les « soins avant la naissance ». Ils englobent l'information, la consultation, le dépistage et le traitement pour surveiller et promouvoir le bien-être de la mère et du fœtus (HEN, 2005). Ceux-ci contribuent à suivre l'état de santé de la mère et du fœtus durant toute la grossesse, et il est conseillé à toute femme enceinte de se rendre dans un service de santé maternelle avant la fin du quatrième mois de grossesse, ou dès l'apparition des signes de grossesse. Le but de ces soins est d'assister les femmes, de les aider à rester en bonne santé en dépistant et en corrigeant les complications qui peuvent apparaître pendant la grossesse pour préserver leur santé et celle de leur enfant (Chalmers B, Mongiaterra V, Porter R; Benta D, 2003; FNUAP, 2006).

I.1.2- Intérêts

La grossesse est un processus physiologique au cours de la vie d'une femme en âge de procréer. Elle aboutit normalement la plupart du temps à un accouchement sans complication (OMS, 1996). Toutefois, toute femme enceinte peut présenter des complications à n'importe quelle période de la grossesse, de l'accouchement ou de la période post natale. On estime que 40 % du nombre total des femmes enceintes connaissent une complication plus ou moins grave liée à la grossesse, et que 15 % développeront une ou des complications nécessitant des soins obstétricaux d'urgence (OMS/FNUAP/UNICEF/BM, 1999).

Les contacts avec le professionnel de santé offrent une occasion d'évaluer l'état général de la future mère, de dépister l'anémie, de diagnostiquer et de traiter les infections telles que le VIH/SIDA, la syphilis, d'inscrire les femmes aux programmes visant à prévenir leur transmission aux nourrissons, et de prévenir l'insuffisance pondérale à la naissance (FNUAP, 2004a). Ils offrent l'occasion de diagnostiquer et de traiter l'hypertension artérielle ou toute maladie récurrente, de vacciner les femmes contre le tétanos et d'administrer les suppléments en fer, en acide folique et en vitamine. Ainsi, la consultation prénatale (CPN), telle que pratiquée par la médecine moderne, permet de détecter une grande partie des grossesses à risque et, avec les mesures adéquates, de diminuer les risques liés à l'accouchement (Enz Dia S et Ndem Goïdi S, 2004). Au cours des séances de soins prénatals, les femmes reçoivent, par le biais des professionnels de santé des conseils sur les règles d'hygiène de vie à suivre pendant la grossesse et dans le post partum. Les consultations prénatales sont ainsi l'occasion de promouvoir des modes de vie favorables à la santé, lesquels contribuent à long terme à améliorer le bien-être de la femme, de son enfant à naître et éventuellement de sa famille (OMS, 2005). Les soins prénatals assurent donc aux femmes un accès essentiel au système de soins de santé. Ainsi, elles sont susceptibles de réclamer l'aide d'un professionnel de santé qualifié pour l'accouchement.

La consultation prénatale n'est pas seulement un moment au cours duquel la femme écoute le soignant. Il doit être un moment de partage et d'écoute mutuelle. Le système de santé doit ainsi mettre efficacement à profit, toutes les occasions d'être en contact avec des femmes enceintes, être à leur écoute et leur donner l'occasion de poser des questions (HAS, 2005).

Plusieurs études (Rooney C, 1992 ; [Carroli G](#), [Rooney C](#), [Villar J](#), 2001) remettent en cause l'efficacité des soins prénatals. Les auteurs affirment que les soins prénatals se révèlent être un mauvais outil de dépistage, puisqu'il n'est pas toujours possible de prévoir quelle femme sera victime des complications. D'autres études montrent que l'amélioration de l'accessibilité aux soins prénatals n'implique pas nécessairement l'amélioration de l'issue de la grossesse et de la santé maternelle (Diallo S, Boye Camara Y, Mamady D, Kone K, Camara A, S. Bah, 2000 ; Fourn L, Fayomi EB, Zohoun Th, 1998). Des questions sur la précocité de la première consultation et la qualité des soins restent posées.

Néanmoins, les soins prénatals permettent de prendre en charge de nombreuses complications de la grossesse, ainsi que des problèmes de santé associés, quand ils sont axés sur des interventions efficaces (OMS, 2005).

I.1.3- Facteurs influençant le suivi prénatal

La santé maternelle est un indicateur du manque d'équité entre riches et pauvres (OMS/Europe, 2005). Elle traduit le grand écart existant entre les pays développés et les pays à ressources limitées. Dans une étude publiée par l'UNICEF en 2001, 35 % des femmes des pays à ressources limitées n'ont pas eu accès aux soins prénatals, contre seulement 2 % dans les pays industrialisés. De multiples facteurs les empêchent toutes, d'accéder aux soins de qualité et aux informations nécessaires pendant la grossesse. Ils sont d'origine économique, sociale, culturelle ou dépendent de la performance des systèmes de santé.

I.1.3.1- Le niveau socioéconomique

Les déterminants socio-économiques tels que la pauvreté, l'exclusion sociale et le bas niveau d'éducation, contribuent significativement aux décès et aux morbidités graves. Traditionnellement, les populations qui ont l'accès le moins aux services de santé, sont celles ayant de faibles revenus économiques, celles qui vivent dans les zones rurales et celles qui appartiennent aux groupes ethniques en marge de la société (WHO, 2006). Elles sont peu instruites ; le plus souvent elles n'ont jamais été à l'école ou n'ont pas dépassé le niveau primaire. Plus la femme est pauvre, moins il y a de chances qu'elle reçoive des soins (FNUAP, 2004b). En zone urbaine, il y a aussi des différences dans le risque de décès maternel entre les femmes vivant dans les colonies de quartiers pauvres et celles des banlieues riches (WHO, 2006). Malgré parfois la connaissance de l'importance des soins prénatals, des femmes n'ont pas toujours la chance de visiter un établissement de santé pour des soins prénatals par manque d'argent. Une étude effectuée dans deux grandes cliniques de soins prénatals dans la circonscription urbaine de Kinshasa (RDC) en octobre 2002, publiée en 2005, a révélé que la contrainte financière a constitué l'obstacle le plus important pour toutes les femmes. Celle-ci est plus significativement importante chez les femmes se présentant tardivement en consultation prénatale (37%) que chez celles se présentant tôt (18%) (Khan M, Matendo

R, McClamroch K, Nanlele Kinkela D, Van Rie A, 2005). Trois quarts d'entre elles affirmaient croire, pourtant, que les SPN devraient commencer avant la fin du quatrième mois selon les recommandations de l'OMS.

I.1.3.2- Les croyances et les traditions

Dans certaines cultures, les femmes peuvent ne pas pouvoir décider d'elles-mêmes d'avoir recours aux soins. Le pouvoir de décision dont la femme jouit au sein de la famille et le nombre d'accouchements ont également une influence sur les soins qu'elle reçoit (FNUAP, 2004b). Elles peuvent avoir besoin d'une permission pour rechercher des soins durant la grossesse, l'accouchement et la période du post partum (WHO, 2006). Certaines fois, même en cas d'apparition de complications, elles sont obligées d'attendre le retour du mari absent pour décider. Les guérisseurs et les accoucheuses traditionnelles sont le plus souvent les premiers à être consultés.

I.1.3.3- L'organisation de l'offre de soins

L'utilisation des services d'un système de santé n'est pas toujours fonction de la capacité des populations à réclamer les soins, en fonction de leur situation socio-économique. La capacité de ce système à rendre disponible et accessible les services est capitale. Dans cette partie nous avons étudié certains facteurs organisationnels qui peuvent limiter l'accessibilité à un système de santé.

➤ *L'éloignement et le nombre limité des structures sanitaires*

L'accès aux services de santé est particulièrement la contrainte majeure pour les pauvres et les groupes marginalisés de la population. Dans la plupart des pays, la capacité des structures de soins destinées à répondre aux besoins des mères et des nouveau-nés est limitée, inadéquate ou inégalement distribuées. De plus, la plupart d'entre elles sont détériorées (WHO, 2006).

Malgré l'existence physique des centres de santé maternelle, l'extension de la couverture sanitaire se heurte à plusieurs obstacles. Dans certaines régions, aucun service n'est assuré, du moins ils ne sont pas toujours adaptés aux besoins des femmes.

Il n'est pas rare que celles-ci se plaignent du manque de coopération et de gentillesse des agents de santé, du caractère imprévisible et arbitraire des coûts, de la rigidité des heures d'ouverture (OMS, 2005). Les inégalités se font sentir là encore, puisque les femmes les plus aisées sont souvent mieux accueillies. Ceci explique alors la tendance des femmes enceintes à se faire soigner par les accoucheuses traditionnelles qui savent mieux communiquer et instaurer cette proximité entre soignants/soignées souvent recherchée par les femmes.

➤ ***Inaccessibilité à des services d'information***

Les croyances et connaissances personnelles sur les soins prénatals influencent souvent le choix des femmes sur le moment où il faut consulter pendant la grossesse (Gharoro EP, Ibafe AA, 2000). Dans l'étude réalisée à Kinshasa (RDC), parmi les femmes se présentant tardivement aux soins prénatals, 34% estiment avoir commencé leurs soins au moment opportun (Khan M, Matendo R, McClamroch K, Nanlele Kinkela D, Van Rie A, 2005). Ceci témoigne de la désinformation des femmes et de leur famille concernant les soins prénatals.

Les soins prénatals constituent un des piliers des soins de santé primaire. Lors de la conférence internationale, tenue à Alma Ata en 1978, il est affirmé que l'accès aux soins de base, pour maintenir la santé est un droit fondamental de tout être humain. Ceci a été affirmé à nouveau, lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994 au Caire. Toute femme, quels que soient son niveau socio-économique et son origine doit universellement avoir accès à des soins de qualité pour que sa grossesse ait une bonne issue. Ainsi, les acteurs de santé des pays se trouvent dans l'obligation de consentir des efforts pour assurer la prise en charge de toutes les femmes enceintes.

I.2- LES RÉSEAUX DE SANTÉ

Nous constatons que les soins prénatals conditionnent l'issue de la grossesse et que nombreux sont les facteurs qui influent négativement sur l'accessibilité à ses soins. Il est important d'analyser la stratégie d'intégration des soins en réseau, et voir dans

quelle mesure ils sont susceptibles d'entraîner un impact positif sur l'organisation des soins périnatals.

I.2.1- Définition

Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective, apportée par des professionnels, en réponse à un besoin de santé d'une population, à un moment donné, sur un territoire donné (ANAES, 1999). Il associe un ensemble d'acteurs, organisés en liaison avec un ou plusieurs établissements de santé, dispersés sur une zone géographique donnée. Les membres d'un réseau sont de compétences et de disciplines différentes et réglementaires. Ils agissent de manière coordonnée selon les références partagées, pour optimiser la prise en charge globale des clients. Le réseau est ainsi un espace de construction collective de nouvelles références professionnelles, de nouvelles manières d'envisager le travail en commun, de nouvelles valeurs (Bourgueil Y, Brémond M, Develay A, Grignon M, Midy F, Naiditch M, Polton D, 2001). Enfin, le réseau est un espace de parole et d'initiative pour les personnes et leur famille nécessitant des services et des soins de santé.

I.2.2- Contexte

Le vieillissement de la population dans certains pays développés, et l'incidence grandissante de maladies chroniques -les maladies cardiovasculaires, le diabète, le SIDA, etc.-, constituent des facteurs qui font qu'une majorité de la clientèle des services de santé est appelée à recevoir des soins de disciplines différentes (GRIS, 2003). L'organisation ancienne des soins de santé n'était pas structurée de manière à prendre en charge ces états complexes de maladie. Cette situation a conduit les responsables de santé à réfléchir, à élaborer une nouvelle stratégie de prise en charge globale multidisciplinaire. Cette organisation des soins de santé, communément appelée réseau, a été mise en place dans plusieurs pays, dans le souci d'offrir de meilleurs services de santé aux populations. Par exemple le Groupe de Médecins de Famille (GMF) au Québec, les Family Health Networks (FHNs) à Ontario et les Primary Care Trust en Angleterre (Cozzarolo B, Jalon E, Sarlat G, 2003).

En France, l'expérience du travail en réseau remonte à plusieurs années. Selon certains auteurs, les premières expériences datent de 1914, dans le cadre de la lutte contre la tuberculose (ANAES, 1999). La collaboration entre les professionnels de ville ou de différents établissements de santé a toujours été plus ou moins présente, au gré des individus. Depuis les années 80, les réseaux bénéficient d'une reconnaissance officielle complète, basée sur de nombreux textes juridiques. Certains ordonnances, décrets et lois réglementant le fonctionnement des réseaux en France en général, et des réseaux périnataux en particulier, sont mentionnés à l'**annexe I**. L'unification des ressources, une meilleure intégration des services, une imputabilité plus poussée aussi bien des responsables que de la population, une planification plus judicieuse des ressources humaines et l'accessibilité à des services de soins de santé de qualité, constituent des enjeux d'une importance primordiale pour l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population.

I.2.3- Objectifs

L'existence d'un problème de santé publique dans un contexte donné explique la nécessité de la mise en place d'un réseau (ANAES, 1999). L'objectif est d'assurer l'accessibilité, la continuité, la cohérence des soins et l'efficacité des services de santé. Le domaine d'intervention du réseau, une fois défini, aide à exposer les modalités d'organisation qui permettront d'atteindre les objectifs fixés. Un groupe de partenaires avisés élabore différents projets spécifiques, afin d'optimiser l'accès aux soins de la population ciblée. Ceux-ci doivent favoriser la formation de base et continue des professionnels pour l'amélioration des compétences, ainsi que l'éducation et l'information des bénéficiaires pour un résultat optimal.

I.2.4- Organisation et objectif d'un réseau périnatal

L'objectif principal d'un réseau de périnatalité est d'améliorer la coordination des soins et des services de périnatalité pour assurer la santé maternelle et néonatale. Le réseau ouvre un espace de travail commun, permettant une approche globale de la naissance et amenant ainsi une amélioration de la qualité des soins périnataux. Cette stratégie influera et conduira à une meilleure issue de la grossesse ainsi qu'un renforcement du lien mère-enfant. En effet, le travail en réseau va aider à diminuer le

nombre de grossesses non suivies, à diminuer le risque de naissances prématurées d'âge et de poids et à réduire progressivement la mortalité maternelle et néonatale.

I.2.5- Impact de l'intégration des soins en réseau sur les populations cibles

Les soins en réseau sont un concept nouveau en constante évolution. Du fait du caractère très récent des exemples de réseaux de soins étudiés, en l'occurrence les GMF au Québec, les FHN à Ontario et les PCT en Angleterre, nous n'avons pas pu démontrer concrètement leur impact direct sur la santé des populations ciblées et leur efficacité. Nos recherches n'ont pas abouti à des données épidémiologiques comparatives entre les périodes avant et après leur création. Cependant, l'évaluation de ces associations de professionnels de catégories multiples, dans les différents pays cités, montre les avantages suivants de cette nouvelle organisation des soins en réseau (Cozzarolo B, Jalon E, Sarlat G, 2003) :

- Une meilleure intégration des personnels paramédicaux assurant ainsi une plus grande continuité des soins et par là une meilleure maîtrise des problèmes de santé ;
- Une amélioration de l'accès aux soins à cause de la mobilisation des acteurs de santé et de la qualité des soins fournis par une organisation des gardes ;
- Une amélioration de l'efficacité des pratiques ;
- Une mise à profit de l'autonomie de gestion des réseaux qui se comportent comme de véritables entrepreneurs de soins, ce qui se traduit à la fois par une amélioration de l'efficacité des pratiques et une optimisation de l'offre de soins.

Concernant les réseaux périnatals en France, Il n'existe pas non plus de données en matière de santé maternelle et néonatale qui peuvent témoigner de l'impact de la nouvelle organisation de la périnatalité en réseau. L'AUDIPOG, l'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie, développe l'information des réseaux de soins périnatals. Il diffuse des résultats en temps réel des maternités publiques et privées de toutes les régions de France. L'AUDIPOG représente le premier système de connaissance permanent et continu sur la santé

périnatale. Aussi, il participe à évaluer l'impact des réseaux de soins, leur fonctionnement et leurs résultats.

L'analyse des données disponibles sur le site de l'AUDIPOG entre 1999 et 2003 ne montre pas une amélioration significative de la santé maternelle et néonatale en France. Cependant, en rapport aux pratiques médicales, dès 1999, l'AUDIPOG a observé une bonne adhésion des professionnels aux recommandations du décret de 1998 sur les réseaux périnatals. La politique de réseau périnatal voudrait que les naissances aient lieu dans une maternité dont le niveau de soins néonataux soit adapté aux risques potentiels, afin de réduire essentiellement les décès néonataux. En 2002, 69% des naissances de grands prématurés étaient effectués dans une maternité associée à un service de réanimation néonatale contre 55% en 1998 (Mamelle N, Bernard M, Rozan MA, Marès P, 2003). A partir de l'évaluation d'un réseau périnatal en France -le réseau périnatal d'Auvergne-, on a pu démontré l'effet de la politique de réseau sur les pratiques médicales. Ces observations portent sur l'orientation et le transfert des femmes enceintes vers le lieu de prise en charge, adapté à leur niveau de risque ainsi que l'orientation des femmes enceintes à bas risque vers des maternités de proximité ; les modalités de surveillance prénatale ; les pratiques de prise en charge des femmes enceintes face à certaine situations cliniques (Mamelle N, Lémery D, 2004).

On a pu constater :

- Une augmentation du pourcentage d'enfants grands prématurés (moins de 33 S.A) naissant dans une maternité de niveau III, de 44,8% en 1999 à 80% en 2002 ;
- Une nette augmentation des orientations transferts intra utérin (TIU) avec contre-référence de 0,3% en 1999 à 1,1% en 2002 ;
- Une augmentation de la proportion de femmes à bas risque accouchant au niveau le plus bas de la pyramide de soins de 52% en 1999 à 66% en 2002, chez les primipares et de 60% en 1999 à 77% en 2002 chez les multipares.

Globalement, on observe des impacts positifs du réseau qui auraient conduit à une amélioration de la sécurité de la grossesse dans les populations cibles, même si cela n'est pas pour l'instant démontré quantitativement.

CHAPITRE II- PRÉSENTATION DE LA RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

I.1- Situation géographique et démographique



La République d'Haïti est située en Amérique centrale, dans la mer des Antilles. Elle a une superficie de 27 500 km², divisée en neuf départements dont la capitale économique est Port-Au-Prince. La population haïtienne était estimée à 8,5 millions d'habitants en 2005, soit une densité de 306 h/km² (The World Bank Group, 2006). D'après l'Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique, plus de 60 % de la population vivent en milieu rural. Le taux de croissance démographique entre 2000 et 2005 est de 2,08%, le taux de natalité est de 32,7 pour 1000 habitants. La population haïtienne est très jeune : 56,3 % ont entre 15 et 64 ans (OPS, 2004). L'indice de fécondité est de 4 enfants par femme (EMMUS IV).

II.2- Situation socio-économique

A cause de l'instabilité politique qui règne en Haïti depuis les années 80, le niveau socio-économique de la population se détériore de plus en plus. La capacité de la population à accéder aux biens et services de bases -Santé, aliments, instruction- est en constante dégradation. Malgré l'apport de la diaspora haïtienne et l'aide internationale, certains groupes de la population deviennent de plus en plus vulnérables. L'indice de développement humain (IDH) a baissé de 0,544 en 1999 à 0,467 en 2001 (PNUD,

2002). Ceci a pour conséquence la baisse de la productivité nationale et l'augmentation de la pauvreté.

II.3- Situation sanitaire

Pour proposer des solutions de prise en charge des femmes enceintes en Haïti, il est nécessaire de comprendre l'organisation actuelle des soins qui est proposée depuis 1999. Ainsi, le contexte, la conception, la structure, les principes et le mode de gestion du micro-système des UCS ont été étudiés. L'accessibilité aux soins maternels, les indicateurs de santé maternelle et infantile ont été estimés. Grâce à ces informations, il est possible d'évaluer l'efficacité du système.

II.3.1- Organisation du système sanitaire: les Unités Communales de Santé (UCS)

Le système de soins en Haïti est constitué d'institutions publiques, privées et mixtes. Avant la création d'un modèle de décentralisation du système de santé : les UCS, les secteurs privés et mixtes ont fonctionné de manière indépendante, sans aucune coordination réelle, et dans un cadre d'autonomie quasi totale vis-à-vis de l'autorité de l'État. De plus, il y avait toujours eu un niveau de disparité entre eux au niveau de l'équipement, la capacité technique et diagnostique, la qualité et la stabilité des soins offerts, l'accessibilité des soins et performance institutionnelle (Voltaire HC, 1999).

Le modèle des UCS est créé depuis 1999, et vise à déconcentrer les services sanitaires. Selon ses concepteurs, il doit devenir la structure fondamentale du système de santé national. Il suppose la mise en commun des ressources sanitaires dans une zone géographique donnée, en vue d'augmenter la disponibilité et l'accessibilité des services à la population. Il devrait être capable de délivrer le paquet minimum de services (PMS) défini dans la Politique Nationale de Santé (PNS) (OPS/OMS, 2006). Cette nouvelle organisation procède de l'articulation harmonieuse des pyramides gestionnaires et sanitaires, étant entendu que les soins sont perçus comme devant être globaux, continus et intégrés, à tous les niveaux du système national. La structure des UCS est présentée par la **figure 2**.

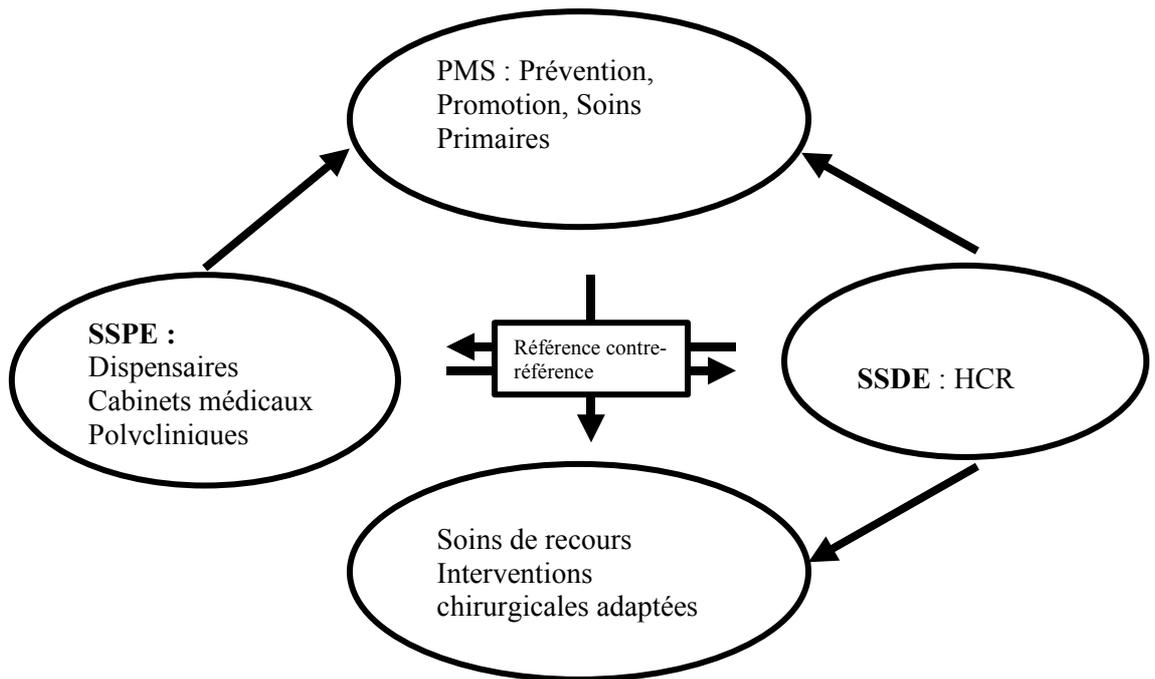


Figure 2: Conception et structuration des UCS

➤ **Structure organisationnelle des UCS**

Les UCS sont composées de dispensaires, d'hôpitaux publics et privés, des cabinets de généralistes et de spécialistes, et de polycliniques. Ces structures offrent un paquet minimal de services. Elles sont divisées en services de premier et deuxième échelon ayant chacun une fonctionnalité dans la pyramide de prise en charge de la santé de la population. Le premier échelon (SSPE) remplit une fonction de porte d'entrée, le deuxième (SSDE) une fonction de recours mais les deux échelons de services se complètent avec un système de référence contre référence. Les centres de santé avec ou sans lits sont considérés comme des structures à transformer respectivement en structures de soins de recours ou de soins de base pour être enfin intégrées dans le micro-système des UCS. Le **tableau I** présente les différentes unités de gestion des UCS et leurs responsabilités.

Gestion des UCS

Tableau I: Composition et rôle des entités responsables de la gestion des UCS

	REPRÉSENTANTS	RESPONSABILITÉS
CONSEIL DE SANTÉ	<ul style="list-style-type: none"> - REPRÉSENTANT DU MINISTÈRE : COORDINATEUR TECHNIQUE - UN PRESTATAIRE REPRÉSENTANT DES DIFFÉRENTS PARTENAIRES - UN REPRÉSENTANT DE LA POPULATION (UN ÉLU OU NON) 	<p>ASSURE LE BON FONCTIONNEMENT DE L'UCS AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ PAR :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GESTION DES RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES - CONTRÔLE ET VÉRIFICATION DES FONDS - ÉVALUATION INTERNE DES ACTIVITÉS DE L'UCS - VÉRIFICATION DE L'ADÉQUATION ENTRE LA PLANIFICATION ASCENDANTE ET DESCENDANTE
BUREAU DE COORDINATION	<ul style="list-style-type: none"> - UN DIRECTEUR - UN COMPTABLE - UN REPRÉSENTANT DE LA POPULATION ET DES PARTENAIRES 	<ul style="list-style-type: none"> - S'ASSURE DU BON FONCTIONNEMENT DE L'UCS - ASSURE LA GESTION DU COMPTE BANCAIRE DE L'UCS - CONSTITUE UN APPUI À LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE
EQUIPE CADRE	<ul style="list-style-type: none"> - PRESTATAIRES DE SOINS DU DEUXIÈME ÉCHELON 	<ul style="list-style-type: none"> - PLANIFIE ET EXÉCUTE DES ACTIVITÉS DE SUPERVISION - APPUI AUX URGENCES MÉDICO-CHIRURGICALES

Sur le plan structurel, les UCS sont gérées en fonction du principe de décentralisation du système. Elles sont gérées par un conseil de santé, un bureau de coordination et une équipe cadre. Ces entités interagissent dans l'objectif de :

- Décentraliser la pyramide gestionnaire ;
- S'assurer de la cohésion entre les activités mises en place au plan communautaire et les principes fondamentaux de la politique nationale de santé ;
- Planifier les activités de manière rationnelle en fonction du budget alloué à l'UCS et d'autres ressources disponibles ;
- Encadrer les structures de santé en vue de garantir la qualité des soins et la mise en confiance de la population.

Le conseil de santé de gestion est la base de la gestion des UCS au niveau inter-institutionnel. Chaque institution membre est gérée par ce comité local de gestion: le

conseil de santé. Ce comité, construit sur une base technico-politico-administrative et participative intervient dans la coordination interne des UCS. Le modèle des UCS encourage l'autodétermination de la population à prendre en charge sa santé comme acteur, à travers les comités locaux de santé. Par ailleurs, toutes les activités sont réalisées sous la supervision directe ou indirecte de la direction départementale de santé.

➤ **Stratégies adoptées par les UCS**

Il a toujours existé un certain niveau de disparité entre les différents secteurs de santé haïtien. Les principes suivants décrivent la stratégie du système des UCS de créer un espace dynamique, où les différents acteurs développent des relations harmonieuses et stables, pour atteindre des objectifs en fonction des intérêts de la population.

○ ***Participation communautaire***

Les unités communales étant construites dans une logique de décentralisation des activités du système sanitaire, la participation communautaire est encouragée. La démarche analytique de cette intégration de la communauté repose sur trois points essentiels : l'intégration des ressources locales, l'implication de la population dans la prise en charge globale de la santé et la démocratisation des mécanismes de participation.

○ ***Intégration organisationnelle***

Les différents types de promoteurs: l'Etat, les Eglises et les ONG, conduisent à des hiérarchies parallèles au niveau du système de santé haïtien. Cela implique une divergence dans les directives de prise en charge, avec une certaine inéquité dans la distribution des services et soins. L'absence d'intégration entre ces sous-secteurs ne conduit pas à un partenariat formel. Le micro-système des UCS implique une redéfinition des types de partenariat à développer, favoriser le dialogue entre les acteurs dans le but d'offrir à la population un paquet minimal de services (PMS).

➤ ***Coordination entre les UCS***

La coordination existante entre les UCS permettra d'élaborer le programme de santé, à partir des intrants locaux des différentes structures sanitaires qui composent le réseau. Elle s'assure de la bonne utilisation des ressources disponibles pour garantir leur harmonisation, l'équité, leur efficacité et leur efficience. Pour rationaliser cette coordination, trois niveaux fonctionnels sont dégagés :

- **Un niveau de conception** qui engage un groupe de travail dirigé par la direction départementale de la santé publique, pour l'élaboration du plan d'action de l'UCS. Ce plan est élaboré en fonction des besoins communautaires exprimés, de l'obligation d'assurer l'adéquation entre la planification ascendante et la planification descendante.
- **Un niveau d'exécution des activités** - l'équipe cadre de l'UCS sous la direction du Ministère de la Santé, en collaboration avec les responsables techniques des SSPE, assure l'exécution des activités en fonction du plan d'action de l'UCS.
- **Un niveau consultatif** - un atelier animé par le conseil de santé communautaire, assure une fonction consultative pour rechercher la participation de la population dans les prises de décision au niveau technique et dans l'exécution du plan d'action de l'UCS.
-

II.3.2- Accessibilité des services et des soins prénatals

Le Ministère de la Santé haïtien décide de faire de la santé maternelle une priorité de santé publique. Le micro-système des UCS se donne ainsi de proposer à la population, un paquet minimal de services (PMS) dont la prise en charge de la grossesse. Il a été passé en revue les différents niveaux d'accessibilité des femmes à ces soins pour juger de l'efficacité du système.

II.3.2.1- Accessibilité géographique

Concrètement, près de la moitié des structures de santé en Haïti sont concentrées dans la capitale et ses quartiers démunis (les bidonvilles), et le reste dans les zones rurales (OPS/OMS, 2006). Selon l'EMMUS III, environ 66 % de la population vivent en milieu rural et 70 % des femmes vivent dans des communautés dont la principale voie d'accès est une piste carrossable mais souvent difficile d'accès. Pour 17,6 % de ces femmes, le centre urbain équipé le plus proche se trouve à une distance de 15-29 km. Elles doivent parcourir ce trajet pendant une heure ou plus pour accéder aux soins. L'éloignement des institutions de santé ne les encourage pas à réclamer des soins de santé de qualité pendant leur grossesse. En quête de services de proximité, elles se font soigner par une accoucheuse traditionnelle ou un membre de la famille. Le plus souvent, les familles prennent la décision de se rendre dans un centre de santé à un stade avancé des complications obstétricales.

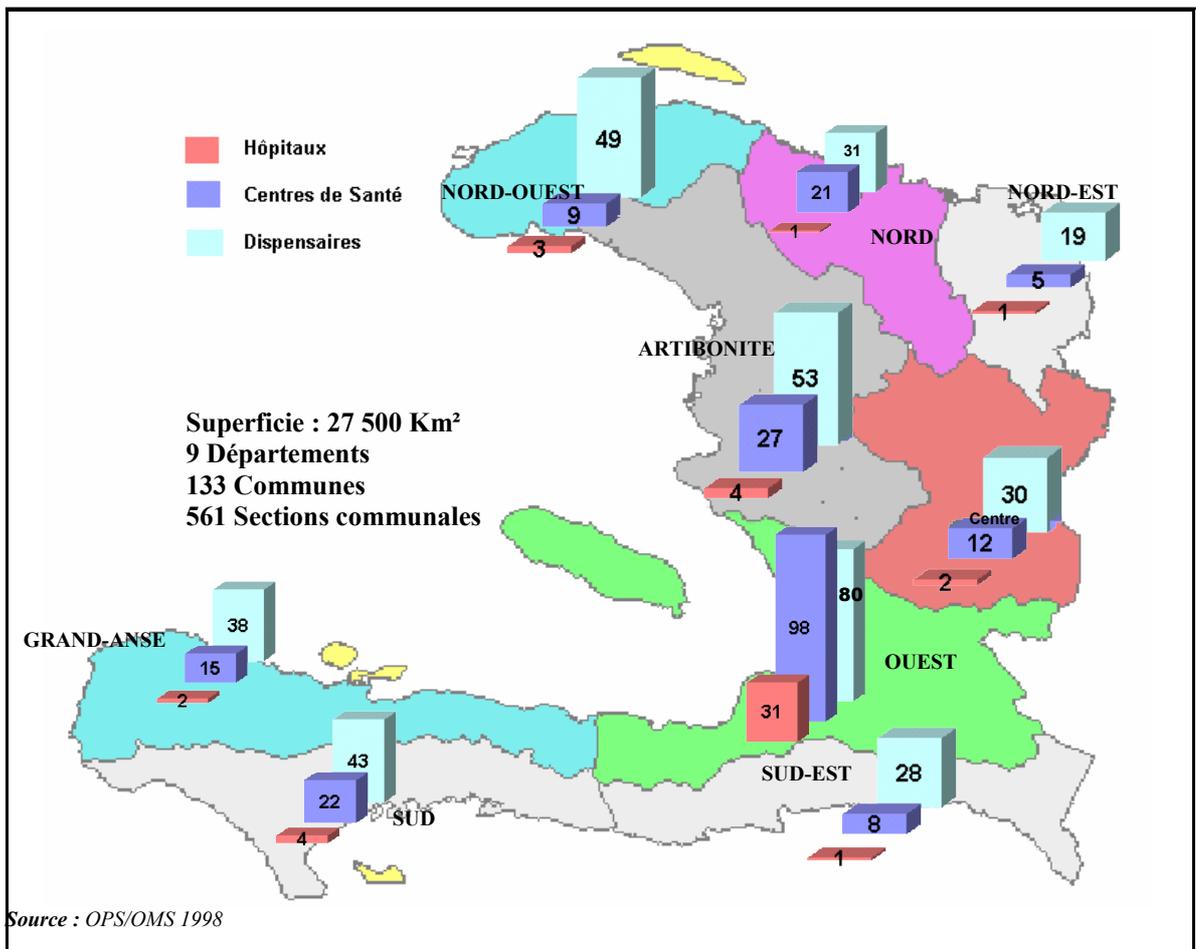


Figure 3 : Distribution des structures sanitaires dans les 9 départements d'Haïti
II.3.2.2- Disponibilité des ressources matérielles et humaines

Les centres de santé en Haïti disposent des capacités d'intervention limitées : les 637 établissements sont répartis en 58 % de dispensaires, 34 % de centres de santé et de 8 % d'hôpitaux (**Figure 3**). Le manque de personnels, les ruptures de stock en matériels et en médicaments essentiels, limitent l'accès des femmes aux soins prénatals. Les hôpitaux et les centres de santé qui supposent avoir une capacité d'équipement capable de prendre en charge certaines complications, et effectuer certains gestes techniques, sont éloignés des populations de femmes les plus vulnérables. Même lorsqu'ils sont physiquement disponibles, certains centres sont parfois privés de professionnels qualifiés. Les femmes enceintes se trouvent parfois obligées de laisser une institution de santé sans avoir été prise en charge après des heures d'attente. La probabilité qu'elles y reviennent n'est pas toutefois garantie. Enfin, il faut aussi souligner que selon l'EMMUS III, pour 4 % des femmes, le mauvais accueil constitue un problème majeur pour se soigner.

Le rapport mondial 2005 sur la santé maternelle ne détermine pas le nombre de sages-femmes disponibles pour la population. L'École d'Infirmières Sages-femmes a été réouverte en 2000, dans le cadre du plan de réduction de la mortalité maternelle. Mais ces ressources ne sont pas utilisées par le système pour pallier au problème de manque de professionnels. Cependant, on estime la volonté des décideurs de santé en collaboration avec des partenaires étrangers, d'assurer la formation continue des professionnels de santé. Il existe une sorte de discordance entre certaines formations et les conditions de travail précaire dans les structures sanitaires, avec une performance réduite du personnel.

II.3.2.3- Accessibilité économique

Les soins dans les institutions, aussi bien publiques que privées, sont payés directement par les familles. Les soins dans les centres publics sont moins chers certes, mais certaines familles à bas revenus ne parviennent pas encore à les payer. A titre d'exemple, dans les cabinets privés, les consultations sont fixées à 250 gourdes (\$ 6,25 US) contre 10 gourdes (\$ 0,25 US) dans les institutions publiques. Au cours de l'EMMUS III, 75 % des femmes ont déclaré avoir à faire face à un manque d'argent

nécessaire pour la demande de consultation. C'est l'obstacle majeur rencontré par les femmes enceintes en Haïti. Cette situation est d'autant plus aiguë que les femmes ont un bas niveau d'instruction. De plus, il n'existe aucune forme d'assurance santé pour les personnes non fonctionnaires. Hors, seulement 11% des haïtiens travaillent dans la fonction publique. D'après le rapport 2004 de l'OMS sur la santé, il n'y a eu aucune dépense de sécurité sociale pour la santé en rapport aux dépenses publiques générales de santé (OMS, 2004). Les citoyens de l'économie informelle ou au chômage -plus de 32% de la population haïtienne selon le recensement national de 2003- doivent faire face seuls à des dépenses souvent importantes, ce qui ne garantit pas l'accès aux soins de qualité.

II.3.2.4- Effet des coutumes et croyances sur l'utilisation des soins prénatals

En plus d'autres facteurs comme le niveau élevé d'analphabétisme de la population haïtienne (70 %) qui est encore plus considérable en milieu rural, le bas niveau économique des ménages, certaines croyances et coutumes limitent aussi l'accessibilité des femmes enceintes aux soins prénatals. En Haïti, la tradition veut que l'on consulte le guérisseur en première intention en cas de maladie -certaines femmes d'un niveau élevé d'instruction n'y échappent pas-. Ce qui explique que la plupart du temps, la femme enceinte haïtienne ne consulte un professionnel qualifié qu'en deuxième intention. Le plus souvent à un stade avancé des complications. Elles disent souvent : « Si ma mère qui a donné naissance à plusieurs enfants n'a jamais été à l'hôpital et n'avait présenté aucun problème lors de son accouchement, pourquoi moi je dois y aller ! ». Des études ont démontré que plus les femmes sont âgées, plus elles sont peu enclines à faire suivre leur grossesse par un professionnel qualifié, et encore moins accoucher dans une structure hospitalière.

II.3.3- Etat de la santé maternelle et néonatale

Les résultats de l'EMMUS 2000 n'ont pas témoigné en faveur de la santé maternelle, si l'on passe en revue le taux d'accès aux soins prénatals, le taux d'accouchements assistés par un professionnel qualifié et aussi le ratio de mortalité maternelle. Le ratio de mortalité maternelle est estimé à 523 pour 100 000 naissances vivantes ; 15% des nouveaux-nés accusent un faible poids de naissance ; 76% des

accouchements sont effectués par du personnel non qualifié ; 25% des accouchements connaissent des complications (OPS/OMS, 2006). Selon le rapport préliminaire de l'EMMUS 2006, six ans après la mise en place du micro-système des UCS en Haïti, le profil de la santé des femmes enceintes n'est pas amélioré de manière significative. Tenant compte des indicateurs de processus pouvant être utilisés pour surveiller la mortalité maternelle, l'Objectif du Millénaire de la réduire de 3/4, se révèle difficile à atteindre. Les décès néonataux n'ont pas connu une baisse satisfaisante. Le **tableau II** compare la situation sanitaire maternelle et néonatale des deux enquêtes nationales sur la morbidité, la mortalité et utilisation des services (EMMUS), réalisées en 2000 et en 2006.

Tableau II: Évolution de la situation de la santé maternelle et néonatale en Haïti entre 2000 et 2005

INDICATEURS	ANNÉE	2000	2006	ÉVOLUTION
CONSULTATION PRÉNATALE		79%	85%	6%
CONSULTATION PRÉNATALE EN ZONE RURALE		73%	81,6%	8,6%
ACCOUCHEMENT PAR PERSONNEL QUALIFIÉ ²		57,7%	60%	2,3%
ACCOUCHEMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS		18%	24,7%	6,7%
ACCOUCHEMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DES NAISSANCES DU MILIEU RURAL		10,6%	15%	4,4%
MORTALITÉ MATERNELLE POUR 100000 NV		523	ND	-
PETIT POIDS DE NAISSANCE		15%	ND	-
MORTALITÉ NÉONATALE		32,2(‰)	25(‰)	- 7,2‰

Source : Enquête sur la morbidité, la mortalité et Utilisation des Services III et IV -Rapport préliminaire-

² Dans ce cadre, accouchée par un professionnel de santé inclut médecins, infirmières, auxiliaires, matrones formées. Définition différente de celle de l'OMS qui inclut médecins, infirmières sages-femmes, infirmières.

CHAPITRE III- ÉTUDE COMPARATIVE DU RÉSEAU PÉRINATAL DES YVELINES ET DES UCS EN HAÏTI

Dans ce chapitre, une analyse des forces et faiblesses du réseau des Yvelines et du système de santé haïtien sera effectué. Mais auparavant, il conviendrait de présenter le contexte de gestion du réseau périnatal des Yvelines, notre référentiel.

III.1- PRÉSENTATION DU RÉSEAU DES YVELINES

Le Réseau maternité en Yvelines est représenté par 11 institutions de santé, publiques et privées, liées par une convention constitutive signée officiellement en 1999. Les parties soussignées ont ainsi décidé de doter ce réseau d'un statut juridique de type association, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. Cette association a la vocation de gérer le réseau Maternité en Yvelines en conformité avec la convention constitutive.

III.1.1- Objectifs du réseau

Les établissements et les communautés périnatales travaillent en parfaite collaboration dans l'objectif de « constituer et mettre en œuvre des actions de partenariat, de formation, en vue d'assurer la sécurité de la naissance pour tous et partout dans le territoire des Yvelines, à travers une graduation partagée, une continuité des soins, une volonté d'information et d'éducation des usagers » (MYPA, 2003a). Le réseau s'évertue à être le centre des données des professionnels du département des Yvelines et des patients, dans le domaine de la périnatalité avec le souhait d'une participation forte des administrations³.

III.1.2- Circonstances de création du réseau périnatal des Yvelines

Le réseau Maternité en Yvelines et pays associés (MYPA) a été conçu pour répondre au défi de la précarité de la grossesse dans les Yvelines, selon les statistiques de l'INSEE année 2000, DASDY-CS8 2002 (MYPA, 2003b ; MYPA, 2004):

- Accroissement du taux de natalité en Yvelines par rapport au reste de la France : 14,97 % contre 13,2 %;

³ Convention constitutive du réseau MYPA, signée en 2000

- Un pourcentage des enfants des Yvelines pèse moins de 2000 grammes à la naissance (1,9 %) ;
- Réduction de la démographie de sages-femmes (Il manque 40 sages-femmes à temps plein) et un vieillissement global avec une relève non assurée. Par exemple, dans le secteur privé, 74 % des obstétriciens ont plus de 50 ans.

La santé périnatale dans l'Île de France, y compris la population des Yvelines, est aussi caractérisée par :

- L'accroissement de la grande prématurité ainsi que des grossesses multiples ;
- L'accroissement du taux de césarienne (à 18% en 2001), sous l'effet de l'accroissement de la proportion d'accouchement chez les femmes de plus 30 ans qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque et l'incidence de la procréation médicalement assistée. L'âge moyen des femmes à la naissance du premier né est de 30 ans dans toute la région de l'Île de France, plus élevé qu'au niveau national 29 ans (Atlas de la santé, 2005).

Une précarité se développe ainsi, augmentant les risques pour la mère et pour l'enfant.

III.1.3- Les Principes et la vision du réseau

Pour répondre à son objectif de mettre en œuvre des actions, afin d'assurer la sécurité de la naissance dans son espace de dessert, le réseau MYPA s'est basé sur certains principes. Il s'agit des principes de complémentarité et de multidisciplinarité, de la prise en charge globale et collective des bénéficiaires, d'une bonne communication interprofessionnelle et la maîtrise des coûts, tout en offrant des services efficaces.

III.1.4- Structuration et ressources mobilisées par le réseau

A ce niveau, il est passé en revue toutes les ressources humaines et financières mobilisées par le réseau MYPA pour mettre en œuvre les différents projets, et pour rendre opérationnels l'association.

III.1.4.1- Gouvernance et acteurs du réseau

La gouvernance du réseau MYPA est assurée par trois grandes entités ayant chacune des fonctions particulières et complémentaires (**Figure 4**):

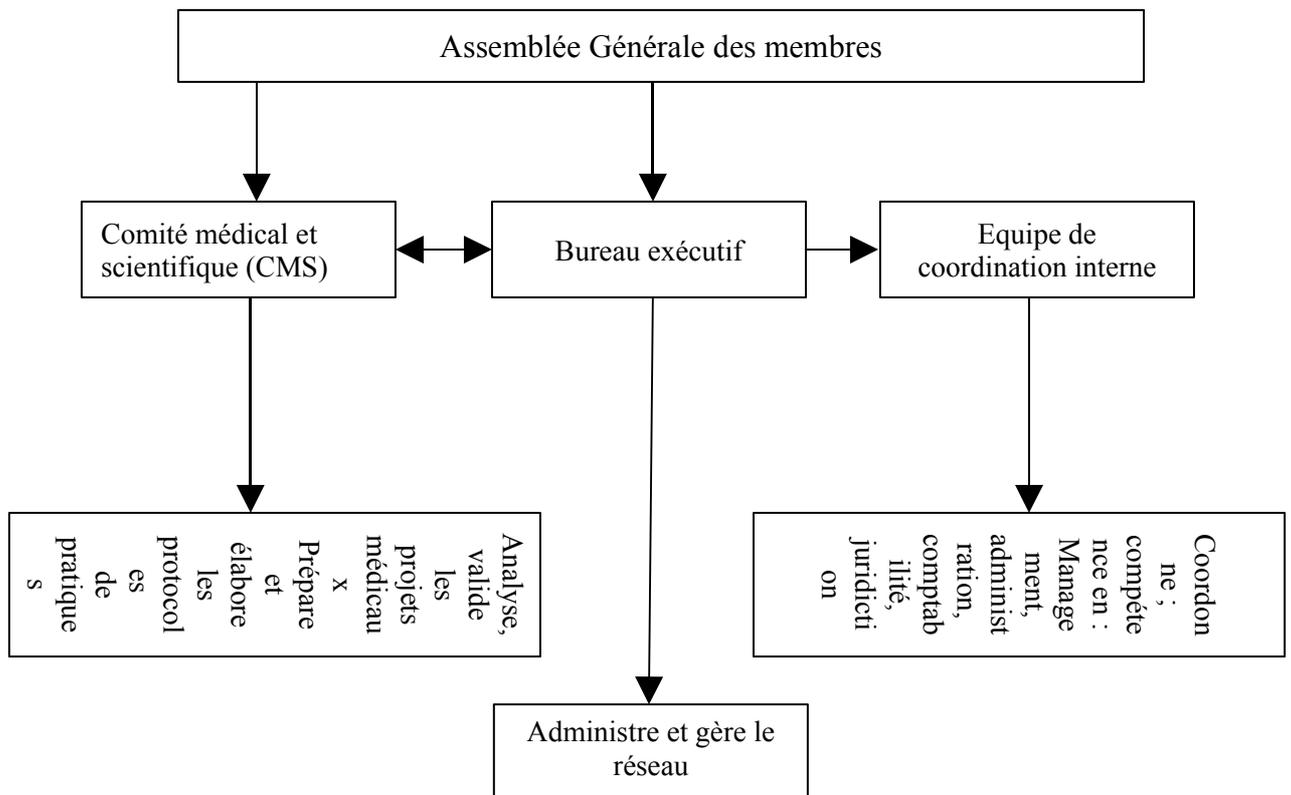


Figure 4: Les entités de gestion de MYPA

- Le **bureau de l'association de MYPA** est composé d'un représentant des collèges des établissements, des communautés périnatales, des cabinets médicaux, des familles. Ce bureau administratif, élu lors de l'assemblée générale annuelle, est chargé de l'administration et de la gestion courante de l'association dans la limite de son objet et sous réserve des pouvoirs conférés par l'assemblée générale.
- Un **comité médical et scientifique (CMS)** bénévole, analyse et valide tous les projets élaborés par les différentes personnes (physiques et morales). Il veille à

ce que tous les projets médicaux soient conçus selon les normes scientifiques et les meilleures connaissances disponibles. Il prépare et élabore tous les protocoles soumis pour validation au bureau. Il participe à leur mise en œuvre dans la limite des moyens financiers alloués.

- Une **équipe de support**, constituée des salariés du réseau qui sont des compétences internes (sage-femme coordinatrice, assistante de direction, coordinateur administratif) et externes (conseillers en organisation, conseiller juridique, experts comptables), apportent leur compétences en matière d'administration, de management, de comptabilité ainsi que sur le plan juridique. Ils sont nommés par le bureau exécutif.

➤ **Les acteurs du réseau**

Le réseau périnatal des Yvelines existe grâce à la coordination de ses différents membres -les établissements publics et privés travaillant autour de la périnatalité, les cabinets d'obstétriciens et de sages-femmes de ville, les quatre communautés périnatales-. Ils se réunissent en collèges dont chacun est représenté dans l'assemblée générale. Le travail de chaque promoteur du réseau est valorisé par l'ensemble quel que soit son titre. Chacun a la possibilité de concevoir un projet selon les besoins exprimés. Les acteurs travaillent tous pour un suivi adéquat des femmes enceintes ou des couples inscrits dans un projet de naissance ainsi que pour le suivi des nouveau-nés. La maternité en Yvelines reçoit aussi le soutien d'autres partenaires externes. Tous les acteurs faisant partie du réseau, professionnels et structures sont décrits dans l'**annexe II**.

III.1.4.2- Ressources financières

Le réseau périnatal des Yvelines réalise ses activités grâce à la contribution des institutions de santé et au support financier d'autres organismes. Depuis 2001, les communautés périnatales sont financées par le FAQSV. Une convention signée avec le conseil général des Yvelines permet le financement d'un plan de prise en charge globale médico-psycho-sociale. Depuis 2004, les ressources financières proviennent essentiellement de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DNDR),

conformément au décret du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux, et portant application aux articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale.

Un budget est élaboré pour chacun des projets opérationnels de MYPA après une estimation des besoins de financement. Il tient compte non seulement des dépenses d'étude et de recherche, mais aussi celles d'équipement et de fonctionnement, en réduisant au minimum les charges fixes non affectées à un projet (MYPA, 2003). Le budget prévisionnel du réseau comprend l'ensemble des charges et des produits nécessaires au projet de maternité en Yvelines. Les principales dépenses concernent les technologies de l'information et de la communication, les études, la recherche et le fonctionnement.

III.1.5- Objectifs stratégiques du réseau

Afin d'améliorer la prise en charge globale de la grossesse et de l'accouchement, le réseau élabore quatre objectifs stratégiques d'ordre opérationnels médicaux, organisationnels, de qualité et économiques qui correspondent à plusieurs projets. Ayant chacun une orientation médico-scientifique dans le sens de l'objectif principal, ils sont soit en cours, soit en études, soit complètement achevés et sont en évaluation. Ces projets constituent ainsi des stratégies d'intervention permettant d'atteindre le but fixé par l'organisation. Les objectifs stratégiques mis en place sont les suivants :

- Elaboration de protocoles thérapeutiques et élargissement du cadre de la prise en charge;
- Renforcement des capacités professionnelles;
- Amélioration du système d'information et de communication ;
- Intégration des bénéficiaires et prise en compte de leurs attentes ;
- Soutien aux associations de soins de proximité ;
- Recherche d'autres partenaires financiers ;
- Maîtrise des coûts et mesure de la valeur ajoutée du réseau.

Nous les considérons comme des outils dominants qui permettront au réseau d'avancer dans sa démarche de prise en charge.

➤ **Elaboration de protocoles thérapeutiques et élargissement du cadre de la prise en charge**

Pour uniformiser la prise en charge, des protocoles sont élaborés, validés et diffusés à tous les membres du réseau. Les professionnels du réseau travaillent en collaboration pour la construction de ces référentiels qui servent de guide aux différentes décisions thérapeutiques. Cette stratégie consiste à généraliser sur l'ensemble du territoire du réseau, des pratiques d'obstétrique dont la performance est scientifiquement prouvée.

Le réseau MYPA répond aux exigences nationales de favoriser les *transferts in utero* pour une meilleure prise en charge des nouveau-nés à risque, sur la base des protocoles établis. Un logiciel de transfert est élaboré pour le suivi et l'évaluation de ce projet.

Le réseau élargit son champ d'action, en développant une approche holistique de la grossesse grâce à un partenariat avec l'équipe de protection maternelle et infantile (PMI) du conseil général des Yvelines, qui offrent des services médico-psycho-sociaux. Le réseau planifie la prise en charge des enfants trisomiques 21, en élargissant la participation au staff anténatal et en organisant un staff de psychiatrie, pédopsychiatrie grâce à la visioconférence (MYPA, 2003). Des référentiels sont aussi formalisés pour un diagnostic précoce de la trisomie 21 et pour le soutien des parents qui en sont victimes.

➤ **Renforcement des capacités professionnelles**

Pour une meilleure prise en charge de la grossesse et de ses suites, le réseau travaille dans l'amélioration des connaissances professionnelles propre aux pratiques médicales par des séances de formation continue. Au cours de l'année 2005, le réseau a formalisé un référentiel lors de la réalisation d'un audit. La formation des référents s'est faite à travers une vingtaine d'accompagnements individuels, visant à formaliser les projets professionnels personnels.

Dans le souci de démedicaliser la grossesse, le réseau travaille de manière à placer la sage-femme au cœur de la grossesse et de l'accouchement physiologique. Une étude est conduite avec l'école de sages-femmes de Poissy pour la gestion prévisionnelle de ces ressources.

➤ **Amélioration de l'accès à l'information et à la communication**

Les objectifs de qualité sont aussi basés sur la diffusion d'informations suffisantes et précises aux familles, en fonction des niveaux de risque et des besoins manifestés. Une étude des besoins de la patiente a été réalisée avec l'école de sages-femmes de Poissy, dans l'objectif de connaître les besoins des femmes. Pour informer les usagers des services disponibles au réseau, plusieurs outils de communication sont élaborés. Sur ce site aussi, l'annuaire de tous les établissements, les cliniques et les professionnels de ville sont disponibles au grand public. Dans tous les établissements : hôpitaux, cliniques et dans les cabinets de ville des plaquettes d'information, sont disponibles aux usagers. Un site Internet collaboratif et autres outils de communication sont créés pour faciliter la communication entre les professionnels.

Pour mieux évaluer les interventions, le réseau travaille en collaboration avec PERINAT/ARHIF pour organiser une banque de données épidémiologiques. La collecte et l'analyse de ces données seront utilisées pour une évaluation des différentes interventions.

➤ **Intégration des bénéficiaires et prise en compte de leurs attentes**

Les associations de familles du département des Yvelines réunissant en collège, travaillent en collaboration avec le réseau. Ce collège transmet aux responsables les attentes des usagers dont ils sont les représentants. De plus, il participe à la mise en place et à l'évaluation de certains projets. Pour évaluer l'efficacité du programme d'un projet d'entretien prénatal, des couples pris en charge par des professionnels et établissements du réseau ont participé à une enquête d'appréciation. Les résultats de cette étude serviront à améliorer les protocoles et la pratique de l'entretien prénatal.

➤ **Soutien aux associations de soins de proximité**

Le projet Maternité en Yvelines encourage la collaboration de toutes les catégories de professionnels. Les objectifs organisationnels du réseau visent à pérenniser l'organisation des communautés périnatales qui regroupent des professionnels libéraux. Les communautés périnatales sont maintenant reconnues comme membres à part entière du réseau. Avec son appui, les quatre communautés périnatales commencent à être réorganisées professionnellement pour mieux répondre aux besoins de proximité des femmes enceintes et des couples. Grâce à la participation du réseau MYPA, d'autres communautés périnatales sont entrain d'être constituées et il envisage de leur proposer un nouvel outil informatique qui facilitera le partage de l'information.

➤ **Recherche d'autres partenaires financiers**

En dehors des relations avec les organismes de l'État, le réseau MYPA compte établir un partenariat avec les industries privées du département des Yvelines. Cette intervention auprès de ces entreprises consistera à recueillir des fonds, et surtout à atteindre la catégorie des femmes ouvrières par des journées de rencontre, afin de diffuser les informations sur les services que peut offrir le réseau. Cette initiative servira à informer ceux qui n'ont pas accès à l'Internet et aux plaquettes d'informations. Le réseau sera informé en même temps des différents centres d'intérêt de ce groupe de femmes et saura mieux répondre à leurs besoins.

➤ **Maîtrise des coûts et mesure de la valeur ajoutée du réseau**

Le Ministère de la Sécurité Sociale et de la Santé de France vote en faveur des réseaux pour réduire le coût des dépenses de la santé. Il estime qu'en France, on peut offrir des soins de qualité à un moindre coût. Le réseau périnatal des Yvelines s'inscrit, lui aussi, dans cette logique d'augmentation de l'efficacité des soins périnatals. L'ensemble des actions de MYPA est orienté dans le sens de maîtriser les coûts de production du réseau en mettant en place une comptabilité analytique. Pour respecter les objectifs qualité, une société ressource (ISAM) est embauchée par le réseau pour aider à avoir des professionnels expérimentés et reconnus. Les professionnels sont formés à

l'entretien prénatal, pour apprendre à mieux orienter les femmes enceintes pour une meilleure gestion des risques, mais surtout pour une gestion des fonds.

A chaque réunion, des organes de gestion du réseau -assemblée générale, bureau de coordination, représentant des organismes de financement-, un état comptable par projet est fait avec l'aide d'un expert comptable et d'un commissaire aux comptes. Les responsables jugent alors si les fonds ont été bien gérés en fonction des intérêts médicaux, sociaux et économiques et des priorités de santé publique, en comparant les coûts de production des projets du réseau à des réalisations analogues.

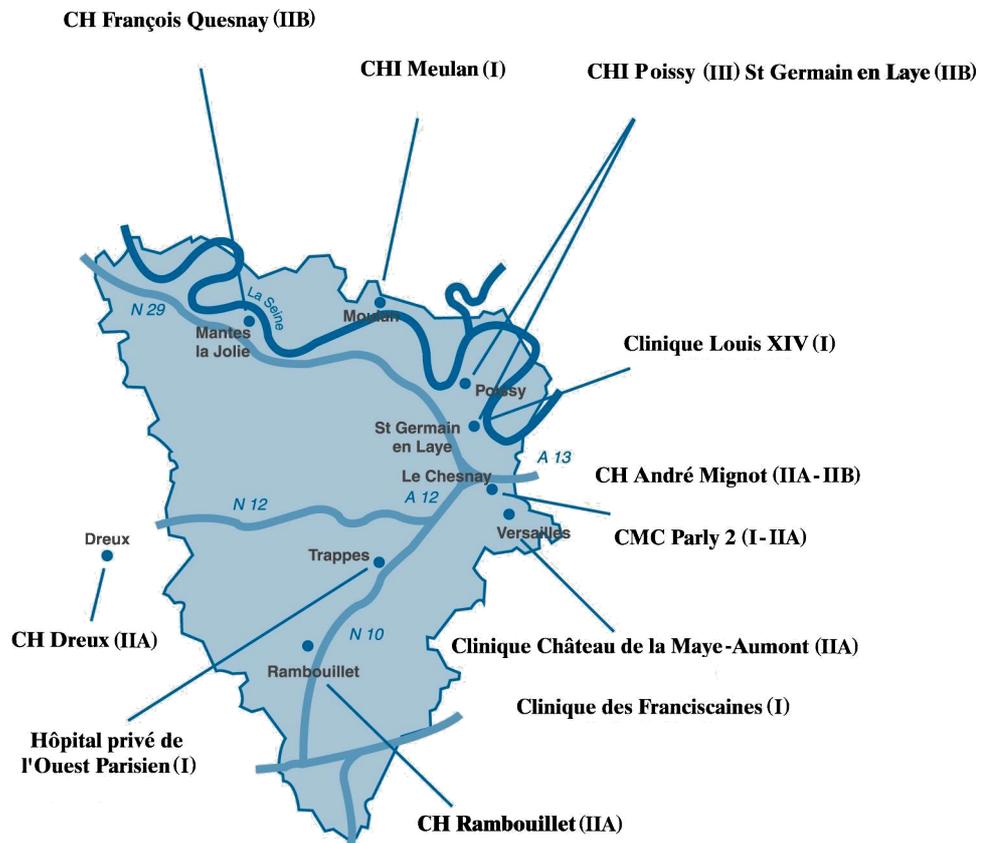
III.1.6- Gestion des risques liés à la périnatalité

Le réseau MYPA fonctionne en parfaite cohérence avec le décret d'octobre 1998 du Ministère de la Santé et du plan périnatal 2005-2007 (Bréart G, Puech F, Rozé J, 2004), afin de réduire les risques liés à la grossesse dans le territoire du réseau. L'aménagement des niveaux de soins, le mode de suivi des femmes selon leurs besoins, l'entretien prénatal, la place donnée aux bénéficiaires des services sont étudiés, vont faire l'objet de cette partie de l'étude.

III.1.6.1- Organisation des niveaux de soins

Les établissements du réseau Maternité en Yvelines sont groupés par niveau, selon le décret de 1998 sur l'organisation des réseaux de périnatalité à l'article R. 712-84. « Les établissements assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés comprennent, sur le même site, soit une unité d'obstétrique, soit une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie, soit une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale ». Les niveaux I, II et III prennent en charge des patientes selon le niveau de risque fœtal en fonction du terme de la grossesse, ou de l'existence d'une pathologie fœtale qui nécessitera des soins spécialisés. Par contre, les établissements ayant une unité d'obstétrique qui ne possèdent pas les services de néonatalogie ou de réanimation néonatale doivent selon l'article R. 712-87-I du même décret, passer une convention, soumise à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, avec un établissement comportant une telle unité.

En effet, la convention constitutive de décembre 1999 lie 11 établissements hospitaliers de niveau de soins différents dont quatre de niveau I, quatre de niveau IIa, deux de niveau IIb et un de niveau III constituant ainsi le réseau périnatal des Yvelines et Pays Associés (**Figure 5**).



Source : Maternité en Yvelines et Pays Associés

Figure 5: Distribution et niveau des maternités du réseau périnatal MYPA

Les grossesses physiologiques sont prises en charge à tous les niveaux de soins. Les spécialités des différents niveaux sont fonction de leur capacité de prise en charge des facteurs de risque maternel et néonatal (**tableau III**).

Tableau III: Les niveaux de soins et leur capacité de prise en charge obstétricale et néonatale

LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE SOINS ET LEURS CAPACITÉS DE PRISE EN CHARGE		
NIVEAU I	NIVEAU II	NIVEAU III
<p>SOINS MATERNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> - SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE - PRÉPARATION À LA NAISSANCE - DÉPISTAGE ET ORIENTATION DES GROSSESSES À RISQUE - ACCOUCHEMENTS À BAS RISQUE <p>SOINS NÉONATAUX</p> <ul style="list-style-type: none"> - SURVEILLANCE DES NOUVEAUX-NÉS NORMAUX À TERME - RÉCHAUFFEMENT, ALIMENTATION ORALE - PHOTOTHÉRAPIE - PERFUSION DE COURTE DURÉE - MÉDICAMENTS À HEURES FIXES 	<p style="text-align: center;">NIVEAU II A</p> <p>SOINS MATERNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> - SOINS DU NIVEAU I - GROSSESSES À RISQUE NÉCESSITANT UNE PRISE EN CHARGE NÉONATALE SPÉCIFIQUE <p>SOINS NÉONATAUX</p> <ul style="list-style-type: none"> - SOINS DU NIVEAU I - PERFUSION, GAVAGES PROLONGÉS CONTINUS OU DISCONTINUS - SURVEILLANCE HÉMODYNAMIQUE ET RESPIRATOIRE - OXYGÉNOTHÉRAPIE À FAIBLE CONCENTRATION - MOYENS DE TRANSFERT <p style="text-align: center;">NIVEAU II B</p> <p>UNITÉ OBSTÉTRIQUE IDENTIQUE AU NIVEAU II A</p> <p>SOINS NÉONATAUX</p> <ul style="list-style-type: none"> - SOINS DES NIVEAUX I, II A - ALIMENTATION PARENTÉRALE PAR CATHÉTER CENTRAL - OXYGÉNOTHÉRAPIE EN VENTILATION SPONTANÉE - SURVEILLANCE HÉMODYNAMIQUE CONTINUE - DRAINAGE THORACIQUE SANS VENTILATION - MOYENS DE METTRE EN CONDITION EN CAS D'AGGRAVATION 	<p>SOINS MATERNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> - SOINS DES NIVEAUX I, II - GROSSESSES À HAUT RISQUE - GROSSESSES NÉCESSITANT UNE RÉANIMATION OU UNE CHIRURGIE NÉONATALE HÉMORRAGIE DU POST PARTUM NÉCESSITANT UNE EMBOLISATION UTÉRINE <p>SOINS NÉONATAUX</p> <ul style="list-style-type: none"> - VENTILATION ARTIFICIELLE - SOINS CONTINUS - SURVEILLANCE NOUVEAU-NÉ INTUBÉ

Les différents niveaux sont formalisés en fonction des:

- besoins de la population,
- normes de sécurité requises,
- conditions d'accessibilité,
- contraintes liées notamment au manque de spécialistes médicaux.

Pour éviter que toutes les femmes aient recours au niveau de soin le plus élevé sous prétexte qu'elles seraient mieux prises en charge, les maternités sont sectorisées,

de manière à ne pas recevoir les femmes provenant d'une région autre que le bassin de dessert. Une femme ne résidant pas dans le bassin de Poissy/St Germain ne peut pas choisir délibérément d'accoucher à Poissy -seul établissement de niveau III du réseau-, si sa grossesse ne cours pas un risque nécessitant une prise en charge spécialisée. Cette stratégie permet aussi de gérer les grandes affluences, le manque de lits et de professionnels en obstétrique.

III.1.6.2- Parcours des femmes dans le réseau

Le réseau MYPA accompagne la femme enceinte, dès la déclaration de la grossesse, jusque dans le post partum et l'enfant jusqu'à un certain âge en cas de vulnérabilité. Le parcours de la femme enceinte au niveau du réseau est décrit au niveau de la **figure 6**.

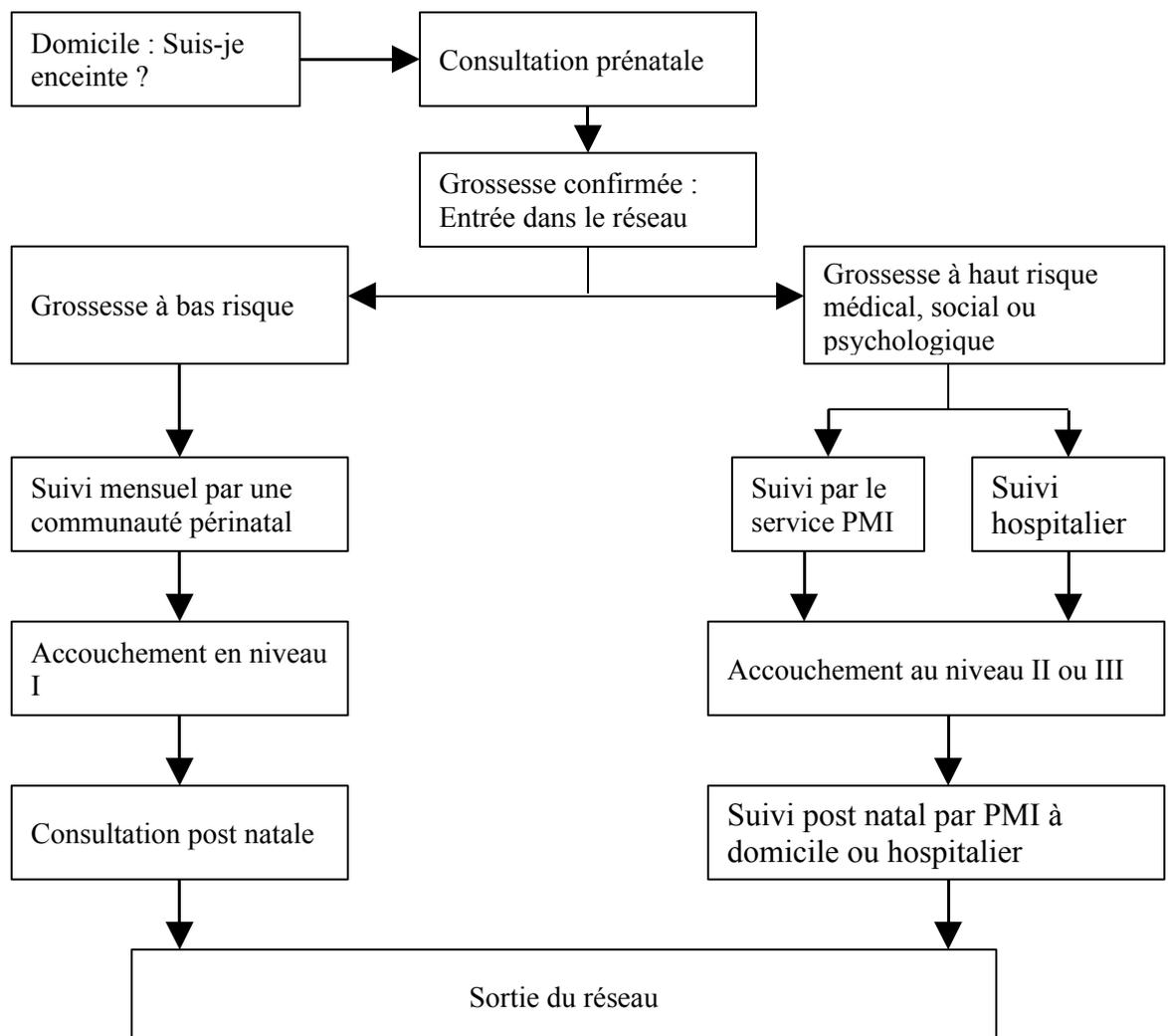


Figure 6: Parcours de la femme enceinte tout au long de sa prise en charge dans le réseau MYPA

Au niveau des communautés périnatales qui représentent les services de proximité, la femme enceinte est intégrée dans le réseau par le biais d'un entretien prénatal. Cet entretien est effectué par une sage-femme membre du réseau, un médecin généraliste ou un gynécologue obstétricien dans son cabinet ou dans un établissement hospitalier. Les établissements de niveau I, II ou III qui réalisent les accouchements, accueillent les futures mères selon le niveau de risque pour la mère ou le fœtus, en étroit lien avec le médecin ou la sage-femme référent. Dans les grossesses à haut risque, la prise en charge médico-psycho-sociale s'effectue transversalement avec les services de PMI du conseil général des Yvelines (MYPA, 2004b). Pour les couples mère-enfant vulnérables, une procédure de suivi au domicile est mise en place, en particulier avec le concours des sages-femmes libérales, des sages-femmes de PMI, du médecin traitant, et éventuellement en lien avec le centre périnatal de proximité. En absence de risque médico-psycho-social chez la femme ou son enfant, ils sortent du réseau à la fin de la période du *post partum*.

III.1.6.3- l'entretien prénatal

Les femmes enceintes sont inscrites dans le réseau périnatal des Yvelines par le biais d'un entretien prénatal avec un professionnel associé au réseau. Cette prise en charge médico-psycho-sociale et économique de la femme enceinte est régie par la circulaire du 5 mai 1998 et le décret du 9 octobre 1998. L'objectif et les mesures de cet entretien sont définis dans le plan de périnatalité 2005-2007, élaboré par les professionnels de la périnatalité de France (Bréart G, Puech F, Rozé J, 2004) (**annexe III**). Ce plan souligne que la PNP débute par cet entretien individuel ou en couple qui est proposé systématiquement à chaque femme enceinte autour du 4^{ème} mois de grossesse (HAS, 2005). Il consiste à offrir un temps d'écoute à toutes les femmes ou couple, en début de grossesse. Cet entretien permettra de fournir aux bénéficiaires une information précoce, complète et unanime. Ceci leur permettra de structurer, avec leur médecin ou leur sage-femme leur projet de naissance en intégrant les antécédents familiaux, médicaux, psychologiques et culturels. Ce projet de naissance inclut l'organisation des soins avec le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, le recours en cas de difficultés (HAS, 2005).

Comme pour tous les autres projets du réseau, des groupes de travail ont été mis en place pour le déploiement de l'entretien prénatal. Les différentes équipes formées de professionnels ont travaillé sur le guide d'entretien, les outils techniques de mise en œuvre, les formations à l'entretien et à son évaluation.

III.1.6.4- Rôle des usagers dans le réseau

Le collège des familles représente les usagers au sein du réseau MYPA. L'objectif visé est de travailler en collaboration avec les populations pour qui le projet maternité en Yvelines a été mis en place. Afin d'améliorer les services offerts et répondre aux besoins, le réseau mène des enquêtes auprès des bénéficiaires. Celles-ci permettent de mieux connaître leurs attentes et une meilleure orientation des interventions.

III.1.7- Suivi et évaluation du réseau

En 2003, le réseau MYPA avait réalisé une auto-évaluation qualitative et quantitative des pratiques au niveau des maternités associées.

Évaluation Quantitative

Cette évaluation avait pour objectif de déterminer l'impact de la création du réseau sur la santé périnatale. Cependant, elle n'a pas pu mettre en évidence l'effet des interventions dans l'aire de desserte suite à certaines limites (Bastien CY, Daigne M, 2003) :

- Des informations incomplètes en rapport à certaines complications de la grossesse (par exemple le RCIU);
- La non uniformisation des indicateurs de surveillance épidémiologique au niveau de toutes les maternités du réseau ;
- Défaut d'enregistrement des transferts intra utérin (TIU) dans tous les établissements du réseau.

Évaluation qualitative

Elle avait pour objectif d'évaluer la qualité de l'organisation du réseau et des processus d'intervention. Elle a porté sur : la formalisation des pratiques de prise en charge commune ; la coordination des échanges entre les professionnels -réunion de staff, journée de formation action- ; l'information des femmes et de leur famille.

Cette évaluation qualitative a démontré comment l'organisation en réseau peut contribuer à améliorer le travail entre les différents professionnels. Tous les acteurs du réseau ont adopté une franche collaboration dans la mise en œuvre de plusieurs activités. Celles-ci sont présentées à l'**annexe IV**. Elles aident à apprécier pour l'instant les interventions du réseau et à prouver dans quelle mesure elles sont capables de conduire à une amélioration de la prise en charge de la périnatalité dans la population cible. En effet, les résultats ont permis d'apprécier les portées de la démarche entreprise et d'effectuer une réorientation des stratégies d'intervention.

III.2- ANALYSE COMPARATIVE DES DEUX SYSTÈMES

A travers la présentation de ces deux systèmes de prise en charge, nous avons noté des points forts du réseau périnatal des Yvelines, qui nous permettront de proposer des mesures correctives des points faibles du système des UCS en Haïti, pour une meilleure accessibilité et une continuité des soins prénatals. Nous avons aussi profité pour relever les points faibles et les obstacles du référentiel, les prendre en compte et envisager comment mettre en place des stratégies pour les réduire dans la mise en œuvre de notre projet.

Les **tableaux IV et V** résument les points forts et les points faibles des deux systèmes organisationnels étudiés.

III.2.1- Forces et faiblesses d'Haïti

Tableau IV: Les opportunités et les faiblesses du système de santé en Haïti

<p>Opportunités/Forces</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Existence d'un plan stratégique national de réduction de la mortalité maternelle (PSNRMM) -Prise en compte de la participation communautaire dans les textes régissant le système des UCS -Formation continue des professionnels de santé par le MSPP et les partenaires internationaux -Participation des accoucheuses traditionnelles dans l'offre de soins de proximité -Présence d'ONG actives dans le domaine de la santé maternelle -L'existence de club de mères, d'associations villageoises dans plusieurs communautés Implication de plusieurs entreprises privées dans le financement de programmes sociaux
<p>Faiblesses/Obstacles</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Manque d'organisation interprofessionnelle -Absence des professionnels de santé dans l'élaboration des politiques de soins -Insuffisance de la mise en valeur des compétences acquises lors des formations continues -Concentration du personnel dans les centres urbains -Nombre limité des professionnels de santé qualifiés pour les soins maternels et néonataux (Obstétriciens gynécologues, sages-femmes, néonatalogues, psychologues, échographistes) -Diversité limitée des professions de santé (puéricultrices, assistants sociaux, sages-femmes échographistes) -Ressources en matériels et fournitures de soins réduites et mal réparties -Insuffisance d'IEC des communautés. Application non effective de la démocratie locale -Absence de textes législatifs régissant le domaine des soins obstétricaux -Méconnaissance de la vraie situation de la santé maternelle; absence de données fiables -Population à majorité pauvre -Inexistence d'un système d'assurance santé pour les familles à faible revenu et sans emploi -Niveau élevé de l'analphabétisme dans les populations les plus à risque de problèmes de santé -Infrastructures routières insuffisantes -Perte de confiance de la population dans le système de santé

Les actions de santé en Haïti sont souvent sans issue. En effet, nombreux sont les programmes qui ont été mis en place sans impact réel sur la santé de la population. Ce manque d'impact serait surtout lié à une mauvaise prise en compte de tous les facteurs socio-économiques pouvant influencer leur mise en œuvre, la faible participation des bénéficiaires et à la courte durée de ces programmes. Le Ministère de la Santé Publique et de la population (MSPP) en Haïti a longtemps centré ses efforts sur la réalisation de programmes de santé maternelle, selon une stratégie verticale dépendante des bailleurs de fonds internationaux. Dans le rapport mondial de l'OMS de 2001, les dépenses de santé étaient financées à près de 43% par des ressources extérieures (OMS, 2004).

Selon le plan stratégique de réduction de la mortalité maternelle (PSNRMM), le gouvernement a choisi la santé maternelle comme porte d'entrée pour la modernisation du système de santé national à travers la mise en place des UCS. Pour l'heure, malgré l'intérêt manifesté par l'ensemble des partenaires pour ce dispositif, les résultats ne sont pas encore à la hauteur des ambitions nationales et des engagements internationaux. Malgré les UCS créées dans une logique de participation communautaire et de complémentarité des ressources, les populations n'ont pas encore manifesté un grand intérêt à participer à la planification de leur santé. Dans certaines situations, la structure d'accueil et le centre référent sont en désaccord. Ces exemples traduisent la défaillance du principe d'intégration dans le réseau des UCS, et du système de circulation de l'information. De plus que sur le plan opérationnel, la mauvaise répartition des ressources budgétaires, humaines et organisationnelles, constitue un sérieux handicap à la généralisation des UCS. Ainsi, les couvertures sanitaires observées dans le pays sont basses et témoignent des difficultés majeures du système de santé à répondre aux besoins des populations, et en particulier à ceux des populations les plus démunies (ONU Haïti, 2003).

Malgré la nouvelle politique de santé, tous ces facteurs ralentissent considérablement une bonne prise en charge de la population haïtienne. On observe une certaine inadéquation entre les textes qui devaient régir l'organisation du micro-système des UCS et les réalités du terrain.

III.2.2- Forces et faiblesses du réseau MYPA

Tableau V: Les opportunités et les faiblesses du réseau MYPA

Opportunités/Forces	<ul style="list-style-type: none"> -Volonté des professionnels de tous les niveaux de soins de travailler en équipe -Multiplicité des professionnels pouvant intervenir dans tous les problèmes médicaux, sociaux et psychologiques de la grossesse -Formation continue des professionnels pour assurer la qualité des soins -Disponibilité d'outils pour l'information et l'éducation des usagers -Intégration des bénéficiaires dans la mise en place et l'évaluation des projets -Couverture juridique du réseau - Financement des interventions par les autorités sanitaires et les collectivités territoriales - Développement de moyens pour une collaboration avec d'autres réseaux périnataux et avec des entreprises privées
Faiblesses/Obstacles	<ul style="list-style-type: none"> -Inexistence d'un modèle d'évaluation depuis la création du réseau en 1999 -Absence d'une base de données épidémiologiques centralisée -Inexistence d'un dossier médical commun à tous les établissements du réseau, ainsi que des indicateurs de surveillance épidémiologique -Protocoles de soins validés non appliqués par tous les établissements du réseau

III.2.3- Synthèse analytique

L'analyse comparative de l'organisation des UCS en Haïti et du réseau périnatal des Yvelines met en exergue six éléments fondamentaux que nous jugeons essentiels dans une logique de travail en réseau. Ce sont : l'esprit d'équipe, la démarche multidisciplinaire, la démarche qualité, la participation des bénéficiaires, le multipartenariat, la gestion des informations.

III.2.3.1- L'esprit d'équipe au travail

L'aval des autorités pour la résolution des problèmes de santé publique est toujours nécessaire. Les élus ont l'appui de la société civile pour les aider à assumer

leurs responsabilités. En effet, dans le domaine de la santé, la bonne volonté des professionnels organisés en association, en vue d'élaborer des projets, est susceptible d'améliorer certaines situations plus ou moins critiques que vit la communauté. Ils soulignent les problèmes existant et proposent des solutions. Par exemple, jusqu'en 1999, le *numerus clausus*⁴ à l'école de sages-femmes de Poissy n'était établi qu'à 20 étudiants par année. Après une évaluation de la démographie des sages-femmes trouvée insuffisante, le réseau, par l'intermédiaire de la Sage-femme coordinatrice en collaboration avec la direction de l'école de Poissy, a travaillé sur un projet d'augmentation du *numerus clausus* de l'école. Le projet final a permis une augmentation du nombre d'étudiants de 20 en 1999 à 35 en 2006 soit une élévation de 75% en 7 ans.

Les professionnels de santé en Haïti n'ont pas assez cultivé cette capacité de travailler en équipe. Il n'existe aucun lien formel entre les professionnels prestataires que représentent les médecins, les infirmières sages-femmes, les infirmières et les auxiliaires infirmières. Etant donné qu'ils sont en contact permanent avec les femmes et leurs problèmes pendant la grossesse, l'organisation en équipe des professionnels de toutes les structures sanitaires et des cabinets médicaux aurait permis d'améliorer leur prise en charge.

III.2.3.2- La démarche multidisciplinaire

Les spécialistes de l'obstétrique, -sages-femmes, gynécologues obstétriciens, spécialistes en néonatalogie, etc.- ne peuvent pas, à eux seuls, construire un plan de prise en charge et répondre à toutes les attentes et besoins de santé, du couple mère-enfant. La prise en charge globale de la femme enceinte nécessite une équipe multidisciplinaire pouvant répondre de manière coordonnée, à ses besoins médicaux, sociaux et psychologiques. Ce type de collaboration est un gage d'une prise en charge adéquate de la femme enceinte ou du couple.

L'association pluridisciplinaire des promoteurs d'un réseau de santé, sans exclusion d'une catégorie ou d'un secteur d'activités, constitue une force pour la

⁴ Ce terme désigne le nombre fixe d'étudiants admis dans certains cursus chaque année, principalement dans les professions de santé, qui sont réglementées.

réussite d'un projet de santé publique. Elle réunit les professionnels médicaux, et paramédicaux aussi bien du milieu public que du privé, ainsi que des spécialistes en management et en ingénierie. Chaque acteur, dans un esprit de complémentarité peut, à sa manière contribuer à améliorer une situation sanitaire. En effet, beaucoup de projets de santé peuvent aboutir à des résultats satisfaisant s'ils sont portés par une équipe pluridisciplinaire motivée.

Le manque de diversité des professions de santé en Haïti limite le regroupement multidisciplinaire. Certaines professions n'existent pas dans le système de soins haïtien, telles que, les assistants sociaux, les puéricultrices. De plus, les spécialistes des soins périnatals -obstétriciens, sages-femmes, psychologues, échographistes, etc.- en nombre réduit sont concentrés dans la capitale. Toutefois, cela n'empêche pas de construire un réseau de soins avec les catégories professionnelles existantes. Il serait judicieux d'associer les accoucheuses traditionnelles qui offrent des soins de proximité dans les zones reculées.

III.2.3.3- La démarche qualité

La démarche qualité du réseau MYPA est fondée essentiellement sur la formation des prestataires de soins, et l'information des bénéficiaires pour une meilleure prise en charge de la grossesse et de ses suites. Ce sont deux axes importants dans la conception d'un projet de santé pour obtenir des résultats prometteurs. Si les professionnels de santé sont bien formés et les usagers bien informés des services offerts par le système, l'amélioration de la santé de la communauté serait alors importante.

Les responsables de santé en Haïti assurent la formation continue pour améliorer les compétences des professionnels de santé, mais l'information et l'éducation des femmes enceintes et de leur famille demeurent de loin l'objectif à atteindre. En effet, les moyens de communication limités, l'analphabétisme élevé sont autant de facteurs contraignants. L'utilisation de moyens locaux en collaboration avec la communauté et des nouvelles technologies de communication permettra d'atteindre le maximum de familles.

Le but essentiel de l'organisation des réseaux périnatals en établissements de niveaux I, II et III en fonction de leur capacité de prise en charge des complications néonatales est de réduire le risque de mortalité des prématurés. En Haïti, comme dans les autres pays à ressources limitées, les interventions pendant la grossesse sont surtout orientées de manière à réduire la morbidité et la mortalité maternelle qui constituent un problème de santé publique.

III.2.3.4- La participation des bénéficiaires

Le processus d'action de la prise en charge des programmes ne peut se faire sans la participation des personnes pour lesquelles ceux-ci ont été conçus. N'étant plus considérés comme sujets à soigner uniquement, mais plutôt comme acteurs de leur propre santé, les bénéficiaires du réseau participent activement à différentes étapes des interventions. Dans certaines régions en Haïti, des groupements communautaires, des clubs de mères ont déjà prouvé leur capacité à s'approprier les activités pour l'amélioration de leur santé. Des actions concrètes en terme de formation et d'éducation pourraient les motiver, à être partie prenante des actions de santé. En effet, leur forte contribution et leur influence dans certaines prises de décision, orienteraient mieux la mise en place et la pérennité de ces actions de santé, ainsi que leur évaluation.

III.2.3.5- Le multipartenariat

Les limites financières de l'Etat haïtien constituent souvent une barrière pour l'atteinte de certains objectifs de santé. Il est toujours possible de créer un partenariat avec le secteur privé pour permettre de trouver d'autres sources de financement pour l'exécution d'interventions de santé. Il suffit de les rassurer de ce qu'on peut leur offrir et savoir exprimer tout ce qu'on escompte en retour pour un meilleur impact des interventions.

Dans les Yvelines, en dehors des supports financiers des organismes de l'Etat -Conseil Général des Yvelines, ARH/URCAM-, grâce à l'intervention des responsables du réseau, les laboratoires pharmaceutiques participent aux dépenses des journées de formation des professionnels et de rencontre avec les usagers. Le projet d'un plaidoyer auprès des industries est en perspective, afin de trouver d'autres sources de financement

pour couvrir les dépenses du réseau. Le support financier de certaines institutions privées en Haïti à certaines activités est garant de la possibilité d'établir un partenariat avec ces entreprises. Il permet aussi d'exploiter le privilège qu'ils peuvent offrir pour atteindre le maximum de femmes enceintes par des services de qualité. De plus, la présence des organisations non gouvernementales en Haïti, ayant pour cible la population des femmes est à profiter.

III.2.3.6- Gestion des informations épidémiologiques

Six ans après la création du réseau périnatal des Yvelines, il ne dispose pas de données épidémiologiques pour évaluer l'impact des interventions sur la santé maternelle et infantile. Comme nous l'avons vu dans la présentation du réseau, l'évaluation quantitative n'était pas possible en 2003, bien que les différents établissements de soins disposent respectivement des informations pour les patients pris en charge. Les différents indicateurs n'étant pas communs à toutes les maternités, d'où la faiblesse du réseau. Les différents rapports consultés n'ont pas présenté un modèle d'évaluation. Le développement d'un outil informatique étant en cours, aucun autre dispositif n'est mis en place entre temps pour la collecte des données. L'auto-évaluation du réseau de 2006 ne fait pas toujours état de l'impact du réseau sur la santé maternelle et néonatale, elle montre les avancées du réseau en matière d'organisation des services et soins. Cette évaluation est réalisée à partir du document de référence de l'ANAES.

L'un des plus grands problèmes en Haïti est aussi la capacité d'évaluation et de suivi des interventions de santé. Il est souvent difficile de décrire la vraie situation de la morbidité et de mortalité maternelle. Bon nombre des interventions menées par le Ministère de la Santé ou des organismes locaux ou internationaux ne sont pas évaluées.

CHAPITRE IV : PROJET D'UN RÉSEAU DE SOINS PRÉNATALS DANS UNE UCS DU DÉPARTEMENT DU SUD D'HAÏTI

Le référentiel MYPA a été choisi à partir d'un constat fait sur la prise en charge des soins prénatals en Haïti, et l'issue défavorable de la grossesse chez une partie non négligeable des femmes. L'étude de la mise en œuvre du réseau et de ses stratégies d'intervention nous a permis de faire une synthèse, et enfin proposer des actions concrètes à entreprendre en Haïti. Pour atteindre l'objectif fixé dans cette étude, nous allons appliquer le projet de création d'un réseau de soins prénatals dans une zone pilote de la République d'Haïti. Etant donné que nous avons travaillé dans le département du Sud et que nous en avons l'expérience des réalités socio-économique et organisationnelle, le projet sera implanté dans une UCS de ce département. Il pourra être ensuite évalué et élargi dans toutes les UCS du département et sur tout le territoire du pays.

IV.1- Contexte socio-sanitaire du département du Sud

La situation de la santé maternelle dans le département du Sud n'est pas différente de celle du reste du pays. On y retrouve les mêmes réalités socio-économiques et culturelles, ainsi que les mêmes faiblesses du système de santé en matière de couverture des soins maternels. Pour les 770 881 habitants du département (Recensement 2004), quatre hôpitaux, 22 centres de santé et 43 dispensaires sont disponibles. Ces structures sont regroupées en six unités communales de santé coiffées par un hôpital départemental. Les six UCS du département du Sud sont représentées dans l'**annexe V**.

Des programmes de nutrition coordonnés par des organisations non gouvernementales sont mis en œuvre dans quelques zones rurales. Le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant du MSPP en collaboration avec certains partenaires internationaux (FHI, USAID, UNICEF) est localisé dans trois centres du département. Il n'existe pas d'interventions spécifiques destinées aux femmes enceintes. Par conséquent, on observe les situations suivantes⁵ :

- 23% des femmes du département du Sud n'ont eu aucun contact avec un professionnel qualifié pendant la grossesse ;

⁵ Source: service des statistiques et des ressources humaines du bureau sanitaire départemental sud, 2004

- 29% des femmes n'ont pas reçu une dose de vaccin antitétanique ;
- les accouchements continuent à se faire à domicile (91%), le plus souvent par une accoucheuse non entraînée ou par un parent.

En effet, certaines femmes arrivent à l'hôpital départemental à un stade tardif des complications et meurent avant la fin des 48 heures d'hospitalisation. Il est important de signaler le sous effectif en personnels qualifiés des structures d'accueil : la plupart des médecins et des infirmières en fonction, est affectée à près de 60% au chef lieu du département : les Cayes. L'**annexe VI** présente la distribution des professionnels dans le département sanitaire du Sud.

IV.2- Intérêt et faisabilité du projet

Les femmes représentent un moteur important de l'économie haïtienne. Elles constituent globalement 47,8% de la population active. Même si elles sont minoritaires dans tous les secteurs d'activités génératrices de revenu, dans le commerce, elles sont en position très dominante (85%) (PNUD, 2002). Pourtant, dans le contexte socio-économique et politique actuel d'Haïti, la santé des femmes ne fait que s'aggraver. Les complications maternelles représentent la deuxième grande cause de mortalité chez les femmes. En effet, des interventions pertinentes et efficaces doivent être entreprises pour améliorer la prise en charge de la grossesse, afin de contribuer à la croissance économique et sociale du pays, basée en grande partie sur les femmes.

Toutes les interventions du réseau périnatal des Yvelines convergent vers la prise en charge du couple mère-enfant de son bassin de desserte, en amont et en aval de la grossesse y compris la prise en charge du nouveau-né. Les capacités, tant en ressources humaines que matérielles disponibles dans le réseau périnatal des Yvelines, sont de loin supérieures à celles existant en Haïti. Le profil et la démographie pour chaque catégorie de professionnels acteurs du réseau sont différents. La performance technique des structures sanitaires est limitée en Haïti. Donc, il est difficile d'adapter à la lettre le référentiel des Yvelines en Haïti.

En dépit de ces disparités organisationnelles, nous allons accommoder les mécanismes d'organisation et de fonctionnement du réseau des Yvelines à une organisation des soins prénatals en réseau dans une UCS du Sud d'Haïti. Les contextes

socio-économique et d'organisation des soins dans le département seront pris en compte.

Le projet de soins prénatals en réseau que nous proposons aura sans doute des répercussions positives sur l'issue de la grossesse et de la réduction des risques liés aux conditions de l'accouchement -assistance d'un professionnel qualifié ou dans une structure équipée-.

L'existence des UCS en Haïti est un atout pour instituer le réseau de prise en charge des femmes enceintes en Haïti. Le Ministère de la Santé, ayant déjà fait de la santé maternelle une priorité, un plaidoyer auprès des représentants du Ministère, des élus et des partenaires financiers, avec des arguments valables prouvera l'importance de diriger des interventions spécifiques à la santé maternelle. Avec l'aide de l'association des professionnels et de l'appui de la communauté, la prise en charge des femmes enceintes sera admise comme une priorité à ne pas négliger pour obtenir les financements nécessaires au développement des activités.

Dans la lutte contre le VIH/SIDA dans le département du Sud, il est mis en place dans plusieurs établissements de soins, toute une équipe formée et motivée pour les différentes étapes de la prise en charge: du dépistage de l'infection jusqu'à l'accompagnement de la personne malade. Il est donc probable que la création d'un réseau de soins prénatals à l'intérieur du système des UCS ait un succès.

IV.3- Objectifs à atteindre

Objectif final

Assurer à 75% des femmes du département du Sud d'Haïti, une accessibilité aux soins prénatals d'ici 2012.

Objectifs opérationnels

- Créer un réseau de professionnels de santé représentant 100% des structures sanitaires et 80% des accoucheuses traditionnelles d'une UCS du département ;
- Impliquer les communautés couvertes par l'UCS dans la mise en place du réseau ;

- Offrir des services et des soins prénatals continus et de qualité à 75% des femmes enceintes de l'UCS

IV.4- Stratégies de mise en place et activités

Pour concrétiser le projet de mise en place d'un réseau prénatal en Haïti, il est nécessaire de réunir en association les prestataires de soins représentant les différentes structures privées et publiques de l'UCS dans laquelle le projet sera lancé. Cette démarche associative est fondamentale pour la création du réseau.

Reste à convaincre les professionnels de santé toutes disciplines confondues, les autorités régionales et nationales du MSPP ainsi que les accoucheuses traditionnelles auxquelles les familles font le plus souvent appel. En effet, ces dernières offrent l'avantage de la proximité avec les patientes. Il serait judicieux de les intégrer au projet de santé périnatal et leur proposer les formations nécessaires pour conseiller et orienter les femmes vers des professionnels qualifiés avant l'apparition des complications.

Dans un esprit de partenariat, nous mettrons en place des dispositifs pour travailler en collaboration avec les programmes de promotion de la santé périnatale tels que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME).

IV.4.1- Propositions pour la mise en place du réseau

La mise en place d'un réseau de soins prénatals dans une UCS du département du Sud d'Haïti nécessite l'intervention de l'État haïtien -à travers le MSPP-, des Organisations Non Gouvernementales et des professionnels des structures sanitaires. Pour mener à bien les activités du réseau qui sera mis en place, un plaidoyer sera conduit auprès de tous les éventuels promoteurs identifiés. Dans la partie qui suit, il est décrit les responsabilités des différents acteurs auprès des quels le plaidoyer sera mené.

1- Responsabilités de l'État : organisme régulateur et coordonnateur

- *Dotation des structures sanitaires en professionnels qualifiés*

Pour palier au manque de professionnels de santé disponibles dans les structures sanitaires et assurer la continuité des soins, nous proposons quelques actions. Il s'agit

d'augmenter à deux ans la durée du service social des médecins et des infirmières⁶ ; d'augmenter le nombre de sages-femmes formées, et de développer des stratégies pour encourager ces dernières, les médecins et les infirmières à travailler dans les zones reculées -avantages sociaux, possibilité de promotion-. La formation pour la prise en charge globale de la grossesse doit être renforcée dans leur cursus de formation.

➤ ***Institutionnalisation des cliniques mobiles***

Les maternités du réseau MYPA organisent une stratégie de suivi à domicile. Les sages-femmes prennent en charge les femmes dont le cas n'exige pas une hospitalisation mais mérite une surveillance soutenue. A cause du nombre restreint de professionnels disponibles en Haïti, il n'est pas évident de pouvoir appliquer immédiatement cette méthode au niveau des institutions, mais on pourrait s'en inspirer. En effet, rester dans les centres à attendre que les femmes et les familles, viennent vers les professionnels est illusoire. Il serait plus judicieux d'aller vers les populations en organisant avec le concours des communautés, des cliniques mobiles à des postes de rassemblement. Dans plusieurs pays à ressources limitées, ce moyen d'atteindre les populations les plus défavorisées, pour leur apporter des soins de santé de base est pratiqué par des organismes internationaux. Par exemple, l'International Child Care en Haïti et en République dominicaine, Médecins Sans Frontière au Maroc. Certaines institutions privées à but non lucratif en Haïti utilisent aussi cette stratégie.

La clinique mobile est une médecine mobile au profit des populations rurales non desservies par les structures fixes du Ministère de la Santé. Pour les populations rurales, ces structures sont indispensables en terme de soins de santé. Ces visites semblent être la seule occasion qu'elles aient de rencontrer des professionnels de la santé (Médecins sans Frontières, 2003). Cet avantage des cliniques mobiles a été prouvé au Maroc (Sidani R, 2004).

En Haïti, des cliniques mobiles dans les zones rurales reculées, dépourvues de services de santé pourraient être institutionnalisées. En effet, une telle intervention alourdira certainement les dépenses publiques vu le contexte de faible budget de santé -embauche de nouveaux professionnels, achat de matériels médicaux adaptés et de moyens de transport-. Dans ce cas, il faut peser le risque que comporte l'abandon total

⁶ Le service social est obligatoire pour l'obtention de la licence professionnelle. Les diplômés sont habituellement affectés dans des centres reculés du pays.

de la santé des femmes des zones reculées, par rapport à l'avantage que représente la réduction du risque de complications handicapantes et de décès précoces, liés à des affections susceptibles d'être prévenues par de simples interventions. L'État pourrait tirer meilleur parti des cliniques mobiles d'un bon rapport coût/efficacité.

➤ ***Mise en place d'un système d'appui financier pour les femmes enceintes***

Contrairement à la situation de la France, l'accessibilité aux soins médicaux n'est pas un acquis pour tous en Haïti. Ainsi, le système de mutuelle assurance santé serait un apport significatif pour les populations les plus déshéritées, et permettrait le paiement des soins périnatals. L'État doit tout mettre en œuvre pour créer un partenariat public-privé pour le développement des mutuelles de santé. Il doit prévoir une politique adaptée pour que ces structures soient orientées dans l'intérêt des plus pauvres.

Le dynamisme des tontines traditionnellement répandues en Haïti, constituerait sans doute un facteur favorable à la mise en place d'un tel projet de prise en charge solidaire des dépenses de santé pendant la grossesse. La possibilité de collecter des contributions en nature auprès des familles démunies financièrement, mais possédant des biens, n'est pas à écarter.

Des facteurs d'ordre économique influencent la décision des femmes de se rendre auprès d'un personnel qualifié à temps. C'est pourquoi, des activités génératrices de revenus doivent être aussi envisagées pour remédier à ce facteur limitant. Comme exemple d'activité, il est possible de développer la production et la commercialisation d'aliments de complément -AK-1000⁷ par exemple- à base de produits locaux. Cette activité permettra non seulement d'augmenter le revenu des familles, mais aussi contribuera à assurer un apport alimentaire équilibré aux femmes enceintes et aux enfants. Ces activités peuvent être développées grâce à l'appui financier des organismes de microfinance, avec lesquels l'État travaillera en partenariat.

- L'État à travers les autorités règlementaires doit créer un système juridique qui permettra que la protection des femmes enceintes soit assurée. Il doit faire voter des lois en matière de l'accès des femmes aux soins obstétricaux et dans le cadre

⁷ Supplément alimentaire préparé en Haïti, à partir de deux portions de céréales et une portion de légumineuse.

du travail. Aussi, il sera important de développer une politique pour les faire respecter.

2- Responsabilités des ONG

Certaines interventions nécessitent la présence des organisations non gouvernementales qui, en partenariat avec le MSPP, jouent un rôle important sur le terrain. Par exemple, la formation des professionnels, l'information, l'éducation et la communication (IEC) des populations, l'approvisionnement des centres en médicaments, en matériels et en fournitures de soins.

➤ *Formation des professionnels et la promotion de l'information*

Les ONG travaillant dans le domaine de la santé maternelle peuvent continuer à travailler en partenariat avec le MSPP, pour renforcer les capacités professionnelles. Les interventions doivent aussi mettre l'accent sur l'élaboration de programmes d'information et d'éducation des familles dans toutes les zones urbaines et rurales. A long terme des stratégies éducatives auprès des jeunes scolarisés, sur l'importance du suivi prénatal, devraient porter des fruits.

Les actions des ONG peuvent aussi toucher les leaders des communautés et tous ceux qui travaillent en parfaite collaboration avec elles. Cela permettra de donner des informations de proximité qui produiront plus tard un changement de comportement et développera l'intérêt des femmes et des familles pour les soins pendant la grossesse.

3- Responsabilités des professionnels : préalables à la mise en place du réseau

Beaucoup d'actions de santé ne peuvent être effectives que grâce à l'organisation des professionnels de santé. Ces derniers sont continuellement sur le terrain, ils sont mieux informés des vrais problèmes des femmes enceintes et sont plus susceptibles d'aider à répondre à certaines attentes des populations. Dans cette partie il est développé les stratégies à mettre en place pour l'implantation du réseau de SPN.

➤ *Création d'une association des professionnels*

L'exemple du réseau MYPA, en tant qu'association d'établissements publics et privés, des cabinets de ville pourrait être profitable à la mise en place d'organisations

fonctionnelles entre les acteurs de santé en Haïti. Une telle organisation avec la motivation des professionnels permettrait de mieux valoriser les potentialités disponibles. Lorsque le niveau total d'investissement financier est limité, le fait de travailler de concert et de regrouper les ressources peut avoir un impact plus important (Sines E, Tinker A, Ruben J, 2006). De plus, on sait que la solidarité entre toutes les parties prenantes, en faveur d'une amélioration de la santé, offre la possibilité d'accomplir de nombreux progrès. En effet, dans un contexte de faible budget pour les dépenses de santé en Haïti, le regroupement des professionnels améliorerait l'organisation des services de soins prénatals. Il faudrait développer le dialogue, promouvoir la coopération entre les professionnels de l'UCS afin de mieux mutualiser les moyens disponibles pour atteindre les objectifs définis.

Contrairement au réseau MYPA constitué essentiellement de spécialistes de la périnatalité, celui que nous proposons sera composé d'agents de santé polyvalents. Ces agents de santé constitueront des groupes de pression influents, sensibiliseront l'opinion publique et feront des propositions de lois auprès des pouvoirs judiciaire et exécutif en faveur de la santé maternelle. Cette association des professionnels contribuera aux efforts du système national de santé dans la lutte pour une meilleure issue de la grossesse.

En effet, si les professionnels de santé sont motivés à travailler ensemble dans un esprit de coopération, ils mettront en commun leurs capacités pour faire face aux problèmes d'accessibilité aux soins de la grossesse. Cela facilitera la redistribution des compétences, des services et moyens, et contribuera à répondre aux besoins ressentis, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

➤ ***Elaboration de protocoles de suivi***

Nous proposons la rédaction de protocoles de pratique médicale selon les normes scientifiques par les professionnels des institutions. Ces protocoles seront rédigés en relation avec les plus grandes causes de mortalité maternelle : la toxémie gravidique, les anémies, les hémorragies de la grossesse et les infections puerpérales. En attendant l'adoption de résolution pour le renforcement des capacités des professionnels travaillant autour de la périnatalité et des capacités techniques des structures sanitaires, nos interventions seront limitées à ce niveau. Tenant compte des espoirs d'ouverture

économique pour Haïti, il faut garder en perspective l'idée de former les professionnels et d'élaborer des référentiels pour une surveillance globale de la périnatalité.

➤ ***Choix de relais communautaires constitués d'accoucheuses traditionnelles***

Les accoucheuses traditionnelles constituent une catégorie importante de professionnels, dans la prise en charge de la majorité des grossesses en Haïti. C'est pourquoi ces dernières doivent servir de relais entre les populations reculées et les professionnels des centres de santé. Il faudra les identifier, les recruter et utiliser les moyens pour les motiver. En effet, elles peuvent aider à dépister précocement certaines complications, à orienter et accompagner les femmes vers un centre équipé. Grâce à des sessions de formation à leur intention, elles seront également aptes à offrir une assistance conseil auprès des femmes en quête de soins de proximité, de planifier en collaboration avec d'autres leaders les journées de communication ou de clinique mobile.

Un système de communication permanent, établi avec les relais, permettra d'assurer l'évacuation rapide des femmes en danger. Il est envisageable de leur remettre un téléphone portable, pour alerter le service ambulancier de l'UCS, en cas de besoin de transfert d'urgence d'une femme enceinte.

➤ ***Implication des représentants locaux et promotion de la participation communautaire***

Pour la mise en place de ce projet de santé publique, l'association des professionnels doivent instaurer un dialogue avec les différentes communautés : il faut leur donner la possibilité d'exprimer leurs besoins. C'est pour cela que les élus locaux et les agents communautaires sont des partenaires précieux dans l'élaboration et la planification des interventions.

Ils pourront :

- transmettre les souhaits de la population en terme de santé
- orienter le choix des décideurs
- participer sur le terrain à l'élaboration des projets
- mobiliser et susciter l'adhésion des communautés.

L'association des professionnels élaborera un plan d'actions pour la prise en charge des femmes enceintes. Ce plan mettra l'accent sur la mise en place d'un programme d'entretien prénatal associé à des soins dès le début de la grossesse pour toutes les femmes enceintes. Il s'agira d'un entretien avec la femme enceinte vu sur un plan médico-social. Les objectifs seront de formaliser les antécédents de la femme, intervenir pour canaliser les femmes enceintes tout en leur apportant le support social, économique nécessaire. Au cours de cet entretien, la sage-femme, le médecin, l'infirmière ou l'auxiliaire essayera de diagnostiquer le niveau de risque médical de la femme, afin de l'orienter vers l'échelon approprié de la pyramide sanitaire pour le suivi de sa grossesse et pour son accouchement. L'adhésion et la collaboration des agents communautaires et des accoucheuses traditionnelles, proches des populations permettront de réduire le nombre de perdues de vue.

A partir des responsabilités qu'auront les professionnels nous avons matérialisé notre projet de mise en place d'un réseau de soins prénatals dans une UCS du département du Sud d'Haïti. Dans le cadre logique, il est consigné l'apport de chacun des acteurs pour que ce projet soit effectif.

IV.4.2- Ressources

Pour atteindre nos objectifs opérationnels, nous avons déterminé les ressources humaines et matérielles dont nous aurons besoin pour réaliser les activités. Toutefois, le budget pour la mise en œuvre de ces interventions n'a pas été élaboré. Nous attendons d'être sur place pour calculer le montant à mobiliser pour le démarrage et le suivi de ce projet, puisqu'il faudra tenir compte des réalités socio-économiques existantes en Haïti.

IV.4.3- Rôles

La **Figure 7** représente l'organigramme du réseau de soins prénatals proposé, avec les différents acteurs. La méthode participative est recommandée pour le fonctionnement de cette structure afin de rapprocher les points de vue de chacun des acteurs.

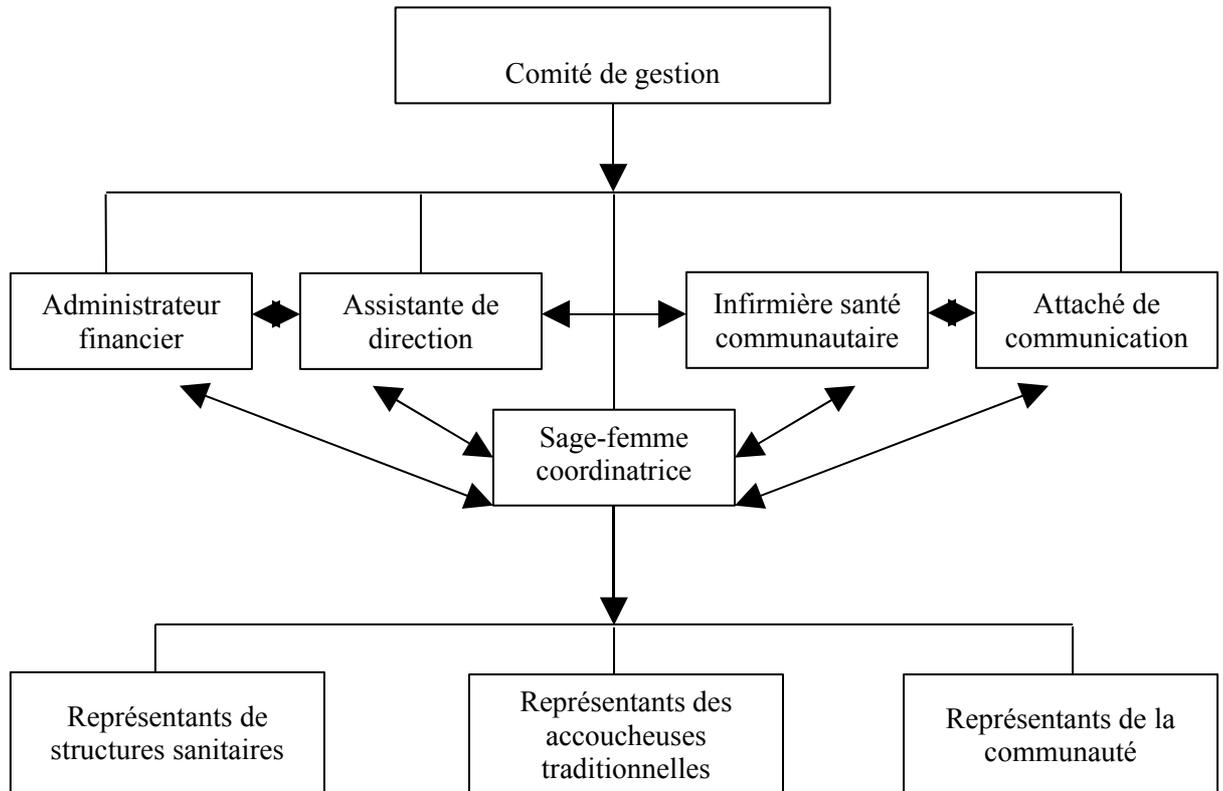


Figure 7 : Organigramme du réseau de soins prénatals proposé

Le réseau de soins prénatals sera dirigé par un comité de gestion. Il sera composé d'un président, d'un secrétaire et d'un trésorier qui assureront ensemble l'administration du réseau. Il nommera les membres de l'équipe de coordination et travaillera en parfaite collaboration avec eux.

L'équipe de coordination sera formée d'une sage-femme coordinatrice, d'une infirmière en santé communautaire, d'un administrateur financier, d'une assistante de direction, d'un attaché de communication. Elle coordonnera toutes les activités, maintiendra les liens entre les membres du réseau et les liens avec certains partenaires externes. Ils seront les maîtres d'œuvre de tous les programmes d'intervention. La sage-femme se chargera de la coordination des représentants de chaque sous groupe du réseau -professionnels, accoucheuses traditionnelles et communauté-.

Les responsabilités de chaque membre de l'équipe dirigeante sont décrites dans le tableau suivant (**Tableau VI**).

Tableau VI: Termes de références des acteurs du réseau de soins prénatals proposé

COMITÉ DE GESTION	
Fonctions	Responsabilités
Président	-Présider et animer les différentes réunions -Maintenir les relations avec les autorités politico-administratives -Entretenir les relations avec les partenaires financiers -Représenter le réseau dans les rencontres externes
Secrétaire	-Rédiger les procès verbaux des réunions -Remplacer et représenter le président en cas d'absence
Trésorier	-Gérer les finances du réseau -Signer avec le président les chèques à délivrer -Présenter le rapport financier dans les réunions d'évaluation
ÉQUIPE DE COORDINATION	
Sage-femme coordinatrice	-Programmer et coordonner la formation des professionnels, l'information et l'éducation du public -Préparer et présider les réunions avec les représentants des structures du réseau -Former, coordonner et superviser les équipes de travail sur les protocoles de pratiques médicales -Effectuer le rapport des activités menées -Planifier les activités médicales (cliniques mobiles) -Rapporter les projets au comité de gestion
Infirmière en santé communautaire	-Collecter, traiter les données épidémiologiques de santé maternelle et néonatale de chaque structure sanitaire -Participer à la formation des professionnels et à l'IEC des communautés -Préparer les rapports statistiques mensuels et les acheminer aux autorités concernées
Attaché de communication	-Dresser les plans de communication -Présider les réunions de communication -Assurer la liaison réseau - média
Administrateur comptable	-Entretenir le cahier comptable du réseau -Gérer les dépenses (salaires, dépenses pour les formations, les cliniques mobiles, immobiliers, matériels de bureau factures, etc.) -Planifier les assemblées générales du réseau
Assistante de Direction	-Conserver les archives -Planifier avec les responsables les réunions avec les membres -Communiquer les informations aux membres du réseau
REPRÉSENTANTS DES STRUCTURES	
-Représenter la structure membre du réseau dans laquelle ils travaillent -Proposer des projets -Participer à la réalisation des interventions -Participer à l'évaluation des projets	
ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES	
-Assister les femmes des régions inaccessibles, les accompagner au centre de référence -Préparer avec les agents communautaires la logistique pour les cliniques mobiles -Informé le central du réseau en cas d'urgence -Aider à la collecte des données épidémiologiques	
REPRÉSENTANTS COMMUNAUTAIRES	
-Présenter les attentes des femmes au réseau -Participer à l'évaluation du réseau	

Tableau VII : Cadre logique

Objectifs	Stratégies	Activités	Ressources	Indicateurs	Hypothèses/Risques
<p>Impliquer les communautés dans la mise en place du réseau</p> <p>Créer un réseau de professionnels de santé représentant 100% des structures sanitaires d'une UCS du département du Sud</p>	<p>Motivation des leaders communautaires et des autorités locales</p> <p>-Plaidoyer auprès des professionnels de santé de l'UCS et des autorités locales du MSPP</p> <p>-Création d'un partenariat avec les groupements communautaires</p> <p>-Création des organes de gestion des activités du réseau</p>	<p>Rencontre avec les autorités territoriales et les chefs de quartier</p> <p>-Rédaction et distribution de lettres de communication</p> <p>-Réunions d'information, de communication et de sensibilisation</p> <p>-Identification des organisations locales (club de mères, associations communautaires)</p> <p>-Election d'un comité de gestion</p> <p>-Recrutement des bénévoles pour la coordination des activités du réseau</p>	<p>1 attaché de communication</p> <p>Médecins</p> <p>Infirmières sages-femmes</p> <p>Infirmières</p> <p>Auxiliaires de soins de l'UCS</p> <p>Direction du MSPP</p> <p>1 Infirmière sage-femme</p> <p>1 Administrateur/comptable</p> <p>1 Assistante de direction</p> <p>1 Médecin épidémiologiste</p> <p>1 responsable de communication</p> <p>Un local pour bureau</p> <p>Matériels de bureau et d'informatique (téléphone, ordinateur,...)</p> <p>Frais immobilier</p> <p>Disponible : comité de gestion du réseau</p> <p>Mobilisable : 1 juriste</p> <p>Disponibles : MSPP</p> <p>Mobilisables : ONG du terrain (FHI, UNICEF, OPS/OMS, USAID)</p>	<p>-Niveau de collaboration des autorités locales</p> <p>-Pourcentage de structures représentées aux réunions</p> <p>-Niveau de collaboration des leaders communautaires</p> <p>-Nombre d'associations communautaires recrutées</p> <p>-Existence d'un comité de gestion</p> <p>-Nombre de commissions communautaires créés</p> <p>-Nombre de salariés recrutés</p> <p>-Existence d'un local équipé</p> <p>-Existence d'un document de référence</p> <p>-Promulgation d'une loi sur les réseaux de soins maternels</p>	<p>-Manque d'adhésion des autorités locales</p> <p>-Manque d'adhésion des responsables et de certains professionnels</p> <p>-Manque de motivation des leaders communautaires</p> <p>-Manque de motivation des communautés</p> <p>-Manque de financement</p> <p>-Absence de lois régulant les soins en réseaux en Haïti</p>
	<p>-Formalisation des activités du réseau</p> <p>-Identification et recherche de sources de financement pour les dépenses du réseau</p>	<p>-Rédaction des documents de gestion du réseau</p> <p>Proposition aux autorités juridiques d'une loi favorisant les soins maternels en réseau</p> <p>-Demande de fonds pour la mise en œuvre du projet aux différentes ONG travaillant dans le domaine de la santé maternelle</p>			

Objectifs	Stratégies	Activités	Ressources	Indicateurs	Hypothèses/Risques
Offrir des services et des soins prénatals continus et de qualité à 75% des femmes enceintes de l'UCS	<p>-Renforcement des capacités des professionnels</p> <p>-Elaboration de protocoles adaptés aux soins à offrir</p> <p>-Mise en place de relais communautaires constitués d'accoucheuses traditionnelles</p> <p>-Organisation mensuelle d'une clinique mobile dans les zones privées d'un service de santé</p> <p>-Accès des femmes enceintes prises en charge aux médicaments</p>	<p>-Formation continue des professionnels de santé</p> <p>-Constitution des équipes de travail par catégorie de soins à offrir</p> <p>-Offre de soins prénatals adaptés aux besoins des femmes de l'UCS</p> <p>-Identification, recrutement et formation des accoucheuses traditionnelles</p> <p>-Identification des postes de rassemblement</p> <p>-Mobilisation des professionnels de l'UCS</p> <p>-Evaluation des besoins et approvisionnement en médicaments</p>	<p>Disponibles : Formateurs du MSPP Médecins et Inf. S-F</p> <p>Mobilisables : Formateurs des ONG du terrain</p> <p>Disponibles : Médecins, Infirmière, Infirmières sages-femmes, auxiliaires, des établissements de l'UCS</p> <p>A investir : -Matériels et fournitures de soins</p> <p>Mobilisables : Accoucheuses traditionnelles, agents communautaires</p> <p>A investir : 1 voiture + carburant 1 chauffeur Infirmières, sages-femmes, médecins supplémentaires</p> <p>-Médicaments de premier recours, Suppléments</p>	<p>-Nombre de séances de formation organisées et de structures sanitaires représentées</p> <p>-Nombre de protocoles de soins élaborés</p> <p>-Proportion de femmes enceintes prises en charge dans l'UCS</p> <p>-Nombre d'accoucheuses traditionnelles relais choisi et formé</p> <p>-Nombre de zones reculées bénéficiant d'une clinique mobile par mois</p> <p>-Disponibilité des médicaments pour les besoins des femmes enceintes</p>	<p>-Faible budget du MSPP</p> <p>-Absence de professionnels qualifiés dans les zones reculées</p> <p>Résistance des A.T</p> <p>-Manque de financement -Intempéries (pluie, voies routières impraticables)</p> <p>-Manque de financement -Rupture de stock au niveau du centre d'approvisionnement en médicaments</p>

Objectifs	Stratégies	Activités	Ressources	Indicateurs	Hypothèses/Risques
<p>Offrir des services et des soins prénatals continus et de qualité à 75% des femmes enceintes de l'UCS (suite)</p>	<p>-Assure le transport des femmes en cas d'urgence</p> <p>Création d'une base de données centralisée</p> <p>Evaluation de la situation maternelle</p>	<p>-Formation des professionnels sur le système d'information sanitaire</p> <p>-Formation des accoucheuses traditionnelles</p> <p>Collecte des données épidémiologiques maternelles et néonatales dans le territoire de l'UCS</p>	<p>Disponible : Ambulance de l'UCS</p> <p>A investir : Téléphones portables, carburant</p> <p>Disponibles : Professionnels des structures sanitaires Cabinets privés Accoucheuses traditionnelles Inf. en santé communautaire Dossiers papiers communs Cahiers de notification des cas</p>	<p>-Nombre de transfert assuré par le réseau</p> <p>-Nombre de séances de formation organisées</p> <p>-Existence d'une base de données centralisée au réseau</p> <p>-Lieu d'accouchement des femmes suivies</p> <p>-Pourcentage de morbidité maternelle grave enregistré</p> <p>-Pourcentage de mortalité maternelle enregistré</p>	<p>-Voies routières inaccessibles</p> <p>-Absence d'électricité à proximité pour recharger les portables</p> <p>-Enregistrement incomplet du dossier des patientes</p>

Calendrier du projet de mise en place d'un réseau de soins prénatals dans une UCS du département du Sud d'Haïti

Echéancier : Décembre 2008

Activités	Année 1												Responsables/Rôles
	Trimestre 1			Trimestre 2			Trimestre 3			Trimestre 4			
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	
Rédaction et distribution de lettres de communication aux professionnels													Chef de projet :
Présentation du projet aux autorités locales de santé													
Organisation de réunions de communication et d'information avec les professionnels													
Election d'un comité de gestion													
Recherche de financement pour le projet													Comité de gestion
Nomination des salariés du réseau													Comité de gestion
Rencontre des autorités territoriales, des chefs de quartier,													Coordination
Création des commissions communautaires													Coordination
Identification des organisations locales (club de mères, etc.)													Infirmière sage-femme
Identification et recrutement des accoucheuses traditionnelles													
Proposition aux autorités judiciaires d'une loi légalisant le réseau													Comité de gestion
Rédaction des règlements internes du réseau													Comité de gestion
Formation continue des professionnels de santé de l'UCS													Infirmière sage-femme coordinatrice
Formation des accoucheuses traditionnelles													
Elaboration de protocoles adaptés aux soins à offrir													Infirmière Sage-femme coordinatrice
Evaluation et approvisionnement en matériel de soins et en médicaments													Médecin épidémiologiste
Organisation de cliniques mobiles dans les zones reculées													Infirmière sage-femme Coordinatrice
Construction d'une base de données épidémiologiques													Inf. santé communautaire
Suivi et Evaluation des activités													Comité de gestion Equipe de coordination Professionnels des structures sanitaires Communauté

NB : Après la première année pilote, les activités seront reconduites jusqu'en 2012 dans l'UCS pilote et dans les autres UCS du département

IV.4.4- Moyens de vérification

Les activités du réseau seront vérifiées à l'aide des outils suivants :

- Les rapports de réunion ;
- Le nombre de membres adhérents -structures de santé, professionnels, accoucheuses traditionnelles, associations communautaires- ;
- Les listes des présents dans chaque réunion ;
- Nombre de protocoles validés ;
- Les rapports d'activités : nombre de réunions de communication, de séances de formation continue, de séances d'IEC, de cliniques mobiles réalisées ;

IV.4.5- Ajustements

Après la mobilisation des fonds nécessaires pour le fonctionnement du réseau, le plus grand problème auquel on pourra avoir à faire face sera la résistance de certains professionnels de santé et d'une partie de la population. En effet, les accoucheuses traditionnelles qui jouent un rôle assez important auprès des populations défavorisées et qui leur offrent des soins de proximité peuvent refuser de s'intégrer dans cette démarche. Il serait important d'adopter une approche assez participative afin de les motiver et faire en sorte qu'ils s'approprient du projet. Il faudra bien démontrer la pertinence de chacun des projets afin de trouver le financement nécessaire pour leur mise en œuvre.

IV.4.6- Communication

Le projet sera orienté vers une culture de partage de l'information entre les différents acteurs pour progresser. Des réunions de discussion périodiques seront planifiées pour que les différents professionnels puissent mettre en commun leurs réflexions et faire avancer le projet. Les principales interventions seront structurées et évaluées à travers ces réunions de travail.

Les responsables maintiendront de bonnes relations avec les partenaires - accoucheuses traditionnelles, représentants de la population, fournisseurs- et avec tous les experts pouvant aider à assurer la viabilité technique de l'association.

Un discours structuré sera tenu auprès des différents partenaires financiers, les médias vont aider dans la diffusion des messages d'IEC.

IV.5- Financement du projet

Afin de garantir la pérennité du réseau et de trouver des moyens de financement pour la mise en œuvre des interventions, les organisations non gouvernementales travaillant dans le domaine de la santé maternelle en Haïti, le Ministère de la Santé Publique et d'autres bailleurs de fonds locaux, seront sollicités.

IV.6- Résultats attendus

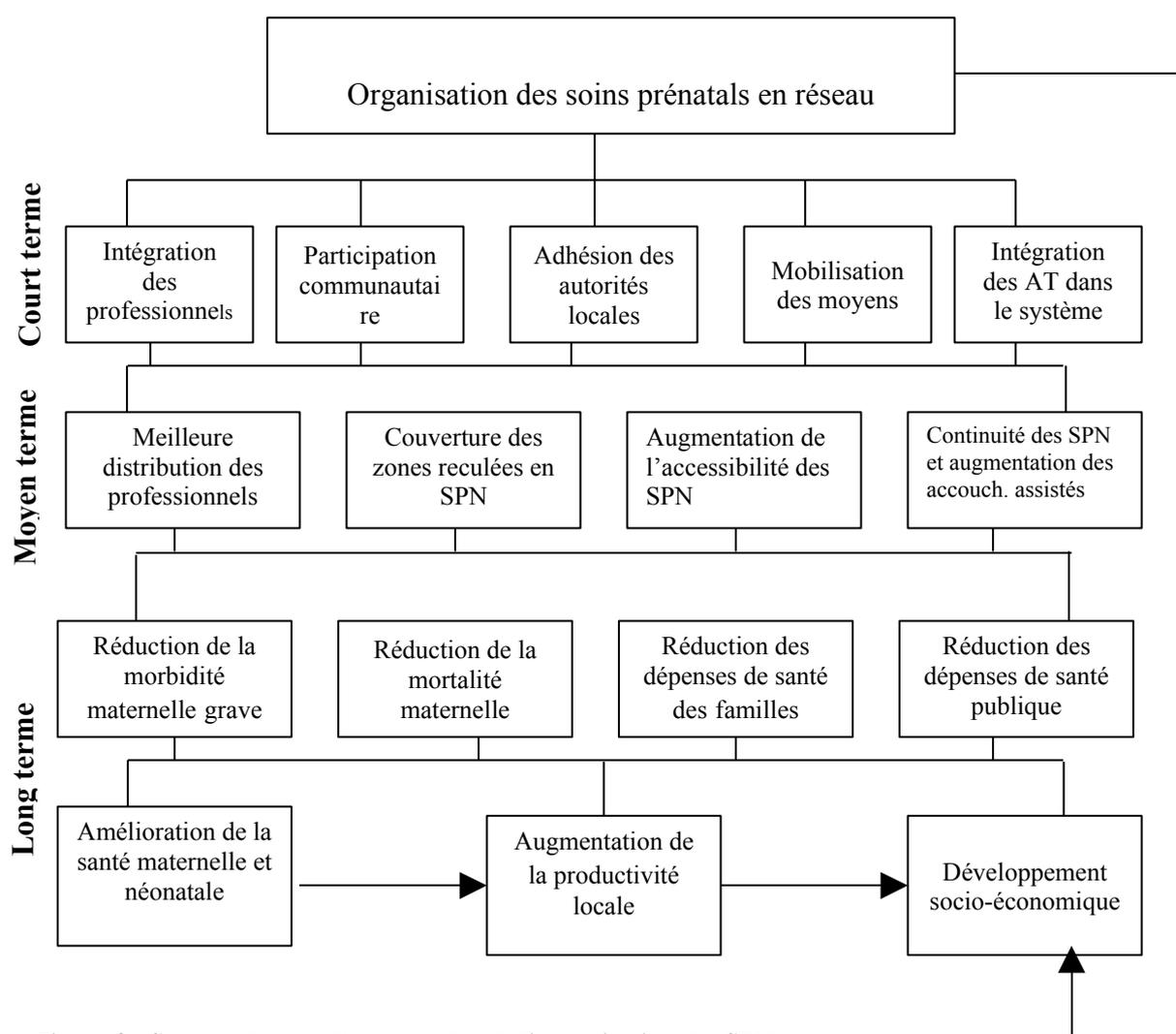


Figure 8 : Schéma des résultats attendus de l'organisation des SPN en réseau

Avec la création du réseau, il est possible d'espérer une nouvelle orientation de la prise en charge des femmes enceintes dans les UCS du département du Sud. **À court terme** Nous nous attendons à une meilleure relation interprofessionnelle, une

intégration de tous les secteurs de la communauté. À **moyen terme**, il y a lieu d'espérer, une meilleure organisation des soins qui conduira à améliorer l'accessibilité des services et des soins pour une majorité des femmes du département ainsi qu'une augmentation des accouchements assistés. Tout ceci contribuera à **long terme** à une réduction de la morbidité grave et de la mortalité maternelle et néonatale. Les femmes étant considérées comme un élément important du développement, une meilleure santé maternelle contribuera à une augmentation de la productivité locale ainsi qu'un développement socio-économique du département.

IV.7- Évaluation

Le projet sera suivi et évalué selon certains critères témoins de la bonne évolution du projet. Celui-ci sera mené sur une période déterminée dans l'UCS pilote du département du sud. Une évaluation aura lieu à mi-période afin de réajuster les interventions, une autre aura lieu en fin de programme avant de développer l'action sur tout le territoire du département. Une étude comparative entre les différentes étapes du projet pourra indiquer l'évolution et la pertinence de la création de réseaux prénatals en Haïti.

Les critères liés à l'approche de fonctionnement adoptée aux facteurs sociaux, culturels ou politiques seront pris en compte pour comprendre les enjeux, les leviers et les contraintes de la mise en place du réseau et prendre les dispositions pour les limiter. Les critères d'évaluation seront basés sur les caractéristiques suivantes du réseau:

- Sa structure : degré de mobilisation des acteurs -professionnels du privé et du public, autorités, communauté-, pertinence des objectifs au regard des besoins de la population ;
- Son organisation : coordination des professionnels, effectif disponible, formation des professionnels et des accoucheuses traditionnelles, éducation de la communauté, locaux, matériel, etc. ;
- Sa prise en charge de la grossesse : services de prévention, processus de soins et de transfert ;

- Le mode de paiement des soins : gratuits, par les familles, par une mutuelle d'assurance santé ;
- La mobilisation du personnel : sa réactivité ;
- Les résultats : morbidité maternelle, mortalité maternelle, mortalité néonatale, dépenses de santé (son efficience).

CONCLUSION

L'organisation des soins périnatals en réseau est une stratégie de santé susceptible d'améliorer l'organisation des services pour une meilleure prise en charge de la grossesse. « Le réseau périnatal des Yvelines et pays associés », le référentiel utilisé dans cette étude, réunit des professionnels médicaux et sociaux, pour une coordination des interventions en vue d'améliorer la santé périnatale, jugée précaire dans son aire d'action. Les bénéficiaires sont impliqués dans la planification et l'évaluation des projets d'intervention.

Au travers de notre étude, il était important de montrer que ce regroupement des professionnels dans les Yvelines, améliorerait la prise en charge de la grossesse. Cependant, la faible démarche évaluative a considérablement limité les capacités du réseau à mesurer l'impact de ses interventions sur la santé périnatale. Néanmoins, notre étude trouve cette approche de réseau très innovante. En effet, elle fait intervenir au sein d'une même organisation: la multidisciplinarité, le multipartenariat, la démarche qualité, pour une prise en charge globale et optimale de la femme enceinte.

En Haïti, les documents décrivant les stratégies de prise en charge de la grossesse existent, mais les actions efficaces et pérennes susceptibles de réduire la morbidité et la mortalité maternelle ne sont pas effectives. Une organisation des professionnels de santé des USC et des accoucheuses traditionnelles en réseau avec une forte mobilisation de la communauté et des ressources existantes permettraient de garantir l'accessibilité des soins prénatals et d'optimiser la prise en charge des femmes enceintes au département du Sud d'Haïti.

Toutefois, l'implantation d'une telle approche dans les UCS en Haïti sera probablement confrontée à certaines contraintes : l'absence de culture du travail en réseau, la faible implication des populations dans les décisions de santé, les limites financières du système de santé, l'engagement non explicite des autorités politiques, le contexte socio-culturel.

En adoptant une approche participative, le désir du partage des connaissances et des informations, avec tous les secteurs sensibilisés par la santé des femmes, grâce à

une cellule de professionnels organisés en réseau, il est possible de mener des actions efficaces. Il reste à mettre en œuvre les moyens organisationnels et financiers, nécessaires à la réalisation de ce projet pour garantir l'issue de la grossesse dans le Sud d'Haïti. Certes, ces interventions garantiront un meilleur accès aux soins prénatals, une amélioration de la santé des mères, des nouveau-nés et de leur qualité de vie, et à long terme l'augmentation de la productivité et la réduction de la pauvreté.

RÉFÉRENCES

- Abelson J, Eyles J. Participation du public et rôle des citoyens dans la gouvernance du système de santé canadien. Canada: Université McMaster; 2002. Report No.: ISBN 0-662-87707-1. 32 pages
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Principes d'évaluation des réseaux de santé. Paris CEDEX: ANAES; 1999. 140 pages
- Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie. La santé périnatale en 2002-2003. Evaluation des pratiques médicales. FRANCE-PERINAT/INSERM; 2004. 40 pages
- Banque Mondiale. Mortalité Maternelle. À un coup d'œil. Mai 2006 [consulté le 20 septembre 2006]; disponible sur <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/MatMortalityFrench.pdf>.
- Bastien CY, Michel D. Synthèse de l'auto-évaluation de la participation des maternités à Maternité en Yvelines. MYPA; 2003.
- Benta D. what is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organizational implication? Copenhagen: Health Evidence Network/World Health organization Europe; 2003. [Consulté le 20 Août 2006]; disponible sur <http://www.euro.who.int/Document/E82996.pdf>.
- Bessette G. Communication et participation communautaire : Guide pratique de communication participative pour le développement. Québec: CRDI; 2004.
- Bourgueil Y, Brémond M, Develay A, Grignon M, Midy F, Naiditch M, Polton D. L'évaluation des réseaux de soins. Enjeu et recommandations. Paris: CREDES/Groupe Image Ensp; Mai 2001. 73 pages
- Bréart G, Puech F, Rozé J. Plan périnatalité 2005-2007: Humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris: Direction Générale de la Santé; 2004. 42 pages
- Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. Paediatr Perinat Epidemiol. 2001; 15(1):1-42.
- Chalmers B, Mongiaterra V, Porter R. Principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal and postpartum care course. Birth. 2001; 28(3):202-07.
- Cozzarolo B, Jalon E, Sarlat G. Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville. Les enseignements des expériences étrangères. France. Ministère de l'économie des finances et de l'industrie; Mars 2003.
- Diallo S, Boye Camara Y, Mamady D, Kone K, Camara A, S. Bah. Mortalité infanto-juvénile à l'institut de nutrition et de santé de l'enfant (INSE). Médecine d'Afrique Noire. 2000; 47(12):516-9.

Enz Dia S et Ndem Goïdi S. Les accoucheuses traditionnelles contribuent à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. 2004 [consulté le 4 septembre 2006]; disponible sur <http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200403/kap01/04enz.html>.

Fonds des Nations Unies pour la Population. Etat de la population mondiale 2004 : santé maternelle. 2004 [consulté le 20 Août 2006]; disponible sur <http://www.unfpa.org/swp/2004/francais/ch7/page8.htm>. (a)

Fonds des Nations Unies pour la Population. La santé reproductive en situations de réfugiés, Manuel de terrain interorganisations. Genève: Hauts commissariats des nations unies pour les réfugiés; 2001. 121 pages

Fonds des Nations Unies pour la Population. Les femmes sont la trame. Santé de la reproduction dans les communautés en crise. New York: FNUAP; 2006.

Fonds des Nations Unies pour la Population. Mise à jour 2004 sur la mortalité maternelle. Accoucher dans de bonnes mains. New York: FNUAP; 2004. 31 pages (b)

Fourn L, Fayomi EB, Zohoun Th. Santé mère/enfant au Bénin, réalisation et défi. Médecine d'Afrique noire. 1998; 45(2).

Gharoro EP, Ibafe AA. Antenatal care: some characteristics of the booking visit in a major teaching hospital in the developing world. Med Sci Monit. 2000; 6:519-22.

Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS). Etudes comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité. 2003 [consulté le 15 septembre 2006]; disponible sur <http://www.gris.umontreal.ca/publication2.asp?fromwho=&no=11889>.

Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes? Saint-Denis La Plaine CEDEX: HAS; 2005. 51 pages

Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), recommandations pour la pratique clinique. HAS; 2005. 79 pages

Health Evidence Network. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement): WHO/Europe; 2005. 25 pages

Khan M, Matendo R, McClamroch K, Nanlele Kinkela D, Van Rie A. Soins prénatals à Kinshasa : Croyances, connaissances et obstacles à la programmation appropriée. Cahiers santé 2005; 15:2:93-07.

Mamelle N, Bernard M, Rozan MA, Marès P. Agir pour améliorer la santé périnatale à la lumière des résultats 2002 du réseau sentinelle AUDIPOG. Lyon: AUDIPOG/Faculté de médecine RTH Laënnec; juin 2003. 10 pages

Mamelle N, Lémery D. Organisation en réseau de soins périnatals : Acceptabilité par les professionnels et les usagers. Mise en place d'un système d'information innovant. Elaboration et test d'un protocole commun d'évaluation. Réseau de santé périnatal d'Auvergne/INSERM- U 369-Lyon/CHU Clermont-Ferrant; décembre 2004. 201 pages

Maternité en Yvelines et Pays Associés. Dossier du promoteur pour la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR). Île-de-France; 2003.

Maternité en Yvelines et Pays Associés. La périnatalité en Yvelines: Etat des lieux. Île-de-France; 2004. (a)

Maternité en Yvelines et Pays Associés. Mémoire sur le réseau en Yvelines. Île-de-France; 2004 (b)

Médecins Sans Frontières. Les cliniques mobiles accèdent aux populations isolées. Médecins sans frontières sur le terrain. 2003 [consulté le 12 Août 2006]; disponible sur http://www.msf.be/fr/terrain/pays/ameriques/colombie_news_05.shtml.

Ministère de la Santé Publique et de la population. Enquête Morbidité, Mortalité et Utilisation des services (EMMUS). Port-au-Prince: MSPP/Institut haïtien de l'enfance; 2006. Report No.: IV. 33 pages

Ministère de la Santé Publique et de la Population. Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services (EMMUS). Port-au-Prince: MSPP/Institut haïtien de l'enfance; 2000. Report No.: III.

OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondiale. Réduire la mortalité maternelle: OMS; 1999. Report No.: ISBN 92 4 256195 9. 45 pages

Organisation des Nations Unies en Haïti. Programme intégré de réponse aux besoins urgents des communautés et des populations vulnérables. Port-au-Prince: ONU; Mars 2003. 68 pages

Organisation Mondiale de la Santé. Changer le cours de l'histoire. Rapport sur la santé dans le monde. Genève: OMS; 2004.

Organisation Mondiale de la Santé. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Rapport sur la santé dans le monde. Genève: OMS; 2005.

Organisation Mondiale de la Santé. La santé de la mère et de l'enfant dans la région européenne de l'OMS : problèmes et voies à suivre pour y remédier. Copenhague: OMS/Europe 2005. 5 pages

Organisation Mondiale de la Santé. Le dossier mère-enfant : Guide pour une maternité sans risque. Genève: OMS; 1996. 89 pages

Organisation Mondiale de la Santé. Stratégies pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux. Genève: Département santé et recherche génésiques; 2004. 21 pages

Organisation Panaméricaine de la Santé. République d'Haïti: Profil épidémiologique. Février 2004 [consulté le 12 juillet 2006]; disponible sur <http://www.paho.org/spanish/dd/ped/PrefilEpidemiologiqueHaiti.ppt>

Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé. La santé: un droit pour tous. Le défi d'Haïti. Port-au-Prince: OPS/OMS; Août 2006. 23 pages

Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie régionale sur la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles. Washington DC: OPS/OMS; septembre 2002. 18 pages

Programme des Nations Unies pour le Développement en Haïti. La bonne gouvernance: un défi majeur pour le développement humain durable en Haïti. Rapport National sur le Développement Humain. Port-au-Prince: PNUD; 2002. 185 pages

Rooney C. Soins prénatals et santé maternelle : étude d'efficacité. Genève: OMS/ Division de la santé de la famille; 1992. 72 pages

Sidani R. Maroc : une clinique mobile peut éclairer leur avenir. 2004 [consulté le 2006 12 septembre]; disponible sur <http://www.ifrc.org/fr/docs/news/04/04060701/>.

Sines E, Tinker A, Ruben J. Mai Le continuum des soins du niveau maternel aux niveaux néonatal et infantile : un effort collectif pour sauver des vies. Washington DC: Population Référence Bureau/Save the Children Mai 2006; [consulté le 15 Août 2006]; disponible sur <http://www.prb.org/pdf06/SNL-ContCare-FR.pdf>.

The World Bank Group. Haïti Data Profil. 2006 [consulté le 30 janvier 2007]; disponible sur <http://devdata.worldbank.org/external/CPPProfile.asp?SelectedCountry=HTI&CCODE=HTI&CNAME=Haiti&PTYPE=CP>

Voltaire HC. Les unités communales de santé, Principes et orientations stratégiques. Port-au-Prince: MSPP; 1999. 88 pages

WHO/UNICEF. Antenatal care in developing countries: Promises, achievements, and missed opportunities. An analysis of trends, levels, and differentials 1990-2001. Geneva: WHO; 2003. 32 pages

World Health Organization. Making a difference in countries: Strategic approach to improving maternal and newborn survival and health Geneva: WHO/Department of making pregnancy safer; 2006. 29 pages

ANNEXES

ANNEXE I
DES ORDONNANCE ET DÉCRETS PROMULGUES EN FRANCE EN FAVEUR DE
L'ORGANISATION DES SOINS EN RÉSEAU ET A LA SÉCURITÉ DE LA PÉRINATALITÉ

1- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, article 29, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée codifié à l'article L. 712-3-2 du code de la santé publique :

Art. L. 712-3-2 : « En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et par le schéma de l'organisation sanitaire, les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins (...) ou à certaines pathologies. Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale (...) ».

2- Décret n° 294-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique :

Art. D. 766-1-2 « Les réseaux répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social ».

Art. D. 766-1-4 : « L'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur au sein du réseau implique une coordination organisée entre les membres du réseau pour assurer la continuité et la globalité des interventions, pluriprofessionnelles et, le cas échéant, interdisciplinaire ».

3-Décret n°98-889 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale :

Art. R. 712-85

I.-« Afin de contribuer à la sécurité de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant, les établissements de santé pratiquant l'obstétrique :

1. Participent à la prise en charge des grossesses et à l'identification, en cours de grossesse, des facteurs de risque pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée ;
2. Assurent l'accouchement et les soins de la mère et du nouveau-né, ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse ou à l'accouchement, dans des conditions visant à réduire les risques et permettant de faire face aux conséquences de leur éventuelle survenance ;
3. Assurent le suivi post natal immédiat de la mère et de l'enfant dans des conditions médicales, psychologiques et sociales appropriées ».

II.- « La néonatalogie a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance ».

III.- « La réanimation néonatale a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux ».

Cet article énonce le principe d'une organisation des structures de soins en niveau de soins (I, II et III) suivant le niveau de soins de pédiatrie néonatale que les établissements sont autorisés à pratiquer.

Art. 712-89 –

I « Le schéma régional d'organisation sanitaire fixe des objectifs en ce qui concerne la coopération entre les établissements de santé autorisés à pratiquer l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale et l'organisation en matière d'orientation de la femme enceinte préalablement à son accouchement en cas de risque décelé pour elle-même ou son enfant et en matière de transfert des enfants entre les unités mentionnées à l'article R. 712-84 »

II.- « Lorsqu'un établissement ne disposant pas des trois unités mentionnées à l'article R. 712-84 n'adhère pas à un réseau de soins constitué en application à l'article L. 712-3-2, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation invite l'établissement à passer une convention avec un ou plusieurs établissements de santé possédant les unités dont il ne dispose pas, afin d'assurer l'orientation des

femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés entre ces établissements et de préciser les transmissions d'informations ».

ANNEXE II

LES ACTEURS CONCERNÉS PAR LE RÉSEAU PÉRINATAL DES YVELINES

Les professionnels

- Sages-femmes : libérales, territoriales (PMI), exerçant en établissements de santé publics ou privés
- Gynécologues obstétriciens et gynécologues médicaux : libéraux, hospitaliers
- Anesthésistes réanimateurs
- Pédiatres en particulier néonatalogues : libéraux, hospitaliers, de PMI
- Médecins généralistes
- Radiologues et échographistes
- Biologistes, généticiens et foeto-pathologistes
- Psychologues, psychiatres, pédopsychiatres
- Diététiciens
- Puéricultrices, auxiliaires de puériculture
- Assistantes sociales
- Consultants en addictologie

Les structures

- Maternités publiques et privées : Centres hospitaliers universitaires, cliniques
- Communautés périnatales
- Service de PMI du Conseil général
- Associations d'usagers

ANNEXE III

CONTEXTE, OBJECTIFS, BUTS ET MESURES DE L'ENTRETIEN PRÉNATAL

Contexte de l'entretien prénatal

- Le suivi de la grossesse est actuellement axé sur un bilan général et obstétrical, réalisé par le médecin ou la sage-femme dans le cadre des sept examens prénataux obligatoires fixés par le décret du 14 février 1992.

- La circulaire du 5 mai 1998 et le décret du 9 octobre 1998 préconisent de prévenir le risque obstétrical tout en respectant les dimensions psychologiques de la naissance ; par l'organisation des structures et des pratiques médicales et la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement sur le plan médical, psychologique, sociologique et économique ».

- La sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples ne fait pas l'objet d'une attention suffisante, d'après les usagers du système de soins et certains professionnels.

Objectifs

- Mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents ;

- Définir la prévention périnatale et dépister précocement les risques obstétricaux

- Situer toute femme enceinte, au début de sa grossesse dans un contexte médical, social, familial et surtout personnalisé ;

- Conseiller et orienter les femmes ou les couples par des informations concises et précises ;

- Préparer l'accueil de l'enfant à travers un projet de naissance.

Mesures

- Un entretien **individuel ou en couple** est **systématiquement proposé** à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, **au cours du 4ème mois**, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant ;
- favoriser l'expression des attentes des femmes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants ;

- Evoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénatals, quelle que soit sa nature ;

- Le réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel ils appartiennent ;

- Développer des mesures pour que toutes les femmes en bénéficient, notamment celles les plus vulnérables ou isolées, qui, souvent consultent et déclarent tardivement ou pas du tout leur grossesse.

Buts

- Favoriser l'expression du projet de naissance. Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme ou du couple et l'offre de soins locale ;

- De repérer des situations de vulnérabilité, les signes de violence domestique et d'orienter vers un éventuel soutien spécialisé ;

- De donner des informations utiles sur les ressources de proximité et de créer des liens sécurisants avec les partenaires du réseau périnatalité les plus appropriés ;

- D'envisager avec la femme enceinte ou le couple des interventions adaptées avec un réseau de professionnels activé autour d'elle.

ANNEXE IV

**TABLEAU DE BORD DU SEMESTRE 1^{ER} JANVIER AU 30 JUIN
MATERNITÉ EN YVELINES ET PAYS ASSOCIÉS**

IMPLICATION DES ETABLISSEMENTS ET AUTRES ORGANISMES DANS LE RESEAU	
NOMBRE TOTAL DE PERSONNES MORALES MEMBRES DU RESEAU	27
NOMBRE D'ETABLISSEMENTS PUBLICS MEMBRES DU RESEAU	6
NOMBRE D'ETABLISSEMENTS PRIVÉS MEMBRES DU RESEAU	5
NOMBRE DE COMMUNAUTÉS PRÉNATALES MEMBRES DU RESEAU	4
NOMBRE DE GROUPEMENTS DE CABINETS ET ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES MEMBRES DU RESEAU	6
NOMBRE D'ASSOCIATIONS D'USAGERS MEMBRES DU RESEAU	9
NOMBRE D'ORGANISMES IMPLIQUÉS AYANT SIGNÉ D'ENGAGEMENTS PRÉCIS	3
NOMBRE D'ORGANISMES IMPLIQUÉS N'AYANT PAS SIGNÉ D'ENGAGEMENT PRÉCIS	6
IMPLICATION DES PROFESSIONNELS ET USAGERS DANS LE RESEAU	
DANS LES INSTANCES DIRIGEANTES	
NOMBRE DE PARTICIPANTS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	30
NOMBRE DE PARTICIPANTS AUX RÉUNIONS DU BUREAU	6
NOMBRE DE PARTICIPANTS À LA COMMISSION MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE	36
DANS LES GROUPES DE PROJETS DÉJÀ ENGAGÉS	
NOMBRE DE PARTICIPANTS À L'ÉLABORATION DES OUTILS DE L'ENTRETIEN PRÉNATAL (GUIDE, LIVRET, ETC.)	22
NOMBRE DE PARTICIPANTS AU DÉVELOPPEMENT DES TRANSFERTS- ÉTABLISSEMENTS	11
NOMBRE DE PARTICIPANTS AU PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITÉ EN ÉCHOGRAPHIE PRÉNATALE	4
NOMBRE DE PARTICIPANTS À LA STRUCTURATION ET AU DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME D'INFORMATION DU RESEAU	17
NOMBRE DE PARTICIPANTS AUX TRAVAUX SUR L'HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE	8
NOMBRE DE PARTICIPANTS AU PROGRAMME D'INFORMATION DES FEMMES ET LEURS FAMILLES	10
IMPLICATION DES PROFESSIONNELS ET USAGERS DANS LA FORMATION ET L'ÉVALUATION DES PRATIQUES	
FORMATION À LA RÉANIMATION NÉONATALE EN SALLE DE NAISSANCE	
NOMBRE DE SESSIONS	8
NOMBRE DE PARTICIPANTS:TOUTES LES CATÉGORIES DE PROFESSIONNELLES (SAUF LES OBSTÉTRICIENS)	52
FORMATION DES PROMOTEURS ET SALARIÉS À L'ORGANISATION EN RESEAU ET AU DÉVELOPPEMENT DE PROJETS	
NOMBRE DE SESSIONS DE FORMATION ET GROUPES D'ÉVALUATION DE PRATIQUES	43
NOMBRE DE PARTICIPANTS : MÉDICAUX ET NON MÉDICAUX (ADMINISTRATION, USAGERS, ETC.)	48
FORMATION À L'ENTRETIEN PRÉNATAL	PRÉVU EN DÉC. 06
FORMATION ET ÉVALUATION DES PRATIQUES DES SAGES-FEMMES CADRES	
NOMBRE DE SESSIONS DE FORMATION ET GROUPES D'ÉVALUATION DE PRATIQUES	2
NOMBRE DE PARTICIPANTS : SAGES-FEMMES (CADRE ET AUTRES)	11
JOURNÉES ANNUELLE DE FORMATION MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE « GESTION DU NON RISQUE »	PRÉVU LE 21 NOV. 06
INFORMATION DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS	
PLAQUETTES EN DIRECTION DES USAGERS	
NOMBRE DE PLAQUETTES D'INFORMATION DIFFUSÉES	19500
OUTIL COLLABORATIF INTERNE AU RESEAU	
NOMBRE D'UTILISATEURS DE L'OUTIL COLLABORATIF	9
ANNUAIRE À DESTINATION DES PROFESSIONNELS	
DATE DE LA DERNIÈRE ACTUALISATION	SEP. 05
NOMBRE D'ANNUAIRES DISTRIBUÉS	EN COURS
SITE WEB	EN COURS
DOSSIER DE COMMUNICATION EN DIRECTION DES PARTENAIRES	EN COURS

ANNEXE V RÉPARTITION DES UCS DANS LE DÉPARTEMENT DU SUD

UCS 1 Aquin - Saint Louis du Sud

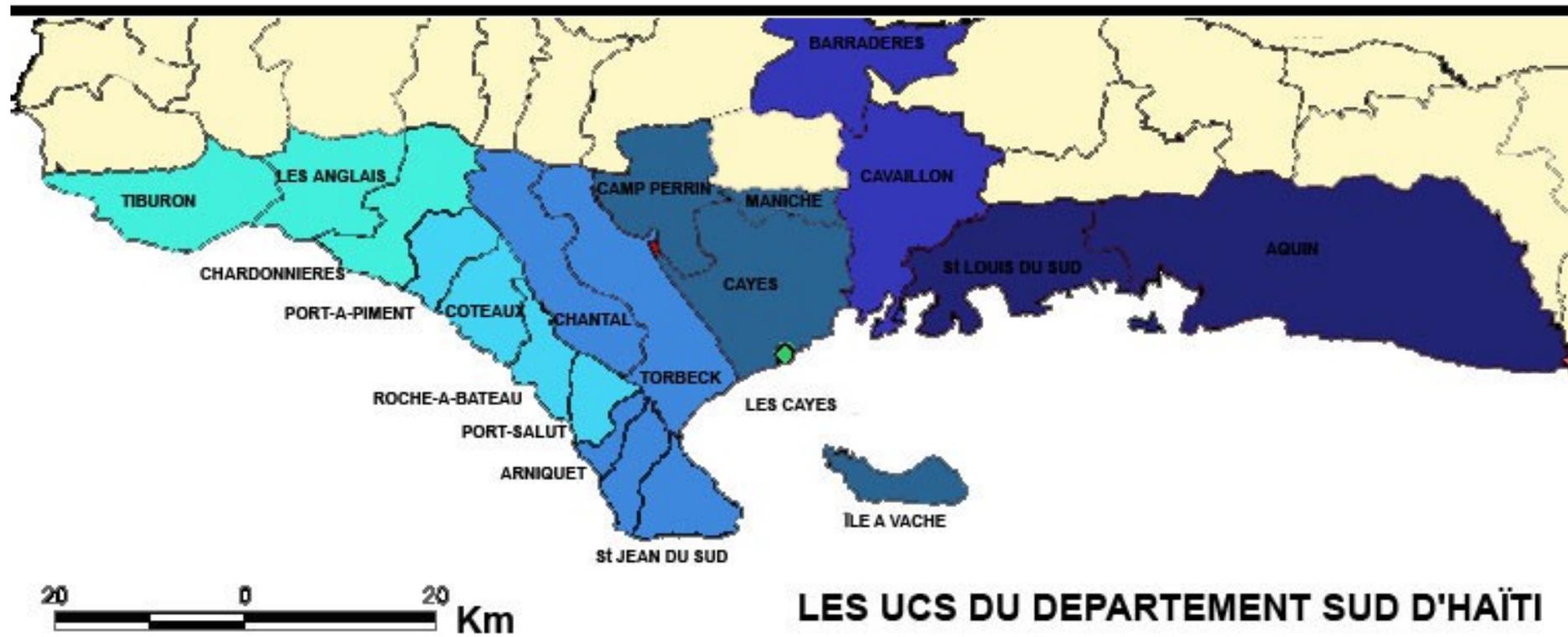
UCS 4 Cavaillon - Barraderes - Dory (Section communale de Maniche)

UCS 5 Arniquet - Chantal - St Jean du Sud - Torbeck

UCS 6 Maniche - Camp Perrin - Cayes - île à Vache

UCS 2 Port Salut - Roche a Bateau - Coteaux - Port a Piment

UCS 3 Chardonnières - Les Anglais - Tiburon



ANNEXE VI
DISTRIBUTION DES PROFESSIONNELS DANS LES UCS DU DÉPARTEMENT
DU SUD D'HAÏTI

Communes	Médecins	Inf. S-F	Infirmières	auxiliaires
Aquin	5	2	3	8
Arniquet	0	0	1	5
Baradères	0	0	2	5
Camp-Perrin	2	0	1	11
Cavaillon	1	0	3	8
Chantal	0	0	0	2
Chardonnières	0	0	1	3
Côteaux	0	0	0	4
Ile à Vache	0	0	1	3
Les Anglais	0	0	0	3
Les Cayes	14	7	52	98
Maniche	0	0	0	4
Port à Piment	0	1	2	4
Port Salut	1	1	3	9
Roche à Bateau	0	0	0	1
Saint Louis	0	1	1	5
Saint Jean	0	0	1	4
Tiburon	0	0	0	1
Torbeck	0	0	0	8

Source : Service des statistiques de la Direction Départementale Sanitaire du Sud d'Haïti, année 2006