

# **Programme Maternité sans risque**

**Bilan de la situation en octobre 2002**

D Beghin, S Elmi

Le présent rapport est destiné de l'Unicef ; il doit aider le Fonds à évaluer son assistance au programme Maternité sans risque du Ministère de la Santé. Il a été réalisé par le Dr D Beghin consultant de l'Université Libre de Bruxelles auprès du Programme Maternité sans risque, et par Mme Safia Elmi Directrice du Programme.

Il est présenté en trois volets :

- 1<sup>ère</sup> partie : appréciation générale de l'assistance de l'Unicef
- 2<sup>e</sup> partie : bilan de la situation dans le pays en ce qui concerne : l'information et la prise en charge de la femme enceinte, par les consultations prénatales ; la prise en charge de la femme qui accouche et de son enfant, par les maternités
- une annexe présentant des tableaux et graphiques donnant plus des détails sur les consultations prénatales et les accouchements en maternité.

#### ABREVIATIONS

CFPS	Centre de formation des personnels de santé
DINAS	Direction nationale des statistiques (actuellement DISED)
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
IEC	Information, Éducation, Communication
MGF	mutilations génitales féminines
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAPFAM	Pan Arab Project for Family Health
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
SONUB	soins obstétricaux et néonataux d'urgence, de base
SONUC	soins obstétricaux et néonataux d'urgence, complets
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VAT	vaccin antitétanique
VIH	virus de l'immuno-déficience humaine

# 1<sup>ère</sup> partie. Evaluation de l'assistance de l'Unicef

## Objectifs

A la fin des années 1990 le Gouvernement a pris conscience du taux élevé de la mortalité maternelle. La réponse a été d'élaborer un programme national en 1998, de mettre en œuvre ce programme en 1999, à travers des actions soutenues principalement par le FNUAP et par l'Unicef, mais aussi par l'OMS et Caritas.

Le but général du programme est de contribuer à la diminution de la mortalité et de la morbidité materno-infantile, y compris la lutte contre les mutilations génitales féminines. Le programme précise : « Contribuer à la réduction d'ici l'an 2003 : de 50% de la mortalité maternelle par rapport au taux de 1989 (740 p. 100 000 naissances vivantes), de 40% du taux de mortalité périnatale par rapport au taux de 1989 ».

Des objectifs plus spécifiques ont été formulés comme suit :

1. SOINS OBSTETRIKAUX ET NEONATALS D'URGENCE DANS 8 MATERNITES. Avoir amélioré la disponibilité et la qualité des soins obstétricaux et néonataux urgents de base<sup>1</sup> dans les 5 Districts ; avoir amélioré la disponibilité et la qualité des soins obstétricaux et néonataux urgents complets à la maternité nationale de référence.
2. SOINS OBSTETRIKAUX ET NEONATALS EN DEHORS DES MATERNITES. Avoir amélioré la qualité de la prise en charge des femmes qui accouchent à domicile (par les accoucheuses traditionnelles).
3. SOINS PRENATALS. Avoir amélioré la disponibilité et la qualité du paquet minimal de soins dans les consultations prénatales.
4. INFORMATIONS SUR LE DANGER OBSTETRICAL. Avoir accru les connaissances des femmes enceintes, sur les risques liés à certaines grossesses, sur les signes d'alarme devant conduire à une consultation immédiate, sur l'existence des services prénataux et obstétricaux.
5. GESTION. Avoir renforcé la capacité nationale à collecter/ traiter/ diffuser l'information, à superviser les prestataires, à organiser les formations, à suivre/ évaluer les actions, à collaborer avec les organisations non gouvernementales, à assurer la logistique.
6. PLAIDOYER. Avoir sensibilisé les autorités nationales à la lutte contre les mutilations génitales féminines.

### ***Commentaires sur la pertinence des objectifs.***

*Les objectifs spécifiques concourent tous à atteindre l'objectif général du programme.*

*Par contre les objectifs spécifiques ne sont pas assez quantifiés, en terme de résultats à atteindre. Cela peut s'expliquer par le manque d'information permettant de fixer une ligne de départ et donc une ligne d'arrivée.*

## Stratégies

---

<sup>1</sup> Les soins néonataux de base comprennent classiquement trois activités : l'aspiration des voies aériennes supérieures, l'administration d'oxygène et le massage cardiaque.

Les stratégies ont consisté à lever les contraintes les plus vulnérables au développement du programme. Notons que la contrainte majeure réside dans l'insuffisance de personnel, et notamment d'obstétriciens.

Les interventions sont prévues à plusieurs niveaux.

- Les *soins dans les maternités* sont renforcés à travers l'amélioration des disponibilités en médicaments, produits, équipements et par la formation du personnel ; une recherche-action portant sur les complications obstétricales et néonatales doit permettre d'identifier les défaillances dans le système.
- Les *soins offerts aux femmes accouchant à domicile* sont bonifiés par la formation des accoucheuses traditionnelles, par la fourniture d'équipement de base et de consommables.
- Les *soins dans les consultations prénatales* sont renforcés à travers l'amélioration des disponibilités en médicaments, produits, équipements et par la formation du personnel. Un accent particulier est placé sur *l'information* des patientes à travers un développement de la communication interpersonnelle.
- *L'information des femmes enceintes* dans la communauté se réalise à travers les mass médias, à travers la mobilisation de bénévoles féminines membres d'associations de quartier, et à travers les prestataires ou accoucheuses traditionnelles en contact avec les patientes.
- Les *capacités de gestion* sont améliorées par le renforcement de la supervision (via l'achat d'un véhicule), par la venue régulière d'un consultant international
- Le *plaidoyer*, c'est-à-dire l'information des décideurs, se réalise à travers des séminaires, des réunions de travail, lors de réunions.

Il faut relever aussi que la plupart des activités s'intègrent très étroitement à celles réalisées au sein des deux projets du Ministère de la Santé appuyés par le FNUAP : santé de la reproduction d'une part, et Maternité sans risque/ plaidoyer d'autre part.

### ***Commentaires sur l'adéquation des stratégies aux objectifs.***

*Les stratégies (et le détails des activités non repris ici) sont formulées de façon pertinente en vue d'atteindre les objectifs.*

## **Apports et activités réalisées**

Les montants des interventions de l'Unicef ont été

en 2000, de 47.311 US\$

en 2001, de 83.574 US\$

en 2002, de 142.845 US\$

Ces budgets ont servi à financer les apports/ activités décrits ci-dessous.

### *Fournitures.*

- matériel médical : 60 trousse pour accoucheuses traditionnelles
- véhicule de supervision.
- médicaments et autres consommables
- ventouses obstétricales pour les districts de l'intérieur
- équipement complet de la maternité d'Hayableh.

### *Production d'outils.*

- algorithmes/ conduites à tenir pour de multiples activités
- fiches individuelles

- recueil de données
- gestion de la maternité pour les sages-femmes surveillantes générales
- grille de supervision intégrée.

#### *Sensibilisation.*

- Séances de sensibilisation auprès de l'ensemble du personnel des PMI et services de pédiatrie sur les méfaits des mutilations génitales féminines (2000)
- Séances de sensibilisation sur la santé de la reproduction auprès de 27 professeurs de collège (2000)
- Séances de sensibilisation à l'intention d'une association à caractère féminin (Waberi) sur l'élimination des mutilations génitales (2000)
- Journée/ débat à l'intention de leaders politiques, de leaders religieux, de sept ministres (2000)
- Sensibilisation des élèves des classes de 4<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> dans les collèges d'enseignement (2001)
- Sensibilisation de 110 magistrats, greffiers et officiers de la police judiciaire à propos des mutilations génitales (2001)
- Sensibilisation de 60 journalistes de la presse parlée et écrite pour la mise en place d'une stratégie d'information permanente sur les thèmes de la Maternité sans risque et les méfaits des mutilations génitales (2001)
- Journée débat avec l'UNFD en faveur des ONGs et groupements de femmes pour l'élaboration d'une stratégie en vue de l'élimination des mutilations génitales (2001)
- 80 exciseuses du 5<sup>e</sup> arrondissement, à travers l'association Waberi et un consultant religieux (2001).

#### *Formation*

- sages-femmes surveillantes des maternités : amélioration des capacités gestionnaires
- sages-femmes et auxiliaires sages-femmes dans l'ensemble des maternités et centres de santé : utilisation des algorithmes
- 60 accoucheuses traditionnelles dans le Nord du pays en 2000 et 120 en 2001
- 4 médecins et 4 sages-femmes des districts de l'intérieur : utilisation de la ventouse

#### *Actions en I.E.C.*

- documentaire télévisé sur les mutilations génitales féminines
- émissions radios sur divers thèmes
- émissions sur la radio scolaire avec le Cripem
- affiches et logos de sensibilisation sur les mutilations génitales féminines en langue française
- feuillets d'information sur les mutilations génitales féminines
- articles d'information, et interview dans la presse écrite (La Nation).

#### *Recherche action*

- situation des accoucheuses traditionnelles dans le pays
- motivations et techniques utilisées par les exciseuses
- enquête 'Diped' (développement intégré de la petite enfance) auprès des familles du quartier PK12, (en 2002)
- importante enquête sur les mutilations génitales féminines et les complications obstétricales et néonatales dans trois maternités de la capitale : appui pour la formation des sages-femmes enquêtrices (en 2002).

#### *Supervision*

- visite par l'équipe du projet dans les maternités et les centres de santé
- réunions trimestrielles avec les personnels des maternités et des centres de santé

#### *Information sanitaire*

- mise en place des supports de collecte des données

#### *Appui technique international.*

- Une mission en 2001 et deux missions en 2002 par un spécialiste en santé de la reproduction de l'Université libre de Bruxelles ont permis un transfert de compétence vers la Direction du programme, et notamment dans les domaines de la gestion (développement de l'information statistique) et de la recherche-action (réalisation de deux enquêtes).

#### ***Commentaires sur l'utilisation des apports en vue de réaliser les activités***

Dans la mesure où les financements ont été accordés, les activités ont pu se réaliser comme prévues.

Les visites de supervision dans les Centres de santé et dans les maternités montrent bien que les services peuvent fonctionner, vaille que vaille, grâce aux donations en médicaments et produits fournis par le fonds ; cependant les ruptures de stocks restent très fréquentes

Note. Les Directrices des projets et programme, avec l'appui du consultant international et avec la collaboration de divers personnalités responsables du PNLS ou de services de santé (Martial, OPS) ont élaboré en 2001 un protocole de lutte contre la transmission mère –enfant de l'infection au VIH (TME). Pour des raisons peu claires, ce projet n'a toujours pas été mis en œuvre.

## **Résultats atteints par les services**

La seconde partie du présent rapport (voir plus loin) fournit des les résultats atteints par les services, et des données issues d'une enquête dans les maternités.

La couverture des femmes enceintes par la consultation prénatale atteint 44%. La protection par le vaccin antitétanique n'est cependant que de 22%.

La fréquence des accouchements en maternité atteint 43%.

Deux et demi pour cent des accouchements dans le pays se terminent par une césarienne (alors que la norme internationale fixe le minimum à 5%).

Les premiers résultats d'une enquête réalisée à la fin de 2002 dans trois maternités montre des chiffres inquiétant du taux de mortalité périnatale :

#### ***Commentaires sur les résultats atteints par rapport aux objectifs***

*On ne pourra évidemment pas conclure à une relation directe et automatique entre les activités appuyées par l'Unicef (ou par d'autres bailleurs de fonds) et les performances des services ; mais on doit néanmoins constater que les performances en 2001 se sont améliorées par rapport aux années antérieures (lorsque toutefois ces données antérieures existent). On constate également une prise de conscience progressive de la problématique liée aux mutilations génitales féminines.*

#### ***Commentaires sur les résultats atteints par rapport aux financements***

*Une analyse rigoureuse de l'efficience n'est pas possible compte tenu des multiples facteurs dits confondants qui influent sur les performances. L'impression nette des auteurs est que les financements accordés par l'Unicef ont permis un fonctionnement de base des services de Maternité sans risque et par conséquent ont dû favoriser la réduction de la mortalité et la morbidité maternelle.*

## **En conclusions**

La Direction du programme a défini des objectifs pertinents et réalistes. Elle a été capable de réaliser les activités proposées et d'atteindre les résultats attendus. Les financements ont été utilisés à bon escient.

Les performances des services de santé restent très insuffisantes, mais la tendance à une amélioration s'est manifestée en 2001.

# **2de partie. Bilan des activités du programme Maternité sans risque**

## **TABLE DES MATIERES**

### **I. La population**

- I.1. Aspects démographiques et socio-économiques
- I.2. Besoins de santé

### **II. Les ressources**

- II.1. Cadre institutionnel, champ d'action
- II.2. Ressources humaines
- II.3. Ressources physiques et équipement
- II.4. Normes
- II.5. Ressources financières
- II.6. Services offerts
- II.7. Accessibilité

### **III. Les résultats**

- III.1. Consultation prénatale
- III.2. Accouchements en maternité

### **IV. L'Information, Éducation, Communication**

- IV.1. Communication interpersonnelle
- IV.2. Utilisation des médias
- IV.3. Sensibilisation de proximité

### **V. La gestion**

- V.1. Statistiques et information sanitaire
- V.2. Supervision
- V.3. Logistique
- V.4. Formation continue
- V.5. Recherche
- V.6. Coordination, évaluation, planification

# I. La population

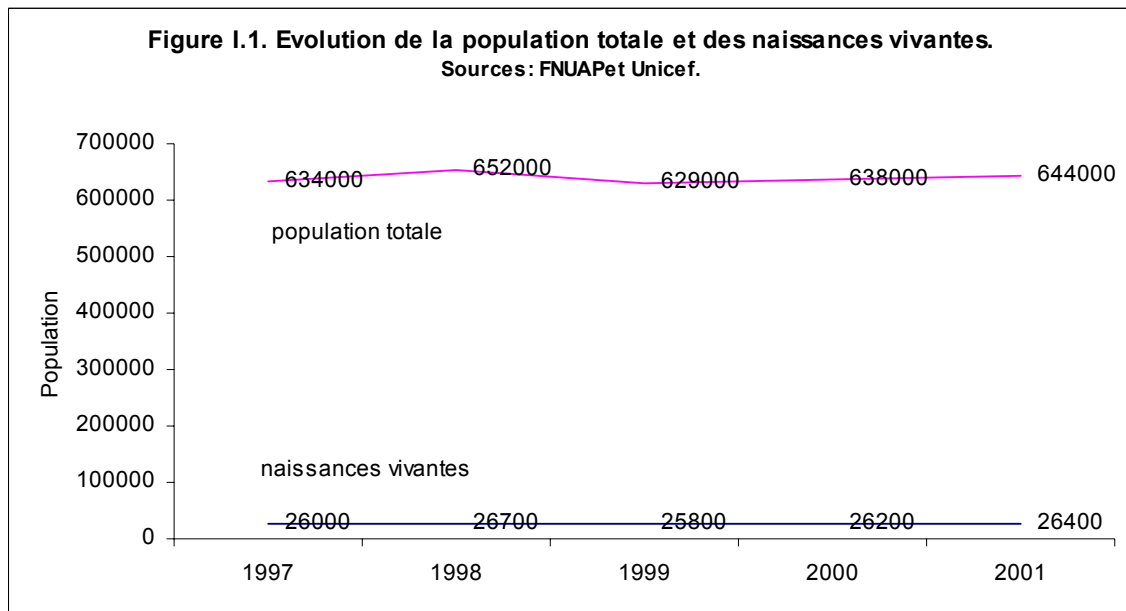
## I.1. Aspects démographiques et socio-économiques

La dernière Enquête démographique intercensitaire date de 1991. La population était estimée à 520 000 habitants avec un taux d'accroissement annuel de 3%.

Une estimation cohérente de la taille de la population actuelle n'existe pas. Nous devons nous baser sur les chiffres –souvent peu cohérents entre eux- fournis par diverses agences des Nations unies.

Pour l'an 2001 :

- *la population totale*, s'élèverait à 644 000 habitants selon le FNUAP (IDA-Credes cite 678 000). Le graphique I.1. montre les étonnantes variations de la taille de la population générale au cours du temps ; il souligne ainsi les très fortes approximations dans les estimations. La DINAS (actuelle DISED) retient également le chiffre de 652 000 pour 1998.



Les zones urbaines regroupent 83% de la population du pays. A elle seule la ville de Djibouti compte les deux tiers de toute la population.

- *le nombre de naissances vivantes* s'élèverait à 26 400 selon nos calculs. Ce qui donnerait un taux de natalité de 41 p. mille (26 400/ 644 000).  
Le total de 26 400 naissances est estimé par nous-mêmes, sur la base du chiffre de 24 000 naissances en 1997 cité par l'UNICEF et en tenant compte d'un accroissement naturel estimé à 2,4 % l'an (ce chiffre de 2,4 correspond au « taux de croissance de la population urbaine » cité par le FNUAP).  
L'IDA-Credes cite un taux brut de natalité très élevé à 47,5 p. mille, ce qui nous paraît exagéré. La DINAS (actuelle DISED) –plus prudente- donne une très large fourchette de 37 à 48 p. mille !

La répartition de la population et des naissances par District pour 2001 est une projection à partir des répartitions estimées par le Ministère de la Santé en 1998.

Tableau I.1. Population estimée, et naissances attendues en 2001 ; selon le District.

District	Population estimée	Naissances attendues
Djibouti	440 200	18 010
Ali-Sabieh	56 500	2330
Dikhil	65 600	2640
Obock	25 700	1140
Tadjourah	56 000	2280
Total	644 000	26 400

- *le nombre de femmes enceintes à protéger* au cours de l'année 2001 est de 26 400 soit un chiffre identique à celui des naissances. Nous retiendrons donc ce chiffre comme dénominateur lorsque nous aurons à construire des indicateurs.  
Les chiffres des années précédentes, sur la base d'un taux de natalité de 41 p. mille seraient de
 

1997	26000
1998	26700
1999	25800
2000	26200.

La fécondité est élevée avec un indice synthétique de 5,8 enfants.

Les grossesses d'adolescentes sont nombreuses, mais le taux est cependant plus bas que dans les pays voisins.

Le taux de mortalité infantile est estimé à 117 p. mille. Ce taux très élevé ne permet pas d'envisager un passage proche à la transition démographique.

Tableau I.2. Quelques indicateurs démographiques, sanitaires et socio-économiques.

Indicateurs	Valeur	Année(s)	Source
Population totale	644 000	2001	FNUAP
Population prévue en 2050	1 068 000	2001	FNUAP
Population urbaine, %	83	2001	FNUAP
Indice synthétique de fécondité, enfants	5,8	2000-2005	FNUAP
Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	65	2001	FNUAP
Nombre annuel de naissances	26400	2001	Projet MSR
Ratio de mortalité maternelle déclaré, pour 100 000 naissances vivantes	520	2001	FNUAP
Mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes	117	2001	FNUAP
Nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale, %	11	2001	UNICEF

Le ratio de mortalité maternelle est également très élevé, à 520 pour 100 000 naissances vivantes. En 1998, sur près de 11 000 accouchements *en milieu hospitalier* on relevait un ratio de 709 décès pour cent mille naissance vivantes. Pour 2001, notre estimation est à environ 550 pour cent mille.

Les taux d'alphabétisation des femmes et de scolarisation des filles sont faibles et plus bas que chez les hommes et les garçons.

En 1998 près de la moitié de la population était classée par la Banque Mondiale comme vivant en dessous du seuil de pauvreté monétaire.

Plusieurs langues différentes sont parlées dans le pays, ce qui oblige dans certains cas à devoir recourir à des traductrices lors des relations entre les patientes et les prestataires.

« La population 'réfugiée' issue des pays voisins est estimée à 7-10% de l'ensemble de la population. Elle serait constituée en majorité de femmes et d'enfants. Pour une faible part elle vit dans des camps ; pour la plus grande partie elle serait, selon les autorités, installée dans le pays en situation irrégulière. » (IDA-Credes).

## I.2. Besoins de santé

Les problèmes majeurs en santé de la reproduction sont mis en évidence à travers des taux très inquiétants de mortalité et/ ou de morbidité.

Tableau II.2 .a. Les problèmes sanitaires prioritaires pour le programme de Maternité sans risque .

Indicateur	Valeur	Années	Source
Population adulte infectée par le VIH, %	3	2002	d'après Ministère de la Santé
Ratio de mortalité maternelle déclaré, pour 100 000 naissances vivantes	520	2001	FNUAP
Taux total de fécondité, enfants	5,8	2000-2005	FNUAP
Femmes présentant une mutilation génitale, %	98	1991	OMS*
	98	2002	Programme MSR
Taux de mortalité périnatale** intrahospitalière, p. 1000 naissances	80	2002	Programme MSR

\* Organisation mondiale de la santé. Les mutilations sexuelles féminines, aperçu du problème. 1998

\*\* Le taux de mortalité périnatale comprend les décès *in utero* + les décès des 7 premiers jours de la vie parmi les enfants nés vivants ; l'OMS parle de taux élevé à partir de 40 pour 1000 naissances

**L'infection au VIH** est un problème de santé publique majeur et qui a été reconnu comme tel par les autorités nationales en 2001.

IDA-CREDES donne les informations suivantes :

« L'infection chez les femmes enceinte est très mal documentée, mais dépasse de toute façon largement le cap de 1% ce qui, selon la classification de l'OMS caractérise une épidémie généralisée affectant la population générale et non pas seulement les groupes ayant des comportements à risque

Le dépistage de la **syphilis** chez les femmes enceintes relève une prévalence de 2 à 8% selon les enquêtes et les années. »

Les **décès maternels** très nombreux sont principalement explicables par les défaillances graves du système d'information et de prise en charge des femmes à différents moments de leur vie reproductive.

Le système de santé ne parvient pas à répondre correctement aux besoins suivants.

→ **Besoin de développement de la planification familiale.**

Le programme de planification familiale en est encore à ses débuts, et ne permet pas suffisamment aux femmes à risque (femmes très jeunes, grande multipares, femmes venant d'accoucher) de bénéficier de l'espace/ limitation des naissances.

L'interruption volontaire de la grossesse n'est pas autorisée, ce qui ne permet pas le contrôle de certaines grossesses non désirées.

→ **Besoin en consultations prénatales plus adéquates.**

La consultation prénatale n'a bénéficié d'un projet que depuis quelques années et le taux de couverture reste bas (voir III.1.) Par ailleurs les consultations telles qu'elles existent actuellement accordent beaucoup d'importance au dépistage des facteurs de risque, mais beaucoup trop peu à la sensibilisation des patientes à reconnaître les signes et symptômes des complications à surveiller.

→ **Besoin marqué en Information, Éducation, Communication.**

Des activités de sensibilisation systématique des femmes aux signes et symptômes des complications n'existent nulle part dans le pays.

→ *Besoin marqué d'un système d'orientation-recours.*

L'O.M.S. (Rooney C. Soins prénatals et santé maternelle, étude d'efficacité.WHO/MSM/92.4. Genève, 72 pp.) souligne l'importance capitale de développer le système d'orientation recours. La plupart des décès maternels se produisent aux alentours de l'accouchement ; les femmes à risque doivent donc avoir un accès aisé au service obstétrical de référence. Ce qui n'est pas le cas à Djibouti : on développera ce point en II.7.

→ *Besoin principalement en soins obstétricaux d'urgence.*

En effet, environ 15% des femmes enceintes développent des complications qui demandent des soins obstétricaux et néonataux urgents.

On décrira en III.2., la situation très déficiente en la matière.

Les  ***mutilations génitales féminines***  (MGF) représentent une pratique généralisée. D'une façon schématique on constate

- les 'Arabes/ Yéménites' pratiquent plutôt le type I (ablation du clitoris) ; la mutilation prend place dans les premières semaines de la vie
- les 'ethnies' Afars et Somalis pratiquent les MGF de type II (= type I + amputation des petites lèvres) et type III (= type II + suture des grandes lèvres) ; la mutilation prend place vers l'âge de 6-7 ans.

Le chiffre de 98% de femmes atteintes est avancé par l'O.M.S.

Le programme Maternité sans risque confirme ce chiffre pour les femmes accouchant en milieu hospitalier (voir les détails en annexe). La fréquence des types 0 et I est de 6%, celle des type II, III (les plus graves) est de 94%. On verra au chapitre III section 2, les conséquences dramatiques que peuvent avoir les mutilations de type II et III sur l'intégrité physique des accouchées.

En ce qui concerne la  ***mortalité périnatale*** , le programme Maternité sans risque calcule un taux très élevé de 80 décès pour mille naissance (voir les détails en III.2).

## II. Les ressources

### II.1. Cadre institutionnel, champ d'action

Le fonctionnement général du programme de santé de la reproduction se présente selon trois grands axes décrits ci-dessous.

#### Soins

Les *soins de première ligne* offerts par les prestataires comportent :

(i) maternité sans risque (MSR) : consultation prénatale + accouchement et soins obstétricaux et néonataux urgents de base (SONUB) + consultation postnatale

(ii) la planification familiale

(iii) la prise en charge des problèmes gynécologiques courants, y compris la lutte contre les infections sexuellement transmissibles à l'exclusion de l'infection au VIH.

*Les services sont intégrés* dans la mesure où les soins sont offerts aux patientes par le même personnel prestataire à savoir les sages-femmes, les infirmières recyclées et les auxiliaires sages-femmes. Les médecins sont les responsables des activités : ils ont en effet *délégué* les tâches au personnel prestataire.

Les *soins obstétricaux et néonataux urgents complets* (SONUC) sont assurés au niveau d'orientation-recours, c'est-à-dire à l'Hôpital général Peltier, mais également à l'hôpital Balbala et à l'hôpital Bouffard.

#### Information, Éducation, Communication

Devant l'absence d'une structure ministérielle opérationnelle en I.E.C., les actions dans ce domaine sont réalisées directement par les projets ou programme de santé de la reproduction/ maternité sans risque.

#### Gestion

La gestion des consultations prénatales du programme Maternité sans risque, à l'exception de la gestion des ressources humaines qui est réalisée directement par la Direction administrative et financière (DAF).

Les interventions sont regroupées dans cinq domaines : collecte et traitement de l'information, supervision, logistique, formation continue, recherche, coordination/ évaluation/ planification.

Cette approche verticale se justifie actuellement et provisoirement par suite des carences du système sanitaire : inexistence d'un système national d'information sanitaire, absence d'une centrale d'achat de médicaments et de matériel, insuffisance de la formation continue des personnels en dehors des projets/ programme de santé de la reproduction.

## II.2. Ressources humaines

La contrainte majeure au développement des programmes de santé publique provient de la carence en ressources humaines motivées et compétentes. La 'fuite des cerveaux' est une réalité vécue par le Ministère de la Santé.

### Personnel pour les soins

Tableau II.2.a. Répartition du personnel fournissant des soins de santé de la reproduction ; selon les catégories, octobre 2002.

Type de personnel	Nombre	
Médecins	9	4 dans les Districts + 2 Peltier + 2 DelH + 1 Balbala (les médecins de Bouffard ne sont pas inclus)
Sages-femmes	29	
Auxiliaires sages-femmes	10	
Infirmières brevetées accoucheuses	7	
Auxiliaires recyclées	14	
Matrones	27	

Le tableau montre bien la faiblesse qualitative du staff. La situation ne pourra pas s'améliorer dans un futur immédiat ; les prochaines diplômées du Centre de formation des personnels de santé ne sont pas attendues avant 2003.

## II.3. Ressources physiques et équipement

Le tableau II.6.a. (voir plus bas) fait le relevé de la quarantaine de **structures** de soins du pays.

On relève 10 maternités :

- 8 maternités hospitalières du secteur public :
  - 1 service national de référence à l'Hôpital général Peltier (pavillon Martial) à Djibouti-ville
  - 3 autres maternités à Djibouti-ville : Dar-El-Hanan qui est une antenne de la maternité Martial, Hayableh et Balbala
  - 4 dans les Districts de l'intérieur au sein des 4 Centres Hospitaliers régionaux
- 1 maternité située dans le District de Tadjoura : Randa
- 1 maternité réservée aux forces armées : Bouffard

On relève 24 structures de 1ère ligne au maximum qui offrent des services de planification familiale et éventuellement des consultations prénatales et des consultations postnatales.

Dans l'ensemble, les besoins en **équipements** y inclus médicaments/ produits sont couverts de façon satisfaisante en ce qui concerne les consultations prénatales, postnatales et celles consacrées à la planification familiale. En effet ces structures de soins bénéficient bien du support de projets/ programme.

Par contre une supervision récente (octobre 2002) dans deux des dix maternités du pays a montré des lacunes importantes au plan des *soins obstétricaux et néonataux urgents de base* (SONUB) :

- l'approvisionnement en médicaments n'est pas assurée sur une base permanente ; on note des ruptures de stocks en antibiotiques par voie intraveineuse, en ocytociques et en anticonvulsivants/ sédatifs par voie intraveineuse ; à propos de cette dernière classe de médicaments, il apparaît en réalité que l'approvisionnement lui-même pose des difficultés à la Directrice du programme dans la mesure où le produit le plus recommandé – le sulfate de magnésium- n'est pas fourni par les services de l'Unipac ; les auteurs du présent rapport s'informeront des possibilité de commande directement en Europe

- les ventouses, lorsqu'elles existent, ne sont pas utilisées ou ne le sont que par le médecin ; d'une façon générale les sages-femmes se déclarent favorables à l'utilisation de la ventouse, mais estiment que le modèle mécanique n'est pas pratique et elles revendiquent donc de pouvoir utiliser un modèle électrique ; ce modèle ne figure cependant pas sur les listes de l'Unipac ; les auteurs du présent rapport s'informeront des possibilités de commande en Europe.

Un relevé dans les huit autres maternités sera réalisé avant la fin de l'année. Ceci permettra de définir la situation de départ dans le pays, afin de pouvoir faire le point dans le courant des prochaines années comme mesure de l'amélioration escomptée de la situation.

Les *soins obstétricaux et néonataux urgents complets* (SONUC) souffre des mêmes carences ; en plus, des ruptures de stocks de produits essentiels à la réalisation des césariennes sont fréquentes.

## II.4. Normes

### Soins prénatals

Les soins prénatals comportent un ensemble complexe de procédures.

Une grande partie de ces procédures figure sur la 'Fiche de consultation pré- et postnatale'.

Mais un 'paquet minimal de soins prénatals' n'est pas précisé de façon explicite. Le projet 'Information et prise en charge des femmes enceintes' appuyé par l'UNICEF se chargera de mettre en place ce paquet avec un accent important sur :

- dépistage de facteurs de risque non vulnérables
- dépistage de facteurs de risque liés à la grossesse en cours
- traitement, référence ou évacuation
- information de la patiente sur le danger obstétrical.

Une nouvelle stratégie devrait également plutôt promouvoir sur la ou les visite(s) du dernier trimestre de grossesse, plutôt que celle du 1er trimestre.

## II.5. Ressources financières

Le Gouvernement prend en charge la plus grande partie du budget : salaires des Directrices et de tous les personnels prestataires, entretien des bâtiments, fluides.

Les retards de plusieurs mois dans le paiement des salaires ne sont évidemment pas un facteur favorable à l'amélioration des performances du personnel.

Les interventions de l'Unicef pour 2000-2002 se sont élevées à 273.730 US\$.

Voir chiffre exact dans la 1 <sup>ère</sup> partie !
--

## II.6. Services offerts

Le tableau II.6.a. fait le relevé des services en principe offerts dans les 41 structures du pays. Il s'agit d'une description idéale, 'sur papier'.

Tableau II.6.a. Offre des services de santé de la reproduction ; selon la structure sanitaire. Octobre 2001.  
 CPN: consultation prénatale ; SONU: soins obstétricaux et néonataux urgents; CpostP: consultation post-natale ;  
 PF: soins de planification familiale ; I.S.T. : lutte contre les infections sexuellement transmissibles ; C.S.C. :  
 Centre de santé communautaire ; P.S. : Poste de santé.  
 (Entre parenthèses : services qui fonctionnent épisodiquement ou pour lesquels nous ne disposons pas de  
 données suffisantes ou qui ne sont pas accessibles à tous)

n°	Nom de la structure	Type de structure	CPN	SONU de base	SONU complets	CpostP	PF & I.S.T.
<b>100</b>	<b>District de Djibouti</b>						
101	Martial/Hôp gén. Peltier	Maternité Réf		oui	oui		oui
102	Dar-El-Hanan	Maternité	(oui)	oui			oui
103	Arnaud	C.S.C.	oui			oui	oui
104	Farah-Had	C.S.C.	oui			oui	oui
106	OPS1/ SMI 1	C.S.C.	oui			oui	oui
107	OPS2/ SMI 2	C.S.C.	oui			oui	oui
108	FNP	P.S.	oui			oui	oui
109	Service Hygiène	P.S.					oui
110	Hôpital Balbala	Maternité		oui	(oui)		oui
111	Enguela	C.S.C.	oui			oui	oui
112	CH des armées Bouffard*	Maternité	oui	oui	oui	oui	oui
113	Ambouli	C.S.C.	oui			oui	oui
114	Balbala 2	C.S.C.	oui			oui	oui
115	Hayableh	Maternité	oui	oui		oui	oui
116	Ibrahim Bal.	C.S.C.	oui			oui	oui
117	Doraleh	P.S.					oui
118	PK12	P.S.	oui				oui
	Arta	P.S.					
	Damerjog	P.S.					
	WEA	P.S.					
<b>200</b>	<b>District d'Ali-Sabieh</b>						
201	Ali-Sabieh	Maternité	oui	oui		oui	oui
202	Ali-Adde (réfugiés)	P.S.	(oui)	(oui)		(oui)	(oui)
203	Holl-Holl (réfugiés)	P.S.	(oui)	(oui)		(oui)	(oui)
	Assamo	P.S.					
	Daasbyo	P.S.					
	Goubetto	P.S.					
	Moussoud	P.S.					
<b>300</b>	<b>District de Tadjourah</b>						
301	Tadjourah	Maternité	oui	oui		oui	oui
302	Randa	P.S.	oui	oui		oui	oui
	Aidailou	P.S.					
	Dorra	P.S.					
	Sagalou	P.S.					
<b>400</b>	<b>District d'Obock</b>						
401	Obock	Maternité	oui	oui		oui	oui
	Alalli-Dada	P.S.					
	Medeho	P.S.					
	Waddi	P.S.					
<b>500</b>	<b>District de Dikhil</b>						
501	Dikhil	Maternité	oui	oui		oui	oui
	As-Eyla	P.S.					
	Gorabi	P.S.					
	Yoboki	P.S.					
		<i>Total</i>	<i>17 + (4)</i>	<i>10</i>	<i>2 + (1)</i>	<i>17 + (2)</i>	<i>22 + (2)</i>

\* 112 Centre hospitalier des armées Bouffard : accessibilité très limitée (voir II.7)

Dix-sept infrastructures offrent la consultation prénatale.

## **II.7. Accessibilité**

### **Accessibilité physique**

Compte tenu de la forte urbanisation, l'accès aux consultations devrait être aisé pour la grande majorité des femmes. En réalité les patientes se plaignent des très longs délais d'attente ou même parfois de l'impossibilité de consulter une prestataire.

L'accès est beaucoup plus difficile pour rejoindre les 5 maternités de l'intérieur.

Enfin compte tenu de la présence d'un seul centre offrant les soins obstétricaux et néonataux urgents complets, l'accès pour les femmes des zones rurales éloignées peut être impossible. Le Centre hospitalier des armées Bouffard est accessible gratuitement aux militaires et à leur famille, et moyennant paiement aux personnes qui peuvent se le permettre.

Le PNUD estime cependant que seulement 37% de la population a un accès aux services de santé, sans que l'on sache comment les données ont été estimées.

### **Accessibilité financière**

Les consultations sont gratuites ; les produits et médicaments sont également fournis gracieusement.

Par contre l'accessibilité financière aux laboratoires, aux maternités, au centre de référence peut être réhibitoire pour nombre de femmes.

Un système de recouvrement des coûts pour les soins et médicaments est prévu pour 2003.

Les associations de quartier, de citoyens n'ont pas mis sur pied de système organisé destiné à compenser les carences des pouvoirs publics en ce qui concerne les moyens d'évacuation : il n'existe par exemple pas de caisse mutuelle de secours destinée à couvrir les frais d'évacuation d'une femme pour urgence liée à la grossesse.

### **Disponibilités**

L'absentéisme du personnel et son faible niveau de motivation, est en bonne partie imputable aux mauvaises conditions de travail : cadre physique des prestations peu satisfaisant, retard dans les paiements des salaires. Soulignons cependant les efforts très importants effectués dans le cadre des projets/ programme de santé de la reproduction : équipements médical et de bureau tels que les climatiseurs, médicaments, supervisions fréquentes, formations continues sur place ou à l'étranger, réunions de concertation régulières.

Une monographie de UNICEF/FNUAP/OMS (Maine D *et al.* Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. UNICEF/UNFPA/WHO, New York, octobre 1997) confirme bien la nécessité d'un accès rapide à des soins obstétricaux urgents qui doit être la base de tout effort de réduction des décès chez les femmes enceintes.

## III. Les résultats

Les performances réalisées par les services sont faibles malgré les efforts soutenus de la Directions du programme.

Dans les annexes nous présentons des graphiques construits à partir de données collectées par le programme Maternité sans risque. On en retiendra ci-dessous les informations les plus importantes.

### III.1. Consultation prénatale

#### ***Couverture prénatale à 44%.***

Moins de 11 600 femmes enceintes du pays se sont présentés au moins une fois à une consultation prénatale en 2001, parmi les 26 400 attendues. Les chiffres sont en progression très nette par rapport aux années précédentes.

Encore trop peu de femmes se présentent au 3<sup>e</sup> trimestre qui est pourtant celui qui permet de dépister le plus de risques vulnérables.

#### ***Couverture vaccinale par le vaccin antitétanique à 22%.***

Moins de 6000 des femmes enceintes du pays étaient protégées en 2001. Il s'agit de la première année pour laquelle le programme a pu collecter des données.

#### ***Fréquence élevée de la toxémie gravidique.***

La toxémie gravidique représente un facteur important de pathologie, car elle peut conduire à la pré-éclampsie, voire même à la crise convulsive.

#### ***Fréquence élevée des mutilations génitales féminines (MGF) de type II et III***

Les MGF représentent une pratique généralisée.

Le projet MSR relève en 2001, parmi les femmes enceintes pour la première fois et nouvelles consultantes à la consultation prénatale, que la mutilation de type 3 est largement dominante. Les données telles que collectées actuellement ne permettent pas de connaître le nombre de femmes non mutilées.

#### ***Qualité des soins***

D'après les informations fournies par la maternité nationale de référence en 2001, cette qualité dans les consultations prénatales est insuffisante.

La qualité laisse fortement à désirer sur les plans suivants : un accueil non-satisfaisant se traduisant par des délais d'attente pouvant être très importants, un manque de systématisation dans l'application de protocoles pourtant existants –et notamment celui de la prise en charge de la toxémie gravidique-, des ruptures de stocks en divers produits et médicaments.

Notons que de leur côté des prestataires de soins en consultation prénatale se plaignent de la mauvaise qualité des soins offerts aux patientes qu'elles réfèrent ou évacuent vers les maternités.

*Le présent document doit aussi mettre en évidence des informations collectées par ailleurs.*

### **L'infection au VIH**

IDA-CREDES donne les informations suivantes :

« L'infection chez les femmes enceintes est très mal documentée, mais dépasse de toute façon largement le cap de 1% ce qui, selon la classification de l'OMS caractérise une épidémie généralisée affectant la population générale et non pas seulement les groupes ayant des comportements à risque

Des tests de dépistage anonymes chez les femmes enceintes ont été réalisés en octobre 2002.

Le dépistage de la **syphilis** chez les femmes enceintes relève une prévalence de 2 à 8% selon les enquêtes et les années. »

## **III.2. Accouchement en maternité**

### **Couverture obstétricale à 43%**

Seulement 10 647 femmes ont accouché dans une des 10 maternités du pays en 2001 parmi les 26 400 attendues. Ce chiffre est en progression légère par rapport à celui d'une estimation de 1997, à 38%.

### **Soins obstétricaux urgents insuffisants**

#### *1. Données de 2001 dans tout le pays selon les statistiques de routine*

Seulement 1972 soins urgents ont été donnés :

- en soins de base : 357 extractions manuelles du placenta + 289 traitements par anticonvulsivants/ sédatifs intraveineux + 74 applications de la ventouse (les injections intraveineuses d'ocytociques, pourtant fréquentes ne sont malheureusement pas reprises)
- en soins complets : 656 césariennes + 366 transfusions sanguines.

La norme internationale estime que 15% des accouchements nécessitent des soins obstétricaux urgents. Nous calculons 1972 soins parmi 26 400 accouchements attendus, soit 7,5 %. Il s'agit d'un ratio et pas d'un taux : une femme accouchant peut en effet recevoir plusieurs soins et donc elle ne devrait être comptée qu'une fois.

De toutes façons ce chiffre est largement trop bas.

La norme internationale estime qu'au moins 5% des accouchements doivent se terminer par une section césarienne ; on est loin du compte avec 2,5% (=656/26 400).

#### *2. Enquête de 2002 dans trois maternités*

L'enquête portait sur 1000 femmes admises pour accouchement/ avortement :

⇒ 154 complications majeures ont été relevées :

- travail dystocique : 71
- hémorragie : 47
- (pré-)éclampsie : 29
- autres (rupture utérine, avortement septique, grossesse extra-utérine) : 7

⇒ des soins obstétricaux urgents de base (césarienne, transfusion sanguine) ont été fournis 654 fois : administration intraveineuse d'ocytociques (259) d'antibiotiques (142) d'anticonvulsivants (75), révision utérine (95), application de la ventouse (45), extraction manuelle du placenta (38)

⇒ des soins obstétricaux urgents complets ont été fournis 135 fois : 121 césariennes, 21 transfusions sanguines.

### **Conséquences graves des mutilations génitales féminines (MGF)**

Dans sept accouchements sur 975 il y a eu formation de plaies ou de déchirures graves dans la région périnéale. Dans tous les cas, il s'agit de femmes présentant une MGF de type II ou III.

Dans un accouchement sur 10 parmi les type II et III, une défibulation doit être pratiquée, ce qui représente une charge de travail supplémentaire pour le personnel, mis à part les désagréments pour la parturiente.

### **Mortalité maternelle élevée**

Un total de 54 décès a été enregistré en 2001 dans les 10 maternités du pays. Le ratio de mortalité maternelle intrahospitalière peut ainsi être estimé à environ 550 pour 100 000, ce qui est un chiffre élevé.

Un registre des décès par cause a été mis en place dans trois maternités en 2001. Pour l'hôpital national de référence 20 décès sont ventilés par cause : 9 éclampsies, 2 hémorragies, 2 infections, 2 œdèmes aigus du poumon, 5 divers.

### **Mortalité périnatale très élevée**

Définition : décès *in utero* + décès des enfants dans les 7 premiers jours de la vie.

#### **1. Données de 2001 dans tout le pays selon les statistiques de routine**

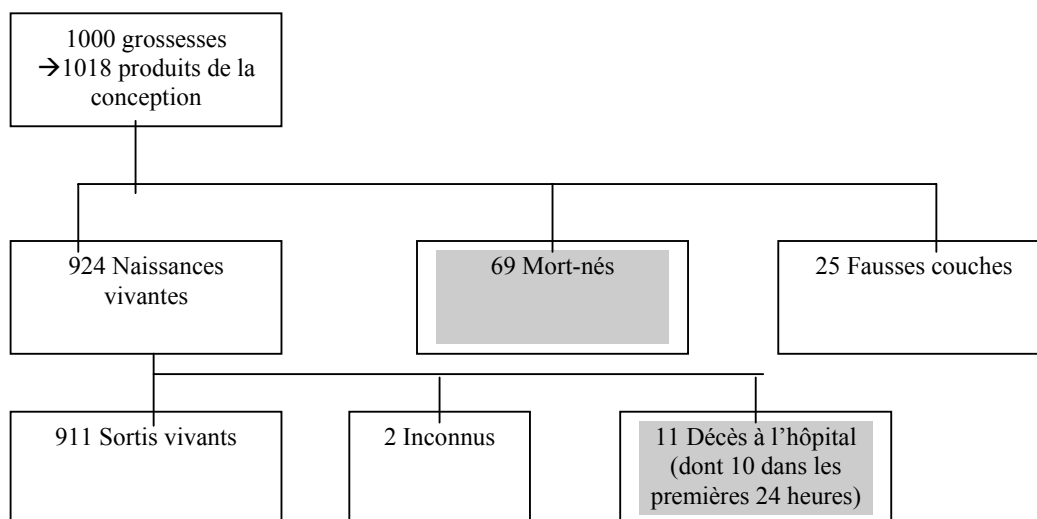
On relève parmi 9464 naissances (vivantes ou décédées) : 697 mort-nés + 96 décès dans les jours suivants la naissance. Le taux de mortalité périnatale s'élève donc à  $(697+96)/9464$  soit 84 pour 1000 naissances.

L'O.M.S. estime qu'un taux dépassant 40 pour mille est très élevé.

#### **2. Enquête de 2002 dans trois maternités**

On note 80 décès (voir figure) parmi 993 naissances (924+69) soit un taux de 81 pour mille, c'est-à-dire un taux quasi identique à celui relevé ci-dessus.

**Figure. Issue des enfants parmi 1000 grossesses, dont 18 grossesses gémellaires.**



L'enquête suggère que le taux est plus élevée parmi les femmes présentant une mutilation de type II ou III, que parmi celles ne présentant pas de mutilation ou présentant une mutilation de type I.

**Tableau 85. Distribution des 80 décès d'enfants (69 mort-nés et 11 décédés à l'hôpital) par cause ; selon la catégorie de mutilation génitale de la mère.**

Cause du décès	0 et I	II, III, imprécis	Total
Souffrance fœtale aiguë	0	22	22
Prématurité	1	14	15
Anomalie Congénitale	0	4	4
Autres	0	10	10
Inconnu	1	28	29
<i>Total</i>	2	78	80

Dernière remarque : parmi les 80 décès, 29 sont déclarés de cause inconnu, ce qui est une proportion trop élevée.

\*  
\* \*

Rappelons que le détail de la plupart des données citées ci-dessus figurent dans l'annexe.

## **IV. L'Information, Éducation, Communication**

La composante 'I.E.C.', dans les premières années des actions en santé de la reproduction, a pris moins d'ampleur que la composante 'Prestations de services' qui est la base de tout le programme ou que la composante 'Gestion'.

« Il y a une manifestation insuffisante au plus haut niveau de l'État d'une volonté exprimée et concrétisée de prendre des mesures pour informer et éduquer les populations sur les sujets majeurs de santé publique » (IDA-Credes).

Cette carence est bien évidente au niveau du Ministère de la Santé : les actions en Information, Éducation, Communication (I.E.C.) sont à peu près inexistantes, alors même que la demande en information parmi les femmes est très importante.

Les projets successifs de bien-être familial puis de santé de la reproduction n'ont pas été dans la capacité de développer d'importantes actions d'I.E.C. autres que la production de supports et de spots radiodiffusés. Ce n'est que récemment que des actions plus larges et bien structurées ont pu être mise en place : plaidoyer depuis 1999, actions de proximité depuis 2001.

De toutes les façons un délai dans le développement des actions d'I.E.C. se justifiait par la nécessité de mettre d'abord en place les services de santé, et une cellule de gestion performante.

L'I.E.C. est surtout indispensable dans la lutte contre les mutilations génitales féminines Elle a un rôle essentiel à jouer aussi auprès des femmes enceintes pour les sensibiliser sur le risque obstétrical.

### **IV.1. Communication interpersonnelle**

Le personnel prestataire a été formé en 1998 par un expert international en vue d'améliorer l'accueil et la prise en charge des femmes lors des consultations.

Il est actuellement demandé à ce personnel d'insister sur deux aspects capitaux :

- information systématique lors des consultations prénatales, sur les risques liés à certaines grossesses et sur les signes devant conduire à un contact immédiat soit avec la consultation prénatale soit avec les services obstétricaux et néonataux d'urgence
- sensibilisation à l'espacement des naissances.

### **IV.2. Utilisation des médias**

L'utilisation de la radio ou de la télévision est épisodique, à travers des spots à la Radio Télévision de Djibouti (RTD), et à la radio scolaire via le CRIPEN.

Par contre la production de 'supports papier' est abondante et variée.

### **IV.3. Sensibilisation de proximité**

Un processus de sensibilisation systématique via des visites à domicile est en place depuis la mi-2001 à PK12, quartier péri-urbain de Djibouti-ville avec l'appui de deux organisations non gouvernementales : ADEPF et COOPI. Dans ce bidonville, 9 animatrices contactent systématiquement et individuellement les femmes mariées en âge de reproduction, à leur domicile ; elles sensibilisent ces FMARs à fréquenter la consultation ad hoc, suivant leur état éventuel dans le cycle reproductif : enceinte, dans la période du post-partum, à risque de grossesse non désirée. Six animateurs contactent les maris de ces femmes, et effectuent une sensibilisation adaptée. La lutte contre les MGF fait également partie des activités.

Cent vingt accoucheuses traditionnelles des 4 Districts de l'intérieur ont été formées en 2000-2001, entre autre à référer les femmes accouchant sur la base de quelques signes de danger : saignement, température, etc. ; elles ont également été formées à sensibiliser les femmes sur les signes et symptômes de danger devant conduire ces dernières à consulter une sage-femme.

Quelques institutions pourraient participer à une mobilisation sociale, telle Wabiri et d'autres.

## V. La gestion

Voir aussi II.1 où l'on a présenté le cadre institutionnel.

### V.1. Statistiques et information sanitaire

Le système mis en place est autonome compte tenu de la non-existence du Service national d'informations statistiques et sanitaires (SISSE).

#### Les supports de collecte

Deux jeux de supports existent : l'un pour la collecte des données de consultation prénatale, de consultation postnatale, de consultation de planification familiale, et l'autre pour la collecte dans les maternités. Les formulaires sont remplis par le personnel prestataire ; ils sont relevés tous les mois par les Directions des projets.

#### La saisie et l'exploitation des données

Les données sont saisies sur une exploitation Access et présentées, après traitement, sous forme de tableaux, et de graphiques via Excel, dont certains ont été présentés dans le présent document.

#### La rétro-information

Plusieurs fois par an, les prestataires sont réunies pour une séance de concertation/coordination.

### V.2. Supervision

Les sages-femmes et les auxiliaires bénéficient régulièrement de l'expertise des Directions de projets/ programme par l'*encadrement/ supervision* dans leurs activités intégrées. Cette composante est capitale pour le bon fonctionnement des services.

### **V.3. Logistique**

Une application 'Access' permet la gestion aisée des médicaments, produits et matériels divers.

### **V.4. Formation continue**

L'équipe nationale de formation en santé de la reproduction responsable des formations continues est composée de sept personnes : de 2 sages-femmes du Centre de formation des personnels de santé (CFPS), de 3 prestataires de service, de chacune des Directrices des projets « P01 planification familiale » et « P51 Maternité sans risque », et du médecin volontaire des Nations Unies.

Les formations représentent une grande partie des activités du projet. Les nombreux modules de formation, y compris les supports et les tests, sont disponibles au bureau des projets.

### **V.5. Recherche**

La recherche en 2002 a concerné

- une très importante enquête dans les maternités sur les complications obstétricales (voir les résultats préliminaires en annexe)
- une enquête de connaissances, attitudes et pratiques à PK12 (résultats disponibles en décembre).

### **V.6. Coordination, évaluation, planification**

La cellule de gestion du projet rend compte régulièrement de ses activités et des problèmes rencontrés, auprès du Ministre ou de ses représentants.

Elle rencontre tout aussi régulièrement les représentants des bailleurs de fonds. Elle applique les procédures de ceux-ci, y inclus l'évaluation annuelle des projets.

Les Directions des projets ont acquis les capacités de programmation annuelle des activités, de conception des rapports annuels, et, dans une mesure importante, de préparation de documents de projet.

La recherche de financement constitue une obligation permanente des Directrices.

La concertation avec les prestataires se réalise trois fois par an au cours de réunion portant sur les aspects techniques d'une part, et les aspects gestionnaires d'autre part.

Le programme Maternité sans risque bénéficie, comme déjà dit plus haut, de l'appui technique régulier d'un consultant international.

## **Annexes**

*(insérez ici les graphiques consultation prénatale et maternité du 'Tableau de bord')*