

---

# Des professionnels de santé pour les services obstétricaux: la couverture de la population par des soins obstétricaux de qualité

Marga Kowalewski<sup>1</sup> & Albrecht Jahn<sup>2</sup>

## Résumé

*Dans de nombreux pays en développement, le personnel de santé capable d'offrir des soins obstétricaux de qualité et des traitements d'urgence est très inégalement réparti. L'historique du développement des services médicaux explique pourquoi les principaux prestataires de soins obstétricaux chirurgicaux sont des médecins. La plupart des pays ont peu de personnel de santé spécialisé et ce personnel, comme d'ailleurs les autres spécialistes et les paramédicaux hautement qualifiés, est concentré dans les grandes villes. Par conséquent, les zones rurales dépendent encore trop souvent de prestataires peu préparés, ou qui n'ont pas l'autorisation officielle, pour réaliser des interventions obstétricales majeures en cas d'accouchement compliqué. Le manque actuel d'anesthésistes ne fait qu'accroître le problème de cette faible couverture. L'impact négatif visible fait que plusieurs pays ont développé des stratégies alternatives afin d'améliorer la couverture en soins obstétricaux. Certains pays asiatiques et africains (par exemple l'Indonésie, l'Éthiopie, le Malawi, l'Afrique du sud) ont introduit une formation de qualification afin d'améliorer les compétences des médecins généralistes. En Afrique du sud, une formation spécifique en chirurgie et obstétrique est obligatoire. D'autres pays ont mis sur pied des formations pour leur personnel non médical afin de pouvoir offrir un éventail d'interventions chirurgicales et obstétricales ainsi que des possibilités d'anesthésie (par exemple en Tanzanie, au Burkina Faso, au Malawi, au Mozambique et en République Démocratique du Congo). Cette formation peut être institutionnalisée et durer 2 ans ou se faire « sur le tas ». Les deux approches ont reçu une évaluation positive. Les résultats des interventions ne diffèrent pas de façon significative de ceux obtenus par les spécialistes. Ce sont surtout les contraintes légales et le manque de reconnaissance, par les associations professionnelles, des médecins généralistes ou du personnel non académique formé qui mettent un frein à cette approche de développement de la couverture des soins obstétricaux pour les zones rurales. Une condition préalable à une accessibilité plus égale aux soins obstétricaux d'urgence et de qualité est d'abord l'existence d'une politique claire qui met la priorité sur les régions rurales et l'engagement du*

<sup>1</sup> MSc en Santé Publique et Gestion de la Santé, Abteilung für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen, Im Neuenheimer Feld 324, 69120 Heidelberg, Allemagne.

<sup>2</sup> Spécialiste en Obstétrique et Gynécologie, Abteilung für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen, Im Neuenheimer Feld 324, 69120 Heidelberg, Allemagne. Email: [Albrecht.jahn@urz.uni-heidelberg.de](mailto:Albrecht.jahn@urz.uni-heidelberg.de) (toute correspondance peut être adressée à cet auteur).

*politique claire qui met la priorité sur les régions rurales et l'engagement du gouvernement concrétisé par l'instauration d'un système obligeant le personnel de santé à travailler pendant un certain temps en zone rurale. La reconnaissance officielle des médecins généralistes qualifiés et du personnel non médical en chirurgie, obstétrique et anesthésie ainsi qu'un plan de carrière et des systèmes de motivation pourraient dans de nombreux pays conduire à des soins obstétricaux de qualité plus accessibles à la communauté.*

### *Historique du développement des soins obstétricaux*

Jusqu'à la fin du 19<sup>e</sup> siècle en Europe, les accouchements étaient le domaine des sages-femmes. Avec le développement des techniques chirurgicales, la responsabilité des accouchements sans complication a été progressivement transférée aux médecins (Kuntner 1994). En Suède, on a constaté que l'installation de sages-femmes certifiées dans les zones rurales a mené à une chute drastique de la mortalité maternelle. Les accouchements «chirurgicaux», l'introduction des transfusions sanguines, les antibiotiques et les soins intensifs pour la mère et le nouveau-né ont contribué à la baisse de la mortalité maternelle et périnatale (De Brouwere *et al.* 1998). Dans beaucoup de pays en développement, la médecine moderne fut introduite d'abord sous forme de soins curatifs pour les colons et les militaires. Par la suite, la médecine curative s'est étendue à la population indigène. Par conséquent, les soins obstétricaux dépendaient des médecins généralistes et des infirmières/sages-femmes européennes bien entraînées qui s'occupaient principalement des complications obstétricales. Avec l'introduction de consultations mobiles dans les zones isolées et les soins préventifs (vaccinations, consultations de nourrissons sains, soins prénatals) de plus en plus d'infirmières locales ont été formées. Mais seuls quelques médecins généralistes locaux ont bénéficié d'une formation à l'étranger. A présent, la plupart des pays disposent d'un personnel médical formé localement ou à l'étranger (en Afrique, beaucoup d'entre eux ont étudié en ex-Union Soviétique et à Cuba). Un grand nombre se sont spécialisés et se sont installés dans les grandes villes du pays. Jusqu'à la fin du 20<sup>e</sup> siècle, les zones rurales de la majorité des pays en développement manquaient de médecins généralistes. Afin d'assurer une couverture de soins préventifs et curatifs à la population, les pays ont introduit des approches différentes.

## *La situation légale actuelle du personnel de santé*

### DE INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES MAJEURES SEULEMENT AUTORISÉES AUX SPÉCIALISTES

Dans certains pays, seuls les spécialistes sont autorisés à opérer (par exemple en Chine, en Indonésie, au Pakistan, à Madagascar et au Maroc). La couverture en spécialistes varie d'un pays à l'autre. Au Maroc l'objectif est de mettre en poste au moins un obstétricien, un chirurgien et un anesthésiste dans chaque hôpital de province. Mais les zones rurales isolées ne sont pas couvertes. Les parturientes ayant besoin d'une césarienne sont référées vers les hôpitaux régionaux.

A Madagascar, on retrouve les spécialistes uniquement dans les hôpitaux régionaux qui sont les seuls centres de référence. Vu l'étendue du pays et la pauvreté des infrastructures, il faut plusieurs heures voire plusieurs jours pour atteindre un hôpital de référence. Il existe des structures d'un niveau inférieur (centre médical, hôpital simple) où on trouve des médecins généralistes mais il n'offrent pas de soins obstétricaux. Cette situation a un impact négatif très important sur la santé (30% de mortalité périnatale dans les hôpitaux provinciaux) (Beche & Jahn 1992).

En Chine seulement 2,7% des médecins seniors travaillent dans les hôpitaux ruraux (Xiang *et al.* 1996). La politique de santé met l'accent sur les soins préventifs. La politique de l'enfant unique stimule les gens à être sensibles aux soins prénatals. Ceci élimine apparemment la plupart des situations d'urgence. En plus, les femmes enceintes sont supposées être extrêmement prudentes et doivent se présenter à un hôpital dispensant des soins spécialisés. En réalité, dans beaucoup de zones rurales il n'y a presque pas de spécialistes.

Au Pakistan, les prospères cliniques privées profitent de cette situation. Puisqu'on les retrouve surtout dans les grandes villes, les zones rurales n'ont pratiquement pas de spécialistes.

En Indonésie, les spécialistes sont actuellement peu à peu remplacés par les médecins généralistes avec une formation complémentaire en chirurgie/obstétrique. C'est de cette façon que les décideurs politiques ont réagi à la situation actuelle (Thouw 1992).

## LA RÉALISATION DES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES MAJEURES PAR TOUS LES MÉDECINS

Des pays comme le Bangladesh ou les pays sud-américains (le Chili, le Pérou, l'Équateur) autorisent tous les médecins à faire des césariennes. Au Bangladesh, les médecins qui offrent des soins chirurgicaux doivent acquérir une formation complémentaire. En Amérique Latine, un tel certificat n'est pas nécessaire (Shaheen 2000). Le Népal dispose d'un cadre de médecins qui pendant leur formation de généralistes qui dure 2 ans se familiarisent avec les techniques chirurgicales et obstétricales. Ils travaillent dans les hôpitaux ruraux et sont capables d'offrir des soins obstétricaux d'urgence (Erpelding 2000 - communication personnelle). Au Pakistan, la licence permettant de pratiquer la médecine (MBBS) considère qu'on est capable d'opérer, y compris de faire une césarienne, et qu'on est autorisé à opérer. Mais dans les hôpitaux publics (gouvernementaux), officiellement les césariennes ne sont faites que par les gynéco-obstétriciens (Thaver 2000).

## LA RÉALISATION DES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES MAJEURES PAR LES MÉDECINS ET LE PERSONNEL NON MÉDICAL SPÉCIFIQUEMENT FORMÉ

Certains pays ont choisi une approche totalement différente. Afin de couvrir leur population en soins obstétricaux d'urgence, ils forment un personnel non médical. La Tanzanie par exemple a créé la fonction d'assistant médical (*assistant medical officer*) travaillant au niveau de l'hôpital de district (Mbaruku 2000 - communication personnelle). Un système de promotion permet à l'aide médical rural qualifié (travaillant dans un dispensaire) de suivre une formation de *medical assistant* (3 ans de théorie et pratique). Les *medical assistant* certifiés peuvent suivre un cours avancé de deux ans afin de devenir *assistant medical officer*. Ils peuvent alors faire des interventions chirurgicales et obstétricales. Le système de santé en Tanzanie a réussi à rapprocher les services de soins obstétricaux d'urgence de la population grâce à ces *assistant medical officers*.

Au Burkina Faso, les infirmier/ères et sages-femmes certifiées sont obligées de travailler au moins 2 ans dans un dispensaire ou un centre de santé d'une zone rurale. Après un minimum de 5 ans de pratique, ils/elles peuvent suivre un cours de 2 ans en chirurgie, anesthésie, radiologie, laboratoire, etc. Les assistant(e)s chirurgicaux/ales sont affecté(e)s dans les hôpitaux de district et les hôpitaux régionaux. Leur tâche principale est la chirurgie mineure mais ils/elles assistent également les médecins en cas d'intervention majeure.

Ils/elles sont formé(e)s également pour faire de la chirurgie d'urgence (principalement les césariennes et les hernies étranglées) et assurer le service en cas d'absence du médecin.

Tableau 1. Autorisation officielle de faire des césariennes et pratique habituelle

Pays	Situation légale	Pratique habituelle	Commentaires
Bangladesh	Spécialistes Médecins avec formation complémentaire en chirurgie	Médecins sans formation complémentaire	Médecins sans formation complémentaire travaillant de manière illégale
Burkina Faso	Médecins Spécialistes Assistants en chirurgie	Médecins généralistes avec une formation d'un an en chirurgie Assistants en chirurgie	Assistants en chirurgie qui ont la permission de travailler de manière indépendante s'il n'y a pas de médecin en poste ou s'il est absent
Chili	Médecins Spécialistes	Médecins	N'importe quel médecin qui se sent à même de réaliser une césarienne a l'autorisation de le faire
Chine	Médecins Spécialistes	Médecins Médecins généralistes	
Congo (R.D.)	Médecins Spécialistes	Infirmières avec formation chirurgicale	Autorisé mais pas reconnu officiellement
Equateur	Médecins Spécialistes	Médecins	N'importe quel médecin qui se sent à même de réaliser une césarienne a l'autorisation de le faire
Ethiopie	Médecins Spécialistes	Médecins généralistes avec cours de 6 mois en chirurgie/obstétrique Médecins	Le médecin généraliste n'est pas reconnu légalement
Kenya	Médecins Spécialistes Médecin avec formation complémentaire en chirurgie		
Malawi	Médecins Spécialistes Assistants en chirurgie	Assistants en chirurgie	Assistants en anesthésie assurent le fonctionnement du bloc opératoire
Mozambique	Médecins Spécialistes Assistants en chirurgie	Assistants en chirurgie	
Nigeria	Médecins Spécialistes	Médecins généralistes	
Pakistan	Médecins Spécialistes	Spécialistes	Dans les hôpitaux gouvernementaux seuls les spécialistes font des césariennes
Pérou	Médecins Spécialistes	Médecins	N'importe quel médecin qui se sent à même de réaliser une césarienne a l'autorisation de le faire
Afrique du Sud	Médecins Spécialistes	Médecins généralistes	La chirurgie sans aucune aide et avec anesthésie est illégale. La formation professionnelle du médecin généraliste est devenue obligatoire
Tanzanie	Médecins Spécialistes Assistants médicaux	Assistants médicaux	

L'information provient de communications personnelles des membres d'Afronet, anciens et étudiants actuels du cours de Maîtrise en Santé Communautaire et Management de la Santé, Heidelberg, avec la collaboration de chercheurs et d'institutions qui ont aimablement répondu à notre petit questionnaire. Qu'ils soient tous remerciés de leur collaboration

### *Le problème de la répartition des professionnels de santé*

On observe des déséquilibres importants en ressources humaines dans la distribution du personnel de santé. Beaucoup de pays en développement se trouvent face à un manque de personnel de premier échelon et à un excès de spécialistes, souvent, d'ailleurs, concentrés dans les zones urbaines. L'écart entre les zones rurales et urbaines est, de plus, aggravé par la migration du personnel médical et paramédical (infirmières, accoucheuses) vers d'autres pays. L'Afrique du Sud attire un grand nombre de ce type de personnel d'autres pays africains, comme le font les pays arabes pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale. Dans les années 90, il y avait plus de médecins soudanais dans les pays arabes qu'au Soudan. Cet exode des cerveaux n'affaiblit pas seulement les services de santé dans le pays d'origine mais produit également un effet sur l'économie du pays. L'investissement considérable dans la formation du personnel médical est perdu pour le pays. Des possibilités d'avancement de carrière ainsi que des formations intra-services sont nécessaires pour garder ce personnel. Pour améliorer l'équilibre, utiliser des prestataires de soins non médicaux au niveau des services de premier échelon présente plusieurs avantages: leur formation est moins chère (le Myanmar, le Pakistan et le Sri Lanka montrent que 2,5 à 3 infirmières peuvent être formées pour le prix de la formation d'un seul médecin), ils ont un salaire plus bas, ils s'installent plus facilement dans les zones rurales, et ils communiquent de façon plus efficiente avec les patients (World Bank 1993).

Dans beaucoup de systèmes de santé gouvernementaux, de 60% (Afrique du Sud) à 90% (Sénégal, Nigeria) des médecins travaillent dans les villes les plus importantes (Solanke 1997). Les spécialistes en chirurgie ou en obstétrique et gynécologie se trouvent pratiquement tous sans exception dans les hôpitaux nationaux et les cliniques privés. En Chine, seulement 3% des médecins généralistes seniors travaillent dans les hôpitaux ruraux (Xiang *et al.* 1996). Dans tout le Malawi, il n'y a qu'un spécialiste en anesthésie (Adeloye 1993). Au Pakistan, nous avons trouvé trois fois plus de médecins enregistrés que de sages-femmes certifiées (Gouvernement of Pakistan 1997). Au Mexique, même avec 7% de médecins au chômage et 11% n'exerçant pas leur métier, les zones rurales sont sérieusement en manque de médecins. Et les médecins travaillant dans les grandes villes n'ont aucune intention de les quitter (World Bank 1993). En Indonésie, en Ethiopie, en Afrique du Sud et même en Australie, les équipes des hôpitaux ruraux (niveau de première référence) se composent de médecins généralistes ou de sages-femmes qui

n'ont pas été formés pour faire des soins obstétricaux d'urgence, et sont donc assez peu motivés à intervenir dans ce genre de cas, ou bien ne sont pas autorisés à le faire (Craig & Nichols 1993, Loutfi *et al.* 1995, Reid *et al.* 1998, Thow 1992).

En Tanzanie, comme dans beaucoup d'autres pays, les zones rurales sont desservies par des médecins généralistes et des assistants médicaux. La majorité de la population de ce pays a accès aux soins de première ligne. Par exemple, un dispensaire couvre en moyenne une population de 5.000 personnes et 80% d'entre eux habitent dans une rayon de 5 km autour du centre de santé (Tanzania/Bureau of Statistics 1996). Les soins obstétricaux sont fournis par un réseau d'hôpitaux régionaux et de district et les assistants médicaux en sont la cheville ouvrière. Néanmoins, les zones rurales restent insuffisamment couvertes étant donné que l'aire d'attraction effective des hôpitaux chute brutalement au delà de 10 km (Jahn *et al.* 1998).

#### UNE RÉPARTITION INÉGALE DU PERSONNEL DE SANTÉ FÉMININ

Les soins obstétricaux d'urgence est un domaine dans lequel on retrouve essentiellement du personnel masculin. La majorité des chirurgiens dans le monde sont des hommes sauf en ex Union Soviétique où les obstétriciens sont en règle générale des femmes. Au niveau du centre de santé et des dispensaires, les accouchements sont réalisés le plus souvent par du personnel féminin. En Chine, la demande pour du personnel médical féminin a conduit à augmenter le recrutement, la formation et le déploiement de médecins femmes. Depuis 1997, il y a au moins un médecin femme par village (Koblinsky *et al.* 1999). Au Népal, on a créé un cadre d'auxiliaires pour s'occuper de la santé des mères et des enfants dans les dispensaires et centres de santé. Leurs tâches comprennent l'assistance aux accouchements à domicile, ou à la maternité, et les consultations prénatales mobiles. A cause du système de castes très strict, ce cadre ne fonctionne pas de manière très efficace (une auxiliaire d'une caste supérieure ne peut pas assister l'accouchement d'une femme d'une caste inférieure) (Dar Iang 1999). Au Pakistan, les aides sanitaires féminines fournissent les soins prénatals à domicile. Pour les femmes vivant les règles très strictes du Purdah, il est impensable d'aller au dispensaire ou à l'hôpital en consultation (Jahn 1995). Au Burkina Faso, des accoucheurs masculins (maïeuticiens) ont été formés et travaillent dans les centres de santé et les hôpitaux. Il a été nécessaire de former des hommes comme accoucheurs afin de combler le vide laissé par les sages-femmes quittant la zone rurale pour rejoindre leur mari affecté dans une grande ville (il existe une loi permettant aux fonctionnaires de re

joindre leur famille) (Hien, communication personnelle). Dans les grandes villes, l'accouchement assisté par une personne formée est la règle mais en zone rurale, par contre, c'est plutôt une question de "chance".

### *Stratégies pour résoudre les problèmes de distribution du personnel*

Différentes approches ont été testées et mises en œuvre afin de couvrir la population en soins obstétricaux d'urgence. Un exemple très intéressant est l'équipe obstétricale volante (*obstetric flying squad*) en Malaisie. Ce service s'occupe des urgences obstétricales depuis maintenant 30 ans. On peut y faire appel 24 heures sur 24, et il dispose de spécialistes en obstétrique. Néanmoins, avec le développement des télécommunications, l'amélioration de l'accès aux hôpitaux ruraux, un service d'ambulance est plus rapide et moins cher pour la plupart des communautés. Une condition préalable pour le service d'ambulance a été la formation des chauffeurs aux premiers secours. Seules les communautés très isolées font encore appel aux services de l'équipe volante (Monga & Achanna 1999). Des services mobiles et les accouchements à domicile assistés par des professionnels de santé formés ne sont pas très fréquents en Afrique ni en Asie. La Malaisie est un exemple : entre le milieu des années 1970 et des années 1980 la plupart des accouchements se faisant à domicile ont été progressivement assistés par une sage-femme professionnelle et le rôle de l'accoucheuse traditionnelle est devenu plutôt un rôle de support social de la famille. Le personnel de soins à domicile est bien formé et peut faire appel à tout un réseau de référence (voir ci-dessus). Aujourd'hui, même les femmes à faible risque accouchent à l'hôpital dans la plupart des cas. La même tendance a été observée au Sri Lanka (Koblinski *et al.* 1999). La Chine a choisi l'approche d'une formation médicale raccourcie (3 au lieu de 5 ans) afin d'augmenter le nombre de médecins (World Bank 1993). D'autres pays comme l'Éthiopie, l'Indonésie, l'Afrique du Sud, le Malawi et même certains pays développés comme l'Australie, la Nouvelle Zélande et le Canada ont organisé une formation en soins d'urgence pour les médecins généralistes des hôpitaux ruraux et les médecins de famille (Adeloye 1993, Craig & Nichols 1993, Krikke & Bell 1989, Loutfi *et al.* 1995, Reid *et al.* 1998, Thouw 1992) En Tanzanie (Mbaruku communication personnelle), au Mozambique, au Burkina Faso (Traoré communication personnelle) et en R. D. du Congo ce sont des paramédicaux qui ont été formés en soins chirurgicaux et obstétricaux d'urgence (da Luz & Bergström 1992, Duale 1992, Pereira *et al.* 1996).



## DÉLÉGATION DES TÂCHES

Les prestataires au premier échelon comprennent des médecins, des infirmières, des assistants médicaux et des sages-femmes (World Bank 1993). En 1992, la FIGO (Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens) recommandait une délégation de fonctions aux différents niveaux de personnel. Actuellement cette délégation de fonctions se fait dans des conditions de traditions rigides héritées d'une médecine occidentale dépassée, à la fois lors de l'enseignement et dans l'exercice de la pratique. La délégation des tâches est souvent mal adaptée aux différentes situations locales. Les différents groupes professionnels rendent les choses encore plus compliquées lorsqu'ils tentent de protéger leur territoire bien qu'il soit absolument clair qu'ils sont eux-mêmes incapables ou peu disposés à fournir ces services cliniques là où ils sont nécessaires. D'autre part, ils pensent sincèrement que la délégation de certaines fonctions cliniques risque d'augmenter la morbidité et la mortalité (Rooth & Kessel 1992).

Le débat sur les avantages et les inconvénients de la délégation des tâches et du transfert des compétences est vieux de plusieurs siècles. La définition des limites professionnelles et l'angoisse de perdre ce contrôle a concentré la discussion sur la question de «comment protéger le statut et l'indépendance professionnelle?» au lieu de «comment peut fonctionner l'interdépendance des différents cadres de professionnels de santé?». Cependant, plusieurs études montrent que la délégation des tâches peut marcher sans perte de qualité des soins. En Grande-Bretagne, les infirmiers 'praticiens' s'occupent des soins ambulatoires et les infirmiers hospitaliers remplacent les internes en chirurgie; aux États-Unis, des infirmiers s'occupent des soins intensifs dans les unités néonatales et des assistants non médecins travaillent en chirurgie cardiaque. Ces exemples ont été évalués et n'ont pas révélé de différence significative avec les soins fournis par les professionnels médicaux (Hopkins *et al.* 1995). En définissant le type de personnel, l'équipement et les responsabilités d'un hôpital de district comme premier niveau de référence, il ne faut pas oublier qu'en réalité ce niveau est souvent également le dernier lieu de recours (General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics 1992). Hardee et Yount (2000) voient les avantages d'une délégation des tâches vers un niveau moins élevé dans le fait qu'ainsi on peut résoudre le problème du manque de personnel qualifié, libérer les médecins des tâches de routine et préserver le temps précieux des spécialistes pour les urgences, évitant ainsi de longs délais dans les soins et promouvant la satisfaction du personnel.

## *Les différents modèles de formation*

### FORMATION DE PERSONNEL NON MÉDICAL

La formation diffère en durée et en contenu suivant les tâches envisagées pour le personnel nouvellement qualifié. La formation la plus complexe est offerte par les systèmes de santé dans lesquels le personnel non médical a été intégré au premier et au deuxième niveau de référence depuis quelque temps déjà et pour lesquels l'objectif politique est d'offrir des services obstétricaux et chirurgicaux plus nombreux, de meilleure qualité et plus accessibles aux communautés. Dans ces pays, les 'docteurs' non médecins sont bien établis et leur carrière est officiellement reconnue. La Tanzanie et le Burkina Faso en sont de bons exemples. Dans ces deux pays le curriculum des assistants médicaux ou des assistants spécialisés en chirurgie comprend l'apprentissage de la théorie et une connaissance pratique de la chirurgie générale, de l'obstétrique et de la gynécologie particulièrement pour les causes les plus fréquentes d'interventions d'urgence. Les cours ont une durée de 2 ans. Au Burkina Faso, une condition préalable à l'admission est d'être infirmier/ère ou sage-femme diplômé/e avec un minimum de 5 ans d'expérience pratique. En Tanzanie, le cours a été conçu pour promouvoir les assistants médicaux. Dans ces deux pays le certificat/licence est officiellement reconnu et le salaire est plus élevé pour ces postes (Mbaruku 2000 - communication personnelle; Traoré 1998 - communication personnelle).

Dans certains systèmes de santé, le personnel paramédical est formé pour boucher les trous créés par le manque de médecins, sans qu'il y ait une vision claire d'une solution permanente. Leur formation est souvent de courte durée. Au Malawi, la formation d'un assistant médical dure un an ; au Mozambique, celle des techniciens en chirurgie dure 6 mois (Adeloye 1993, da Luz Vaz & Bergström 1992). L'aspect commun de tous ces cours est l'accent mis sur les compétences pratiques en chirurgie générale et en gynéco-obstétrique. La seule façon d'apprendre la chirurgie est de la faire. Mais il manque dans ces formations l'apprentissage de la prise en charge des cas et des indications des interventions chirurgicales. Pour cette raison, il serait nécessaire de revoir les curriculums. Un autre fait commun à tous ces cours est leur manque de reconnaissance officielle par les associations médicales des pays concernés et le fait qu'il n'y ait pas de motivation financière ou autre pour les participants dans leurs futurs postes.

Depuis les années 1950, certains infirmiers de quelques hôpitaux congolais (ex- Zaïre) ont reçu une formation pratique sur le tas pour faire des

césariennes. Initiés par un médecin spécialiste, ils ont pris en charge plus de 80% des urgences obstétricales. En 1980, leur formation a été complétée afin de couvrir également les cas de gynécologie et de chirurgie générale. Ils sont sélectionnés très rigoureusement sur base de leur expérience et reçoivent alors une formation spécifique limitée à un nombre restreint d'interventions chirurgicales (Rosenfield 1992 , Duale 1992).

Au Malawi et au Burkina Faso, les assistants en anesthésie sont formés de la même façon que le personnel paramédical en chirurgie. Ces deux pays ont un déficit important en médecins et en anesthésistes. Dès lors, les nouveaux cadres qualifiés ne travaillent pas seulement dans les zones rurales, ce qui était prévu à l'origine, mais couvrent également les hôpitaux régionaux et même nationaux (Traoré 1998 - communication personnelle, Adeloje 1993). La couverture des zones rurales de l'Afrique du Sud en services d'anesthésie connaît les mêmes problèmes. Jusqu'à présent, plus de la moitié des interventions chirurgicales d'urgence dans les hôpitaux ruraux sont réalisées par un médecin généraliste qui travaille comme chirurgien et anesthésiste en même temps. Cette pratique n'est pas seulement dangereuse, mais en plus, elle n'est pas légalement couverte. Une formation des assistants médicaux en anesthésie a donc été envisagée (Reid *et al* 1998).

#### ENSEIGNEMENT À DISTANCE

L'enseignement à distance est une autre approche de la formation du personnel de santé dans les zones rurales. Ce type d'enseignement a démarré en Tanzanie en 1981. Depuis lors, plus que 3.000 étudiants ont participé au programme. Plusieurs modules de formation ont été développés parmi lesquels la surveillance de l'accouchement, les urgences obstétricales, les urgences médicales, etc. A la fin de chaque module les candidats reçoivent un certificat. Cette méthode convient particulièrement aux équipes chargées des soins de santé maternels. Tout d'abord parce que l'apprentissage se passe sur le lieu de travail avec un matériel éducatif facilement disponible; ensuite, parce que ce type d'enseignement constitue un stimulus pour le personnel dans les zones isolées et par conséquent est bon pour le moral et l'efficacité. Un inconvénient sérieux est cependant le manque d'expérience pratique supervisée (Burke & Kisimbo 1997, Parry 1992).

#### LA FORMATION PRATIQUE COMPLÉMENTAIRE DES MÉDECINS

L'Indonésie, l'Ethiopie, l'Afrique du Sud et même l'Australie ont considéré que les médecins généralistes des hôpitaux ruraux devaient recevoir une for-

mation chirurgicale/ obstétricale complémentaire. Ils sont souvent la seule et unique source de soins accessible à la communauté. Malheureusement l'enseignement de la médecine à la faculté n'apporte que rarement les compétences nécessaires aux médecins ruraux. Un médecin généraliste en zone rurale n'a également que peu de possibilités de référer les urgences. L'Indonésie envisage une formation pratique en techniques d'urgence obstétricale non chirurgicales (délivrance artificielle du placenta, curetage utérin, etc.) pour ses médecins généralistes affectés dans les centres de santé ruraux et les hôpitaux (Thouw 1992). L'Afrique du Sud a fondé sa décision d'instaurer une formation professionnelle obligatoire en chirurgie de base pour médecins généralistes sur une évaluation des pratiques courantes dans les hôpitaux ruraux. On a constaté que la décision des médecins de faire une intervention chirurgicale afin de sauver la vie de la mère était le résultat de leur courage personnel plutôt que de leur compétence (Reid *et al* 1998). L'Éthiopie a déjà une bonne expérience avec un cours semblable de 6 mois qui forme des médecins généralistes ruraux aux techniques chirurgicales d'urgence (Loutfi *et al.* 1995).

Même l'Australie, un pays très étendu et qui a des problèmes de couverture sanitaire de la population rurale, a développé une politique de modules de formation professionnelle pour les médecins de famille. Parmi les sujets, on retrouve la chirurgie d'urgence, l'obstétrique d'urgence, la pédiatrie, les urgences cardiaques, etc. (Craig & Nichols 1993).

Un aspect très important de la formation de courte durée est la supervision régulière par les spécialistes après la formation. C'est la condition la plus importante mais la plus difficile à réaliser. L'expérience éthiopienne du premier cours a mis en évidence les difficultés liées à la participation des spécialistes en chirurgie dans le suivi des médecins formés. Les services de santé ruraux n'étaient pas considérés comme une priorité par le département de chirurgie de l'université (Loutfi *et al.* 1995).

Afin de motiver le personnel, de nouvelles approches de formation ont été testées. Au Népal, un programme récent issu du projet 'Maternité sans Risque' a utilisé une analyse des besoins avec une liste des compétences nécessaires pour adapter la formation aux besoins individuels spécifiques (Koblinski *et al.* 1999). La Banque Mondiale, l'UNICEF et l'ONUSIDA appuient ce genre de programmes de formation. On ne dispose cependant pas encore d'une évaluation puisque l'expérience est encore trop récente. Mais tant que la formation se fonde sur les intérêts de l'offre et les capacités des institutions, les besoins des étudiants sont rarement pris comme base de planification de nouveaux programmes (Daly *et al.* 1994, Unicef 2000, Walker 1999).

### *La qualité des soins obstétricaux offerts par les médecins et le personnel non médical*

Au Canada, une vaste étude de cohorte a comparé le résultat pour la mère et l'enfant obtenu par les médecins de famille et les médecins spécialistes en obstétrique. Une différence significative a été trouvée dans la proportion de primipares avec un accouchement spontané par voie basse qui était plus élevée chez les médecins de famille, tandis que la proportion de travail induit par ocytociques était plus élevée chez les spécialistes. Néanmoins, les données n'ont pas montré de différence significative dans les résultats pour la mère ni pour l'enfant (Krikke & Bell 1989).

En Ethiopie, un groupe de médecins généralistes ayant bénéficié d'une formation chirurgicale ont eu d'excellents résultats en dépit du fait que leurs patientes étaient généralement arrivées en très mauvaise condition. Le personnel paramédical au Mozambique a été suivi attentivement et leurs résultats évalués, de même que le travail des infirmiers chirurgiens en R. D. du Congo. Toutes les études montrent que la qualité de leur travail a été satisfaisante et comparable en gros aux soins fournis par les spécialistes dans les mêmes conditions et pour le même type de patientes (da Luz Vaz & Bergström 1992, Duale 1992, Loutfi *et al.* 1995, Pereira *et al.* 1996, Sohler *et al.* 1999).

### *Le coût de la formation en soins obstétricaux d'urgence*

Le coût de la formation est généralement difficile à évaluer. Au Myanmar, au Pakistan et au Sri Lanka on a montré que 2,5 à 3 infirmières peuvent être formées pour le même prix qu'un seul médecin (World Bank 1993). Au Bangladesh, le coût total pour former un médecin s'élève à +/- 2.500 \$ contre un coût total pour la formation d'une infirmière de +/- 300 \$ (Shaheen 2000 - communication personnelle). En Tanzanie, les frais d'une formation de deux ans d'un assistant médical sont estimés à 1.000 \$ par personne (Mbaruku 2000 - communication personnelle). En plus, les stagiaires reçoivent leur salaire mensuel. Le nouveau cours de 6 mois pour médecins généralistes en Ethiopie s'élève à 2.000 \$ par personne, sans compter le salaire de deux obstétriciens étrangers établis au pays (enseignement et supervision). La proportion la plus élevée du coût concerne les per diems payés aux participants du cours (Loutfi *et al.* 1995).

Les coûts de suivi ne doivent pas être négligés. La supervision des nouvel-

les techniques apprises est absolument nécessaire. Par exemple, le remplacement des internes seniors en soins néonataux par des infirmières spécialement formées à Bristol en Grande-Bretagne nous montre un bilan assez complexe. Les économies faites d'une part (le remplacement des internes seniors par des infirmières moins chères) ont été compensées par les dépenses nécessaires pour la supervision (Hopkins *et al.* 1995).

### *Résumé de l'expérience actuelle*

La répartition inégale du personnel médical qualifié pour réaliser les interventions obstétricales est due à plusieurs causes. Un des facteurs majeurs est l'influence des politiques. Souvent la volonté politique de fournir des équipes médicales qualifiées aux hôpitaux ruraux n'est pas sérieusement formulée ou le pouvoir politique nécessaire pour imposer ce programme est faible. L'exemple norvégien nous confirme qu'un gouvernement fort peut mettre en place du personnel dans les postes ruraux. Les bénéficiaires de bourses gouvernementales doivent aller dans les provinces du Nord et, s'ils refusent, ils sont obligés de rembourser l'argent de la bourse. Au Burkina Faso, le système a perdu sa crédibilité à cause des exceptions faites au règlement en matière de ressources humaines. Le personnel féminin peut demander un poste auprès de son mari (si celui-là est aussi un employé de l'état). La loi sur la protection de la famille permet le regroupement familial. A cause de cette pratique, presque toutes les sages-femmes sont concentrées dans les deux grandes villes du pays. Dans d'autres pays, par exemple la Tanzanie, les personnes influentes refusent d'aller dans les postes ruraux sans qu'elles doivent pour autant s'attendre à des sanctions.

Une autre raison de la répartition inégale des professionnels de santé est l'insuffisance en nombre absolu de personnel médical qualifié. Faut-il former plus de médecins ou plus de personnel paramédical est un débat qui dure depuis plus de 20 ans et qui n'est toujours pas résolu. Entre-temps, plusieurs pays ont expérimenté différentes approches pour couvrir les zones rurales en soins obstétricaux adéquats. Les résultats sont encourageants. L'expérience montre que lorsqu'il n'y a pas, ou trop peu, de médecins au premier niveau de référence, des équipes composées de personnel non médical peuvent être formées afin de réaliser d'une façon efficace toutes les fonctions attribuées à ce niveau, y compris la chirurgie d'urgence (General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics 1992).

La Banque Mondiale encourage l'utilisation de personnel non médical

pour plusieurs raisons et pas uniquement parce que leur formation et leur salaire sont moins coûteux. Il est plus facile de les attirer dans les zones rurales, et, en général leur communication avec le patient est plus efficace (Banque Mondiale 1993). Néanmoins, la reconnaissance du personnel non médical par les organisations professionnelles et les autorités n'est pas évidente, voire absente, dans une grande partie du monde.

### *Propositions pour une répartition plus équitable du personnel qualifié en soins obstétricaux*

Les situations différentes des pays font appel à des stratégies individuelles et non uniformes. Les pays avec un nombre absolu élevé de médecins ont d'autres problèmes pour assurer les soins obstétricaux dans les zones rurales que les pays où le personnel est insuffisant. Ce manque peut être également le résultat d'une capacité de formation réduite des écoles de médecine, des contraintes économiques ou de la migration du personnel de santé vers d'autres horizons plus attirants. En vue des éléments d'évidence scientifique décrits ci-dessus, nous suggérons les scénarios suivants :

#### **1. Pour les pays avec une capacité suffisante de personnel médical concentré dans les grandes villes**

Une volonté politique claire devrait considérer comme prioritaire la couverture des zones rurales avec des soins obstétricaux de qualité. Il devrait être obligatoire pour les professionnels de santé de travailler durant une période d'au moins 2 ans dans ces zones avant de recevoir la permission de s'installer dans les grandes villes ou dans un cabinet privé. Nous avons des preuves que ceci fonctionne aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement (par exemple en Norvège, ceux qui ont reçu une bourse gouvernementale doivent travailler 2 ans dans les provinces du Nord, au Burkina Faso tout le personnel médical et paramédical doit travailler 2 ans dans les districts).

#### **2. Pour les pays avec une insuffisance de professionnels de santé causée par l'émigration**

La mesure la plus importante est de rendre le travail dans le pays même plus séduisant que le travail à l'étranger. Il y a d'autres possibilités à côté des motivations financières. Un avancement plus rapide dans la hiérarchie des services de santé, des niveaux de salaires plus élevés, une reconnaissance du travail, la revalorisation de la formation et l'admission préférentielle aux cours ne sont que quelques exemples.

### 3. Pour les pays avec peu de personnel qualifié à cause d'une capacité limitée de formation ou de contraintes économiques

La première possibilité est une d'assurer une formation complémentaire de qualification pour le personnel existant. Comme on peut le constater en Ethiopie, en Afrique du Sud et dans d'autres pays, des groupes entiers de personnel travaillent sans formation suffisante et sans compétence pratique. Ils ont la volonté et la capacité d'apprendre les techniques chirurgicales et de bien les appliquer. Une délégation des tâches à d'autres cadres de personnel de santé est une autre possibilité. La formation sur le terrain des infirmières en R. D. du Congo a prouvé son efficacité et sa faisabilité. La création de nouveaux cadres est la solution pour les pays où la politique officielle encourage la formation de personnel non médical et leur permet de réaliser des tâches spécifiques d'une façon indépendante (tableau 2). La Tanzanie et le Burkina Faso ont une expérience avancée dans ce domaine et d'autres peuvent en tirer des leçons.

Tableau 2. Suggestions pour une meilleure couverture des soins obstétricaux d'urgence

Acteurs principaux	Meilleure couverture des soins obstétricaux d'urgence
I. Niveau de référence (dispensaires, centres de santé) Infirmières Sages-femmes Personnel auxiliaire	I. Niveau de référence (dispensaires, centres de santé)  Compétences en soins obstétricaux d'urgence non chirurgicaux pour les infirmières et les sages-femmes (p.e. : délivrance artificielle du placenta, compression bi-manuelle de l'utérus, réparation des lacérations et des épisiotomies, perfusions, ocytocine en post-partum)
II. Niveau de référence (hôpital de district)  Médecin généraliste Infirmières Sages-femmes	II. Niveau de référence (hôpital de district)  a) formation des médecins généralistes aux techniques chirurgicales utilisées pour les cas d'urgence fréquents (césariennes, hernies étranglées). Par exemple : en Ethiopie, en Australie  b) formation de cadres non médicaux en techniques chirurgicales et anesthésie (par exemple les assistants médicaux en Tanzanie, infirmier/chirurgien et infirmier/anesthésiste au Burkina Faso)  c) formation complémentaire de qualification pour infirmières et sages-femmes en techniques chirurgicales et anesthésie (par exemple formation «sur le tas» pour les infirmiers chirurgiens en RD Congo, assistants médicaux en anesthésie au Malawi, techniciens chirurgiens au Mozambique)
III. Niveau de référence (hôpitaux régionaux et nationaux) Spécialistes en obstétrique et gynécologie Médecins seniors Médecins généralistes	III. Niveau de référence (hôpitaux régionaux et nationaux)  Intégration des spécialistes et du personnel médical senior dans la formation pratique et la supervision des deux niveaux de référence



## Références

- Adeloye A (1993). Surgical services and training in the context of national health care policy: the Malawi experience, *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, **96**, 215-221.
- Beche T & Jahn A (1992). *Appraisal of the state of Mother and Child Health Care in Madagascar*, Project Progress Report, GTZ, Mahajanga.
- Burke M & Kisimbo D (1997). Health in Transition: Opportunities and Challenges, World Federation of Public Health Associations, ed., Trade Service Publication, pp. 102-103.
- Craig M & Nichols A (1993). Training curricula in surgery, anaesthesia and obstetrics for rural GPs, *Australian Family Physician*, **22**(7), 1218-1219.
- da Luz Vaz M & Bergström S (1992). Mozambique - delegation of responsibility in the area of maternal care, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **38** (Supplement), 37-39.
- De Brouwere V, Tonglet R & Van Lerberghe W (1998). Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialised West?, *Tropical Medicine and International Health*, **3**(10), 771-782.
- Duale S (1992). Delegation of responsibility in maternity care in Karawa Rural Health Zone, Zaire, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* **38** (Supplement), 33-35.
- General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics (1992). Recommendations, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* **38** (Supplement), 79-80.
- Government of Pakistan (1997). *Statistical Supplement - Economic Survey*, Government of Pakistan, Islamabad.
- Hopkins A, Solomon J & Abelson J (1995). Shifting boundaries in professional care, *Journal of the Royal Society of Medicine* **89**, 364-371.
- Jahn A, Kowalewski M & Kimatta SS (1998). Obstetric care in Southern Tanzania: Does it reach those in need?, *Tropical Medicine and International Health*, **3**(11), 926-932.
- Krikke E & Bell N (1989). Relation of family physician or specialist care to obstetric interventions and outcomes in patients at low risk: a western Canadian cohort study, *Canadian Medical Association Journal* **140**, 637-643.

- Kuntner L (1994). Die Medikalisierung der Geburtshilfe. Ein Rückblick auf die Entwicklung der Geburtshilfe in der Schweiz. Conference Proceedings, Obstetrics under simple conditions, Heidelberg.
- Loutfi A, McLean A & Pickering J (1995). Training general practitioners in surgical and obstetrical emergencies in Ethiopia, *Tropical Doctor*, **25** (Supplement 1), 22-26.
- Monga D & Achanna S (1999). Is there a role for the obstetric flying squad in Peninsula Malaysia, *Singapore Medical Journal*, **40**(2), 78-80.
- Parry E (1992). Appropriate training for maternal health and attributes of the trainer", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **38** (Supplement), 49-54.
- Pereira C, Bugalho A, Bergström S, Vaz F & Cotira M (1996). A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **103**, 508-512.
- Reid S, Chabikuli N, Jaques P & Fehrsen G (1998). The procedural skills of rural hospital doctors, *South African Medical Journal*, **89**(7), 769-774.
- Rooth G & Kessel E (1992). Foreword, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **38** (Supplement), 1-2.
- Rosenfield A (1992). Maternal Mortality: community-based interventions, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **38** (Supplement), 17-22.
- Sohier N, Frejacques L & Gagnayre R (1999). Design and implementation of a training programme for general practitioners in emergency surgery and obstetrics in precarious situations in Ethiopia, *Annals of the Royal College of Surgery England*, **81**(6), 367-375.
- Solanke T (1997). Training of medical practitioners in Nigeria (west Africa) for surgery in the rural areas, *South African Journal of Surgery*, **35**(3), 139-141.
- Tanzania / Bureau of Statistics (1996). *Demographic and health survey 1996*, Bureau of Statistics, Dar es Salaam.
- Thouw J (1992). Delegation of obstetric care in Indonesia, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **38** (Supplement) 45-47.
- World Bank (1993). *World Development Report 1993 - Investing in Health*, Oxford University Press, New York.
- Xiang X, Wanf L & Xu L (1996). Obstetric quality investigation on urban and rural area in China, *Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chih* **31**(3), 138-141.