



# RÉFÉRENCES SEXOSPÉCIFIQUES ET ADAPTÉES AUX BESOINS DES ADOLESCENTS DANS LE PROJET SHOW: GARANTIR AUX FEMMES ET AUX ADOLESCENTES ENCEINTES UN NIVEAU DE SOINS PLUS ÉLEVÉ

## APERÇU

La mortalité maternelle, néonatale et infantile est l'une des plus grandes disparités de santé publique de notre temps. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent (99 %) des décès maternels surviennent dans les pays à faible revenu, et la plupart de ces décès sont évitables. Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont la première cause mondiale de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. De même, plus de la moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans sont dus à des maladies qui peuvent être prévenues et traitées par des interventions simples et à moindre coût<sup>1</sup>. L'initiative *Chaque femme, chaque enfant* a été lancée en 2010, et en 2015, il y a eu un appel renouvelé et urgent à l'action pour tirer profit des succès obtenus pendant la période des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) afin d'améliorer la santé maternelle et infantile. C'est ainsi qu'un nouveau plan d'action pour

l'avenir a été établi afin de maintenir les acquis des OMD, tout en mettant en œuvre la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents<sup>2</sup>. Dix-sept (17) objectifs de développement durable (ODD) ont été élaborés et, plus précisément, l'objectif trois (3) vise à réduire la mortalité maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans dans le monde à moins de soixante-dix (70) décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et à vingt-cinq (25) décès des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes, respectivement, d'ici 2030.

Pour atteindre ces objectifs, un engagement fort de toutes les parties prenantes est nécessaire dans la mise en œuvre des initiatives qui répondent aux différents objectifs de développement. Pour éviter les décès maternels et néonataux (ODD 3), les priorités d'action comprennent la fourniture de soins maternels

1. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

2. Organisation mondiale de la santé. (2015). Every woman, every child, every adolescent: achievements and prospects: the final report of the independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women's and Children's health (en anglais seulement). Organisation mondiale de la santé.

de qualité, dispensés par un système de santé résilient composé d'établissements de santé bien dotés en personnel et capables de gérer les soins maternels de routine et d'urgence<sup>3</sup>. Ces priorités englobent une couverture élevée de soins prénataux de qualité, des soins qualifiés à la naissance, des soins postnataux pour la mère et le bébé, ainsi que des soins aux nouveau-nés enfants et malades<sup>4</sup>. La mise en place d'un réseau de référence efficace est un élément essentiel de la réussite d'un programme de soins de maternité. La possibilité de référence pendant la grossesse est essentielle pour garantir que les femmes enceintes (qui présentent un risque élevé de complications) et les nouveau-nés bénéficient de soins immédiats et appropriés<sup>5</sup>.

Les femmes enceintes et les nouvelles mères doivent être traitées le plus près possible de leur domicile au niveau des soins primaires qui correspondent au niveau d'expertise approprié<sup>6</sup>. Le système de référence est une importante « fonction de secours » en cas de complications mettant la vie en danger qui nécessitent une prise en charge et des compétences seulement accessibles à des niveaux de soins supérieurs<sup>7</sup>, le cas échéant. Il incombe aux travailleurs de la santé de procéder aux références appropriées en fonction du niveau de risque indiqué, mais pour que cela soit possible, un système doit être mis en place pour relier les trois niveaux de soins suivants :



Un agent de santé conseille une femme enceinte dans un établissement de santé au Sénégal.

## OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS MATERNELS

Malgré les efforts en cours pour renforcer les systèmes de référence dans le monde entier, un grand nombre de femmes enceintes n'ont toujours pas accès aux hôpitaux de référence. Les raisons de cette situation reflètent à la fois les déterminants des services de santé (par exemple, les capacités des niveaux inférieurs, la disponibilité du personnel spécialisé, la capacité de formation, les dispositions organisationnelles, les questions culturelles, les questions politiques et les traditions), ainsi que les déterminants généraux (par exemple, la taille et la densité de la population, le terrain et les distances entre les centres urbains, la structure et la charge des maladies, la demande et la capacité de payer pour les soins de référence, l'inégalité entre les sexes). Le modèle des trois retards élaboré par Thaddeus et Maine,<sup>9</sup> accompagné d'une analyse approfondie de l'environnement social d'une femme, permet de comprendre les raisons pour lesquelles les femmes et les adolescentes ne peuvent pas accéder aux soins maternels dont elles ont besoin, ce qui contribue en fin de compte à la mortalité maternelle. Ce modèle, introduit en 1994 et toujours pertinent aujourd'hui, a cerné trois groupes de contraintes auxquelles les femmes sont confrontées dans la communauté et/ou les services de santé lorsqu'elles tentent d'accéder à un accouchement sans risque [ FIGURE 2 ].

[ FIGURE 1 ] Les trois niveaux de soins



Lorsqu'un système de référence est mis en place et utilisé de manière appropriée, on peut s'attendre à ce qu'il réduise la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales<sup>8</sup>.

3. Koblinsky M, Moyer CA, Calvert C, Campbell J, Campbell OM, Feigl AB, et coll. (2016). Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. *Lancet* 2016;388 (10057):2307–20.

4. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

5. Andrea B. Pembe, Columba K. Mbekenga, Pia Olsson & Elisabeth Darj (2017) Why do women not adhere to advice on maternal referral in rural Tanzania? *Narratives of women and their family members*, *Global Health Action*, 10:1, 1364888,

6. Jahn A, De Brouwere V. Referral in pregnancy and childbirth: concepts and strategies. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W. (2001). *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antwerp: ITG Press. p. 229–246.

7. JOMS (1994). *Mother-Baby-Package: Implementing safe motherhood in countries*, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, WHO, Geneva.

8. Jahn A, De Brouwere V. (2001). *Referral in pregnancy and childbirth: concepts and strategies*. Antwerp: ITG Press. 229–246.

9. Thaddeus S, Maine D. (1994). Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med.* (38) : 1091–1110.

[ FIGURE 2 ] Le modèle des trois retards

## RETARD 1

### Reconnaissance des complications et capacité à demander les soins

Manque de ressources financières pour payer les soins ou le transport

Manque de connaissance des services existants

Manque de sensibilisation pour identifier les signes de danger

Faible autonomie de mouvement

Manque de sensibilisation à l'importance des services de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive

Manque de soutien du partenaire masculin et/ou de la famille

Inégalité entre les sexes et manque de pouvoir de décision



## RETARD 2

### Transport jusqu'à l'établissement de santé<sup>10</sup>



Manque d'accès au transport

Manque de fonds pour le transport

Préoccupations en matière de sécurité routière

Distance jusqu'à l'établissement

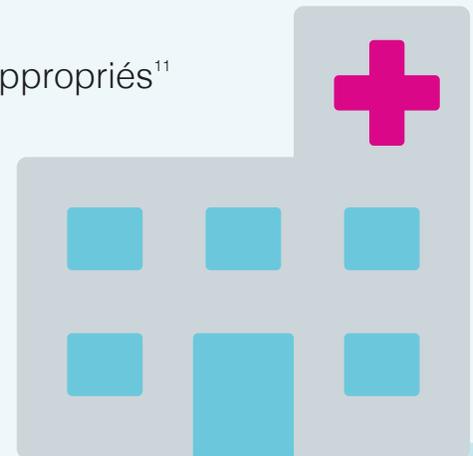
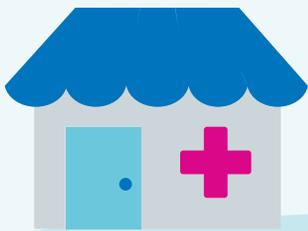
## RETARD 3

### Recevoir des soins qualifiés appropriés<sup>11</sup>

Manque de personnel qualifié et longs temps d'attente

Lacunes dans l'infrastructure de l'établissement de santé

Manque de matériel médical et/ou de médicaments appropriés



10. Graner S, Mogren I, Duong LQ, Krantz G, Klingberg-Alvin M. (2010). Maternal health care professionals' perspectives on the provision and use of antenatal and delivery care: a qualitative descriptive study in rural Vietnam. BMC Public Health 10:1.

11. Molina G, Vargas G, Shaw A. (2011). Compromised quality of maternal healthcare in a market economy: Medellín, Colombie 2008-2009. Colombia Médica 42:294-302.

En élargissant les obstacles du retard 1 mentionnés ci-dessus, l'environnement social d'une femme ou d'une fille enceinte révèle des influences complexes qui peuvent empêcher les femmes de suivre les conseils de référence donnés par les agents de santé, ce qui a finalement un impact sur sa capacité à atteindre les hôpitaux de référence. Une étude qualitative réalisée en 2017 par Pembe et coll. en Tanzanie a révélé que les femmes enceintes et d'autres acteurs disposent de moyens pour évaluer les risques et les complications liés aux références, qui diffèrent de la perspective biomédicale des travailleurs de la santé.<sup>12</sup> Les résultats de cette étude indiquent qu'il y a quatre (4) dimensions qui jouent un rôle dans cette évaluation des risques menée par les femmes enceintes et d'autres acteurs. Ces quatre dimensions sont :

### 1. Pouvoir

Subordination des femmes

### 2. Économique

Moyens financiers de la femme enceinte et de son mari pour payer pour une référence

### 3. Affection

L'intention de la femme enceinte de se rendre à une référence est en conflit direct avec la nécessité de prendre soin de ses enfants et de sa famille à la maison

### 4. Symbolique

Relations socioculturelles susceptibles d'entraver la capacité d'une femme enceinte à accéder aux services appropriés

Dans l'ensemble, ces dimensions sont toutes étroitement liées et influent sur le processus décisionnel mené par la mère enceinte et les autres protagonistes dès réception d'un avis professionnel pour une référence.



Groupe de femmes en visite dans une clinique pour un examen au Ghana.

## RÉFÉRENCES DANS LE PROJET SHOW

### *Strengthening Health Outcomes for Women and Children (SHOW)*

est un projet transformateur en genre multi pays de 4,5 années financé par Affaires mondiales Canada et Plan International Canada. Son objectif est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile chez les femmes et les enfants vulnérables dans des régions ciblées du Bangladesh, du Ghana, d'Haïti, du Nigeria et du Sénégal.

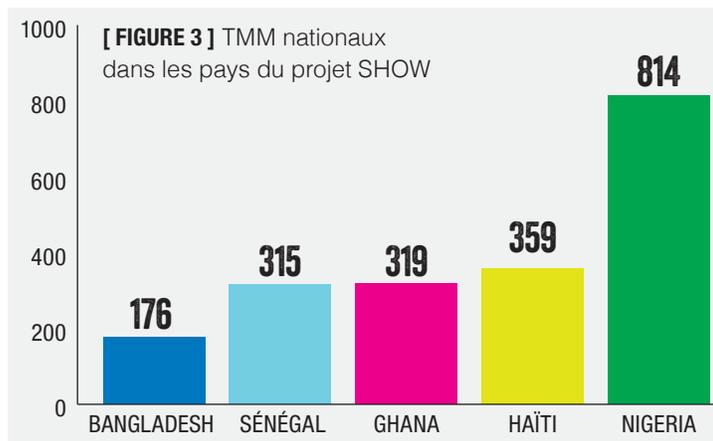
Pour atteindre cet objectif, la qualité, la disponibilité, l'utilisation et la responsabilité des services essentiels de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et de santé sexuelle et reproductive (SSR) sont en cours d'amélioration dans les cinq pays. Du côté de l'offre, la mise en œuvre par le projet SHOW d'initiatives de renforcement des systèmes de santé pour dispenser des soins de maternité adaptés au contexte de chaque pays et comprenant des références sexospécifiques et adaptées aux besoins des adolescents, devrait réduire la mortalité maternelle et néonatale parmi les membres vulnérables de la communauté. Ces références répondent aux besoins uniques et aux obstacles auxquels les femmes et les adolescentes sont confrontées lorsqu'elles accèdent aux services de SMNI/SSR. Elles sont sûres et respectueuses, ainsi que soutenues et renforcées par un environnement favorable de systèmes et de structures de référence qui ont le potentiel de garantir le respect des références et de supprimer les obstacles tels que la crainte des références, ainsi que les contraintes financières et logistiques qui entraînent des retards dans les références.

## COMMENT FAIRE EN SORTE QUE LES RÉFÉRENCES SOIENT SEXOSPÉCIFIQUES ET ADAPTÉES AUX ADOLESCENTS?

- Demander si un partenaire ou un membre de la famille peut les accompagner.
- Leur expliquer la raison de la référence.
- Proposer des méthodes de transport appropriées.
- Écouter les préoccupations des adolescentes et, si possible, y répondre.
- Remplir correctement les formulaires appropriés et fournir des doubles au patient.
- Traiter les patients avec dignité, respect, intimité et confidentialité.
- Héberger et impliquer le partenaire ou le membre de la famille.

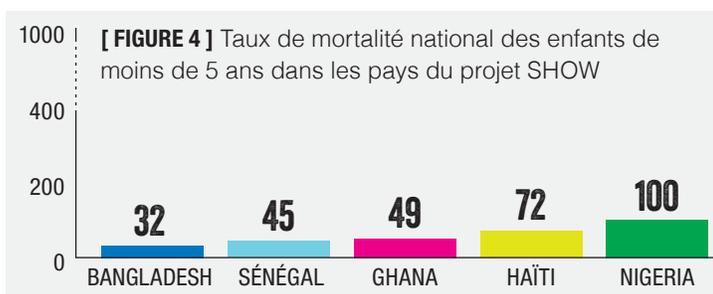
12. Andrea B. Pembe, Columba K. Mbekenga, Pia Olsson & Elisabeth Darj (2017) Why do women not adhere to advice on maternal referral in rural Tanzania? Narratives of women and their family members, *Global Health Action*, 10:1. Molina G, Vargas G, Shaw A. (2011). Compromised quality of maternal healthcare in a market economy: Medellín, Colombia 2008–2009. *Colombia Médica* 42:294–302.

Les taux de mortalité maternelle (TMM) nationaux dans les pays du projet SHOW varient, le taux le plus faible étant observé au Bangladesh, suivi du Sénégal, du Ghana, d'Haïti et, enfin, du Nigeria<sup>13</sup>.



Il existe également une variabilité régionale au sein des pays du projet, ce qui indique la présence de populations connaissant des résultats plus désastreux par rapport à d'autres régions. Par exemple, au Ghana, les TMM dans les régions du Nord (531), de l'Est (538) et de la Volta (706) (régions ciblées dans le cadre du projet SHOW) sont nettement plus élevés que la moyenne nationale.

De même, les taux de mortalité nationaux des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) diffèrent également entre les pays participant au projet SHOW [ FIGURE 4 ], ainsi qu'au sein des différents sites du projet dans le même pays. Les résultats de l'enquête UNICEF 2017 révèlent que les plus faibles taux de mortalité nationaux des enfants de moins de 5 ans sont observés au Bangladesh.



Au moment de la mise en œuvre du projet, une variabilité intra-nationale a été signalée dans les zones du projet, avec des taux plus élevés constatés dans l'État de Sokoto, au Nigeria (185) ainsi qu'à Kedougou (154) et Sedhiou (142), au Sénégal. Les taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) sont également les plus bas au Bangladesh (27) et les plus élevés au Nigeria (65). Les taux de mortalité néonatale<sup>14</sup> (TMN; décès pour 1 000 naissances vivantes) sont les plus faibles au Bangladesh (18), suivi du Sénégal (21), du Ghana (24), d'Haïti (28) et, là encore, les TMN les plus élevés sont observés au Nigeria (33).

Une femme enceinte au Bangladesh arrive dans un établissement de santé.



## LACUNES DANS LES SYSTÈMES DE RÉFÉRENCE EXISTANTS

Le point de départ des systèmes de référence étant différent dans chaque pays du projet SHOW, les activités du projet ont été planifiées et mises en œuvre en tenant compte des différences contextuelles, y compris les consultations et le partenariat avec les gouvernements pour obtenir l'adhésion des institutions.

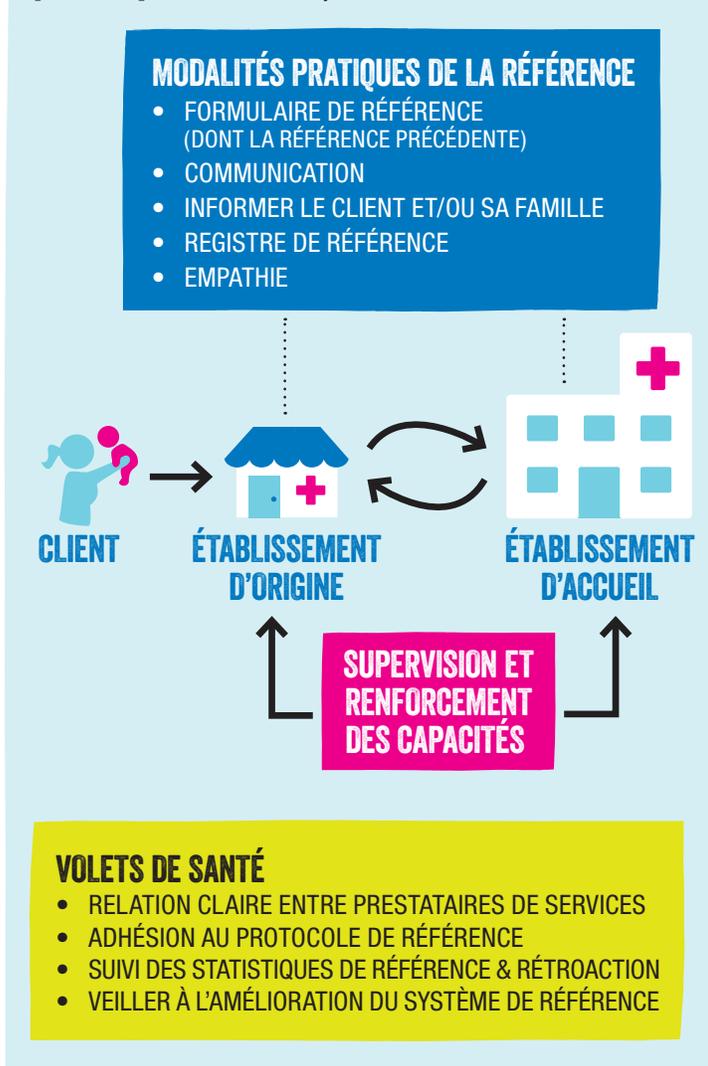
Afin de répondre aux besoins du système de référence des différents pays participant au projet, une analyse a été menée au début du projet SHOW afin de mieux comprendre les lacunes spécifiques du système de référence des mères et des nouveau-nés existant. Les données de l'enquête de référence ainsi que les évaluations des établissements de santé ont permis d'éclairer l'analyse des lacunes en soulignant les résultats des pays du projet SHOW et de montrer où Plan International pouvait intervenir au mieux en examinant comment les références s'effectuaient, ainsi qu'un examen des documents, protocoles et processus spécifiques au sein des établissements primaires.

Le plan de mise en œuvre du projet, guidé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), classe les questions émergentes dans les quatre éléments d'un système de référence [ FIGURE 5 ].

13. Tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2015 par l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale et le Fonds des Nations unies pour la population

14. Groupe inter-agences des Nations unies pour l'estimation de la mortalité infantile (IGME) : <https://childmortality.org>

[ FIGURE 5 ] Éléments d'un système de référence<sup>17</sup>



**LE SYSTÈME DE SANTÉ** comporte plusieurs niveaux, et chaque niveau doit fonctionner correctement pour qu'un système de référence fonctionne. Il s'agit notamment de formaliser les relations entre les fournisseurs de services et leur capacité à référer les patients de manière appropriée, ainsi qu'à suivre les protocoles convenus pour les soins à un niveau de service donné. Au début du projet, l'une des lacunes exprimées par les professionnels de la santé dans les pays du projet SHOW était le manque de connexion entre les différents niveaux du système de référence. On a donc constaté une augmentation du nombre d'auto-références, ce qui a entraîné une sous-utilisation des établissements d'accueil initial et une surcharge (nombre de patients dépassant leur capacité) des établissements de référence. Des lacunes importantes ont été constatées en ce qui concerne la capacité des fournisseurs de services de santé (Ghana, Nigeria) à identifier les signes de danger chez les patients, ainsi que la nécessité d'une référence. Enfin, les systèmes de transport et de communication utilisés pour assurer une référence rapide et sécuritaire, sexospécifique et adaptée aux besoins des adolescents, étaient inadéquats dans les différents pays du projet. Par exemple, les systèmes de transport au Ghana et en Haïti étaient inadaptés au mauvais état des routes et aux longues distances à parcourir jusqu'aux établissements de santé; et au

Nigeria, on a signalé un manque d'engagement du gouvernement dans les opérations de transport. Des informateurs clés au Sénégal et au Bangladesh ont constaté des déficits de communication dans la gestion des transports, ainsi que l'absence d'un système de suivi de bout en bout pour les références, respectivement. Des faiblesses particulières ont également été relevées dans les données de base du projet autour du partage d'informations lors des références concernant les options de transport et les considérations de fournisseurs à l'égard des besoins spécifiques des femmes et des adolescentes. Dans les établissements de santé primaire très fréquentés, où les options du système communautaire de transport d'urgence (SCTU) sont médiocres, une attention insuffisante est accordée aux femmes enceintes et aux nouvelles mères, en particulier aux adolescentes, ce qui est souvent accentué par le manque d'accompagnement masculin.

Les activités de **L'ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE** sont le point de départ du parcours d'une femme enceinte vers des niveaux de soins plus élevés. C'est là que l'on procède à des références sexospécifiques et adaptées aux besoins des adolescents, sur la base de protocoles de référence convenus. En tant que tels, les travailleurs de la santé doivent être formés aux protocoles de référence nationaux et être capables de fournir les soins nécessaires dans cet établissement de santé, ainsi que d'assurer une référence en cas d'urgence. Ils doivent également être dotés des compétences nécessaires pour traiter les clients, y compris les adolescents, avec dignité, respect, intimité et confidentialité, et sans crainte de discrimination. Dans tous les pays participant au projet SHOW, on a observé un manque de formation appropriée des prestataires en matière de prestation de services de référence sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.

**L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL** est étroitement lié à l'établissement d'origine, et leurs activités cliniques et administratives liées à la référence sont complémentaires. Sur le plan clinique, un patient doit être évalué de manière approfondie, et la gestion des cas doit être



assurée avec la meilleure qualité de soins possible. La prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, y compris les références, doit être assurée avec les responsabilités administratives qui y sont associées, notamment :

- 1. Remplir le formulaire de référence, le registre et tout autre document nécessaire** pour garantir la communication de toute information relative aux enquêtes, conclusions, diagnostics et traitements spéciaux.
- 2. Veiller à ce que le formulaire de référence soit retourné** à l'établissement d'origine lorsque le patient est prêt.

Dans les cinq pays, des lacunes ont été identifiées dans la documentation requise pour faciliter la communication entre les différents établissements, et le suivi après la référence des mères et des enfants a été médiocre. Dans l'ensemble, cela a compromis la qualité globale des soins dispensés aux mères et aux enfants.

**LES MODALITÉS PRATIQUES DE RÉFÉRENCE** commencent lorsque le réseau de fournisseurs de services remplit correctement le formulaire de référence normalisé, qui comprend un compte rendu écrit des résultats cliniques, de tout traitement administré avant la référence, des raisons spécifiques de la référence, ainsi qu'une désignation claire de l'établissement vers lequel le patient est envoyé. Il est également important de prendre des dispositions avec les établissements d'accueil, notamment en ce qui concerne l'heure estimée d'arrivée du patient, ainsi que de les suivre grâce à un registre de référence. En plus de toutes ces activités, les références doivent être menées de manière empathique envers le patient et, si celui-ci est très malade, l'agent de santé doit l'accompagner jusqu'à l'établissement d'accueil. Dans les pays participant au projet SHOW, des préoccupations ont été exprimées concernant ces modalités pratiques de référence. Par exemple, au Bangladesh, le système de référence manuel existant est mené en l'absence d'informations fiables sur l'état d'une mère ou d'un enfant, qui accompagnerait la mère et sur l'âge (désagrégation) de la mère ou de l'enfant. Ici encore, cela compromet la qualité globale des soins dispensés aux mères et aux enfants.



Ambulances devant un établissement de santé au Nigeria.

## COMMENT LE PROJET SHOW RENFORCE LES SYSTÈMES DE RÉFÉRENCE NATIONAUX

Le projet SHOW a identifié et mis en œuvre des interventions qui complètent et renforcent la capacité du système de référence à fournir des références sexospécifiques et adaptées aux besoins des adolescents, dans chacun des cinq pays du projet SHOW. Ces initiatives comprennent l'amélioration des transports, des communications et de la prestation de services, dans le cadre d'un ensemble complet de services de santé répondant aux besoins de toutes les femmes et de tous les adolescents, tout en fournissant des services de référence adéquats associés aux niveaux de soins appropriés.

### AMÉLIORATION DES TRANSPORTS

Un système de transport fiable et fonctionnel est primordial pour garantir que les femmes et les filles enceintes puissent atteindre les niveaux de soins plus élevés dont elles ont besoin en temps voulu, dans le respect et la sécurité, en suivant un protocole de référence. La création d'un SCTU renforce les liens entre les établissements de santé, tout en facilitant le transport en cas d'urgence.

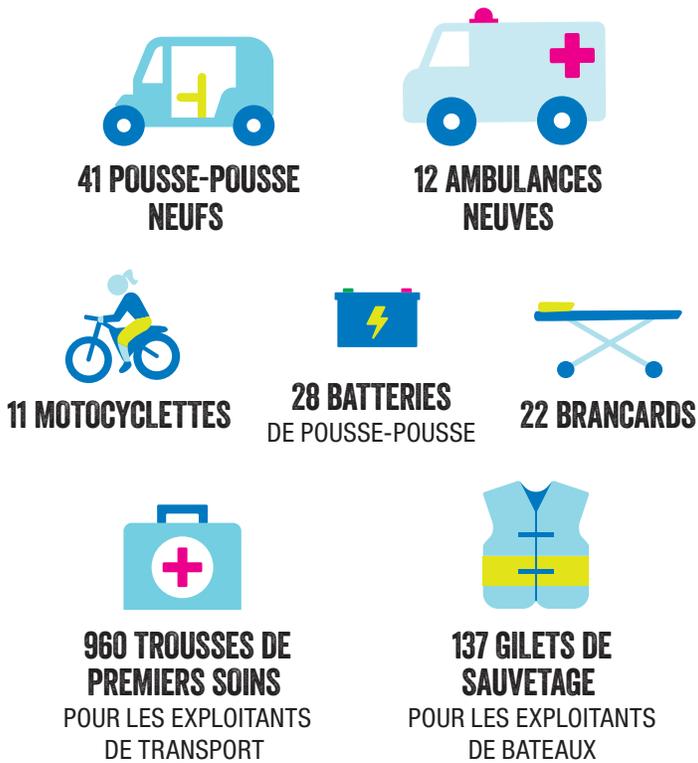
La réponse de Plan International au SCTU de chaque pays a englobé des solutions locales et des modes de transport adaptés aux différents terrains. Cette stratégie visait à assurer la disponibilité des véhicules pour les SCTU respectifs des différents pays du projet, ainsi qu'un approvisionnement durable en carburant et un plan d'entretien continu.



Moto-ambulance en Haïti.

[ FIGURE 6 ]

## ÉQUIPEMENTS POUR LES RÉFÉRENCES FOURNIS DANS LES PAYS DU PROJET SHOW :



Au Nigeria, le projet s'est concentré sur la formation des transporteurs et n'a pas acheté d'options de transport. Au Ghana et au Sénégal, les solutions locales identifiées par le personnel des communautés et des établissements de santé (sur la base de l'utilisation du système de transport existant) étaient les voitures de transport (par exemple, voitures, camionnettes, motos, bateaux) ainsi que les taxis locaux (utilisés pour les références de la communauté vers les cases de santé), respectivement.

Les sources de financement pour le carburant et l'entretien des véhicules étaient variables dans les différents pays participant au projet mais, en général, elles provenaient de prêts de groupes d'épargne, ainsi que des budgets du ministère de la santé et des comités de santé communautaire (CSC). L'un des premiers enseignements du projet concernant le lien avec les groupes d'épargne était que le fait de relier les groupes d'épargne au SCTU permettait aux femmes enceintes et aux familles d'obtenir les soins dont elles avaient besoin sans les soucis financiers qui pouvaient entraver leurs déplacements et donnait également aux conducteurs du SCTU l'assurance d'être rémunérés.

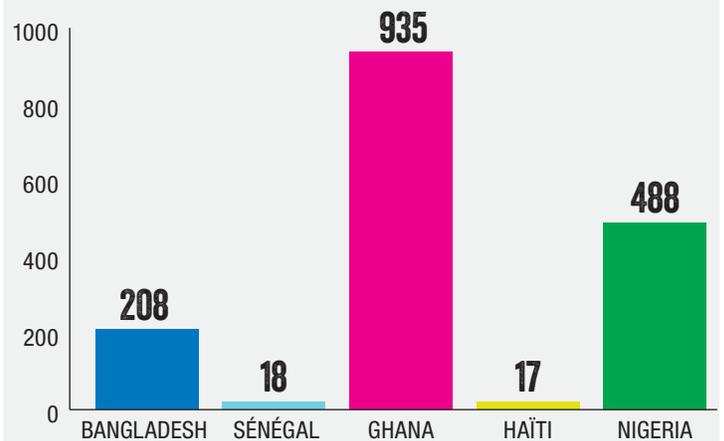
« Je ne savais pas quoi faire quand on m'a dit que je serais référée au centre de santé de Bincheratanga. Mais j'étais contente quand le monsieur (transporteur) a dit qu'il allait nous y conduire en vélo. Sans ce monsieur (le propriétaire du moyen de transport), nous n'aurions pas pu nous rendre au centre de santé. Je ne sais pas ce qui me serait arrivé mais, grâce à Dieu, j'ai pu accoucher en toute sécurité et je suis rentrée à la maison avec mon bébé. »

– Bilignetob, Ghana

Afin de garantir que toutes les femmes et les jeunes filles enceintes, ainsi que leurs accompagnateurs, soient traités avec dignité, respect et sensibilité par le SCTU, les exploitants de transport associés et les représentants syndicaux ont suivi une formation. Cette intervention complémentaire était une innovation du projet.

[ FIGURE 7 ]

**AU TOTAL, 1 666 EXPLOITANTS DE TRANSPORT ONT ÉTÉ FORMÉS À DES PROTOCOLES DE RÉFÉRENCES SEXOSPÉCIFIQUES ET ADAPTÉES AUX BESOINS DES ADOLESCENTS** (une intervention qui n'était pas réalisée auparavant par le SCTU de chaque pays)



Si l'on en juge aux premières réactions, ce type de formation a eu un effet positif sur l'expérience de référence des patients.

**« J'ai remarqué que je transporte souvent des patientes/mères à risque de l'UH&FWC vers un centre de soins de niveau plus élevé. Je les soutiens de tout mon cœur au moment crucial. En tant que conducteur de camionnette/pousse-pousse, je suis très fier de participer aux activités vitales du projet SHOW. »**

– M. Anowarul Haque, conducteur de camionnette, Dimla, Nilphamari, Bangladesh

Enfin, un « filet de sécurité » pour les patients pauvres a été mis en place au Bangladesh et au Ghana afin que les femmes enceintes les plus démunies puissent accéder à des établissements de santé de niveau supérieur, même si elles n'en ont pas les moyens. Au Ghana, des membres des ménages ont été encouragés à rejoindre les groupes d'épargne locaux, afin qu'en cas d'urgence, le coût du carburant pour les motos du SCTU puisse être couvert par des prêts (soutien du filet de sécurité). Au Bangladesh, le projet a apporté un soutien financier direct pour couvrir les coûts du transport, des investigations cliniques et des médicaments pour les patients identifiés comme « pauvres extrêmes », selon un classement de la pauvreté et de la richesse.

**« Je suis très heureuse de recevoir le soutien financier du projet SHOW. Sinon, j'aurais dû vendre ma seule vache pour l'argent. Le projet SHOW a sauvé ma famille, parce que je n'ai pas été obligée de vendre la vache. »**

– Femme membre de la communauté, Nilphamari, Bangladesh

**« Quand ma femme a été référée, je n'avais pas d'argent pour acheter l'essence de la moto fournie par le conducteur. J'ai dû emprunter de l'argent à l'association d'épargne et de crédit du village. Je suis heureux que ma femme ait accouché d'un petit garçon en toute sécurité. »**

– Bénéficiaire du SCTU, Ghana

## AMÉLIORATION DE LA COMMUNICATION

L'utilisation de différents moyens de communication, tels que les formulaires, les cartes et les registres de référence, renforce les liens de référence tout en fournissant des services opportuns aux patients référés. Le formulaire de référence [ FIGURE 8 ] est l'outil de communication le plus couramment utilisé dans les pays participant au projet, car il est conçu pour faciliter la communication à double direction entre les différents établissements de soins de santé. En général, l'établissement d'origine remplit la partie supérieure du formulaire de référence tandis que l'établissement d'accueil remplit la partie inférieure.

[ FIGURE 8 ]

**SOKOTO STATE MINISTRY OF HEALTH  
PATIENT REFERRAL FORM**

Name of Patient: ..... Patient file No. ....  
Age: ..... Sex: ..... Patients Address .....

Brief Clinical History: .....

Examination Findings: .....

Investigations done: .....

Provisional Diagnosis & Treatment given: .....

Reasons for Referral: .....

Name, Date & Signature of referring officer: .....

Designation of referring officer: .....

Name & Address of facility referred to: .....

**To be filled by attending health worker for return referral**

Name of Patient: ..... Patient file No. ....  
Age: ..... Sex: ..... Patients Address .....

Additional investigations done: .....

Definitive diagnosis: ..... Treatments given: .....

Recommended plans for continued management: .....

Name, Signature & date of attending officer: .....

Designation of referring officer: .....

Ce formulaire facilite la prestation de soins de santé en temps opportun pour la mère enceinte et fournit une plate-forme de communication entre les différents établissements (par exemple, prise de rendez-vous, retour d'information à l'établissement d'origine). En tandem, les registres de référence sont utilisés pour la communication écrite et la documentation de chaque référence. Dans les pays participant au projet, des formulaires et des registres de référence normalisés ont été modifiés ou créés (lorsqu'ils n'étaient pas disponibles) afin d'assurer un système de suivi qui permette des références sexospécifiques et adaptées aux besoins des adolescents plus efficaces. Ils ont également été mis à jour pour refléter les directives de référence gouvernementales dans les pays du projet SHOW (Bangladesh, Ghana, Nigeria), puis imprimés et distribués aux différents établissements de santé.

Outre les formulaires, cartes et registres de référence, des méthodes de communication standard, telles que la radio, le téléphone ou le télécopieur, ont été utilisées en tandem comme mesure complémentaire pour aider à renforcer le processus de référence. Dans les pays participant au projet, des téléphones portables et

des tablettes ont été fournis aux prestataires de soins de santé en établissement dans les zones disposant de réseaux existants afin de renforcer les liens de référence et de fournir des services en temps utile aux patients référés. Ces outils de communication ont été utilisés pour passer des appels et envoyer des textos aux parties prenantes tout au long de la chaîne de référence, y compris aux exploitants de transport qui ont suivi la formation.

Plan International a également mis en place un autre logiciel convivial qui accomplit la même tâche qu'une référence normalisée. La solution innovante basée sur les TIC qui a permis le partage d'informations en temps réel entre les fournisseurs de services en réseau pour le formulaire de référence est présentée sur un téléphone portable ou une tablette. En retour, un suivi de bout en bout du statut de référence d'une mère enceinte et de son enfant est effectué, et les travailleurs de la santé gèrent collectivement les cas avec la meilleure qualité de soins. Un avantage supplémentaire de cette solution en temps réel est qu'elle ne pose pas les problèmes liés à l'utilisation d'une pratique sur papier en milieu reculé. Par exemple, au Bangladesh, le système de suivi de la sensibilisation et de référence des mères (MART) a été déployé pour renforcer le système de référence, ainsi que pour accroître l'éducation et la sensibilisation en matière de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive [ FIGURE 9 ]. Le logiciel MART a permis aux prestataires de soins de santé d'envoyer des textos en remplacement du processus manuel existant. Le système envoie également des messages vocaux par texto pour communiquer aux femmes et à leur famille, des messages éducatif, d'importants sujets de santé liés à la santé maternelle, néonatale et infantile/

santé sexuelle et reproductive (par exemple, les soins prénataux, l'allaitement, l'accouchement sans risque, la planification familiale).

« **Les femmes enceintes seront fréquemment référées à l'hôpital par ce système et obtiendront de meilleurs services d'accouchement; c'est un pas absolument positif de la part du projet SHOW. »**

– D<sup>r</sup> Sumon Debnath, responsable médical, MCWC, Barguna, Bangladesh

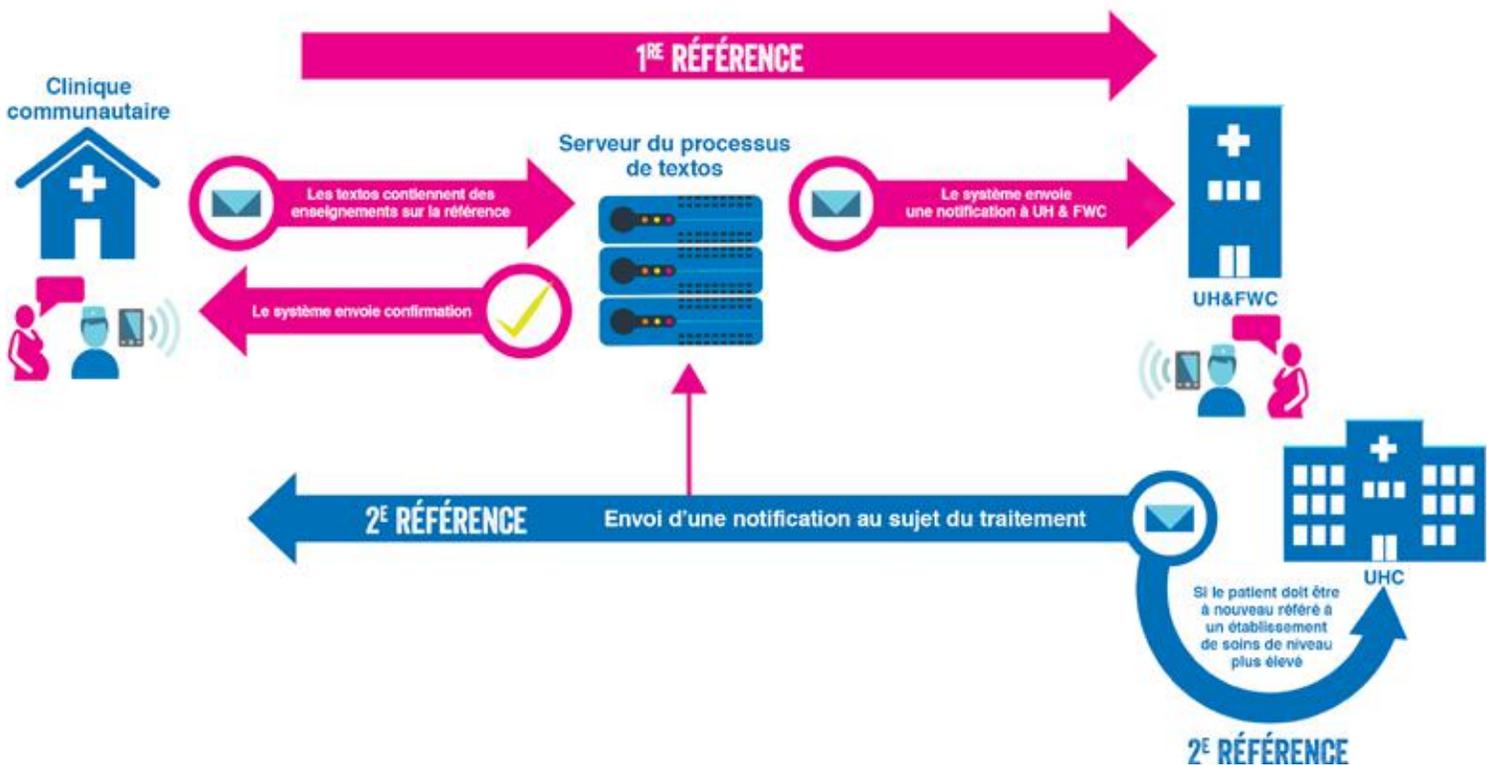
De plus, au Nigeria, la solution basée sur les TIC est actuellement une étude pilote qui se déroule dans trois (3) centres de santé publique situés dans trois (3) zones géographiques de l'État. Cette solution utilise un système de rendez-vous dans un établissement où :

1. **L'établissement de santé** auquel une femme a été référée est informé avant son arrivée.
2. **La femme** est contactée par téléphone ou texto pour lui rappeler ses rendez-vous.
3. **Les bénévoles des services de santé communautaire** sont invités à confirmer que les visites de suivi ont eu lieu.

[ FIGURE 9 ]

## RENFORCER LES RÉSULTATS EN MATIÈRE DE SANTÉ POUR LES FEMMES ET LES ENFANTS

### Système de suivi de la sensibilisation et de référence des mères (MART)



Enfin, au Sénégal, la plateforme de TIC CommCare a permis aux parties prenantes communautaires de recenser et d'enregistrer les femmes enceintes au cours du premier trimestre de leur grossesse et de les référer à des établissements de santé. Cela a permis aux agents de santé de disposer d'une carte détaillée en temps réel des lieux, ainsi que du statut des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans dans leurs zones de desserte respectives, pour un suivi facile.

## AMÉLIORATION DE LA PRESTATION DES SERVICES

Le protocole de référence est un autre élément essentiel pour établir des liens efficaces entre les différents niveaux de soins. Ce protocole facilite la réalisation d'un mécanisme de référence efficace et fonctionnel où tous les patients sont pris en charge de manière appropriée, quels que soient leur sexe, leur âge ou leurs capacités. Il sert également de lignes directrices pour informer le ministère de la santé sur la prestation de services de référence sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.

Il y a eu des variations entre les pays du projet concernant le statut ainsi que l'ouverture aux révisions des protocoles de référence nationaux. Dans les cinq pays, les protocoles de référence ont été révisés afin d'inclure des éléments sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, ce qui a impliqué l'ajout d'un langage précis pour assurer une communication adéquate pendant le processus de référence sur les raisons de la référence, l'importance de la conformité de la référence, les options de transport, ce qui se passerait dans l'établissement d'accueil, ainsi que l'encouragement de l'accompagnement masculin.

Dans l'ensemble, pour renforcer les services de référence, les fournisseurs de soins de santé en établissement ont participé à des formations de trois jours sur les protocoles de référence révisés, y compris les éléments complémentaires sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents. Le programme de formation du personnel des établissements de santé a examiné comment les normes de genre affectent la vie et la santé des femmes et des adolescents, et comment les propres préjugés et attitudes liés au genre des fournisseurs de santé affectent leurs interactions avec leurs clientes, et dans certains cas avec leurs partenaires ou clients masculins. Il a encouragé les fournisseurs de services de santé à promouvoir et à protéger les droits de leurs clients à la confidentialité, à un traitement non discriminatoire et au consentement éclairé avant les examens, les procédures, les traitements et les références. Tous les pays ont inclus dans la formation des éléments sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents. Au Sénégal, le programme de formation révisé, qui comporte des éléments sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, a ensuite été approuvé par le ministère de la santé en tant que politique nationale. De même, pour le Nigeria, suite à la décentralisation du système de santé dans ce pays, le projet a travaillé en étroite collaboration avec les parties prenantes pour élaborer une politique de référence de l'État de

Sokoto dont la mise en œuvre a été approuvée par le ministère de la santé de l'État. Au Ghana, les révisions du protocole de référence visant à inclure des éléments sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents ont été effectuées au niveau régional, mais pas au niveau national, car il s'agit d'une activité à plus long terme qui dépasserait les délais du projet SHOW. Ces efforts pour obtenir l'approbation du gouvernement à différents niveaux sont dus à des processus de consultation étroite avec le ministère de la santé et à la satisfaction des besoins qui ont été identifiés pour l'amélioration des protocoles par les parties prenantes du gouvernement.

[ FIGURE 10 ] N° de membres du personnel travaillant en établissement formés aux protocoles de référence dans chaque pays

Pays	N° total des membres du personnel de santé travaillant en établissement formés aux protocoles de référence révisés	N° total des membres du personnel de santé féminins travaillant en établissement formés aux protocoles de référence révisés	N° total des membres du personnel de santé masculins travaillant en établissement formés aux protocoles de référence révisés
Bangladesh	407	281 (69 %)	126 (31 %)
Ghana	3 360	1 073 (32 %)	2 287 (68 %)
Haïti	96	45 (47 %)	51 (49 %)
Nigeria	2 749	2 505 (91 %)	244 (9 %)
Sénégal	250	169 (68 %)	81 (32 %)

« Chaque prestataire de services de santé devrait connaître le système de référence sexospécifique. Grâce à cette formation, j'ai reçu une idée claire du protocole de référence. J'espère pouvoir offrir un service de meilleur qualité à l'avenir. »

– Menti Chakma, FWV, Logang UH&FWC, Panchari Bangladesh



Une jeune mère s'entretient avec un travailleur de santé au Ghana lors d'une visite de consultation.

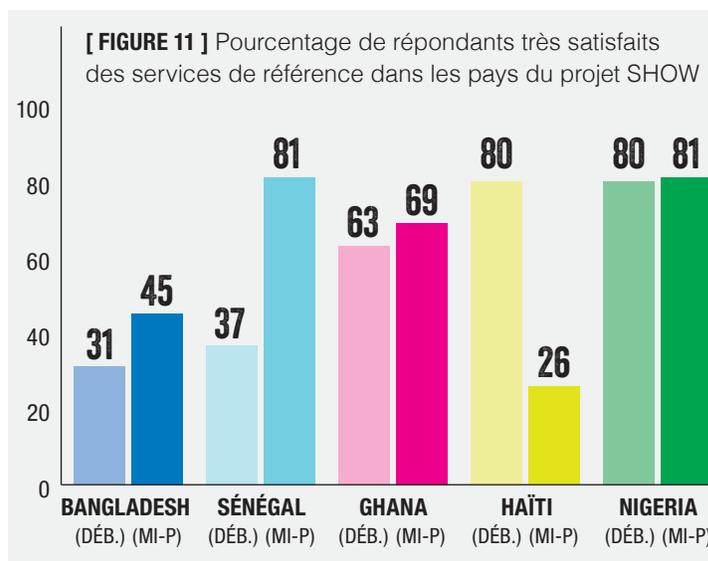
# IMPACT DES RÉFÉRENCES SEXOSPECIFIQUES ET ADAPTÉES AUX BESOINS DES ADOLESCENTS (BILAN À MI-PAROURS)

Le bilan à mi-parcours du projet SHOW pour certains des indicateurs de base portant sur les références a montré des résultats et des progrès mitigés en ce qui concerne certains aspects. Ceux-ci ont mis en évidence deux éléments de notre programmation et ont permis d'apporter des ajustements à certaines des interventions. Premièrement, les connaissances et les changements de comportement qui découlent de la formation de Plan International doivent s'inscrire dans un régime de supervision favorable. Le changement des pratiques et des comportements profondément ancrés des praticiens de la santé nécessite du temps et un soutien continu. Deuxièmement, on peut s'attendre à des résultats mitigés lorsque certains prestataires ont intégré la formation dans leur travail, tandis que d'autres ne l'ont pas encore fait, ou doivent participer à des cours de remise à niveau supplémentaires. La remise à niveau est particulièrement importante lorsque les prestataires de soins de santé primaire sont amenés à jouer des rôles aussi divers dans la prestation de soins de santé au quotidien.

Il faut également souligner les limites de la méthodologie de collecte des données, qui repose en grande partie sur le rappel des prestataires de santé disponibles lors des évaluations des établissements. Ces prestataires ne sont pas toujours à l'origine des références ou ne participent pas forcément aux formations et aux protocoles les plus récents offerts dans l'établissement, d'où l'importance de la remise à niveau et de la supervision. Comme le montre le tableau 2, dans tous les pays participant au projet, les principaux sujets de discussion suivants sont apparus durant les services de référence : demander aux patients si un membre de leur famille peut les accompagner; expliquer les raisons de la référence; suggérer des méthodes de transport; et écouter et répondre à toute préoccupation que les patients pourraient avoir. Au Bangladesh, la proportion des établissements de santé indiquant que ces sujets clés sont régulièrement abordés avec les clients semble avoir diminué, sauf lorsqu'il s'agit de suggérer des méthodes de transport (qui est passée de 71 % au début du projet à 75 % à mi-parcours). De la même manière, en Haïti, la proportion des établissements de santé indiquant que ces sujets clés sont régulièrement abordés avec les clients semble avoir diminué, sauf lorsqu'il s'agit d'expliquer les raisons de la référence (qui est passée de 36 % à 100 %). Au Nigeria et au Ghana, on observe des tendances opposées entre le début du sondage et la mi-parcours : alors que la proportion d'établissements a diminué pour les quatre thèmes de discussion au Nigeria, la situation s'est améliorée pour les quatre thèmes de discussion clés au Ghana. Et au Sénégal, les données à mi-parcours montrent des améliorations

pour tous les sujets, sauf lorsqu'il s'agit de vérifier si un membre de la famille peut accompagner les patients à l'établissement de référence (qui est passé de 59 % à 45 %). Ces résultats mitigés permettent de cerner les domaines qui, dans chaque pays, nécessitent un examen et un renforcement supplémentaires.

Le niveau de satisfaction des utilisatrices et des membres masculins de leur famille à l'égard des services de référence a également été évalué lors du sondage à mi-parcours.<sup>15</sup> Les réponses ont été sollicitées sur une échelle de 4 points : très satisfait, assez satisfait, assez insatisfait et très insatisfait.



Le pourcentage de répondants qui ont déclaré être très satisfaits des services de référence qu'ils ont reçus a augmenté au Bangladesh, au Ghana et au Sénégal. Il a baissé en Haïti et est resté stable au Nigeria. Les principales raisons invoquées pour justifier la satisfaction à l'égard des services de référence sont les suivantes : bonne qualité des soins ainsi que compétence et amabilité du personnel des établissements de santé. C'est la mauvaise attitude des agents de santé et les longs temps d'attente qui ont provoqué l'insatisfaction des clients. En ce qui concerne le niveau général de satisfaction (très et assez satisfaits combinés), les résultats montrent clairement que près de 100 % des répondants de tous les pays du projet sont généralement satisfaits des services de référence qu'ils ont reçus.



15. La taille de l'échantillon était réduite en raison du nombre inférieur de répondants déclarant avoir été référés à un établissement de santé de niveau plus élevé.

# ENSEIGNEMENTS

Le processus de renforcement des services de référence dans les cinq pays du projet SHOW a permis de tirer de nombreux enseignements de la programmation des références transformatrices en genre à ce jour, comme nous allons le voir ci-après:

- La formation des prestataires aux protocoles de référence sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents est fondamentale pour garantir le respect des femmes et des adolescentes, en particulier lorsqu'il s'agit de discuter du consentement ou de préserver la confidentialité des adolescents non mariés. Le temps consacré à la formation des prestataires aux protocoles de référence doit être suffisant.
- L'établissement de liens entre les exploitants de transport et les établissements de santé est important pour renforcer le système global de gestion des références.
- Le lien entre les groupes d'épargne et le SCTU permet aux femmes enceintes et aux familles d'obtenir les soins dont elles ont besoin sans les soucis financiers qui pourraient entraver leurs déplacements et donne aux conducteurs du SCTU l'assurance d'être rémunérés.
- En raison des différents terrains (montagnes, mauvaises conditions routières), le contexte local et la consultation sont nécessaires pour s'assurer que certains véhicules et motocyclettes sont utilisés ou adaptés pour assurer au mieux un transport sécuritaire, fiable et confortable.



Travailleur de la santé au Sénégal remplissant les formulaires de déclaration.



Des groupes d'épargne, comme celui-ci au Ghana, aident les femmes à financer les trajets de SCTU jusqu'aux établissements de santé.

- Lorsque des téléphones portables sont mis à la disposition du personnel de santé qui fournit des soins médicaux d'urgence, y compris des références, ils peuvent mieux répondre aux questions pratiques liées à la prestation de soins de référence de qualité.
- Un suivi, une supervision et des cours de remise à niveau permanents sont importants pour garantir que les formulaires et les registres de référence sont correctement remplis, car ces outils de suivi améliorent la qualité générale des soins tout au long du processus de référence.
- Bien que le soutien de Plan International à l'amélioration des communications pour les références ait été perçu de manière positive par les exécutants et les partenaires, et qu'il ait contribué à améliorer la qualité et l'information pour les références, le processus a mis en lumière un certain nombre de défis et d'enseignements. Tout d'abord, les changements au niveau des projets proposés par des ONG telles que Plan International ne conduisent pas toujours à un changement durable au niveau national. Obtenir des engagements pour des changements durables dans les protocoles de communication nécessite un plaidoyer et des efforts continus pour démontrer les résultats des changements proposés. Un tel niveau de changement durable dépasse souvent les échéances du projet.
- Obtenir l'engagement des gouvernements à adopter une solution innovante basée sur les TIC pour le suivi des références est un effort continu. Dans certains contextes, malgré la formation et les logiciels fournis, la volonté et l'engagement du gouvernement à poursuivre ces systèmes de TIC ont été faibles et nécessitent des efforts de sensibilisation continus.



Adolescentes assistant à une séance d'éducation en Haïti.

# CONCLUSION

Le projet SHOW de Plan International a accompli des progrès notables dans la mise en place de services de référence sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents dans les établissements de soins de santé primaires et secondaires. Notre théorie du changement suggère qu'en mettant l'accent sur ces éléments lors de la référence, parallèlement à d'autres interventions, on peut améliorer les résultats cliniques des soins de santé maternelle et néonatale. Pour ce qui est des opérations et des modalités pratiques associées à l'amélioration du système de référence, Plan International a fourni des intrants tangibles tels que des véhicules de transport, ainsi que tout équipement de soutien et du carburant pour assurer le transport physique des mères, des nouveau-nés et de leur accompagnateur d'un établissement de santé à un autre. En outre, les importants outils de communication et de documentation tels que les formulaires, les cartes et les registres de référence ont été révisés afin d'améliorer le suivi des références sexospécifiques et adaptées aux besoins des



Jeune famille en visite dans une clinique au Sénégal.

adolescents. Le système global de référence a également été renforcé par la fourniture de téléphones portables et de tablettes aux fournisseurs de soins de santé travaillant en établissement pour une utilisation appropriée. Dans certains pays, des solutions basées sur les TIC innovantes ont été mises en œuvre comme moyen plus progressif d'améliorer la qualité et de remplacer les traces écrites problématiques des formulaires de référence. Enfin, les révisions apportées aux protocoles de référence nationaux dans quatre pays du projet SHOW ont ouvert la voie à des conseils sur la manière de garantir que tous les clients soient traités avec dignité, respect et sensibilité tout au long du continuum de soins.

Tous ces intrants matériels ne seraient pas réalisés en tant que contributions aux références sexospécifiques et adaptées aux besoins des adolescents sans les initiatives complémentaires de renforcement des capacités menées parallèlement avec les fournisseurs de soins de santé et le personnel complémentaire concernés. Les exploitants de transport, les représentants syndicaux et les fournisseurs de soins de santé travaillant en établissement ont tous reçu une formation sur les protocoles de références sexospécifiques et adaptées aux besoins des adolescents, ainsi que sur les outils basés sur les TIC. Dans certains pays, ces formations ont été menées sur la base de manuels de formation récemment révisés. Collectivement, ces formations ont permis aux personnes concernées d'acquérir les connaissances, les compétences et les outils nécessaires pour fournir des services de référence sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents appropriés, en fonction de leur rôle dans le continuum des soins.

En travaillant à la fois au niveau de la communauté et des établissements de santé, et en partenariat étroit avec les ministères de la santé de chaque pays, le projet SHOW a pu attirer l'attention sur les enjeux essentiels critiques de la référence sexospécifique et adaptée aux besoins des adolescents, et améliorer systématiquement le système global de référence.



## Plan International Canada Inc.

**National Office**  
245, avenue Eglinton Est  
Bureau 300  
Toronto (Ontario)  
M4P 0B3 Canada

**Ottawa Office**  
130, rue Slater  
Bureau 1350  
Ottawa (Ontario)  
K1P 6E2 Canada

416 920-1654  
1 800 387-1418  
[info@plancanada.ca](mailto:info@plancanada.ca)  
[plancanada.ca](http://plancanada.ca)

Pour en savoir plus, visitez  
[plancanada.ca/fr](http://plancanada.ca/fr)



\* Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance de l'ARC : 11892 8993 RR0001

© 2020 Plan International Canada Inc. Plan International Canada et le nom Parce que je suis une fille, les marques de commerce liées et les logos sont des marques de commerce de Plan International Canada Inc.

\*La marque de confiance du Programme de normes est une marque d'Imagine Canada utilisée sous licence par Plan International Canada.