



ÉTUDE DE CAS :
**FAVORISER UN LIEN PLUS
FORT ENTRE LA COMMUNAUTÉ
et les établissements de santé
pour améliorer la santé et la nutrition
de la mère et du nouveau-né**



PARTENAIRES

KENYA

Ministère de la Santé, Kenya

AMREF Health Africa, Kenya
 Université de Washington,
 PRONTO International, É.-U.
 Université de Nairobi, Kenya

ÉTHIOPIE

Ministère de la Santé, Éthiopie

Université d'Emory,
 Maternal and Newborn Health in
 Ethiopia Partnership (MaNHEP), É.-U.
 Université d'Addis-Abeba, Éthiopie

SÉNÉGAL

Ministère de la Santé, Sénégal

Child Fund, Sénégal
 Santé Plus, Sénégal
 Institut de Santé & Développement,
 Sénégal

INTRODUCTION

Beaucoup de femmes en Afrique sub-saharienne ne disposent pas des ressources nécessaires pour avoir une grossesse et un accouchement sans complications. Cela est souvent dû à un accès insuffisant aux services de santé essentiels, tels que les soins prénatals, pernatals et postnatals, et à l'accès limité aux informations importantes pour renforcer leur connaissance et leur compréhension de la nutrition maternelle pour une bonne santé et un accouchement dans des conditions optimales. Ces manquements exposent les femmes et leurs nouveau-nés à des risques de maladie et de décès plus élevés.

Pour avoir un impact significatif, il est essentiel d'adapter une série d'interventions aux réalités et besoins précis de chaque région particulière. En outre, les agences de développement internationales, les décideurs, les professionnels de la santé et les autres intervenants dans le domaine doivent être conscients du travail que d'autres organisations et gouvernements sont en train de faire dans le même domaine. L'idéal serait que la communauté internationale travaille de concert sur un plan cohérent autour de la santé maternelle et néonatale pour atténuer la mortalité et améliorer l'accès aux services de santé et de nutrition.

En 2011, l'Initiative pour les micronutriments (IM) — en collaboration avec les gouvernements nationaux et ses partenaires — a entrepris un projet de cinq ans dans des zones en Afrique où la population présente des besoins élevés afin de combler cet écart dans les connaissances et les services, avec deux principaux objectifs :

1. Améliorer la qualité et l'adoption des soins prénatals (CPN), pernatals et postnatals (CPoN) chez les populations isolées
2. Intégrer les interventions essentielles en nutrition dans les programmes de santé maternelle et néonatale qui permettront de maintenir un état nutritionnel optimal tout au long de la grossesse et au-delà

Au Kenya, en Éthiopie et au Sénégal, l'IM et ses partenaires — sous l'impulsion du ministère de la Santé de chaque pays — ont testé une variété de modèles communautaires de prestation de services pour la santé et la nutrition maternelle et infantile grâce à des projets de démonstration uniques.

« La communauté m'a acceptée comme une des leurs. Si possible, elles viennent au poste de santé pour accoucher. Sinon, je vais chez elles et m'assure que le bébé naisse dans un environnement propre et avec l'assistance d'un personnel qualifié ».

Abéba Hagazi Abera

infirmière au poste de santé de Lekura
 d'Aura Woreda



Dans les régions ciblées par ce projet, le lien entre la communauté et les établissements de santé était crucial. Les établissements de santé offrent des interventions vitales et des soins d'urgence, mais sont souvent situés loin des communautés qu'ils desservent. Dans certains cas, parmi les obstacles à l'accès aux services de santé tout au long de la grossesse, aux soins à la naissance et aux soins postnatals il y a les pratiques communautaires en vigueur qui accordent une plus grande valeur aux accoucheuses traditionnelles respectées, mais non formées qu'au système sanitaire officiel.

Ce projet est conçu pour montrer que la communauté et les établissements de santé n'ont pas besoin d'être incompatibles. Dans les trois régions, il était clair que le lien entre les communautés et les établissements de santé qui les desservaient devait être renforcé; l'IM et ses partenaires ont émis l'hypothèse selon laquelle en impliquant les communautés dans les systèmes et les processus de santé, il était possible d'ouvrir la voie à des grossesses et des naissances plus sûres.

L'ÉTAT DE LA SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE DANS LES PAYS CHOISIS

Le projet a été réalisé dans les communautés difficiles d'accès en Afrique, chacune présentant des problèmes particuliers en matière de santé maternelle et néonatale, comme suit :

KAKAMEGA, KENYA

Malgré le fait que les gens sachent de plus en plus que le personnel qualifié dans les établissements de santé est en mesure de gérer les complications pendant l'accouchement, à Kakamega plus de la moitié des naissances se font en dehors des établissements de santé et sans le soutien d'un personnel qualifié. Des femmes enceintes, seul 20 % reçoivent des soins prénatals au cours du premier trimestre de grossesse et seul 7 % d'entre elles consomment plus de 90 comprimés de fer d'acide folique¹.

AFAR, ÉTHIOPIE

Le mode de vie pastorale des communautés dans la région d'Arfar rend particulièrement difficile l'accès des agents de santé aux femmes enceintes et aux nouveau-nés. Aucune femme enceinte ne reçoit plus de 90 comprimés de fer et d'acide folique et seul 23 % reçoivent des comprimés².

Seul 31 % des femmes enceintes reçoivent une visite de soins prénatals d'un prestataire de soins de santé formé et seul 10 % accouchent en présence d'un personnel qualifié³.

KOLDA, SÉNÉGAL

L'éloignement de plusieurs communautés de la région fait qu'il est difficile pour les femmes d'avoir accès à des soins de qualité. On estime que moins de la moitié des femmes enceintes font au moins les quatre contrôles prénatals qui sont recommandés pour une grossesse en bonne santé. Pendant le travail, c'est juste un peu plus de 30 % des mères qui donnent naissance en présence d'un personnel qualifié, ce qui est bien inférieur à la moyenne nationale de 65 %⁴.

L'APPROCHE

Le projet a utilisé un modèle multi-pays et engagé les gouvernements locaux, des experts mondiaux et les partenaires internationaux et nationaux.

Il a porté sur la période cruciale de 10 mois entre la conception et le premier mois après la naissance. Le projet de chaque pays comprenait une forte composante d'évaluation et de plaidoyer, ce qui a facilité la documentation et la diffusion des enseignements tirés; ensemble, ces ressources peuvent être utilisées pour informer la mise en œuvre du programme à l'échelle nationale ou dans d'autres régions dans un contexte similaire à celui des zones cibles.

L'un des éléments les plus intéressants du présent projet était la conception modulaire des projets de démonstration. Plutôt que d'appliquer une approche générale à trois zones cibles distinctes, chaque intervention a été spécialement conçue pour répondre aux besoins particuliers de la zone en question.

À l'avenir, cette stratégie permettra d'avoir un plan pour intensifier l'initiative au Kenya, en Éthiopie et au Sénégal. En outre, elle permettra aux parties intéressées dans d'autres régions de l'Afrique — et dans d'autres contextes ou communautés similaires — d'identifier l'intervention la mieux adaptée à leur propre contexte et ainsi reproduire le programme pour résoudre les problèmes majeurs au sein de leurs communautés.

« Je suis en paix parce que je n'ai pas à m'inquiéter d'une femme ou d'un bébé mourant pendant l'accouchement confié à mes soins. Je peux désormais dormir paisiblement en sachant que, à l'hôpital, la mère et l'enfant sont en sécurité ».

Agnes Makina

Accompagnante à la naissance

OBJECTIFS DU PROJET



Atteindre 100 000 femmes enceintes et nouveau-nés grâce à des services de santé améliorés, y compris les CPN, les soins à la naissance et les CPoN



Former 2 000 agents de santé de la communauté et des établissements pour offrir une meilleure couverture et des soins de qualité par le biais des services de santé

RÉALISATIONS DU PROJET



Près de 200 000 femmes enceintes et nouveau-nés atteints



Formation de plus de 8 000 agents de santé de la communauté et des établissements

1. Enquête démographique et de santé du Kenya, 2014
2. Enquête démographique et de santé de l'Éthiopie, 2011
3. Mini enquête démographique et de santé de l'Éthiopie, 2014
4. Enquête démographique et de santé du Sénégal, 2010

KAKAMEGA, KENYA

L'approche adoptée au Kenya était de construire un modèle de santé communautaire pour accroître l'utilisation des services de soins prénatals, pernatals et postnatals par les femmes enceintes et améliorer la qualité des soins fournis au niveau des établissements. En mettant l'accent sur le renforcement du lien entre la communauté et les établissements, l'approche visait également à améliorer la connexion entre les accoucheuses traditionnelles (AT) et les établissements de santé locaux, et ainsi favoriser les grossesses sans complications et sûres en vue de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale.

AFAR, ÉTHIOPIE

L'approche adoptée en Éthiopie consistait à améliorer la couverture et la qualité des soins pour les femmes et les nouveau-nés en mettant l'accent sur la formation des prestataires communautaires, et en assurant la participation du personnel des établissements dans le suivi et l'amélioration de la qualité. L'approche visait aussi à impliquer la communauté dans la création d'idées et de projets novateurs visant à améliorer la santé des mères et des nourrissons, afin de renforcer davantage le lien entre la communauté et les établissements.

KOLDA, SÉNÉGAL

L'approche adoptée au Sénégal consistait à développer et à démontrer un ensemble intégré d'interventions au niveau communautaire pour augmenter l'utilisation et améliorer la qualité des services de santé maternelle et néonatale. La modernisation des cases de santé locales afin qu'elles puissent servir de passerelle d'accès a été une autre stratégie pour renforcer le lien entre la communauté et les établissements; la formation des prestataires de soins de santé dans les activités de sensibilisation, telles que les visites de santé locales à la communauté, ont également appuyé cet objectif.

LES RÉGIONS
KENYA
ÉTHIOPIE
SÉNÉGAL



KENYA

De l'accoucheuse traditionnelle à l'accompagnante à la naissance



Au Kenya, les accoucheuses traditionnelles (AT) jouent un rôle important dans la communauté, en offrant des soins et du soutien aux femmes enceintes. En 2014, 19 % des naissances au Kenya ont eu lieu en présence d'AT; dans le comté de Kakamega, ce chiffre était proche du double de la moyenne nationale, avec 30,1 % des naissances qui ont lieu avec une AT présente à côté de la mère⁵.

Bien que le rôle des accoucheuses traditionnelles soit bien respecté par les femmes enceintes et leurs familles, elles manquent souvent de formation formelle et ne sont pas préparées à gérer les complications et les situations d'urgence lors de l'accouchement; elles utilisent les connaissances transmises par les générations plus anciennes et apprennent sur le tas. Il existe depuis longtemps une séparation entre les AT et le système de santé officiel.

En 2007, le Ministère de la Santé du Kenya a introduit une politique qui interdit aux AT d'effectuer des accouchements et a recommandé qu'elles suivent une formation pour devenir des accompagnantes à la naissance, même si aucune indication précise n'a été fournie sur la manière dont cela pourrait être opérationnalisé. Ce nouveau rôle d'accompagnante à la naissance est basé sur la position de confiance des AT au sein de la communauté et leur donne les connaissances et les compétences requises pour apporter du soutien aux femmes enceintes dans leurs communautés; une étape importante vers la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

La principale mission de l'AT est d'accompagner les femmes enceintes aux services de santé locaux pour accoucher dans un environnement sûr. Elles sont également chargées de fournir des informations essentielles sur la nutrition prénatale, de soutenir les femmes et les prestataires de soins de santé pendant le travail, et de promouvoir — et d'encourager — l'allaitement maternel précoce et exclusif. En fin de compte, la conversion des AT en accompagnantes à la naissance vise à augmenter le pourcentage d'accouchements dans les établissements de santé, plutôt qu'à la maison.

Reconnaissant que l'accès aux soins obstétricaux d'un professionnel de santé qualifié lors de l'accouchement est crucial pour réduire la mortalité maternelle et néonatale⁶, les partenaires du projet ont voulu trouver un moyen de faire travailler les AT avec les équipes de santé locales pour encourager les grossesses sans complications et les accouchements en toute sécurité, tout en respectant la rôle des accoucheuses traditionnelles comme ressource communautaire de confiance.



« Rien ne pouvait me faire renoncer à l'idée d'effectuer des accouchements à domicile parce que non seulement j'étais célèbre, mais j'avais également une salle dans ma maison et des clientes de toutes les couches de la vie. J'étais même recherchée par la police à cause du décès d'une mère, mais je continuais quand même. Seul le projet Linda Afya ya mama na Mtoto a réussi à me convaincre car nous avons été appelées à participer à une réunion de dialogue qui a changé ma vie! Je ne fais plus d'accouchements à domicile ».

IO-Ekero
Accompagnante à la naissance

Au cours du projet, le ministère de la Santé, en collaboration avec IM et les partenaires, a soutenu l'autonomisation des AT en accompagnantes à la naissance grâce à :

- la réalisation d'une enquête d'évaluation des besoins des AT
- l'élaboration d'un manuel de formation pour les accompagnantes à la naissance
- la mise en œuvre d'un programme de formation
- la supervision des performances des AT dans leurs nouveaux rôles.

La réponse fut excellente. Depuis 2014, 90 % des AT en activité ont déclaré qu'elles étaient « très disposées » à devenir des accompagnantes à la naissance qualifiées, et 345 AT de l'endroit où le projet s'est tenu ont réussi la transition vers leur nouveau rôle.

Les accompagnantes à la naissance bénéficient désormais de meilleures relations avec le personnel des établissements de santé en raison de l'orientation du personnel de l'établissement sur leurs nouvelles responsabilités. Le personnel des établissements a évolué pour respecter le rôle des accompagnantes à la naissance, les voyant comme une valeur inestimable, et ces dernières apprécient les connaissances et les services fournis par le personnel des établissements.

Depuis le début du projet, ce respect mutuel entre les accompagnantes à la naissance et le personnel des établissements a créé un lien plus fort entre la communauté et les établissements de santé.

À ce jour, 11 427 femmes sont allées aux centres de santé accompagnées d'une accompagnante à la naissance qualifiée, ce qui a conduit à une augmentation des accouchements sans complications et en toute sécurité dans la région. Depuis 2014, de nombreux centres de santé ont connu une augmentation significative des accouchements. Par exemple, avant le début du projet, le personnel des établissements de santé dans un centre de santé n'effectuait que 20 accouchements par mois; à la fin du projet, le personnel de ces établissements est passé en moyenne à 60 accouchements sans complications et en toute sécurité par mois.

Les accompagnantes à la naissance sont satisfaites de leurs nouveaux rôles pour plusieurs raisons, en particulier parce que maintenant leur travail est reconnu et apprécié par les professionnels de la santé dans les centres de santé. Les accompagnantes à la naissance apprécient la rémunération qu'elles reçoivent pour l'aide apportée aux femmes lorsqu'elles se rendent aux hôpitaux et aux centres de santé, ainsi que le respect continu dont elles bénéficient au sein de la communauté.

5. Enquête démographique et de santé du Kenya, 2011

6. Enquête démographique et de santé du Kenya, 2011



ÉTHIOPIE

Équipes d'amélioration collaborative de la qualité (ACQ)



À Afar, le projet tournait autour des services de santé maternelle et néonatale dans les communautés pastorales, qui sont des communautés toujours en mouvement à la recherche de nouvelles terres de pâturage pour leur bétail. Sans une structure d'accueil permanente, les femmes enceintes dans cette communauté sont considérablement mal desservies par le système de soins de santé. Les femmes enceintes d'Afar comptent sur les accoucheuses traditionnelles (AT) dans leurs communautés pour les soins prénatals, pernatals et postnatals. Les AT de confiance se déplacent avec les communautés et sont beaucoup plus proches des femmes enceintes que les infirmières d'un centre de santé.

La stratégie du projet impliquait l'engagement des AT et des membres de la communauté dans la planification, la mise en œuvre et le suivi de la santé et de la nutrition maternelle et néonatale en utilisant le modèle d'amélioration collaborative de la qualité (ACQ). Le modèle d'ACQ a donné aux communautés les outils nécessaires pour examiner les besoins locaux des mères et des nouveau-nés, identifier et hiérarchiser les défis pour fournir ou recevoir des soins, et développer de nouvelles idées — ou « idées de changement » — afin d'améliorer l'adoption et la qualité des services de soins prénatals, pernatals et postnatals.

Soixante-cinq collectivités, ou *kebeles*, ont formé des équipes d'ACQ, qui comprenaient les leaders communautaires, les anciens et les chefs religieux, ainsi que les représentants de la communauté en générale.

Le personnel des établissements effectuait des visites mensuelles d'encadrement pour soutenir la mise en œuvre des idées de changement, et identifier et évaluer les meilleures pratiques. Ce lien entre les membres de la communauté et le personnel des établissements a renforcé la communication et a offert une plate-forme pour discuter d'autres questions.

Un atelier et un examen se tenaient tous les trois mois au niveau du district ou *woreda*, où les équipes d'ACQ partageaient les enseignements tirés et participaient à un examen des données de couverture sous la direction d'un facilitateur. Ils procédaient également à l'évaluation des idées de changement et à la planification des activités. Les ateliers ont permis d'avoir une formation complémentaire sur la méthodologie d'amélioration de la qualité et ont permis aux participants de partager les résultats et les données de leur travail et d'apprendre comment les autres *kebeles* abordaient leurs problèmes de santé maternelle et néonatale.



EXEMPLES D'IDÉES DE CHANGEMENT

Une équipe d'ACQ a organisé une cérémonie de dégustation pendant laquelle ils ont célébré la mise au sein des nouveau-nés dans la première heure par leur mère. Cette idée est issue d'une cérémonie de bénédiction traditionnelle, qui peut se dérouler sur plusieurs heures après la naissance, où un aîné respecté vient bénir l'enfant et lui donner sa « première nourriture ».

Le modèle d'ACQ comprenait la formation d'équipes de guide (EG), composées de deux accoucheuses traditionnelles. Les EG tenaient des réunions pour sensibiliser les femmes enceintes et leurs familles sur la santé et la nutrition.

À ce jour, le modèle d'ACQ a donné des résultats significatifs. Plus de 90 % de l'ensemble des grossesses ont été et référées aux établissements de santé pour des soins prénatals en raison de l'implication des équipes d'ACQ et des AT. Les visites prénatals sont essentielles car elles fournissent des informations clés sur la nutrition, les vaccinations ainsi que le suivi sanitaire requis pour une grossesse sans complications.

Les AT ont continué à jouer un rôle important et respecté au sein de leurs communautés par le biais du projet de démonstration. Avec leur aide, le nombre d'accouchements en présence d'une personne qualifiée a augmenté de 33 % et le nombre de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les 48 heures suivant la naissance a doublé.

En intégrant la participation des communautés dans le processus de soins de santé, le projet à Afar a permis de surmonter les obstacles et de raffermir la compréhension entre la communauté et les établissements de santé. Les femmes faisaient davantage confiance aux professionnels médicaux et ont compris les avantages liés à l'accouchement dans un centre de santé. Les AT travaillaient avec les prestataires de soins de santé pour aider les femmes enceintes et veiller à ce qu'elles obtiennent les soins dont elles avaient besoin pour avoir une grossesse et un accouchement sans complications.

Grâce à la participation continue des ministères fédéraux et régionaux de la santé, le projet s'est déjà étendu à deux nouveaux *woredas* et des plans sont en cours en vue de l'élargir davantage.



SÉNÉGAL

Visites de sensibilisation des centres de santé aux cases de santé communautaires



RÉGION

Kolda
SÉNÉGAL

Au Sénégal, le système de santé est composé de différents niveaux d'établissements de soins, allant des cases de santé communautaires aux centres de santé et hôpitaux régionaux.

Les cases de santé à Kolda desservent environ 2 000 membres de la communauté et sont gérées par des bénévoles qui fournissent des services de santé de base et orientent les patients vers les centres de santé et les hôpitaux en cas de besoin. Dans la zone rurale de Kolda, le centre régional de santé le plus proche peut parfois être à 40 km et, sans accès au transport, les femmes enceintes sont moins susceptibles d'y aller pour des soins. Ainsi, les services que les cases de santé offrent aux communautés sont essentiels à l'amélioration de la santé maternelle et infantile; ils constituent un lien vital entre la communauté et les établissements.

Le projet impliquait le développement d'un paquet d'interventions orientées vers la mobilisation des cases de santé communautaires pour fournir les meilleurs soins possibles aux femmes et aux enfants.

L'une des composantes du paquet consistait à renforcer le lien entre les cases de santé et les centres de santé pour surmonter les obstacles liés au transport et à la distance. Avant de pouvoir renforcer ce lien, les cases de santé se devaient d'être fonctionnelles. Le projet a permis de rénover 90 cases de santé et de sélectionner le personnel communautaire afin de répondre aux critères de base pour la prestation des services de santé maternelle et néonatale. En outre, le projet a vu 244 cases de santé recevoir des équipements modernes et se faire doter de fournitures médicales suffisantes pour prévenir les ruptures de stock.

Une fois que les cases de santé étaient entièrement opérationnelles, le Ministère de la Santé a renforcé un programme de visites de sensibilisation, pendant lesquelles les infirmières et les sages-femmes des centres de santé visitaient mensuellement les cases de santé.



« La sage-femme avait l'habitude de ne recevoir que trois à cinq clientes par mois qui faisaient les quatre visites prénatales recommandées. Maintenant, elle reçoit environ 12 clientes par mois qui respectent toutes leurs visites prénatales. Les activités de sensibilisation sont très bien accueillies par la population et aident à résoudre leur problème liés à la distance et à l'argent ».

Sage-femme
région de Kolda

Au cours de ces visites, les infirmières et les sages-femmes prodiguaient des soins prénatals et postnatals aux femmes et aux nouveau-nés qui, autrement, pourraient ne pas être en mesure d'accéder à ces services. Les accoucheuses communautaires, connues sous le nom de *matrones*, et les autres acteurs communautaires faisaient savoir les dates des visites mensuelles via des organisations locales et des visites à domicile afin que les femmes enceintes et les nouvelles mères puissent savoir quand aller aux cases de santé. Une fois que les femmes enceintes étaient à la case de santé pour une visite de contrôle, les *matrones* partageaient des informations et des leçons sur les questions de santé maternelle et néonatale, telles que la nutrition, l'allaitement et les soins du nouveau-né.

En plus d'atteindre les femmes enceintes avec des messages éducatifs au cours de ces activités de sensibilisation, les grands-mères, les belles-mères et les hommes participaient souvent aux séances où les soins prénatals, la consommation de suppléments de fer et d'acide folique, l'assistance d'une accoucheuse et les soins postnatals étaient promus. Au total, ces visites régulières ont donné lieu à un total de 39 424 visites prénatales et 12 431 visites postnatales.

Le projet a renforcé la relation entre le personnel basé dans les établissements et les acteurs communautaires et a apporté des soins de qualité aux femmes et aux nouveau-nés qui, autrement, pourraient ne pas être en mesure d'y avoir accès. Les *matrones* ont joué un rôle clé en tant qu'éducatrices et relais communautaires appuyant les efforts des infirmières et des sages-femmes. Les cases de santé récemment rénovées ont servi de base fiable aux infirmières et aux sages-femmes pour offrir les soins dont les femmes enceintes et les nouveau-nés ont besoin pour survivre et prospérer.



« Heureusement, aujourd’hui dans les cases de santé, nous avons des médicaments et des agents de santé communautaire ainsi que des matrones. Parfois même, nous recevons la visite de la sage-femme au village pour offrir des médicaments et des services aux femmes enceintes que nous suivons ».

Membre du groupe de soutien communautaire (CVAC)
Talto Diega

IMPLICATIONS POUR LA PÉRENNITÉ

Les meilleures pratiques issues de ce projet sont destinées à être adaptées afin d’être utilisées dans toute l’Afrique et dans d’autres pays ayant des contextes similaires. La conception du projet propose des méthodes innovantes adaptées pour soutenir les femmes enceintes dans les régions du monde difficiles d’accès.

Tout au long de ce projet de cinq ans, il y a eu plusieurs réalisations et problèmes. Voici un résumé des implications à prendre en compte lors de la mise en œuvre de l’une des interventions qui renforcent le lien entre la communauté et l’établissement de santé :

ADOPTION PRÉCOCE ET FRÉQUENTE

La formation d’un groupe de gestion de projet, qui comprenait le leadership national et régional dans chaque pays, a facilité la bonne volonté politique et le soutien de la direction. Des réunions régulières ont maintenu le projet sur la bonne voie et ont offert des possibilités de rétroaction et de génération d’idées.

IMPLICATION DE LA COMMUNAUTÉ

L’implication de la communauté pour identifier et trouver des solutions aux problèmes de santé et de nutrition maternelle et néonatale était essentielle à l’amélioration de la compréhension et de la stimulation de la demande des services de santé. Il est important de noter que les établissements de santé doivent d’abord être en place pour répondre à la demande avant le renforcement du lien entre la communauté et les établissements.

RESPONSABILISATION DES AGENTS DE SANTÉ LOCAUX

La formation et la supervision du personnel de santé communautaire était essentielle au projet, car il leur a permis d’assumer la responsabilité de la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés dans leurs communautés. Les agents de santé locaux impulsent le lien entre la communauté et l’établissement; les responsabiliser comme les gardiens de leurs communautés peut conduire à une meilleure communication et un meilleur système de santé globale.

Le projet a été financé par le gouvernement du Canada par l’entremise d’Affaires mondiales Canada.