

# BANGLADESH



## L'accès accru aux services de maternité en milieu rural au Bangladesh : Liens durables entre la structure sanitaire et la communauté

### QU'EST CE QUE LA FISTULE ?

La fistule obstétricale est une blessure d'accouchement, se produisant habituellement lorsqu'une femme est en travail trop longtemps, ou lorsque l'accouchement est obstrué, et qu'elle n'a pas accès à une césarienne. Elle subit des blessures internes qui la rendent incontinente, libérant de l'urine et parfois de la matière fécale à travers le vagin.

Fistula Care a comme tâche d'empêcher la survenance de la fistule, mais aussi traite et soigne les femmes atteintes de la fistule, et les aide à se réadapter et se réinsérer dans la société. Pour de plus amples informations sur la fistule et le projet Fistula Care, visitez le site web suivant : [www.fistulacare.org](http://www.fistulacare.org).

[www.fistulacare.org](http://www.fistulacare.org)

### Introduction

Des soins de maternité de qualité avant, pendant et après l'accouchement aident à prévenir la mortalité maternelle et la morbidité au niveau mondial. Cependant au Bangladesh, seulement 21% des femmes en état de grossesse font quatre consultations prénatales ou plus. L'accouchement à domicile est la norme, avec 85% des femmes au total et 89% des femmes en milieu rural optant pour accoucher à domicile (NIPORT, Mitra and Associates, et Macro International, 2009). Les coûts directs et indirects, la perception de la qualité des services et les normes culturelles sont parmi les nombreux facteurs qui contribuent à la faible demande au niveau des structures qui ont pour vocation les soins de santé maternelle (Perkins et al., 2009).

Le projet Fistula Care d'EngenderHealth, financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID), a établi un partenariat avec deux hôpitaux privés au Bangladesh pour améliorer l'accès aux services de soins maternels essentiels pour les femmes en milieu rural et au niveau des collectivités mal desservies :

- **Hôpital Ad-din pour les femmes et les enfants à Jessore** (Ad-din/Jessore) est l'un des trois hôpitaux à but non lucratif exploités au Bangladesh par la Fondation Ad-din. Il a ouvert ses portes en 1985 en offrant des services médicaux et chirurgicaux exclusivement aux femmes et aux enfants. En 2010, Ad-din/Jessore a rendu service à 283 510 malades externes et 14 230 malades hospitalisés dans sa structure de 130 lits.
- Le **Projet LAMB** rend service à une population de près d'1 000 000 de personnes dans les districts nord-ouest de Dinajpur et de Rangpor. Depuis 1983, Hôpital LAMB a offert des services de médecine générale et de chirurgie, augmentant son nombre de lits de 50 à 150 au cours des 15 dernières années. En 2010, l'hôpital s'est occupé de 55 000 malades externes et 9 000 malades hospitalisés. En plus des services hospitaliers, LAMB dirige un programme intégré de santé et de développement communautaires, un centre de formation, une école et beaucoup d'autres initiatives.

Les deux programmes sont remarquables pour leur effort en vue de permettre une appropriation communautaire avec un engagement sincère dans la durabilité. L'un est intégré dans un programme de micro finance pour permettre l'indépendance financière du programme ; l'autre responsabilise les membres de la communauté pour une véritable appropriation et la gestion de ses services. Tous les deux sont une illustration d'un programme durable et sont en train de

produire des résultats pour améliorer l'accès des femmes au continuum des services de santé maternelle.

## Historique : Deux approches pour offrir des services au niveau communautaire

### *Cliniques satellites d'Ad-din/Jessore*

En 1990, Ad-din/Jessore a lancé un programme de microcrédit au sud-ouest du Bangladesh en octroyant de petits prêts et en donnant une éducation sanitaire de base aux femmes dans les communautés rurales. Au fil du temps, il est apparu que les femmes manquaient d'accès adéquat aux soins de santé. En 1996, quatre des agences du programme de microcrédit d'Ad-din/Jessore ont recruté et formé des auxiliaires médicaux pour offrir des services de santé mobile et une assistance à l'accouchement de qualité dans les collectivités mal desservies couvertes par le programme de microcrédit. Depuis lors, le programme a pris de l'envergure ; trente auxiliaires médicales femmes dirigent des

cliniques satellites dans 420 villages avec pour cible une circonscription hospitalière composée de 150 000 ménages.

Les auxiliaires paramédicaux tiennent des cliniques satellites une

**« Actuellement, avec les cliniques satellites, il y a moins de décès maternels. Les populations sont en train d'être initiées par les auxiliaires médicaux à la maternité sans risque, et l'on constate que beaucoup moins de femmes meurent pendant la grossesse et à l'accouchement ».**

— A indiqué une AT formée à l'agence locale d' Ad-din/Jessore de Jhikorgacha

fois par mois dans un foyer avec la participation bénévole d'un membre de la communauté dans chaque village couvert par le programme. Au niveau de chaque clinique, l'auxiliaire paramédical dispense une session d'éducation de 30 à 45 minutes sur des sujets variant de la santé maternelle à l'hygiène publique et aux maladies

infantiles fréquentes. Par la suite, il fait des consultations individuelles pour les femmes et les enfants présents. Les services comprennent les soins prénatals et postnatals, le contrôle de la croissance, des conseils sur la nutrition

et la planification des naissances, le conseil en planification familiale et la fourniture de méthodes contraceptives à action courte (par exemple, préservatifs, pilules et injections) et un traitement pour les maladies courantes telles que la fièvre et la diarrhée. Si possible, l'auxiliaire médical travaille en partenariat avec un employeur de l'état sur le terrain qui vaccine les enfants. Chaque auxiliaire paramédical possède un pousse-pousse plat à trois roues et un conducteur pour aider à transporter les clientes référées pour consultation.

Les auxiliaires médicaux d'Ad-din travaillent en étroite collaboration avec 245 accoucheuses traditionnelles (AT) et 450 visiteurs en santé familiale, tous formés par Ad-din/Jessore. Les auxiliaires médicaux et les visiteurs de santé familiale programment et coordonnent leurs efforts en éducation sanitaire en garantissant de couvrir les mêmes sujets chaque mois lors des sessions qu'ils organisent. Pour soutenir leurs efforts, chaque AT effectue des visites à domicile dans 300 à 450 foyers dans leurs circonscriptions hospitalières, visitant chaque ménage une fois tous les deux mois. Les AT et



Les superviseurs de LAMB travaillent avec le personnel de SDU pour assurer des services de qualité et pour résoudre des problèmes.

les auxiliaires paramédicaux formés aident aux accouchements à domicile et font des visites post-partum. La formation des AT met l'accent sur la manière d'accoucher en toute sécurité (par exemple, lavage des mains, utilisation de gants et de lames stérilisées), gère les complications et juge du moment approprié pour référer les femmes à une structure sanitaire. Vu les pratiques dangereuses de la plupart des AT non formées, celles d'Ad-din formées constituent une importante amélioration.

La plupart des clientes connaissent les services des cliniques satellites de bouche à oreille et essentiellement à travers le programme de microcrédit, une AT formée, un visiteur en santé familiale ou les hôtes de la Clinique. Les clientes viennent essentiellement à la clinique dans un rayon d'1 km. Chaque cliente paie 10 taka (0,14 \$) bien qu'elle soit exonérée du paiement du tarif s'il s'avère qu'elle est dans l'incapacité de payer.

### **Unités d'accouchement sans risque de LAMB**

En 1981, Hôpital LAMB a commencé à fournir des services de santé mobile à travers son programme de santé et de développement communautaires. Vers 1999, les services mobiles étaient insuffisants par rapport à la demande pour les services cliniques au niveau communautaire, et LAMB a ouvert deux centres de santé à des lieux fixes pour fournir les premiers soins et ceux de santé primaire, particulièrement aux mères et aux enfants. Depuis lors, LAMB a travaillé avec les communautés pour ouvrir un total de 28 centres de santé parmi lesquels 18 sont des unités d'accouchement sans risque (SDU), qui assurent des soins d'accouchement normal et réfèrent celles qui ont des complications obstétricales. Les 18 SDU emploient 60 accoucheurs qualifiés, 200 agents de santé communautaire et



*Les auxiliaires paramédicaux d'Ad-din/Jessore offre des consultations prénatales pres des domiciles ou pres des foyers.*

450 volontaires de santé au niveau des villages, couvrant une population de 550 000 personnes à travers les trois districts.

En principe, chaque SDU est dotée d'un personnel composé de trois accoucheurs qualifiés qui effectuent les accouchements normaux et renvoient les mères à haut risque vers des soins de niveau supérieur chaque fois que c'est nécessaire. L'on a assigné aux agents de santé communautaire impliquée 1 200 ménages approximativement, et les volontaires villageois de santé sont supervisés dans cette zone. Chaque SDU établit sa propre grille tarifaire, mais d'habitude, une consultation prénatale coûte environ 25 taka (0,34 \$), et les accouchements de 100 à 200 taka (1,35 à 2,70 \$). Les honoraires sont subventionnés selon la capacité des clientes à payer.

Le personnel de SDU et les volontaires villageois de santé tiennent des sessions régulières d'éducation en matière de santé au niveau des SDU et dans les villages environnants. Chaque

volontaire villageois de santé couvre un secteur de 200 à 300 ménages et a la responsabilité de faire des visites mensuelles à domicile auprès des femmes en état de grossesse ou avec des enfants de moins de 5 ans. La plupart des femmes découvrent les services de SDU à travers ces visites de foyers et les sessions de sensibilisation. Les volontaires enregistrent les données des activités au niveau communautaire, les prestations de services maternels et infantiles et les problèmes de santé de base (enfants dont le poids est inférieur à la normale, diarrhée, mortalité maternelle, etc.) dans un format de tenue de fichier illustré conçu pour être utilisé par le personnel à bas niveau d'instruction ou illettré.

Chaque SDU est dirigée par un comité de gestion communautaire dont les membres sont sélectionnés conformément aux directives gouvernementales pour représenter une section transversale de la communauté, dont les femmes et les personnes très pauvres. LAMB a fortement investi

dans le renforcement des capacités de ces comités pour gérer les opérations des SDU et garantir l'appropriation. LAMB a développé pour les membres du comité un ensemble de formations en gestion qui couvre une variété de sujets, y compris la comptabilité, la résolution de problèmes et la résolution de conflits. La vision de LAMB est de permettre aux comités de gestion d'assumer l'entière responsabilité quant à la gestion et aux opérations des SDU. Les comités de gestion se rencontrent mensuellement pour examiner les finances, y compris les recettes générées par les services et les contributions communautaires, ainsi que la revue des données sur les principales prestations de services et des indicateurs de santé. Les réunions sont organisées également pour discuter et résoudre tous les problèmes identifiés par le personnel de SDU ou soulevés par les membres de la communauté.

En mai 2011, toutes les SDU étaient en mesure de payer les charges du personnel d'appui et certaines d'entre elles ont pris entièrement en charge le paiement des salaires des accoucheurs qualifiés. Les revenus issus des prestations de services couvrent actuellement partout la fourchette de 31% à 67% des charges de fonctionnement des SDU qui comptent aussi sur les dons de fonds faits par les communautés pour subventionner les soins en faveur des pauvres. Certaines SDU génèrent des revenus en louant les espaces disponibles des cliniques à l'occasion de réunions ou de formations.

## Similitudes et différences dans l'approche

### Services offerts

Les SDU de LAMB offrent des services de soins prénatals et postpartum ainsi que des accouchements par voie basse assistés et les références. Même si les cliniques satellites d'Ad-din n'offrent

pas des soins d'accouchement, elles rendent disponibles des services prénatals et postnatals dans les communautés qui n'ont pas accès aux autres sources de soins. Les auxiliaires paramédicaux qui assurent ces services font activement la promotion de l'accouchement de qualité et réfèrent régulièrement les femmes nécessitant des soins de niveaux plus élevés vers Ad-din/Jessore ou vers la structure appropriée la plus proche. En plus, les auxiliaires paramédicaux sont fréquemment sollicités pour assister des accouchements à domicile, et ils donnent des conseils par téléphone mobile aux AT en les aidant à reconnaître les complications et à transférer les femmes le cas échéant.

### Durabilité et appropriation

Les coûts de fonctionnement des cliniques satellites sont entièrement couverts par les revenus générés par les services du programme intégré de microcrédit et de santé communautaire d'Ad-din ; ces fonds couvrent les frais de démarrage et la location des

agences où sont basés les auxiliaires. Les dépenses de fonctionnement mensuel telles que les médicaments, les consommables et les salaires des auxiliaires médicaux, les visiteurs de santé familiale et les conducteurs de pousse-pousse, sont entièrement couvertes par les honoraires payés par les malades (10%) et les revenus de microcrédit (90%). Ce qui veut dire que les services de clinique satellite n'ont pas en ce moment besoin d'un soutien financier d'Ad-din/Jessore.

LAMB travaille de plus en plus de pair avec les structures publiques dans l'espoir que les femmes auront accès aux services d'accouchement de qualité dans chaque zone d'attraction – que ça soit dans une SDU ou dans une autre structure. LAMB lutte pour une appropriation communautaire des SDU, telle que démontrée dans ses efforts de renforcement des capacités des comités de gestion et son programme visant à supprimer progressivement le soutien aux dépenses de fonctionnement des SDU. LAMB appuie la plupart des SDU dans le paiement des salaires des accoucheurs qualifiés et des



*Le personnel de SDU et les comités de gestion communautaire travaillent ensemble pour la prise de décision de gestion.*



*Les cliniques satellites offrent une éducation sanitaire avant d'entreprendre les consultations individuelles.*

travailleurs de santé communautaire. Avec le soutien des donateurs, LAMB couvre aussi les coûts de supervision régulière et de contrôle de la qualité des services, de la formation du personnel et du renforcement des capacités des comités de gestion. Alors que la plupart des SDU ne sont pas encore financièrement autonomes, LAMB dispose d'un programme clair et d'un engagement visant à transférer toutes les responsabilités de gestion des cliniques aux communautés une fois que leur capacité aura été renforcée et démontrée.

### **Problèmes constatés**

Les cliniques satellites d'Ad-din et les SDU de LAMB, fournissent toutes les deux des services essentiels de santé maternelle et infantile aux femmes et aux communautés qui, par ailleurs, ont un accès limité à de tels soins. Cependant, à la lumière des besoins en milieu rural au Bangladesh, le personnel des deux programmes note que la plupart des zones restent

mal desservies. Etant donné que les clientes se rendent d'habitude à pied dans les cliniques satellites, chacune d'entre elles touche une zone située dans un rayon réduit. Certaines clientes ont des difficultés à accéder à une SDU, en particulier les clientes multipares ou les malades qui doivent voyager la nuit.

Les cliniques satellites et les programmes SDU, dépendent toutes les deux des services du personnel de certains volontaires (AT formées et volontaires villageois de santé), et la motivation croissante du personnel non rémunéré peut poser problème. Pour encourager les AT formées à transférer les clientes en cas de besoin, Ad-din/Jessore a commencé en 2009 à accorder une gratification financière aux AT qui accompagnent les femmes à l'hôpital pour accoucher. LAMB donne également une petite somme aux volontaires villageois de la santé accompagnant les malades en général et les femmes en travail vers les SDU. En outre, les volontaires

reçoivent une petite prime pour la nourriture et le transport lorsqu'ils assistent aux séminaires mensuels de perfectionnement.

### **Clés du succès**

Les deux programmes ont en commun plusieurs pratiques importantes que sont :

- Une structure solide de gestion qui coordonne et supervise la qualité des services.
- Les formations régulières de perfectionnement rassemblent le personnel et facilitent l'apprentissage continu et la discussion.
- Les réunions de coordination avec les représentants des autorités gouvernementales et les organisations non gouvernementales actives garantissent la communication et la complémentarité.

### **Résultats**

La clinique satellite et les programmes de la SDU s'efforcent ensemble d'accroître la disponibilité des services de base de santé maternelle et infantile pour sauver la vie des femmes et des enfants en milieu rural. Les SDU sont à même d'offrir directement des services d'accouchement alors que les cliniques satellites réfèrent les grossesses compliquées et encouragent les autres à accoucher avec l'assistance d'un prestataire compétent, c'est-à-dire, une AT qualifiée plutôt qu'une sans formation. Les deux programmes, dans le cadre de la prestation des services, mettent un accent pertinent sur la viabilité du personnel local. Alors qu'il est impossible de quantifier les efforts que LAMB déploie dans le renforcement des capacités des comités de gestion communautaire par exemple, c'est en vérité cette importance accordée à l'engagement et à l'appropriation au niveau local qui a rendu possibles les succès enregistrés par les deux programmes.

## Les cliniques satellites d'Ad-din/Jessore

Le personnel de la clinique satellite a la conviction que le programme a accru le nombre des naissances dans les structures de maternité, les soins pré et postnataux et la couverture de la planification familiale. Le tableau 1 montre l'augmentation globale des prestations de services de 2009 à 2010. Le nombre de femmes se rendant pour une première consultation prénatale, une troisième consultation de prénatale ou une visite de post-natale a augmenté brusquement dans les trois cas entre 2009 et 2010, et le nombre de clientes référées vers Ad-din/Jessore à partir des cliniques satellites a presque doublé.

Il est important de noter que les données démographiques sur la couverture des services ne sont pas disponibles et il s'avère notoirement laborieux et difficile de recueillir de tels chiffres. Ad-din/Jessore reçoit néanmoins en retour des impressions anecdotiques positives attestant son impact. Dans le passé par exemple, lors des réunions des secteurs, les visiteurs de santé familiale et les auxiliaires médicaux ont couramment rapporté des cas de décès maternels et néonataux ; de tels rapports deviennent de plus en plus rares.

La disponibilité des AT et des auxiliaires paramédicaux formés a offert des choix de meilleure qualité pour l'accouchement à domicile et a augmenté l'identification et la référence des mères à haut risque. Une auxiliaire médicale a rapporté avoir référé 8 à 10 mères à haut risque et accouché 5 à 6 bébés par mois, par rapport à 1 à 2 accouchements par mois il y a deux ans, quand elle démarrait la clinique satellite.

### Unités d'accouchement sans risque de LAMB

De la même manière, les membres de la communauté bénéficiaires du programme de SDU rapportent une

**Tableau 1. Services offerts dans les cliniques satellites d'Ad-din/Jessore**

	2009	2010
N° de femmes effectuant les premières consultations prénatales	6 669	9 550
N° de femmes effectuant leur troisième visite prénatale	3 241	6 914
N° de clientes ayant subi des consultations postnatales	2 332	3 758
N° de clientes en provenance des cliniques satellites et transférées vers Ad-din/Jessore	1 048	1 804
N° de clientes admises à Ad-din/Jessore parmi celles qui sont transférées	608	766
Résultats enregistrés chez les patientes transférées :		
N° de mort-nés	1	2
N° de décès maternels	3	4
N° d'accouchements à domicile effectués par une auxiliaire paramédicale ou une AT formée*	4 312	4 338

\*Les résultats concernant la maternité et le pronostic foetal ne sont pas disponibles pour les patientes assistées par une auxiliaire paramédicale ou une AT formée.

amélioration de la situation des mères. Les membres du comité de gestion dans une SDU ont noté qu'à un moment donné, entre 10 et 15 femmes dans leur association mourraient chaque année des suites de grossesse et d'accouchement, mais en 2010, il n'a été enregistré qu'un seul cas de décès maternel. Ces propos se sont répandus à travers les services de SDU ; en 2010, 19% des clientes venaient de l'extérieur d'une zone d'attraction donnée.

Contrairement à Ad-din/Jessore, LAMB possède des données sur les accouchements de qualité que les SDU ont rendus possibles (Tableau 2). A peu près 165 femmes accouchent dans une des 18 SDU chaque mois pour un total annuel de 2 044 accouchements en 2009, et 1977 naissances en 2010 (Schéma 1). Au fil du temps, LAMB a généralement fait état de plus d'accouchements avec l'inclusion de SDU supplémentaires, mais, en 2010, la clientèle a baissé malgré l'addition d'une nouvelle SDU. Ceci

pourrait s'expliquer par une autre décision de l'organisation visant à accorder des primes d'encouragement pour assister des accouchements de qualité à domicile. Après les réunions regroupant les comités de gestion communautaire, LAMB et d'autres organisations évoluant dans les zones d'attraction, le système de primes d'encouragement a été révisé pour prévoir une rémunération égale au titre des accouchements propres à domicile et de la référence des patientes qui connaissent des complications. En 2010, 5% des résultats des clientes en consultation prénatale étaient référées comme étant des cas à haut risque, tandis que 26% des femmes en travail étaient transférées. L'identification des clientes à haut risque et la référence à temps des complications obstétricales signifient que la clientèle restante des SDU se situe normalement à un niveau de risque faible. Les résultats concernant la maternité des clientes de SDU étaient excellents : aucun décès maternel n'a été enregistré en 2009

**Tableau 2. Services offerts dans les SDU communautaires de LAMB**

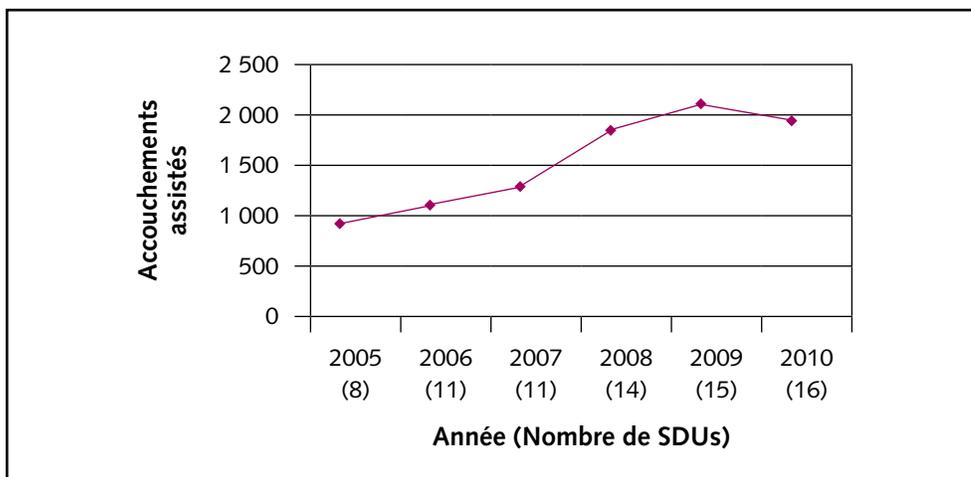
	2009	2010
N° de mères accouchant dans une SDU	2 044	1 977
Nombre de consultations prénatales en moyenne par mère	2,1	2,4
N° de consultations prénatales	35 307	31 994
N° de clientes en consultation prénatale référées	1 570 (4%)	1 680 (5%)
N° de consultations postnatales	1 801	1 532
N° de clientes en travail transférées*	541 (21%)	673 (26%)
<b>Résultats d'accouchements aux SDU de LAMB</b>		
Taux de mortalité périnatale (N° de décès pour 1000 accouchements)	21,5/1 000	16,7/1 000
N° de décès maternels	0	0
<b>Résultats des références pour les clientes dirigées accouchant à Hôpital LAMB :</b>		
N° d'accouchements	270	300
Taux de mortalité périnatale	74/1 000	87/1 000
N° de décès maternels	0	0

\*Les données des résultats ne sont pas disponibles pour les femmes qui ont été transférées pour consultation ailleurs qu'à LAMB. Les clientes sont orientées vers l'hôpital le plus proche et le plus accessible. En plus de la distance entre LAMB et les SDU, une démotivation supplémentaire éventuelle, réside dans le fait que l'hôpital n'accepte pas les prises en charge délivrées par le gouvernement pour des services d'accouchement.

ou 2010 parmi les clientes qui ont accouché dans une SDU ou à Hôpital LAMB. Considérant la nombreuse clientèle et les chiffres relatifs à la

mortalité maternelle au niveau national au Bangladesh (Streatfield et al., 2011) l'on aurait pu s'attendre 5 décès maternels ou plus à cette période-là.

**Schéma 1. Accouchements aux SDU de LAMB**



## Conclusion

Les cliniques satellites d'Ad-din/Jessore et les SDU de LAMB offrent des services vitaux aux femmes rurales non loin de leur domicile. Tous les deux programmes ont permis à l'accès accru aux soins prénatals et aux services d'accouchement de qualité dans les communautés mal desservies et ont renforcé les liens concernant les références des femmes qui ont besoin de soins de maternité de haut niveau. Tous les deux programmes impliquent un réseau extensif de membres de personnel au niveau de la communauté qui font des visites à domicile, et qui sont en relation avec des véhicules pouvant faciliter le transport des femmes qui en ont besoin. Les auxiliaires médicaux et les directeurs de divisions, en collaboration avec les comités de gestion communautaire d'Ad-din Jessore affiliés à LAMB, travaillent pour identifier et surmonter les problèmes auxquels les individus pourraient faire face pour accéder aux soins de santé.

Les deux modèles sont uniques dans leurs efforts de réalisation de leur autonomie par rapport au financement des donateurs. Les cliniques satellites d'Ad-din/Jessore sont si étroitement liées au programme de micro financement qu'elles n'ont besoin d'aucun soutien financier de la part d'Hôpital Ad-din. Les SDU de LAMB deviennent également de plus en plus autonomes financièrement, à travers la promotion de l'appropriation et de la gestion communautaire. Les organisations non gouvernementales et les partenariats public et privé ont dirigé des services de santé maternelle au niveau communautaire ailleurs au Bangladesh, mais les programmes développés par Ad-din/Jessore et LAMB sont remarquables pour les efforts qu'ils déploient en vue de permettre à long terme la durabilité et l'autonomie.

# BANGLADESH



## BANGLADESH

La république populaire du Bangladesh fait partie de l'un des pays à forte densité démographique dans le monde avec une population estimée à plus de 156 millions (CIA, 2011). La croissance démographique du Bangladesh a ralenti au cours des dix dernières années à cause de la disponibilité et de la mise en œuvre des services de planification familiale. Malgré la pauvreté généralisée, le taux de mortalité maternelle a connu une baisse de 40% dans les 10 dernières années, allant de 322 pour 100 000 à 194 pour 100 000 (Streatfield et al., 2011).

Fistula Care à EngenderHealth  
440 Ninth Avenue, 13th Floor  
New York, NY 10001  
Tél : 212-561-8000

[www.fistulacare.org](http://www.fistulacare.org)



EngenderHealth  
for a better life

Le Bangladesh est en train de faire des progrès dans la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, même si son pourcentage d'accouchements à domicile demeure élevé. Les données ne sont pas disponibles pour expliquer les raisons à l'origine de ce changement quelque peu unique, mais les mécanismes de référence en cas de complications obstétricales et la disponibilité des soins prénatals de haute qualité peuvent aussi bien y jouer un rôle. Les programmes de LAMB et d'Ad-din/Jessore engagent un personnel qui vit dans les communautés qu'il sert et qui est disponible pour fournir des services 24 heures sur 24, y compris les références appropriées. Le dévouement, la vision partagée et l'engagement dans la qualité de ce personnel sont à la base du succès des programmes et permettent aux femmes au niveau des zones rurales ciblées d'accéder à des soins de santé maternelle de qualité.

### Notes

1. Les AT formées n'ont pas besoin d'avoir un quelconque niveau d'instruction avant de participer à un stage de six mois à Ad-din/Jessore, en plus de leur participation aux séances mensuelles de perfectionnement à journée complète.
2. Les accoucheurs qualifiés aux SDU de LAMB ont achevé le cycle du secondaire (Baccalauréat) et ont reçu une formation clinique de base d'une durée de quatre mois, une formation de six mois en matière d'accouchement sans risque au niveau de la communauté, et d'autres formations de courte durée, au besoin.
3. Ce phénomène est partiellement attribuable à la pratique sociale selon laquelle les femmes enceintes retournent au domicile de leur père pour accoucher.

### Références

National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra and Associates, et Macro International. 2009. *Bangladesh Demographic and Health Survey 2007*. Dhaka, Bangladesh, et Calverton, Maryland, USA.

Perkins, M., Brazier, E., Themmen, E., et al. 2009. Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy and Planning* 24(4):289-300.

Streatfield, P. K., Arifeen, S. E., Al-Sabir, A., et Jamil, K. 2011. *Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey 2010: Summary of key findings and implications*. Dhaka: NIPORT. Tire a partir de : [www.cpc.unc.edu/measurement/about/program-areas/family-planning/maternal-deaths-down-in-bangladesh/view](http://www.cpc.unc.edu/measurement/about/program-areas/family-planning/maternal-deaths-down-in-bangladesh/view).

U.S. Central Intelligence Agency (CIA). 2011. *The World Factbook*. Tire a partir de : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bg.html>.

### Remerciements

Carrie Ngongo a rédigé le présent aperçu technique en collaboration avec Ellen Brazier, Dr. Kazi Asadur Rahman, Dr. Farhana Shams Shumi, et le personnel bienveillant du programme de santé et de développement communautaires de LAMB et d'Ad-din : Dr. Kris Prenger, Swapan Pahan, Atul Marandi, Mahatab Liton, Jagodish Chandra Roy, Isarab Hossain, et Dr. Md. Tariqul Islam, Dr. Salahuddin Khan, Dr. Md. Moshir Rahman, Dr. Shila Podder, Md. Mokter Hossain, Subashi Biswas et Sahina Yesmin. Nous exprimons notre gratitude au personnel et aux clientes affiliées aux divisions au niveau de Jhikorgacha et Chatiantola d'Ad-din/Jessore et les SDU de LAMB à Sanyasdanga et Tentulia pour avoir partagé leurs visions. Nous remercions également Dr. Abu Jamil Faisel et l'ensemble du personnel du bureau d'EngenderHealth au Bangladesh pour leur soutien. Pamela Harper, Evelyn Landry, et Celia Pett ont apporté des contributions précieuses. Le présent document a été édité par Michael Klitsch, traduit en français par Siga Coulibaly Hanne, édité en français par Mamadou Kaly Diallo et composé par Nicole Hirschman.

La présente publication a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), aux termes de l'accord de coopération GHS-A-00-07-00021-00. Les informations fournies dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions et positions de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

© 2012 EngenderHealth

Références photographiques : C. Ngongo/EngenderHealth