



**Analyse de l'intervention de l'UNFPA sur la Santé de la
Reproduction dans les sites des réfugiés au Cameroun :
Cas du District de santé de Batouri**

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU
MASTER MANAGEMENT DES ENTREPRISES ET
ORGANISATION
OPTION : Management des crises et
Actions Humanitaires**

Présenté par

Boureima SAVADOGO

Travaux dirigés par : Abdourahamane DIALLO

Médecin Gynécologue Obstétricien

Reproductive Health Supervisor/Trainer

UNFPA Cameroun

Jury d'évaluation du stage :

Président : Prénom NOM

Membres et correcteurs : Prénom NOM

Prénom NOM

Prénom NOM

Promotion [2015/2016]

CITATIONS

« Servir Premiers ceux qui souffrent, la paix est là » **Abbé Pierre (1989)**

« Musulmans, juifs, chrétiens, hindous ou bouddhistes, tous ceux qui ont la foi, tous ceux qui se reconnaissent dans une identité culturelle, nationale ou religieuse fondée sur des valeurs de vérité, de dignité et de justice, ne sauraient rester indifférents dans la lutte contre l'intolérance » **Kofi ANNAN**

« Je me suis lancée dans l'humanitaire il y a longtemps parce que j'espérais aider le monde de manière significative » **Angelina Jolie**

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait jamais abouti sans le soutien de notre **Seigneur Jésus Christ** et les efforts conjugués de plusieurs personnes et institutions, qu'il me soit permis d'adresser à toutes ces personnes, mes sincères remerciements.

Docteur Abdourahamane DIALLO,

Pour sa disponibilité, son encadrement technique et son soutien moral malgré ses multiples occupations. Merci infiniment d'avoir accepté diriger ce stage dont je tire une bonne expérience.

Madame Sylvie OUEDRAOGO et Monsieur Anthyme ZOMA,

Pour leur suivi, leurs conseils et leur encadrement technique. Je leur dois gratitude et reconnaissance.

Le Directeur Général de 2IE et l'équipe enseignante de la filière de Master Management des crises et action humanitaire,

Pour la qualité de l'enseignement reçu de l'ensemble du corps professoral.

Tout le personnel de l'UNFPA Cameroun,

Pour sa contribution à ce travail.

Messieurs Vincent NAGREONGO et Gris BADOLO

Pour leur contribution à la réalisation de ce travail.

Enfin, que toutes les personnes qui, ont veillé de diverses manières à que ce travail soit effectif trouvent ici, la cordiale expression de notre reconnaissance.

RESUME

Le Cameroun abrite une forte communauté de réfugiés de plusieurs nationalités dont environ 250 000 réfugiés centrafricains. Dans ce contexte, l'UNFPA pour le Cameroun assume un rôle majeur dans la fourniture de produits et services de nature à protéger la santé en matière de reproduction. Dans ce cadre, nous avons choisi d'analyser l'intervention de l'UNFPA sur la Santé de la Reproduction dans les sites des réfugiés au Cameroun, plus spécifiquement au District de santé de Batouri. Dans notre étude, nous avons mis en œuvre l'approche qualitative. Ainsi, la collecte des données a été réalisée avec l'entretien individuel pour explorer les différents thèmes et centres d'intérêt. Tous les entretiens réalisés ont été enregistrés et des transcriptions sont faites par la suite pour un traitement par analyse de contenu et analyse du discours. L'analyse des résultats de l'étude a montré des conditions favorables et celles défavorables. Au titre des conditions favorables, on note une dotation suffisante des FOSA en matériel médico technique et une existence de locaux adaptés, la dotation des FOSA en intrants, l'affectation de stagiaires sages-femmes dans les FOSA, le renforcement des capacités des prestataires. Quant aux conditions défavorables, il s'agit de la rupture des supervisions après le départ des VNUs, d'une dotation incomplète des kits et une insuffisance dans la gestion des intrants, des qualifications des prestataires ne permettant d'offrir des soins de santé reproductive, du nombre insuffisant en personnel qualifié dans les FOSA, du non respect des procédures de soins en maternité et des prestations de qualité insuffisante.

Mots Clés :

-
- 1 – Réfugiés centrafricains**
 - 2 – Santé reproductive**
 - 3 – District de santé de Batouri**
 - 4 – UNFPA Cameroun**
 - 5 – Réponse humanitaire**

ABSTRACT

Cameroon is home of a community of refugees of many nationalities including about 250,000 Central African refugees. In this context, UNFPA for Cameroon plays a major role in the provision of goods and nature of services to protect the health reproductive. In this context, we have chosen to analyze the intervention of UNFPA on reproductive health in refugee sites in Cameroon, specifically in Batouri Health District. In our study, we implemented the qualitative approach. Thus, data collection was carried out with individual interviews to explore different themes and interests. All the interviews were recorded and transcripts were made later for processing by content analysis and discourse analysis. Analysis of the results of the study showed favorable and those unfavorable. Under favorable conditions, there is sufficient staffing of health facilities in technical medical equipment and availability of suitable premises, staffing FOSA inputs, allocation of midwifery trainees in health facilities, strengthening the capacity of providers. As for adverse conditions, it is the break supervisions after the departure of VNUs, incomplete staffing kits and a failure in the management of inputs, providers of qualifications to provide reproductive health care, insufficient number of qualified staff in health facilities, non-compliance with maternity care procedures and inadequate quality services.

Key words :

-
- 1 - Central African refugees**
 - 2 - Reproductive Health**
 - 3 - Batouri Health District**
 - 4 - UNFPA Cameroon**
 - 5 - Humanitarian Response**

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AES SONEL : Apply Energy Services- Société Nationale d'Electricité

CARMMA : Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique

CPNR : Consultation Périnatale Recentrée

DMU : Dispositif Minimum d'Urgence

FOSA : Formation Sanitaire

HCR : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

IBA : Infirmier Breveté Accoucheur

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMC : International Medical Corps

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MSF : Médecins Sans Frontière

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PF : Planification Familiale

SF : Sage-femme

SONEU/PTME : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence / Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH

SR : Santé de la Reproduction

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VBG : Violence Basée sur le Genre

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VNU : Volontaire des Nations Unies

SOMMAIRE

<i>I. Introduction</i>	3
<i>II. Objectifs et Hypothèses d'étude</i>	6
<i>III. Matériels et Méthodes</i>	7
<i>IV. Résultats</i>	15
<i>V. Discussion et Analyses</i>	23
<i>VI. Conclusions</i>	29
<i>VII. Annexes</i>	33

LISTE DES FIGURES

Graphique 1: Répartition des soins en CPNR, Accouchement et PF réalisés par les stagiaires SF dans les FOSA	19
--	-----------

I. INTRODUCTION

La vie sexuelle et reproductive ne s'arrête pas dans les situations de crise. Bien au contraire, une femme en âge de procréer sur cinq est enceinte dans un camp de réfugiés. Cependant, les conflits et les catastrophes naturelles constituent de graves facteurs de risque pour ces femmes et leurs bébés, du fait de l'absence soudaine de soutien médical, à laquelle viennent s'ajouter très fréquemment les traumatismes, la malnutrition ou la maladie, et l'exposition aux violences. Par ailleurs, même dans un environnement relativement stable, le manque de planification familiale et de soins maternels peut mettre la vie d'innombrables femmes en danger. Cette situation s'aggrave chez les populations réfugiées ou déplacées.

Dans le cadre de l'assistance humanitaire coordonnée au sein du Système des Nations Unies, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) assume un rôle majeur dans la fourniture de produits et services de nature à protéger la santé en matière de reproduction. Ainsi, l'UNFPA œuvre à l'application du dispositif minimum d'urgence (DMU) dans la prise en charge des réfugiés dans le contexte humanitaire¹.

Le DMU en santé reproductive (SR) est un ensemble coordonné d'activités prioritaires conçues dans les buts suivants : prévenir la violence sexuelle et en gérer les conséquences, réduire la transmission du VIH, prévenir la surmortalité et la surmorbidity maternelles et néonatales et prévoir des services de SR complets. Les activités prioritaires supplémentaires du DMU incluent notamment la mise à disposition de contraceptifs pour répondre à la demande, la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles (IST) et la garantie de médicaments antirétroviraux pour les utilisateurs réguliers². Le DMU comprend un ensemble d'activités multisectorielles qui doivent être mises en œuvre par les travailleurs humanitaires œuvrant dans les domaines de la santé, de la conception et de la gestion des camps, des services communautaires, de la protection et d'autres secteurs. Il peut être particulièrement utile aux équipes d'intervention d'urgence et aux autres travailleurs humanitaires d'urgence dans un contexte de crise, car il se concentre sur les populations déplacées par une crise, telle qu'un conflit armé ou une catastrophe naturelle [2].

¹ Women's Refugee Commission (2011)

² UNFPA *en République du Congo* (2014)

Au Cameroun, près de 247245 réfugiés centrafricains enregistrés par le HCR et les autorités camerounaises en Juin 2015 sont installés dans les sites et dans les communautés hôtes des Régions de l'Est et de l'Adamaoua. Dans le cadre de la réponse humanitaire conjointe en cours dans ces deux régions, l'UNFPA, apporte sa contribution spécifique aux efforts entrepris par le gouvernement et ses partenaires dans le domaine de la Santé Reproductive et de la lutte contre les Violences Basées sur le Genre (VBG). Plus spécifiquement il s'agit de garantir des accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène, l'accès à des soins obstétricaux d'urgence et à des services complets de PF, de lutter contre la transmission des IST/ VIH y compris de la Mère à l'Enfant, de prendre en charge les femmes victimes de VBG³.

Pour renforcer son intervention, 23 lauréats de la première cuvée de sages-femmes/maïeuticiens (SF/M) de l'école de Bertoua ont bénéficié d'une formation complémentaire en SONEU/PTME/PF/DMU, puis huit (08) d'entre eux ont été déployés depuis Décembre 2014 dans les formations sanitaires (FOSA) du district de santé de Batouri desservant les sites et les grandes portes d'entrée de réfugiés. Ce déploiement en plus de combler des lacunes physiques devait également servir de stage pratique visant le renforcement des aptitudes pratiques de ce personnel de santé nouvellement sorti de l'école.

Malgré tout, il n'en demeure pas moins que, des insuffisances existent. C'est dans ce contexte que nous nous proposons d'analyser l'intervention de l'UNFPA afin de rendre compte des conditions favorables et défavorables à l'amélioration de la qualité de la Santé de la Reproduction dans les sites des réfugiés particulièrement au District de Santé de Batouri. Ce travail vise à contribuer à améliorer la qualité des prestations de la Santé Reproductive au district de santé de Batouri, et par ricochet dans l'ensemble des districts sanitaires du pays.

Les difficultés ou conditions défavorables à la conduite des activités de SR, ne sont-elles pas liées aux modalités pratiques de prise en charge dans les FOSA ?

Pour aborder cette question centrale de notre travail, nous nous intéresserons spécifiquement aux activités mises en œuvre par UNFPA dans le cadre de la santé de la reproduction, aux intrants mis à la disposition des formations sanitaires des sites de réfugiés et à la qualité des prestations de SR offertes dans les formations sanitaires.

³ UNFPA *en République du Cameroun (2015)*

Notre question de départ était donc de savoir si l'intervention de l'UNFPA contribue à améliorer significativement la qualité de santé reproductive des réfugiés centrafricains dans la zone de Batouri.

Les questions spécifiques de recherche suivantes découlent de ce questionnement initial :

- Les activités mises en œuvre par UNFPA dans le cadre de la santé de la reproduction, permettent-elles l'offre de soins de SR dans les FOSA ?
- Les intrants mis à la disposition des formations sanitaires des sites de réfugiés couvrent-ils les besoins des populations cibles ?
- Les prestations de SR offertes dans les formations sanitaires sont-elles de qualité ?

Autant d'interrogations auxquelles nous tenterons de répondre dans ce travail.

II. OBJECTIFS ET HYPOTHESES D'ETUDE

2.1 Objectifs

2.1.1 Objectif général

Evaluer l'intervention de UNFPA dans le cadre de la Santé de la Reproduction dans les sites des réfugiés du District de santé de Batouri

2.1.2 Objectifs spécifiques

- 1- Analyser la pertinence des activités mises en œuvre par UNFPA dans le cadre de la santé de la reproduction
- 2- Apprécier les intrants mis à la disposition des formations sanitaires des sites de réfugiés ;
- 3- Apprécier la qualité des prestations offertes en matière de SR dans les formations sanitaires ;
- 4- Formuler des recommandations en vue d'améliorer la qualité des prestations de SR.

2.2 Hypothèses de l'étude

- 1- Les activités mises en œuvre par UNFPA dans le cadre de la santé reproductive permettent de satisfaire les besoins des populations cibles des camps de réfugiés centrafricains du district de santé de Batouri ;
- 2- Les intrants de SR mis à la disposition des formations sanitaires du district de santé de Batouri sont complets mais les mécanismes de gestion ne permettent pas d'assurer leur disponibilité ;
- 3- Les prestations de SR offertes dans les formations sanitaires du District de santé de Batouri au profit des populations cibles dans les camps des réfugiés centrafricains sont de qualité insuffisante.

III. MATERIELS ET METHODES

3.1 Cadre de l'étude

3.1.1 Localisation

La commune de Batouri est située dans le département de la Kadey, dans la région de l'Est. La commune de Batouri a été créée par décret n° 230 du 07 Juin 1955 du Ministère de l'Administration Territoriale. Elle s'étend aujourd'hui sur une superficie de 5 786 km². Elle est limitée au nord par l'Arrondissement de Ketté, à l'Est par la RCA, au Sud-Est par l'Arrondissement de Kentzou (frontière RCA) ; au Sud par les Arrondissements de Mbang et Ndélelé, à l'Ouest par le Département de Lom et Djerem⁴.

3.1.2 Relief

Le relief dominant de la commune de Batouri est relativement plat avec une altitude moyenne qui oscille entre 600 et 1000 m. Le paysage est celui d'une pénéplaine accidentée par endroit, supportant un couvert forestier et quelques bandes marécageuses. Des pentes abruptes peuvent être observées, mais elles restent très localisées⁵.

3.1.3 Climat

La commune de Batouri est soumise dans son ensemble à l'influence d'un climat équatorial chaud et humide de type guinéen classique à deux saisons de pluies entrecoupées de deux saisons sèches. Au cours de l'année, les saisons se succèdent de manière suivante :

- La petite saison des pluies de mi-mars à juin ;
- La petite saison sèche de juin à mi-août ;
- La grande saison des pluies de mi-août à mi-novembre ;
- La grande saison sèche de mi-novembre à mi-mars

3.1.4 Hydrographie

Le réseau hydrographique de Batouri est entretenu par les fleuves « Kadey » au Nord et « Doumé » au Sud-Ouest avec ses principaux affluents : Boungmama, Mama, Bil, Touki, Nol, Dja et Djengué.

⁴ <http://cvuc.cm/national/index.php/fr/carte-communale/region-du-sud/122-association/carte-administrative/est/kadey/484-batouri>

⁵ RADEC (2009)

3.1.5 Ressources minières

Batouri est une zone minière. On y retrouve de nombreux puits d'or à exploitation artisanale. Une société minière (AFRICA ORA) conduit des travaux de prospection dans la commune en vue de déterminer le potentiel en or et en Diamant. Notons en passant que l'attraction des populations pour l'exploitation minière bien qu'artisanale est tellement forte qu'elle est à l'origine de la déperdition scolaire des jeunes dans les localités riveraines des chantiers d'or. A côté de l'or et du diamant, il existe dans la plupart des villages, des gisements de pierres (moellons) et de sables encore sous exploités [4].

3.1.6 Ressources floristiques

La végétation comprend une savane herbeuse au Nord et une forêt luxuriante au Sud.

L'Arrondissement présente des alternances de savanes herbeuses, de galeries forestières qui font place au Sud à la grande forêt sur une pénéplaine qui s'abaisse du Nord-Ouest au Sud-Est dans une altitude moyenne de 700m.

La forêt communale est caractérisée par des formations végétales qualifiées de forêt dense humide sempervirente, alternant avec la forêt semi décidue à grandes superficies de forêts marécageuses. Les familles dominantes sont :

- les Combrétacées ;
- les Sterculiacées ;
- les Méliacées ;
- les Ochnacées [5].

3.1.7 Populations

La commune de Batouri a aujourd'hui une population de 67 007 habitants dont 32 816 hommes et 34 191 femmes d'après le dernier recensement (PGPH 2005). Les femmes et les enfants sont les plus nombreux. Ces deux groupes des populations méritent une attention particulière dans la planification communale, notamment dans les domaines sociaux de base (santé, éducation, emplois).

La Commune de Batouri à une population cosmopolite. On y retrouve les Kako, Gbaya, Yanguelé, foubés, bororos en grand nombre. Les Bamiléké, Bamouns, Maka, Bétis, Bassa et autres en petit nombre. Chaque groupe a un apport sur le plan culturel mais également économique. Ces différents groupes ethniques vivent en parfaite harmonie.

La population de Batouri est en majorité monothéiste ; elle pratique principalement deux grandes religions notamment l'Islam et le Christianisme. Le christianisme s'éclate en plusieurs sous-groupes dont les principaux sont les Adventistes, les Luthériens et les Catholiques. La foi Bahá'í est aussi représentée, mais elle est très minoritaire.

Tout comme dans le reste du pays, les populations de la commune de Batouri se déplacent à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de leur commune. Celles-ci se déplacent pour des raisons de santé, de ravitaillement, de scolarité, de travail, de visites familiales, de salaires. En raison du mauvais état des routes avec pour corolaire le coût élevé et les conditions difficiles de transport, la mobilité des populations de la commune de Batouri est extrêmement difficile, surtout en saison pluvieuse.

Les populations vulnérables de la commune de Batouri sont constituées des réfugiés centrafricains, des handicapés, des orphelins, des personnes du 3ème âge. Elles représentent 32,52% de la population totale de Batouri.

Leur vulnérabilité est perceptible sur le plan alimentaire, sur le plan socioéconomique et sur le plan de la santé. [4].

3.1.8 Vulnérabilité alimentaire des populations

Plus des 2/3 des ménages dans la Commune de Batouri sont en situation de vulnérabilité alimentaire. Cette situation est très sévère chez les enfants et les femmes enceintes. La pauvreté alimentaire est imputable, à la monotonie alimentaire, à l'insuffisance de la production et de l'offre des produits alimentaires sur les marchés de la Commune. En plus, les prix de certaines denrées alimentaires sont élevés, accentuant la pauvreté alimentaire dans la Commune [5].

3.1.9 Vulnérabilité socio-économique

La vulnérabilité socio-économique est due au taux élevé de la sous scolarisation et de l'analphabétisme, justifiés par le manque d'intérêt des parents pour l'école et le coût élevé d'accès à l'école.

3.1.10 Vulnérabilité des populations sur le plan sanitaire

Les femmes enceintes, les orphelins, les jeunes de 0-5 ans et les personnes de plus de 50 ans constituent les couches les plus vulnérables sur le plan de la santé de part les conditions où la santé de la mère et de l'enfant sont les plus précaires, liées aux grossesses multiples et

rapprochées, aux accouchements dans des conditions défectueuses, à l'insuffisance des mesures d'assainissement. Le paludisme est la principale cause de mortalité et de morbidité au sein des couches les plus vulnérables. En ce qui concerne le VIH/SIDA, plusieurs barrières continuent à entraver la lutte contre ce fléau dans la Commune de Batouri, notamment : les us et les coutumes, l'alcoolisme, l'ignorance, l'analphabétisme, la polygamie et l'infidélité, les rapports sexuels non protégés, la prostitution dans les chantiers miniers, l'irresponsabilité des parents, la sexualité précoce, le manque de loisirs sains, le brassage des populations. Face à cette situation et surtout avec l'arrivée massive de réfugiés centrafricains qui était estimé à environ 13 000 selon le rapport de supervision des stagiaires sages-femmes de l'UNFPA en 2015, les autorités sanitaires avec l'appui des partenaires oeuvrent à l'amélioration de la santé des populations [4]. S'agissant de la santé maternelle et néonatale, selon l'Enquête Démographique et de Santé 2011, au Cameroun, le ratio de mortalité maternelle est de 782 décès pour 100000 naissances vivantes, et le taux de mortalité des enfants de moins d'un an est de 62 décès pour 1000 naissances vivantes. Les cinq principales causes de décès maternels sont l'hémorragie, l'infection, l'avortement mal pratiqués, l'éclampsie et l'obstruction pendant l'accouchement. Les principales causes de décès de nouveau-nés sont la prématurité et l'insuffisance pondérale à la naissance, les infections, l'asphyxie (manque d'oxygène pendant l'accouchement) et les traumatismes obstétricaux. Plus spécifiquement dans la population de réfugiés, selon le deuxième rapport d'évaluation rapide de la situation dans la zone d'urgence des régions de l'Adamoua et de l'Est de l'OMS en 2015, l'on a noté 21 décès maternels sur les trois derniers mois qui ont précédé le passage des évaluateurs, soit en moyenne 7 décès maternels par mois enregistrés dans les formations sanitaires enquêtées. Les principales causes de décès maternels sont : les hémorragies (8 cas) et les dystocies (12 cas). L'on a aussi dénombré 74 décès néonataux dans les formations sanitaires de la zone couverte, dont 35 décès pour cause de prématurité, 19 décès pour cause d'infection néonatale, 8 décès pour cause d'asphyxie et 12 décès pour autres raisons.

3.1.11 Organisation sociale

L'Arrondissement de Batouri est composé de 02 cantons à savoir (Le canton Mbondjo et Le canton Ngbwako). L'institution traditionnelle se compose des organes suivants : un chef du village, un conseil de notable ou des sages, les capitas ou chefs de bloc, le chef de famille, un

représentant légal choisit par le chef. L'ascension à la chefferie se fait par hérédité. Toutefois le conseil de sage peut choisir en cas de non désignation du successeur du chef décédé [4].

3.1.12 Principales activités économiques

La Commune compte de plus de 1000 artisans miniers et plus de 50 collecteurs évoluant tous dans l'informel. Les produits extraits prennent des destinations inconnues. En l'absence d'une exploitation industrielle, il n'y a pas de retombés économiques pour la Commune.

Les grandes zones d'élevage bovin sont le secteur de GADJI A TOUKI, NGUINDI, MOBE, NYABI, TAPARE, MBOUMAMA. Il est cependant à souligner que cette activité est pratiquée sans une réelle participation des autochtones qui pensent que ce domaine n'est réservé qu'au fulbé et éleveurs Bororos. L'élevage de la volaille, des porcs et des petits ruminants est très peu développé.

Les espèces pêchées sont les grosses carpes appelées localement « Mbégou », le capitaine, les silures, le poisson courant, le brochet, les crevettes et les crabes. Dans la Kadey, la pêche se pratique toute l'année par des pêcheurs professionnels et au niveau des cours d'eau entre décembre et février.

Les principales cultures pratiquées par les populations sont : le manioc, l'igname, l'arachide, le maïs, la patate, la banane douce. Une part (75%) des produits agricoles est utilisée pour l'autoconsommation et une partie (25%) est commercialisée pour générer des revenus aux ménages.

Les échanges commerciaux sont basés pour la plupart sur les produits agropastoraux et de première nécessité. La capacité d'échange pourrait s'accroître sur ces axes avec la construction des hangars, des magasins de stockage et le renforcement des capacités organisationnelles pour faciliter le groupage et l'offre des différents produits agricoles.

La chasse est pratiquée par quelques personnes dans tous les villages. Les espèces les plus chassées sont les petits mammifères et les ruminants. Ces espèces sont destinées à l'autoconsommation et la vente à l'état frais ou fumé [4].

3.1.13 Eau et Energie

La ville de Batouri dispose d'un réseau d'adduction d'eau (CDE) qui approvisionne une partie des quartiers de l'espace urbain de Batouri (les puits, forages, sources). Sur le plan énergétique, le réseau électrique AES SONEL couvre le centre urbain de la commune et

certaines villages situés en bordure de la nationale N° 10 reliant Bertoua à Batouri (moins de 30% de la population sont connectées au réseau AES-SONEL). Cette situation décourage les initiatives nécessitant de l'énergie électrique et amène les populations à s'équiper en groupes électrogènes [4].

3.2 Population de l'étude

3.2.1 Population

Quatre catégories de personnes sont impliquées dans ce travail : les prestataires des formations sanitaires, les utilisatrices, les stagiaires sages-femmes de l'UNFPA et le point focal de l'UNFPA à Batouri.

3.2.2 Choix des informateurs

La taille de notre population d'étude est de 09 prestataires, 08 stagiaires sages-femmes et environ 1140 utilisatrices des services de SR dans la population réfugiée selon les données statistiques de 2015 du District de Santé de Batouri. Notre population d'étude étant inférieure à 10 000, nous ne pouvons pas utiliser la formule d'Henderson pour déterminer la taille de notre échantillon. Il s'agit d'une approche qualitative basée sur un choix raisonné des informateurs en fonction des objectifs poursuivis. Le nombre de personnes avec qui nous avons fait les entretiens a été déterminé par la notion de saturation. Les informations ont été collectées dans les quatre (04) formations sanitaires du District de Santé de Batouri assurant les soins aux réfugiés centrafricains. Il s'agit des Centres de Santé Intégrée (CSI) de Mbilé, de Lolo, de Timangolo et de l'Hôpital de District de Batouri. Ainsi, nous avons pu réaliser les entretiens avec 20 femmes réfugiées centrafricaines utilisatrices des services de santé reproductive (soit 05 par FOSA), les 09 prestataires affectés par l'Etat camerounais (01 IBA et 01 aide-soignant dans chaque CSI et 02 aides-soignants et 01 IDE à l'Hôpital de District), 08 stagiaires sages-femmes envoyées par UNFPA en collaboration avec le Ministère de la Santé dans les FOSA (02 stagiaires pour chaque FOSA) et le point focal UNFPA à Batouri. Les entretiens ont été réalisés du 20 Décembre 2015 au 05 Janvier 2016.

3.3 Techniques d'enquête

Conformément à l'approche qualitative qui a été mise en œuvre, la collecte des données a été réalisée essentiellement avec l'entretien individuel pour explorer les différents thèmes et centres d'intérêt. A titre complémentaire, des observations et l'examen de documents en temps réel ont été faites au fur et à mesure du déroulement des activités, dans l'objectif de

mettre en rapport les discours et les pratiques des différentes catégories d'informateurs et leur décalage éventuel. Tous les entretiens réalisés ont été enregistrés et des transcriptions ont été faites par la suite pour un traitement par analyse de contenu et analyse du discours.

3.4 Aspects éthiques

Une demande de consentement est systématiquement faite avant tout entretien. De même, l'anonymat et la confidentialité ont été strictement respectés concernant respectivement les informateurs sollicités et les données recueillies. Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des informateurs.

3.5 Outils méthodologiques

Nous avons utilisé quatre guides d'entretien pour collecter les données (un guide adressé aux prestataires, un guide adressé aux utilisatrices, un guide adressé aux stagiaires sages-femmes et un guide d'entretien adressé au point focal de l'UNFPA).

3.6 Procédures d'enquête

La collecte des données a été faite pendant le stage et au cours de missions dans les quatre (04) formations sanitaires. Dans chaque FOSA, nous avons réalisé l'entretien individuel avec 05 femmes utilisatrices, les prestataires et les stagiaires sages-femmes. Quant au point focal, l'entretien s'est déroulé dans son bureau à Batouri. Aussi nous avons sollicité parfois des interprètes s'agissant des femmes utilisatrices qui ne comprennent pas le français.

3.7 Techniques de traitement des données

Après la collecte des données, nous avons fait des transcriptions des différents entretiens. Ensuite, nous avons identifié les thèmes ainsi que les sous-thèmes correspondant aux centres d'intérêt explorés. Nous avons regroupé les informations selon les sous-thèmes et par type d'informateur. Ceci nous a permis de faire un traitement par analyse de contenu et analyse du discours. Cela a permis de classer les différentes informations par rubrique thématique et de dégager le contenu relatif aux objectifs, aux hypothèses et aux centres d'intérêt de ce travail. Pour renforcer l'analyse, des citations d'extraits de discours ont été proposées dans le texte pour illustrer.

3.8 Limites de l'étude

Nous n'avons pas pu analyser le système de référence et de contre référence qui est un

déterminant de la qualité des prestations en santé reproductive. Aussi, notre étude s'est limitée au District de Santé de Batouri qui est un District de la Région de l'Est. Elle aurait dû prendre en compte d'autres Districts des régions de l'Adamoua et de l'Extrême Nord qui ont des réalités différentes que celles de la région de l'Est et où il y a également des réfugiés. D'autres études supplémentaires pourraient prendre en compte ces aspects.

IV. RESULTATS

4.1 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Nous avons considéré ici, le niveau d'instruction, la profession et la situation matrimoniale chez les femmes utilisatrices des services de SR et la qualification chez les prestataires.

Ainsi, pour ce qui est du niveau d'instruction, 17 femmes sur les 20 utilisatrices sont non scolarisées.

S'agissant de la profession des utilisatrices, sur les 20 femmes, 16 sont ménagères et 04 sont commerçantes.

Quant à la situation matrimoniale de celles-ci, 14 sont mariées et 06 sont célibataires.

Concernant la profession des prestataires, la situation se présente comme suit: 05 aides-soignants, 01 IDE, 03 IBA et 08 sages-femmes stagiaires.

4.2 Intervention de l'UNFPA au niveau des FOSA dans le cadre de la santé reproductive

4.2.1 Dotation en matériel

Les 9 prestataires et le point focal UNFPA déclarent que l'UNFPA dote les formations sanitaires en matériel. Il s'agit du matériel médico-technique. L'un d'entre eux précise ceci :

« Oui, nous avons du matériel doté par l'UNFPA. Ce sont des tensiomètres, des tables d'accouchement, des pèses bébé, des tables d'examen gynécologique, du matériel de réanimation, des tables radiantes, etc. ».

Mais on note la défaillance ou l'insuffisance de certains matériels, comme le laisse entendre une autre personne :

«les tensiomètres se gâtent vite, les boîtes d'accouchement ne suffisent pas; rendant difficile la prise en charge des parturientes »

4.2.2 La formation des prestataires

07 sur les 09 prestataires disent qu'ils ont bénéficié des formations organisées par l'UNFPA. Les formations reçues sont les SONUB, la planification familiale. Le point focal UNFPA a également souligné que ces formations ont été organisées au bénéfice des prestataires des formations sanitaires appuyées par l'UNFPA. Ainsi, l'un des prestataires souligne ceci :

« Nous avons participé à des séminaires organisés par l'UNFPA à Batouri et à Bertoua. Moi, j'ai bénéficié d'une formation en SONEU et en PF »

4.2.3 Supervision des prestataires

04 prestataires sur les 09 reconnaissent avoir bénéficié des supervisions de l'UNFPA dans le cadre des prestations cliniques en santé reproductive. Toutefois, la dernière séance a été réalisée depuis 2014. Cependant tous les 09 prestataires déclarent n'avoir pas bénéficiés de supervision au cours de l'année 2015. A ce sujet, un des prestataires précise ceci :

« Disons qu'au cours de l'année 2015 nous n'avons pas bénéficié de supervision concernant les activités cliniques en santé reproductive. Or ces supervisions nous aident à améliorer la qualité de ce que nous faisons ».

4.2.4 Affectation de stagiaires sages-femmes dans les formations sanitaires prenant en charge les réfugiés

Tous les 09 prestataires déclarent avoir reçus des stagiaires sages-femmes envoyées par l'UNFPA. Selon le point focal de l'UNFPA, les stagiaires ont été déployées dans les FOSA prenant en charge les réfugiés centrafricains. Ainsi, déclare t-il :

« dans l'optique d'alléger la charge de travail, contribuer à améliorer l'offre de service en santé maternelle et à la disponibilité des données, des lauréats de la première cuvée de sages-femmes/maïeuticiens (SF/M) de l'école de Bertoua ont été capacités en SONEU/PTME/DMU, puis déployés dans les FOSA desservant les sites et les grandes portes d'entrée de réfugiés. Ce déploiement devait servir également de stage pratique visant le renforcement des aptitudes pratiques de ce nouveau personnel de santé nouvellement sorti de l'école ».

4.3 Intrants de SR mis à la disposition des formations sanitaires du district de santé de Batouri

4.3.1 Nature des intrants dotés aux formations sanitaires prenant en charge les réfugiés

Tous les 09 prestataires ont déclaré que l'UNFPA a doté les formations sanitaires en intrants pour les soins de santé de la mère et de l'enfant dans le cadre de la réponse humanitaire. Ces intrants sont de nature diverse. L'un d'entre eux déclare ceci :

« Nous avons reçu des intrants de la part de l'UNFPA. Il existe différents types d'intrants pour les femmes réfugiées destinés à la prise en charge des cas en maternité. Voici les bordereaux de réception. Tout est dans les bordereaux »

Les intrants dotés aux FOSA selon les bordereaux sont :

Condoms masculins en appui aux activités communautaires humanitaires auprès des réfugiés

centrafricains, du HCR et de ses partenaires

Condoms féminins en appui aux activités communautaires humanitaires auprès des réfugiés centrafricains, du HCR et de ses partenaires

Kits de dignité de la mère

Kits obstétricaux (médicaments et nécessaire d'accouchement au centre de santé)

Kits obstétricaux (médicaments et nécessaire de césarienne à l'Hôpital de référence)

Kits 3 - Prise en charge clinique du viol

Kits 4- Contraception hormonale orale et injectable

Kits 5- Prise en charges des IST

Kits 6B- accouchement en milieu hospitalier (consommables)

Kits 6A- Accouchement en milieu hospitalier (équipement et instruments réutilisables)

Kits 8-Prise en charge des complications de l'avortement (soins après avortement)

Kits 9- Prise en charge des déchirures du périnée et vagins; examen vaginal

Kits 10 - Ventouse obstétricale (model HM health care model)

Kits 11A - Equipement et instrument pour le bloc opératoire (niveau de référence)

Kits 11B - niveau hôpital de référence (médicaments consommables pour la césarienne et autre chirurgie obstétricale essentielle d'urgence) niveau de référence (35 cartons)

4.3.2 Quantités dotées aux formations sanitaires

Selon les 09 prestataires enquêtés, les intrants connaissent des ruptures fréquentes. En plus, certaines formations sanitaires n'ont pas reçu la totalité des kits. Dans ce sens un enquêté déclare ceci :

« Moi, j'ai reçu les kits pour notre centre mais il faut reconnaître que compte tenu de l'affluence, nous avons des ruptures ».

Un autre ajoute :

«nous connaissons non seulement des ruptures mais aussi nous n'avons pas reçu certains intrants prévus sur la liste ».

De même, 07 femmes sur les 20 utilisatrices enquêtées, déclarent avoir acheté des kits d'accouchement qui sont censés être gratuits. 12 sur les 20 n'ont pas bénéficié de kits de dignité lors d'une visite à la formation sanitaire à cause des ruptures. Par exemple, l'une d'entre elles affirme :

« Lors de mon accouchement, j'ai acheté le matériel pour accoucher alors qu'on nous a dit que l'accouchement est gratuit. Nous avons tout laissé en Centrafrique. Nous n'avons pas

d'argent ici »

Une autre déclare également à ce sujet :

« Une fois j'ai vu mes règles et je suis venue pour prendre du coton et on m'a dit que c'est finit »

4.3.3 Mécanismes de gestion des intrants

Seulement 03 sur les 09 prestataires utilisent des cahiers pour mentionner les mouvements des intrants en spécifiant les entrées et les sorties. Les 06 autres ne disposent pas d'outils de gestion comme le précise l'un d'entre eux :

« Nous ne disposons pas de fiches de gestion comme au dépôt pharmaceutique si bien qu'il est difficile de contrôler les sorties des kits »

Nous avons échangé également avec les 8 stagiaires sages-femmes qui devraient être en partie censées impliquées dans la gestion des intrants. Ces derniers déclarent une gestion inadéquate des intrants. Une stagiaire insiste sur ce point :

« La dotation des matériels est trop individualisé et centralisé sur des individus qui n'ont rien à voir avec la gestion du DMU. Pas de traçabilité des matériels/kits/produits reçus »

Dans le même sens, une autre stagiaire déclare ceci :

« Il existe une gestion peu transparente des Kits due à l'absence d'outils de suivi des stocks. Ce qui fait qu'il existe des ruptures incontrôlées d'intrants »

4.4 Qualité des prestations de santé de la reproduction offertes

4.4.1 Compétences des prestataires dans la réalisation des prestations de SR

A l'exception de l'hôpital de district où les compétences existent grâce à l'appui d'un gynécologue obstétricien affecté par l'UNFPA, les autres formations connaissent des difficultés dans l'offre des soins en salle d'accouchement, en CPN et en planification familiale. Ceci a été affirmé par l'ensemble des prestataires enquêtés et par le point focal UNFPA. Dans ce contexte, un des prestataires enquêtés déclare ceci :

« Ah, ah, s'agissant des compétences, nous avons de sérieuses difficultés. Nous avons été formés en SONEU mais jusqu'à là, il y a des cas dont nous sommes obligés d'évacuer à l'hôpital de district. Aussi nous sommes submergés par le travail, donc c'est difficile de bien travailler en maternité »

4.4.2 Charge de travail relative aux prestations de santé reproductive dans les FOSA

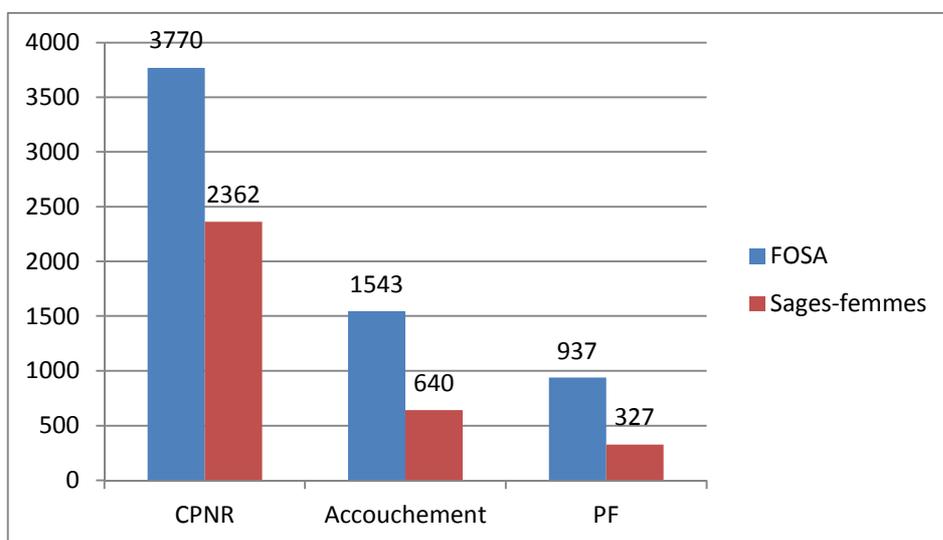
Pendant l'enquête, il existait les stagiaires sages-femmes de l'UNFPA dans ces formations sanitaires. Les 09 prestataires enquêtés reconnaissent que la présence des stagiaires sages-femmes a été un grand soutien dans les formations sanitaires, comme le laisse entendre ce prestataire :

«aussi les sages-femmes de l'école de sages-femmes de Bertoua qui sont au nombre de 2 dans notre formation sanitaire nous aident beaucoup en maternité..... »

Quant aux 08 stagiaires sages-femmes enquêtées, elles sont unanimes que la charge du travail est élevée et qu'elles réalisent la quasi-totalité des soins en maternité. Dans ce sens, une stagiaire précise ceci :

« Depuis que nous sommes arrivées ici, c'est nous qui faisons tout le travail à la maternité. Il y a beaucoup à faire. C'est trop! »

Par ailleurs, nous avons examiné les rapports d'activités. La figure suivante illustre la charge de travail des stagiaires sages-femmes au niveau de la CPNR, de l'accouchement et de la PF durant les 5 premiers mois de stage des stagiaires sages-femmes.



Graphique 1: Répartition des soins en CPNR, Accouchement et PF réalisés par les stagiaires SF dans les FOSA

Ce graphique met en évidence la charge de travail des stagiaires dans les FOSA au cours des 05 premiers mois de stage. Environ 62% des CPNR, 41% des accouchements et 35% des activités de PF sont réalisées par les stagiaires dans les FOSA.

4.4.3 Respect des procédures de soins en santé reproductive

05 prestataires sur les 09 enquêtés estiment qu'ils respectent les procédures de soins en maternité. Dans ce sens, un prestataire souligne :

« Nous respectons les protocoles de soins. Par exemple, nous remplissons les partogrammes, nous respectons le protocole d'administration de sulfate de magnésium. De l'ocytocine également »

Cependant, les 8 stagiaires estiment que les prestataires ne respectent pas les procédures, comme le souligne ce stagiaire :

« quand nous sommes arrivées, nous avons constaté qu'il existe des accouchements sans partogrammes. Les partogrammes existants ne sont pas bien remplis. La prévention des infections n'est pas respectée et bien d'autres choses

Nous avons ainsi procédé à l'examen des partogrammes. Ceci a montré que les partogrammes établis par les stagiaires sages-femmes sont correctement remplis tandis que ceux des prestataires (titulaires) comportent des insuffisances. La figure en annexe (confère annexe VI) est un exemple illustratif de partogrammes remplis par les prestataires et les stagiaires.

4.4.4 Satisfaction des utilisatrices

18 sur 20 utilisatrices estiment que les soins reçus en maternité sont satisfaisants. Elles disent que les sages-femmes les accueillent bien et les prestations offertes sont satisfaisantes. L'extrait ci-après est une précision donnée par une utilisatrice sur cet aspect :

« Moi j'ai été bien accueillie. Quand je suis arrivée à l'hôpital on m'a bien accueilli. On ne m'a rien demandé, rien du tout et le travail a été bien fait lors de mon accouchement »

4.4.5 Disponibilité du matériel de travail

11 femmes utilisatrices sur les 20 estiment que le matériel de travail existe et est en bon état. Les 09 autres déclarent qu'il est difficile de leur part d'apprécier la qualité du matériel. Dans le même sens, 07 prestataires et 06 stagiaires disent que le matériel de travail est satisfaisant. L'un des prestataires précise ceci :

« Oui, nous avons le matériel »

4.4.6 Les locaux de travail

11 femmes utilisatrices disent que les locaux sont adaptés pour les prestations. 07 stagiaires trouvent également que les locaux sont acceptables. Cependant, les avis sont partagés au niveau des prestataires. 04 prestataires pensent qu'ils sont adaptés et les 05 autres supposent

qu'ils ne sont pas adéquats pour leurs prestations comme le souligne l'un de ces derniers :

« Bon, c'est vrai le local n'est pas adapté mais l'hôpital est rétréci nous n'avons pas le choix, le cadre est juste acceptable »

4.4.7 Organisation du travail

Nous nous sommes adressés uniquement aux stagiaires sages-femmes pour recueillir des informations relatives à l'organisation des soins au service de maternité étant donné qu'elles réalisaient la quasi-totalité des activités durant leur stage. Selon les 08 stagiaires, les services n'étaient pas bien organisés pour faciliter des soins adéquats. Nous pouvons illustrer cela par les propos d'une enquêtée qui déclare :

« Depuis que je suis là le service a été bien organisé. Les CPN qui étaient rares dans la structure, 2 fois par semaines maintenant on le fait tous les jours. Du lundi à vendredi je rattrape les femmes dans le cadre du vaccin anti tétanique qui ne venaient pas. Il y a de l'ordre maintenant. Il y a des heures de visite et des heures de travail maintenant, même si on dit que je chasse les gens à l'hôpital. Le service est bien ordonné maintenant et la hiérarchie est contente ».

La photo en annexe VII illustre une bonne pratique que deux sages-femmes ont pu mettre en place.

4.5 Difficultés rencontrées

Les 09 prestataires enquêtés estiment que la charge de travail est élevée avec la présence des réfugiés centrafricains dans leurs aires de santé. Tels sont les propos d'un prestataire :

« La charge de travail est très élevée. Malgré la présence de la croix rouge, de MSF, d'IMC. Même la présence des stagiaires sages-femmes qui sont nos étroites collaboratrices, nous souffrons »

Quant aux 08 stagiaires sages-femmes, les difficultés sont d'ordre linguistique. La majorité des réfugiées centrafricaines ne comprennent pas français si bien qu'elles éprouvaient des difficultés de communication. Les déclarations de l'une d'elles que nous avons rencontrée illustrent cette situation :

« Les difficultés rencontrées, c'est la communication avec les réfugiées dont la majorité ne parle pas français. Je me fais aider par une femme qui est en maternité. Mais maintenant si elle n'est pas là, peut être si elle est allée en séminaire j'éprouve beaucoup de difficultés »

4.6 Suggestions

L'ensemble des prestataires et des stagiaires sages-femmes suggèrent le renforcement des équipes en personnel et la dotation suffisante en kits d'accouchement et en kits de dignité. A ce propos, l'un des prestataires évoque sa propre expérience en disant :

« Vu la charge de travail, quand les stagiaires sages-femmes vont partir comment allons nous faire ici. Il nous faut du personnel. Egalement il y a des ruptures de kits d'accouchement et de dignité. Il nous faut ces kits en quantité suffisante ».

V. DISCUSSION ET ANALYSES

La discussion va consister à analyser le contenu de l'ensemble des résultats présentés en faisant ressortir les éléments clés en rapport avec les objectifs poursuivis et en référence aux hypothèses formulées. Le plan proposé pour cette section répond au souci de documenter les questions clés qui ont servi de repères pour l'ensemble du travail.

5.1 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

5.1.1 Niveau d'instruction

Pour ce qui est du niveau d'instruction, jusqu'à 17 femmes sur les 20 utilisatrices sont non scolarisées. Ce résultat corrobore avec les résultats d'une étude réalisée par l'UNICEF au Cameroun au sein des réfugiés centrafricains qui ont montré qu'au niveau éducatif, moins de 20 % des enfants réfugiés étaient scolarisés en Centrafrique⁶. Cette situation pourrait entraîner un déficit de communication dans la prise en charge au niveau des services de maternité, de consultation prénatale, de planning familial. Ce qui pourrait jouer sur la qualité des soins qui leur sont offerts. Il serait donc intéressant d'utiliser la minorité qui est scolarisée comme relais communautaires au sein de la population réfugiée dans le cadre des séances de sensibilisation et comme interprètes lors des soins dans les différents services.

5.1.2 Profession

S'agissant de la profession, concernant les utilisatrices, sur les 20 femmes, 16 sont ménagères et 04 sont commerçantes. Ceci pourrait être un obstacle au niveau de la résilience étant donné que la majorité constitue des femmes au foyer. L'octroi d'activités génératrices de revenus nécessiterait donc une formation à leur endroit.

5.1.3 Situation matrimoniale

Quant à la situation matrimoniale, parmi les femmes utilisatrices, 14 sont mariées et 06 sont célibataires. La sensibilisation doit être régulière notamment sur les méthodes contraceptives afin de prévenir les grossesses précoces, rapprochées ou indésirées. De même, une attention particulière doit être faite à l'endroit des célibataires pour prévenir les viols et les IST/VIH.

5.1.4 Qualification

Concernant la Qualification des prestataires, 5 sont aides-soignants, 01 IDE, 03 IBA et 08 sages-femmes stagiaires. Parmi ces qualifications, seules les sages-femmes ont le profil adapté

⁶ UNICEF (2016)

pour réaliser les prestations de santé reproductive de qualité au profit des réfugiées centrafricaines. Donc un effort doit être fait pour maintenir le profil sage-femme dans ces formations sanitaires. Aussi le nombre de prestataires titulaires est insuffisant (au total 09 prestataires pour les maternités des 04 FOSA). Or les directives Sphère et des Nations Unies suggèrent les niveaux minimum suivant⁷: un établissement de santé avec 02 à 05 prestataires de services pour 10 000 habitants et un hôpital pour 50 000 habitants avec au moins 05 prestataires de services qualifiés, dont au moins 01 médecin.

5.2 Intervention de l'UNFPA au niveau des FOSA dans le cadre de la santé reproductive

5.2.1 Dotation en matériel

Les 09 prestataires et le point focal UNFPA ont déclaré que l'UNFPA dote les formations sanitaires en matériels médico-techniques. Ceci entre en droite ligne des interventions de l'UNFPA. Ainsi, dans la lettre d'information trimestrielle 3 de l'UNFPA pour l'année 2011, il a été souligné qu'il procède aux réhabilitations et équipements des formations sanitaires et des centres de formations. Les FOSA ont reçu des équipements pour les maternités notamment des tables d'accouchement, des lits, des kits d'accouchement et autre matériel⁸. Ceci pour favoriser la mise en œuvre des activités de SR dans les formations sanitaires. Cependant, la défaillance de certains matériels explique probablement leur mauvais usage. L'insuffisance d'autres matériels est liée probablement à leur disparition dans les formations sanitaires comme l'a souligné le point focal de l'UNFPA. Il serait donc nécessaire de mettre en place un mécanisme de suivi et de former les prestataires à l'usage du matériel.

5.2.2 La formation des prestataires

07 sur les 09 prestataires disent qu'ils ont bénéficié des formations organisées par l'UNFPA. Ces formations sont organisés en étroite collaboration avec la Délégation Régionale de Santé de l'Est et le District de Santé de Batouri dans l'optique de contribuer à l'amélioration de l'offre de service des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) /Soins Après Avortement (SAA)⁹.

⁷ IAWG (2010)

⁸ UNFPA Cameroun (2011)

5.2.3 Supervision des prestataires

Tous les 9 prestataires ont déclaré n'avoir pas bénéficiés de supervision au cours de l'année 2015. Ceci est dû au départ des VNU de l'UNFPA. Ils étaient des gynécologues, des sages-femmes ou maïeuticiens aguerris aux techniques de la formation et de l'encadrement. Ils étaient venus appuyer le Cameroun dans la mise en œuvre du programme conjoint CARMMA pour la réduction de la mortalité et néonatale¹⁰. Ils assuraient la supervision et le coaching des prestataires en santé reproductive. Il serait donc important que de telles initiatives se perpétuent pour le renforcement des compétences pratiques des prestataires.

5.2.4 Affectation de stagiaires sages-femmes dans les formations sanitaires prenant en charge les réfugiés

Tous les 09 prestataires et le point focal UNFPA ont déclaré que des stagiaires sages-femmes ont été déployées dans les formations sanitaires. Cette affirmation est confirmée par le bureau UNFPA qui a attesté que 24 des 183 sages-femmes et maïeuticiens de la première promotion issus des nouvelles écoles et diplômés en 2014, ont été déployés par petits groupes dans les formations sanitaires qui accueillent les réfugiés de la République Centrafricaine vivant à l'Est¹¹. Leur présence en tant que spécialistes de la santé reproductive a apporté un appui aux formations sanitaires.

Globalement les informations obtenues nous renseignent que l'UNFPA a doté du matériel médico technique aux FOSA, procédé au renforcement des capacités et l'affectation de stagiaires sages-femmes dans les FOSA. Tout ceci contribue à l'amélioration de la qualité des prestations dans les maternités. L'ensemble des arguments développés à ce sujet confirment donc notre première hypothèse. Néanmoins, la supervision réalisée par les VNU doit se perpétuer et des efforts doivent être faits pour maintenir le profil sage-femme dans les FOSA.

5.3 Intrants de SR mis à la disposition des formations sanitaires du district de santé de Batouri

Tous les 09 prestataires ont déclaré que l'UNFPA a doté les formations sanitaires en intrants pour les soins de santé de la mère et de l'enfant dans le cadre de la réponse humanitaire. Dans

⁹ http://countryoffice.unfpa.org/cameroun/2011/06/22/3461/80_prestataires_de_sante_formes_en_sonu/

¹⁰ UNFPA Cameroun (2011)

¹¹

http://countryoffice.unfpa.org/cameroun/2015/08/20/12675/24_nouvelles_sages_femmes_ameliorent_la_qualite_

le manuel « Inter-Agency Reproductive Health Kits for Use in Crisis Situations 5th edition »¹², les intrants (Kits) sont composés de 03 blocs. Lors des entretiens, les prestataires ont signalé des ruptures fréquentes d'intrants. De même, 06 prestataires sur les 09 ont attesté n'avoir pas d'outils de gestion des intrants. En référence à la composition dans le manuel, ce sont les kits 0 et 2 contenus dans le bloc 1 qui ne seraient pas mis à la disposition des formations sanitaires au profit des réfugiées. Ceci pourrait expliquer en partie l'insuffisance dans la gestion des kits car le kit 0 composé de fournitures Administration / de formation servirait à mettre à la disposition des prestataires les outils de gestion. Les prestataires devraient bénéficier d'une formation en gestion logistique notamment sur les activités de magasinage qui sont la réception des produits, l'enregistrement d'entrée, le stockage, le déstockage, la préparation de la commande et l'enregistrement de la sortie¹³. L'ensemble de ces activités qui sont réalisées dans chaque lieu de stockage permettrait aux prestataires de mieux gérer les intrants.

En définitive, il est ressorti que les kits 0 et 2 n'ont pas été mis à la disposition des FOSA et qu'il existe une insuffisance dans la gestion des intrants. A partir de ces informations, nous déduisons donc que notre deuxième hypothèse est partiellement vérifiée, à savoir que les intrants de SR mis à la disposition des formations sanitaires du district de santé de Batouri sont complets mais les mécanismes de gestion ne permettent pas d'assurer leur disponibilité.

5.4 Qualité des prestations de santé de la reproduction offertes

5.4.1 Compétences des prestataires dans la réalisation des prestations de SR

A l'exception de l'hôpital de district où les compétences existent grâce à l'appui d'un gynécologue obstétricien affecté par l'UNFPA, les autres formations connaissent des difficultés dans l'offre des soins en salle d'accouchement, en CPN et en planification familiale. Cette situation est due au fait que les qualifications des prestataires ne leur permettent pas d'offrir des soins de qualité en matière de santé reproductive notamment des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Ce qui pourrait augmenter les taux de mortalité maternelle et néonatale au sein de la population réfugiée. C'est dans ce contexte qu'une priorité de Médecins Sans Frontières (MSF) est de prodiguer des soins d'urgence obstétriques

[des soins de sante maternelle des refugies centrafricains a l rsquo est/](#)

¹² UNFPA HUMANITARIAN RESPONSE BRANCH (2011)

¹³ BAQUE N. (2013)

dans les situations de crises humanitaires aiguës ou chroniques. Ainsi, dans le cadre des actions d'urgence de l'organisation, les équipes qualifiées luttent contre les cinq plus grandes causes de mortalité maternelle : hémorragies, septicémie, avortements mal pratiqués, complications de l'hypertension artérielle et obstruction lors de l'accouchement¹⁴.

5.4.2 Charge de travail relative aux prestations de santé reproductive dans les FOSA

Les 09 prestataires enquêtés ont reconnu que la charge de travail est élevée. Cette situation corrobore avec les résultats d'une étude réalisée par l'OMS en 2015 dans les FOSA (y compris celles du District de Santé de Batouri) qui ont montré que les réfugiés représentent 54% de l'ensemble des consultations dans les formations sanitaires de la zone d'urgence¹⁵.

C'est l'une des raisons qui ont motivé l'UNFPA à mettre à la disposition des formations sanitaires assurant des soins aux réfugiés des sages-femmes stagiaires afin de réduire cette charge de travail. Leur présence a permis de réduire la charge de travail en ce sens qu'environ 62% des CPNr, 41% des accouchements et 35% des activités de PF sont réalisées par elles dans les FOSA. Ceci est une bonne initiative mais étant donné que ces derniers ont une durée courte de stage (06 mois), le problème demeurera toujours après leur départ. Or la charge de travail a une influence sur la qualité des soins. Dans le même sens, Mohammed Ababou a montré dans son étude que les sages femmes du CHP1 et du CHU2 se plaignent de la surcharge du travail à cause du flux des femmes et son impact négatif sur la qualité de soins. Les parturientes se sentent délaissées après l'accouchement¹⁶.

5.4.3 Respect des procédures de soins en santé reproductive

Les 08 stagiaires estiment que les prestataires ne respectent pas les procédures. Ceci a été confirmé à travers l'examen des partogrammes. Il existe des accouchements sans partogrammes et les quelques partogrammes utilisés ne sont pas correctement remplis. Ceci a été prouvé par Tebeu Pierre Marie (2005) qui a montré dans son étude à Maroua (Cameroun) que pendant la première période de l'étude, ils ont noté que seulement 38% des partogrammes étaient bien ouverts. Cette observation leur permettait de conclure que, même si le partogramme est utilisé depuis décembre 2003, la qualité de son utilisation reste non satisfaisante¹⁷. Ceci pourrait expliquer en partie le nombre élevé de décès maternels souligné dans l'étude évaluative de l'OMS faite dans les FOSA fréquentées par les réfugiés (y compris

¹⁴ MSF (2012)

¹⁵ OMS (2015)

¹⁶ Ababou M. (2014)

le District de Batouri) qui a indiqué que les complications liées à l'accouchement est la cause la plus létale avec 55,6 décès pour mille cas notifiés [15]. La présence des stagiaires sages-femmes a permis d'améliorer l'application des procédures mais ces dernières connaissent des limites en ce sens qu'une supervision spécifique organisée par l'UNFPA à l'endroit de ces stagiaires a révélé qu'elles ont une maîtrise insuffisante des différentes méthodes contraceptives. De même, le taux de partogramme bien rempli a augmenté de façon significative dans les FOSA où les stagiaires sages-femmes sont au moins en duo. Mais aucune différence significative n'est démontrée là où une seule sage-femme est affectée [3]. Ce qui signifie que venant juste de finir la formation sage-femme, elles ne sont pas expérimentées pour maîtriser toutes les procédures et c'est ce qui fait qu'elle est influençable lorsqu'elle est seule dans une formation sanitaire. Mais elles sont très accueillantes si bien que jusqu'à 18 utilisatrices sur les 20 sont satisfaites de leur accueil. Aussi, elles ont beaucoup œuvré à l'amélioration de l'organisation du travail qui est sans doute importante pour la prise en charge des patientes au regard de l'affluence dans les FOSA. Il serait donc indispensable de renforcer les compétences des stagiaires sages-femmes dans les domaines où elles ont des insuffisances et œuvrer à ce qu'elles soient au moins deux dans une formation sanitaire et de maintenir ce profil dans les FOSA après leur départ.

5.4.4 Matériel et locaux de travail

07 prestataires et 06 stagiaires disent que le matériel de travail est satisfaisant. De même, 11 femmes utilisatrices et 07 stagiaires trouvent également que les locaux sont acceptables. Cela facilite l'offre de soins et renforce la qualité des prestations. C'est dans ce sens que le District de Gatsibo dans l'optique d'améliorer la qualité des soins dans les FOSA, a prévu dans le plan stratégique de l'Hôpital de renforcer le service des urgences par la construction d'un nouveau bâtiment et mettre des équipements et matériels en qualité et en quantité suffisante¹⁸.

En somme, les informations obtenues nous indiquent que les qualifications des prestataires titulaires ne leur permettent pas d'offrir des soins de qualité en maternité, que la charge de travail est élevée et que les prestataires ne respectent pas les procédures. Ces arguments développés confirment ainsi notre troisième hypothèse.

¹⁷ Tebeu PM. et col. (2005)

¹⁸ District de Gatsibo (2013)

VI. CONCLUSIONS

La santé reproductive est un droit, y compris dans les situations de crise humanitaire. Pour exercer ce droit, les personnes touchées doivent bénéficier d'un environnement favorable et avoir accès à des informations et à des services complets de santé reproductive de façon à pouvoir faire des choix libres et éclairés. Des services de santé reproductive de qualité doivent tenir compte des besoins des populations touchées, en particulier des femmes et des jeunes filles. Pour fournir des services de santé reproductive complets et de qualité, il convient d'adopter une approche intégrée multisectorielle. Dans le cadre de l'assistance humanitaire, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) assume un rôle majeur dans la fourniture de produits et services de nature à protéger la santé en matière de reproduction. Dans ce contexte, l'UNFPA au Cameroun apporte un appui aux formations sanitaires assurant des soins aux réfugiés centrafricains dans l'assurance des prestations de santé reproductive. C'est pourquoi ce travail a été initié en vue de contribuer à améliorer la qualité des prestations de santé reproductive dans ces FOSA. En dépit des difficultés qui ont émaillé le cours de cette enquête, nous sommes parvenus à des résultats indiquant les conditions favorables et celles défavorables à l'amélioration de la qualité des prestations de santé reproductive dans le cadre de l'intervention de l'UNFPA. Au titre des conditions favorables, on note (I) une dotation suffisante des FOSA en matériels médico techniques et une existence de locaux adaptés, (II) la dotation des FOSA en intrants au profit des réfugiés, (III) l'affectation de stagiaires sages-femmes dans les FOSA, (IV) le renforcement des capacités des prestataires. Quant aux conditions défavorables, il s'agit de (I) la rupture des supervisions après le départ des VNUs, (II) une dotation incomplète des kits et une insuffisance dans la gestion des intrants, (III) les qualifications des prestataires ne permettant pas d'offrir des soins de santé reproductive, (IV) le nombre insuffisant en personnel qualifié dans les FOSA, (V) le non respect des procédures de soins en maternité par les prestataires et (VI) des prestations de SR de qualité insuffisante. Ces résultats confirment totalement l'hypothèse 1 en ce sens que l'UNFPA a doté du matériel médico technique aux FOSA, procédé à la formation et l'affectation de stagiaires sages-femmes dans les FOSA et tout ceci contribue à l'amélioration de la qualité des prestations dans les maternités ; et l'hypothèse 3 car les qualifications des prestataires (à l'exception des stagiaires sages-femmes) ne leur permettent pas d'offrir des soins de qualité en maternité, que la charge de travail est élevée et que les prestataires ne

respectent pas les procédures. Cependant, ils confirment partiellement l'hypothèse 2 dans ce sens qu'il est ressorti que les kits 0 et 2 n'ont pas été mis à la disposition des FOSA et qu'il existe une insuffisance dans la gestion des intrants.

Ainsi, les objectifs poursuivis ont été atteints dans une large mesure en se référant au contenu des informations obtenues qui permettent de répondre aux hypothèses formulées.

L'analyse ayant fait état de l'existence d'un certain nombre de conditions favorables et défavorables, nous avons fait des recommandations qui, nous espérons, pourraient contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations en SR. Ces recommandations sont :

✓ *A l'endroit de l'UNFPA*

- Former les prestataires en gestion logistique afin de permettre une bonne gestion des intrants mis à la disposition des FOSA au profit des réfugiés ;
- Recruter des sages-femmes pour les FOSA après la fin du stage des stagiaires ;
- Recruter des superviseurs en SR qualifiés pour poursuivre le coaching du personnel dans les FOSA.

✓ *A l'endroit de l'équipe cadre du district de santé de Batouri*

- Faire un plaidoyer au près du Ministère de la santé pour renforcer les effectifs dans les FOSA au regard de la charge de travail élevée ;
- Développer un mécanisme de suivi du matériel dans les FOSA ;
- Former les responsables des FOSA à la gestion des établissements de santé.

Nous restons enfin persuadés qu'à l'image de toute œuvre humaine, notre travail comporte des imperfections et des limites. Il serait souhaitable que les aspects non explorés constituent les toiles de fond pour des recherches futures.

Bibliographie

Ouvrages et articles

BAQUE N. (2013), La logistique et services divers, Juillet 2013, 17-39

District de Gatsibo (2013), Plan Stratégique de l'Hôpital Kiziguro 2012-2018, République du Rwanda, avril 2013, 31-78

IAWG (2010), Manuel de terrain interorganisations sur La santé reproductive en situations de crise humanitaire, Version 2010 révisée pour revue sur le terrain, 8-210

Mohammed Ababou (2014), Observations et perceptions des parturientes et du personnel soignant de la qualité des soins en hôpital (WP4), Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès

MSF (2012), Accouchements compliqués Mortalité maternelle : une crise évitable, rapport, Première publication mars 2012

OMS (2015), deuxième évaluation rapide de la situation sanitaire dans la zone d'urgence des régions de l'Adamoua et de l'Est, Yaoundé, 4-64

Réseau d'Appui au Développement Communautaire (RADEC) (2009), Etude socio-économique en vue de l'élaboration du plan d'aménagement de la forêt communale, 14-67

Tebeu PM. et col., (2005), « Recommandations de Pratique clinique (RPC) » de l'OMS, à propos du partogramme: Staff clinique matinal comme instrument d'implantation, une expérience du service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Provincial Maroua, Service de Gynécologie Obstétrique Hôpital Provincial de Maroua, Cameroun, 10-12

UNFPA Cameroun (2011), Lettre d'information trimestrielle n°3, Juillet - Septembre 2011

UNFPA Cameroun (2011), Lettre d'information trimestrielle n°4, Octobre - Décembre 2011

UNFPA Cameroun (2015), Rapport de supervision des sages femmes déployées dans les fosa et d'évaluation globale de l'offre de la SR dans le cadre de la réponse humanitaire conjointe auprès des réfugiés centrafricains dans les régions de l'est et de l'Adamaoua, Yaoundé, 11-60.

UNFPA Congo (2014), L'UNFPA dans l'humanitaire, Rue Crampel (face BDEAC), Brazzaville – République du Congo

UNFPA HUMANITARIAN RESPONSE BRANCH (2011), Manuel Inter-Agency Reproductive Health Kits for Use in Crisis Situations 5th edition, 2011, 605 Third Avenue New York, N.Y. 10158, U.S.A., 1-40

UNICEF (2016), Centrafrique: “les réfugiés ont traversé les enfers” Pierre Terdjman / Cosmos pour UNICEF France Publié le 02 juin 2014 | Modifié le 31 mars 2016

Women's Refugee Commission (2006), Dispositif minimum d'urgence (DMU) en santé reproductive dans les situations de crise: Module d'apprentissage à distance, Date de publication : septembre 2006, Révision : novembre 2007, Révision : février 2011, 6-118

Sites internet

http://countryoffice.unfpa.org/cameroun/2011/06/22/3461/80_prestataires_de_sante_fo_rmes_en_sonu/ (consulté le 09 / 08 / 2016)

http://countryoffice.unfpa.org/cameroun/2015/08/20/12675/24_nouvelles_sages_femmes_ameliorent_la_qualite_des_soins_de_sante_maternelle_des_refugies_centrafricains_a_l_est/ (consulté le 09 / 08 / 2016)

<http://cvuc.cm/national/index.php/fr/carte-communale/region-du-sud/122-association/carte-administrative/est/kadey/484-batouri> (consulté 07/08/2016)

VII. ANNEXES

ANNEXE I: GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PRESTATAIRES	34
ANNEXE II: GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES UTILISATRICES.....	35
ANNEXE III: GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES STAGIAIRES SAGES-FEMMES.....	36
ANNEXE IV: GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE POINT FOCAL UNFPA	37
ANNEXE V: ANALYSE DES PARTOGRAMMES	38
ANNEXE VI: DISPOSITION DE MATERIEL PAR LES STAGIAIRES SAGES-FEMMES	39
ANNEXE VII: ATTESTATION DE STAGE.....	40

ANNEXE I: GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PRESTATAIRES

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PRESTATAIRES

IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE

Sexe : H F

Quelle est votre qualification ?

I. ACTIVITES MISES EN ŒUVRE PAR UNFPA

1. Quelles sont les activités mises en œuvre par UNFPA dans le cadre de la SR ?
2. Que pensez-vous de la pertinence de ces activités ?
3. Comment appréciez-vous la quantité du matériel ?

II. INTRANTS AU PROFIT DES REFUGIES

1. Quels sont les intrants de SR que vous recevez de la part de UNFPA ?
2. Sont-ils en quantité suffisante pour couvrir les besoins ?
3. Quels sont les mécanismes de gestion mis en place ?

III.PRESTATIONS DE SR OFFERTES

1. Pensez-vous disposer des compétences nécessaires pour la réalisation des prestations de SR?
2. Sinon pour quoi ?
3. Comment appréciez-vous la charge de travail ?
4. Disposez-vous du matériel nécessaire à la réalisation des prestations ?
5. Sinon quel type de matériel n'existe pas ?

IV.DIFFICULTES ET SUGGESTIONS

1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le cadre de la mise en œuvre des activités de SR
2. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer la qualité des prestations de SR ?

ANNEXE II: GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES UTILISATRICES

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES FEMMES UTILISATRICES

I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quelle est votre profession ?
3. Quelle est votre situation matrimoniale ?
4. Quel est votre régime matrimonial (Monogamie ou Polygamie)
5. Quelle est votre religion ?
6. Quel est votre niveau d'instruction ?

II. INTRANTS AU PROFIT DES REFUGIES

1. Quels types d'aides recevez-vous de la part des agents de santé ?
2. Comment appréciez-vous ces aides ?
3. Sont-elles en quantité suffisante ?
4. Et que pensez-vous de leur qualité ?

III. PRESTATIONS DE SR OFFERTES

1. Que pensez-vous des soins que vous avez reçus à la formation sanitaire ?
2. Etes-vous satisfaits ?
3. Que pensez-vous du comportement des prestataires ?
4. Sont-ils accueillants ?
5. Pensez-vous qu'il existe le matériel nécessaire à la réalisation des prestations ?

IV. DIFFICULTES ET SUGGESTIONS

1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le cadre de la demande des soins de SR
2. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer la qualité des prestations de SR ?

ANNEXE III: GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES STAGIAIRES SAGES-FEMMES

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES STAGIAIRES

I. IDENTIFICATION

1. Sexe : H F

2. Quelle est votre qualification ?

II. INTRANTS AU PROFIT DES REFUGIES

1. Les intrants, sont-ils en quantité suffisante pour couvrir les besoins ?
2. Quels sont les mécanismes de gestion mis en place ?
3. Comment appréciez-vous la gestion des intrants ?

III. PRESTATIONS DE SR OFFERTES

1. Comment appréciez-vous l'application des procédures dans la réalisation des prestations de SR?
2. Comment appréciez-vous la charge de travail ?
3. Disposez-vous du matériel nécessaire à la réalisation des prestations ?
4. comment appréciez-vous la qualité ?
5. comment appréciez-vous la quantité ?
6. Sinon quel type de matériel n'existe pas ?

IV. DIFFICULTES ET SUGGESTIONS

1. 12. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le cadre de la mise en œuvre des activités de SR
2. 13. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer la qualité des prestations de SR ?

ANNEXE IV: GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE POINT FOCAL UNFPA

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE POINT FOCAL

I- ACTIVITES MISES EN ŒUVRE PAR UNFPA

1. Quelles sont les activités mises en œuvre par UNFPA dans le cadre de la SR ?
2. Que pensez-vous de la pertinence de ces activités ?
3. Comment appréciez-vous la quantité du matériel ?

II- INTRANTS AU PROFIT DES REFUGIES

1. Quels sont les intrants de SR que vous mettez à la disposition des FOSA?
2. Selon vous, sont-ils en quantité suffisante pour couvrir les besoins ?
3. Que pensez-vous des mécanismes de gestion mis en place dans les FOSA ?

III- PRESTATIONS DE SR OFFERTES

1. Qu'avez-vous fait pour améliorer les compétences des prestataires en SR ?
2. Comment appréciez-vous la charge de travail ?

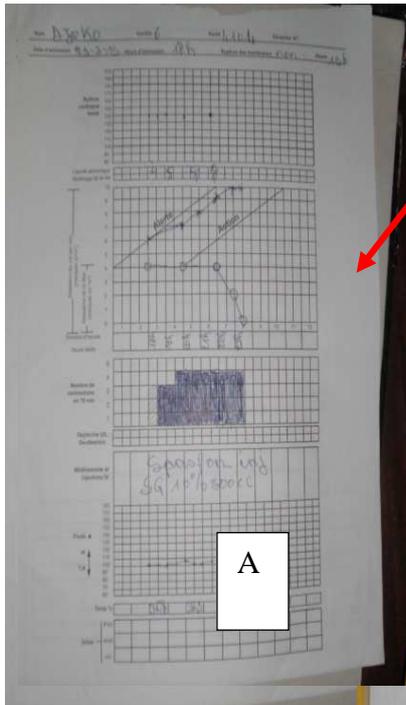
IV-DIFFICULTES ET SUGGESTIONS

1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
2. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer la qualité des prestations de SR ?

ANNEXE V: ANALYSE DES PARTOGRAMMES

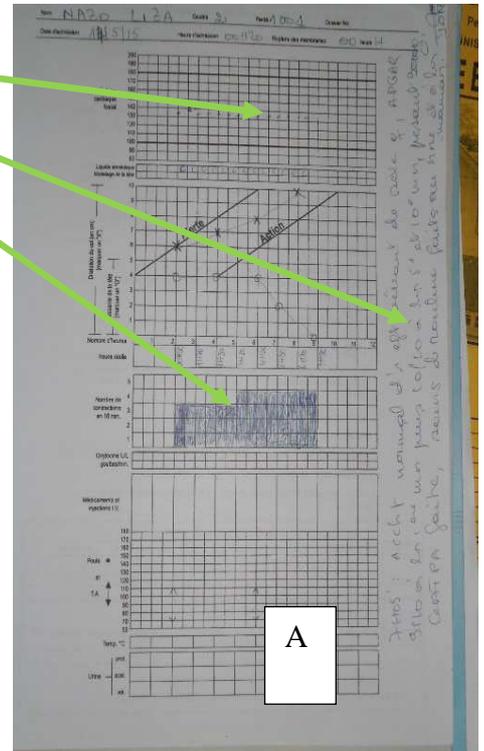
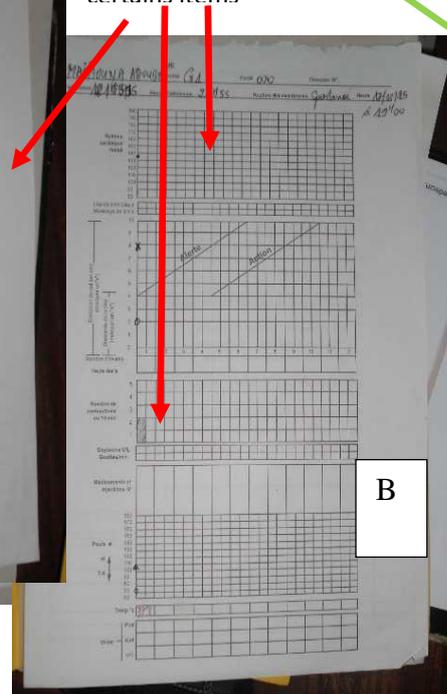
Remplissage d'un Prestataire de santé avant l'arrivée d'une SF

Après arrivée de la SF



Remplissage incomplet de certains items

Amélioration visibles

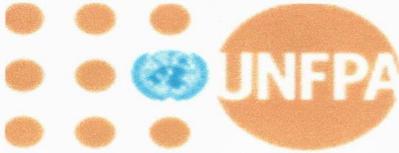


ANNEXE VI: DISPOSITION DE MATERIEL PAR LES STAGIAIRES SAGES-FEMMES



Graphique 3 : Photo d'un rangement effectué dans une salle d'accouchement par une équipe de stagiaires sages-femmes

ANNEXE VII: ATTESTATION DE STAGE



ATTESTATION DE STAGE

Je soussigné(e) **Dr DIALLO Abdourahamane, Gynécologue Obstétricien** agissant en qualité de **Superviseur/Formateur en Santé de la Reproduction** en service au District de Santé de Batouri pour le compte de l'UNFPA Cameroun, atteste par la présente que **Monsieur SAVADOGO Boureima, Midwifery Specialist** pour le compte de l'UNFPA Cameroun, a accompli un stage à Batouri dans le cadre de sa formation en **Management des crises et action humanitaire au 2IE**. Ce stage, d'une durée de (01) mois, s'est déroulé du 09 Décembre 2015 au 07 Janvier 2016.

En foi de quoi, la présente attestation est établie pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Batouri, le 08 Janvier 2016


Dr. Diallo Abdourahamane
Gynécologue-Obstétricien
HOPITAL REGIONAL DE BERTOUA