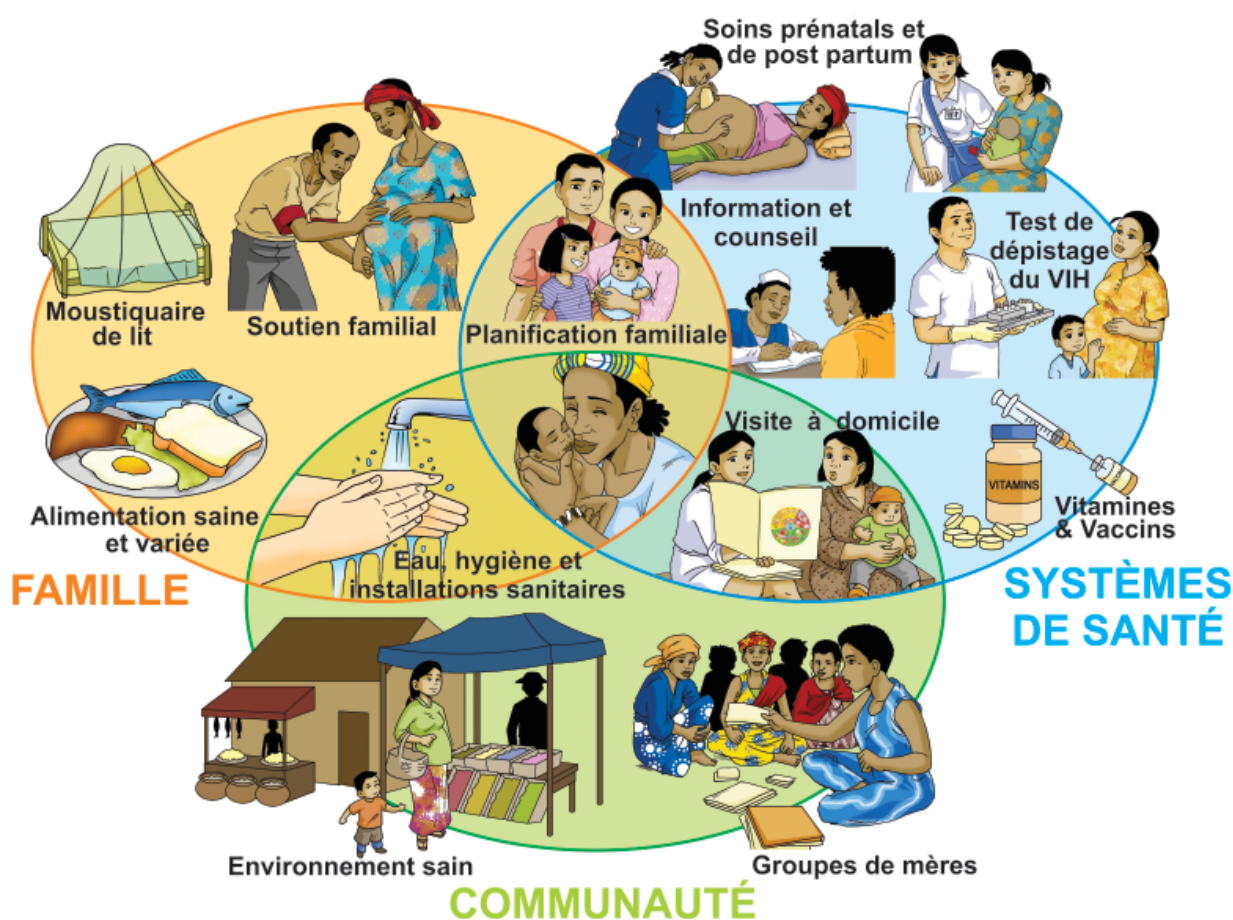


contact

Une publication du Conseil œcuménique des Églises

LA SANTÉ DES FEMMES ET ENFANTS; LE RÔLE DES OC'S VERS SA RÉALISATION



No 192

L'Hiver 2012

2 L'Editorial

Les expériences

- 4 Le rôle des OC's dans le soins de santé maternelle et infantile en Afrique
- 9 La maternité sans risque au Cambodge
- 13 Approche de la santé génésique du point de vue Islamique
- 17 Une approche intégrée pour aborder la mortalité maternelle

- 20 Réduire la mortalité maternelle grâce à des cliniques mobiles à Nairobi
- 23 Réduire la mortalité maternelle et infantile en indonésie
- 25 Etude de la Bible
- 27 Les ressources

L'ÉDITORIAL

LE RÔLE DES OC DANS LA PROMOTION D'UNE MATERNITÉ SANS RISQUES

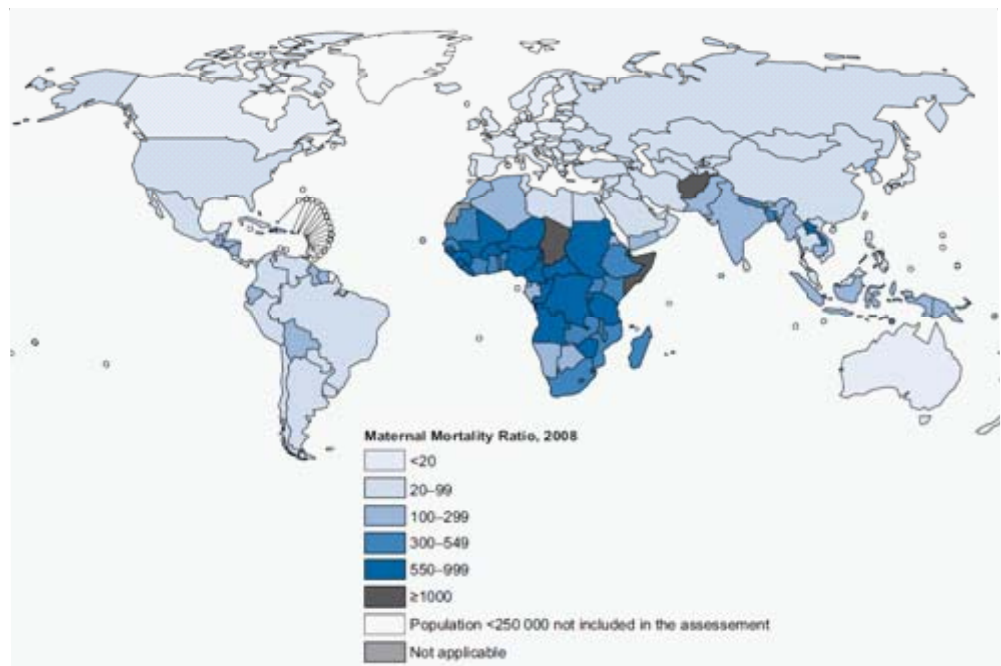
“Les mères et les enfants en bonne santé participent à des sociétés saines et leur fournir des soins constitue un travail pour tous. [...] Aucune femme ne devrait mourir en donnant la vie et aucun enfant ne devrait venir au monde sans mère. Nous devons considérer chaque femme comme notre sœur et mère. Nous devons considérer chaque enfant comme notre fille ou fils.- Ban Ki Moon¹

“Au cours des dernières décennies, il convient de reconnaître le rôle joué par les OC pour faciliter l'accès aux services de santé dans des zones où des obstacles géographiques, politiques et socio-économiques ont rendu difficile à chaque femme, enfant et personne d'exercer son droit aux soins.”

Savoir qu'un bébé va bientôt naître constitue une nouvelle merveilleuse

tombent enceintes sans le vouloir tandis que bien d'autres éprouvent des difficultés à traverser une grossesse sans complications, à accoucher sans danger, à accéder aux soins et à jouir d'une bonne qualité de vie.

Bien que le taux de mortalité maternelle ait baissé de presque la moitié au cours des 20 dernières années (passant de plus de 540 000 décès en 1990 à moins de 290 000 en 2010), beaucoup de femmes continuent de perdre la vie lors de leur



Carte avec les pays par catégorie selon leur taux de mortalité maternelle (TMM, nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes), 2008 ²

pour beaucoup de femmes impatientes de porter leur enfant dans leurs bras et de s'en occuper du mieux qu'elles peuvent. Cependant, dans plusieurs parties du monde, beaucoup de femmes

¹ Discours à la réception organisée par la Mission permanente de la République de Corée en soutien d'UNICEF et de l'initiative « Chaque femme, chaque enfant », à New York, le 23 octobre 2012

accouchement ou plusieurs jours après car elles n'avaient pas reçu des soins appropriés ou en raison de complications survenues au moment de la naissance ; bien d'autres souffriront de lésions qui, si elles ne sont pas traitées, les exposeront à un handicap à vie et/ou à des humiliations.

On rencontre ces problèmes le plus souvent en Afrique subsaharienne et en

L'ÉDITORIAL

élevés du monde (certains pays dépassent deux fois le taux mondial).

« Il jugea la cause du pauvre et du nécessiteux ; alors bien lui est venu. Cela n'était-ce pas me connaître? dit le Seigneur. » Jérémie : chapitre 22, verset 16

Chaque jour, les inégalités qui sévissent dans le monde causent le décès de nombreuses femmes en raison du manque de systèmes sanitaires et d'éducation adéquats pour leur permettre de prendre des décisions relatives à la santé.

Beaucoup de causes engendrant des problèmes peuvent être évitées grâce à de simples interventions impliquant les pères, la famille entière, la communauté et le gouvernement, offrant à chaque mère et enfant la plus belle opportunité pour vivre. Nous devons également chercher d'autres moyens d'aborder les causes culturelles, telles que la violence sexuelle, le mariage forcé ou précoce, les choix limités en matière de santé génésique, les rapports sexuels forcés et les grossesses chez les adolescentes – toutes ces causes engendrant de graves problèmes en matière de santé maternelle. Les stratégies principales pour surmonter ces obstacles impliquent des activités communautaires telles que le parrainage de groupes cibles, les forums de femmes, les ateliers des chefs de communauté et les groupes de jeunes et scolaires qui visent à aborder la question des préjugés sexistes et ses impacts négatifs.

Il convient de se souvenir que, traditionnellement et historiquement, l'éducation des enfants a été assignée aux mères qui sont chargées de s'assurer de leur croissance, depuis la grossesse. Par conséquent, si une mère ne se trouve pas en bonne santé, en raison de facteurs tels que la pauvreté, le VIH et le SIDA, de complications survenues pendant la grossesse et l'accouchement, ce n'est pas seulement la survie de l'enfant qu'elle

ne met en péril, c'est également son avenir.

Au cours des dernières décennies, il convient de reconnaître le rôle joué par les OC pour faciliter l'accès aux services de santé dans des zones où des obstacles géographiques, politiques et socio-économiques ont rendu difficile à chaque femme, enfant et personne d'exercer son droit aux soins. Dans certaines zones, les seuls services sanitaires qui existent sont ceux proposés par les OC. Dans d'autres zones, les OC se sont jointes au gouvernement pour développer des programmes de santé, ce qui constitue un pas important et nécessaire dans des contextes qui permettent de tels partenariats et où le gouvernement s'engage à développer son rôle dans la promotion de la protection sociale, investissant dans la ressource la plus précieuse qu'un pays puisse posséder depuis sa conception: l'être humain.

Le numéro actuel de Contact magazine est dédié au rôle des organisations confessionnelles dans leurs efforts pour promouvoir et fournir des soins aux femmes et aux enfants. Les efforts et la volonté de changer s'avèrent nécessaires pour fournir à toutes les femmes et à tous les enfants une chance convenable dans la vie. Shalom.

« À ceci tous connaîtront que vous êtes mes disciples, si vous avez de l'amour les uns pour les autres. » Jean : chapitre 13, verset 35

Annie Solís-Escalante travaille au bureau de la santé et du programme de guérison, et au Conseil mondial des Églises.

LE ROLE DES ORGANISATIONS CONFESSIONNELLES DANS LE SOINS MATERNELLE ET DE NOUVEAU NÉ EN AFRIQUE

L'introduction

Huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont été établis lors du Sommet du millénaire de l'an 2000 afin d'accélérer les progrès réalisés en matière de développement¹. Plus de 23 organisations internationales et 192 membres des Nations Unies (ONU) ont convenu d'atteindre ces objectifs d'ici à 2015. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement 4 et 5 se concentrent respectivement sur la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle.

Selon l'OMS, les conditions maternelle sont les principales causes de décès et d'invalidité dans les pays à faibles revenus². Les dernières estimations indiquent que plus de 300000 femmes décèdent chaque année de complications de grossesse et 4 millions de nouveau-nés meurent au cours des 4 premières semaines de la vie³. Presque tous ces décès surviennent chez les plus pauvres et parmi les groupes de population les plus défavorisés. Ils seraient en grande partie évitables si des soins anténataux et postnataux étaient fournis en temps opportun et si les accouchements et si les urgences étaient gérés de manière appropriée en cas de complications.

L'amélioration de la condition de la

1. United National. *Déclaration du Millénaire des Nations Unies. Résolution 55/2*. [www.un.org. http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf](http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf) [Published 2000]
- 2 OMS. *Women and health. Today's evidence, tomorrow's agenda*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf [Published 2009].
- 3 OMS, UNICEF, FNUAP, Banque mondiale. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. [www.who.int. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.PDF](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.PDF) [publié 2010]

femme et de l'accès des enfants aux soins nécessaires et la réalisation des OMD 4 et 5 nécessitent des approches innovatrices en matière de prestation de services et de création de partenariats ouverts. La Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants récemment lancée par l'ONU⁴ fournit une liste complète des mesures à prendre afin de renverser la vapeur et de palier à des décennies de sous-investissement et d'augmenter la mise à disposition efficace de services. La liste recommande notamment que les gouvernements nationaux et les donateurs bilatéraux et multilatéraux fassent un effort concerté pour aligner leurs priorités, accroître leur engagement à l'égard des femmes et des enfants, et investir dans la mise en place d'une collaboration efficace avec des partenaires existants et nouveaux. En particulier, la Stratégie mondiale fait appel à la société civile afin que celle-ci joue un rôle au niveau de la collectivité, par l'éducation, l'engagement, la mobilisation et le renforcement des capacités de la communauté, et préconise une attention accrue et des investissements en faveur des femmes et des enfants.

Le développement de partenariats solides entre les organisations confessionnelles (OC) et les acteurs de la santé publique au sens le plus large, y compris les décideurs, pourrait constituer une stratégie possible pour réduire la mortalité maternelle et infantile dans les pays à forte charge de morbidité. En effet, selon une étude du Pew Charitable Trusts⁵, la grande majorité des peuples

4 OMS. *Global strategy for women's and children's health*. [www.who.int. http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_globalstrategy_wch/en/Index.html](http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_globalstrategy_wch/en/Index.html) [publié 2010].

5 Pew-Templeton Global Religious Futures Project. *Tolérance et tensions : Islam and*

de l'Afrique subsaharienne s'identifient comme des adeptes du christianisme ou de l'Islam, les 2 plus grandes religions du monde. D'autres éléments de preuve indique qu'environ 75 % des Africains font confiance à leurs dirigeants religieux. Ces constatations indiquent que l'exploitation de l'influence des dirigeants religieux et la promotion de services de santé basés sur la religion ou la foi pourrait être un moyen efficace permettant de relever les défis en matière de santé maternelle et infantile en Afrique, où l'on constate une proportion croissante de décès maternels et infantiles. Pendant des siècles, les organisations confessionnelles ont joué un rôle clé dans l'effort mondial visant à promouvoir la santé et le bien-être, en particulier parmi les populations les plus défavorisées. Faute de ressources locales, les OC se sont initialement concentrées sur la construction des hôpitaux et des dispensaires et la formation des professionnels de santé afin d'améliorer l'accès à des soins de santé abordables et à des services de réhabilitation. Le champ d'application des activités menées par les OC s'est élargi au fil du temps et les OC sont maintenant considérées comme des fournisseurs de soins de santé importants, en particulier dans les milieux disposant de faibles ressources. Il y a quinze ans, le Rapport sur le développement dans le monde⁶ demandait une utilisation accrue des organisations non gouvernementales (ONG), en particulier les organisations confessionnelles, afin d'améliorer la qualité du service et de combler les lacunes existant dans les services de santé⁷.

Cet appel a été renouvelé en 2006, lors d'une évaluation de l'impact de la religion et des entités religieuses sur la réalisation

Christianity in Sub-Saharan Africa. www.pewforum.org. <http://pewforum.org/executive-summary-islam-and-christianity-in-sub-saharan-africa.aspx> [Published 2010]

6 Banque mondiale. *World development report 1993. Investing in health.* www.dcp2.org. www.dcp2.org [Published 1993].

7 Gill Z, Carlough M. *Do mission hospitals have a role in achieving Millennium Development Goal 5? Int J Gynecol Obstet Gynecol* 2008 ; 102 (2) :198-202 .

de l'accès universel à des services dans le contexte de l'épidémie du VIH en Zambie et au Lesotho⁸ . Cette évaluation, effectuée par le Programme religieux African Religious Health Assets dans les universités du Cap, du Witwatersrand et du KwaZulu Natal, a souligné la nécessité d'une plus grande reconnaissance de la contribution que les OC peuvent apporter à la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays les plus touchés, et exprimé que cette contribution devrait s'étendre de façon à inclure les services de santé maternelle et infantile.

L'OMS estime que 30 à 70% de l'infrastructure sanitaire tentaculaire qui s'étend sur tout le continent africain appartient ou est gérée par des organisations confessionnelles, le pourcentage des services appartenant ou étant gérés par ces organisations variant en fonction des pays⁹ . Le premier recensement mené en Afrique sur les organismes à but non lucratif du secteur santé s'est déroulé en Ouganda en 2001, et a montré que 70% de tous les établissements privés de santé à but non lucratif établis en Ouganda appartenaient à des diocèse et des paroisses autonomes. Une étude multipays menée en 2003-2005, par le réseau pharmaceutique oecuménique, en collaboration avec l'OMS¹⁰, a constaté de la même façon qu'environ 40% des infrastructures de soins de santé en Afrique sub-saharienne étaient exploitées par des organisations

8 *African Religious Health Assets Programme, WHO. Appreciating Assets: Mapping, Understanding, Translating and Engaging Religious Health Assets in Zambia and Lesotho.* www.hrhresourcecenter.org. <http://www.hrhresourcecenter.org/node/1251> [Published 2006].

9 OMS. *Faith-based organizations play a major role in HIV/AIDS care and treatment in sub-Saharan Africa.* www.who.int. <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np05/en/index.html> [Published 2009].

10 Ministry of health in collaboration with Uganda Catholic MaPMBN-HCOaTBRKN. *Republic of Uganda 2001. Facility-based private not-for-profit health providers: a quantitative survey.* Publié en 2001.

confessionnelles, et que les organisations confessionnelles d'approvisionnement en médicament jouaient un rôle fondamental quant à la fourniture de médicaments essentiels dans les zones rurales et reculées, en particulier lorsque les goulots d'étranglement se produisaient dans la gestion et l'achat de fournitures du gouvernement¹¹.

Ces rapports indiquent clairement qu'il existe un vaste réseau d'organisations confessionnelles en Afrique. Le présent examen systématique de la littérature a été effectué afin d'évaluer le travail des organisations confessionnelles dans le domaine des soins de santé fournis aux mères et aux nouveaux-nés en Afrique au cours des 2 dernières décennies, dans le but de mieux comprendre leur contribution dans ce domaine et d'évaluer à quel point les organisations confessionnelles sont présentées dans la littérature scientifique.

Le deuxième article, publié en 1992 portait sur une étude en 2 étapes menée à Yoruba, Nigéria. Yoruba possède un centre de maternité local d'État et 7 dispensaires (OC) gérés par les églises africaines. La première étape de l'étude a nécessité des entrevues avec les sages-femmes formées par la mission, les pasteurs, les infirmières d'État, le distributeur du gouvernement local, les opérateurs de magasins, les propriétaires de cliniques privées, les femmes et les hommes agriculteurs afin de comparer les services fournis par les centres médicaux du gouvernement et les organisations religieuses. Les principales raisons données en faveur de l'utilisation des dispensaires gérés par les CO au moment du travail et de l'accouchement incluaient la propreté des installations et l'espoir que les résultats soient positifs (la santé de la mère et de l'enfant).

Les archives d'hôpital et des cliniques ont également été examinés afin de calculer le nombre de naissances qui ont eu lieu

11 Banda M, Ombaka E, Logez S, Everard M. *Multi-country study of medicine supply and distribution activities of faith-based organizations in Sub-Saharan African countries.* [www.who.int. http://www.who.int/medicines/areas/access/EN_EPNstudy.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/access/EN_EPNstudy.pdf) [Published 2003].

au cours de 1983-1990. La deuxième étape a consisté en une enquête menée auprès de 837 femmes issues de 427 ménages sélectionnés au hasard afin de déterminer où les naissances ont eu lieu au cours de la période 1983-1990. Les résultats ont montré que 40% des femmes accouchaient dans les cliniques gérées par les CO, 43% dans les maternités d'État et 17% chez elles.

Gilson et al¹². ont évalué la qualité des services fournis par le biais d'un échantillon aléatoire de maternités gérées par l'État et l'église dispensaires et de centres de santé de Tanzanie. Les dispensaires de l'église fournissaient une qualité supérieure de soins curatifs et de services de maternité, alors que les centres gérés par le gouvernement offraient une éducation à la santé et des services de vaccination meilleurs pour les femmes et les enfants.

Lindelöw et al¹³. ont rédigé un rapport portant sur une enquête réalisée en 2000 sur 155 installations (dispensaires avec et sans unités de maternité) en Ouganda. Les archives de district et d'installation ont également été examinés. Les installations comprises étaient soit gérées par l'État, soit par des organisations privées à but non lucratif (90% d'entre elles étant des OC) soit par des organisations privées à but lucratif. Peu de différences ont été observées en matière de types et de qualité des services fournis dans ces installations. Toutefois, les services de laboratoire se sont avérés meilleurs dans les établissements sans but lucratif. Les installations gérées par les OC offraient également un meilleur environnement de travail et étaient plus susceptibles que les établissements privés à but lucratif de fournir des services accessibles aux pauvres, en pratiquant par exemple

12 Gilson L, Magomi M, Mkangaa E. *The structural quality of Tanzanian primary health facilities.* *Bull World Health Organ* 1995;73(1):105-14.

13 Lindelöw M, Reinikka R, Svensson J. *Health Care on the Frontlines: Survey Evidence on Public and Private Providers in Uganda.* www.hrresourcecenter.org. <http://www.hrresourcecenter.org/node/89> [Published 2003].

des prix plus bas pour les services en question.

Levin et coll¹⁴. ont publié une étude de cas qui examine les coûts et la qualité des principaux services de santé maternelle dans différents types d'établissements de santé (hôpitaux publics et de mission et centres de santé) au Ghana, au Malawi et en Ouganda. Ils ont constaté que la disponibilité des médicaments et de l'équipement ne diffèrent pas sensiblement entre les hôpitaux publics et de missions (CO). Toutefois, au niveau des centres de santé, la disponibilité de l'équipement et la satisfaction des patientes s'avéraient supérieures dans les installations gérées par les missions que dans les installations publiques dans 2 des pays. Les installations gérées par les missions fournissaient également des services de santé maternelle d'un niveau de qualité égal ou supérieur à celui des services publics.

Enfin, Chand et Patterson¹⁵ ont présenté un rapport sur les modèles de programmes basés sur la religion se sont avérés efficaces pour améliorer la santé des mères et des nouveaux-nés au Mozambique, en Tanzanie, en Ouganda, et au Congo. Ces programmes comprenaient la prestation de services comme les soins prénataux, la prévention du paludisme et des infections sexuellement transmissibles, les services de conseil en nutrition pendant la grossesse, et les soins aux nouveau-nés par des hôpitaux religieux spécifiques. Une évaluation avant/après a par ailleurs montré que la mise en œuvre efficace de ces programmes réduisait la mortalité maternelle, des nouveau-nés et infantile et augmentait le nombre de femmes participant aux consultations prénatales, à l'aide d'une accoucheuse qualifiée, et les pratiques d'allaitement exclusif.

14 Levin A, Dmytraczenko T, McEuen M, Ssenooba F, Mangani R, Van Dyck G. Costs of maternal health care services in three anglophone African countries. *Int J Health Plann Manage* 2003;18(1):3–22.

15 Chand S, Patterson J. Faith-based models for improving maternal and newborn health. [www.usaid.gov. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADK571.pdf](http://www.usaid.gov/pdf_docs/PNADK571.pdf) [Published 2007].

Les programmes ont également augmenté le nombre de femmes enceintes suivant un traitement préventif contre le paludisme, le nombre de personnes qui fréquentent les services de suivi de la malaria, et la couverture vaccinale.

Discussion

Les présents résultats¹⁶ sont conformes à ceux de l'ONU et d'autres rapports qui reconnaissent ¹⁷le rôle critique que jouent les organisations confessionnelles en matière de prestations destinées à la mère et au nouveau-né. La contribution des organisations confessionnelles pour répondre aux besoins en matière de services pour les femmes enceintes et les nouveau-nés pourrait s'avérer particulièrement pertinente en Afrique sub-saharienne, où plus de 70% de la population est religieuse¹⁸, l'accès aux soins de santé étant souvent limité et inégalement réparti, et où la fréquence des issues négatives en matière de santé maternelle et néonatale tend à être le plus élevé du monde. Les hôpitaux et autres établissements gérés par des organisations confessionnelles ont historiquement été établis dans les endroits où les besoins en services sont les plus importants et restent souvent actifs indépendamment des changements politiques ou des crises humanitaires qui peuvent survenir. Ils sont généralement bien perçus par les membres de la communauté et leur inspirent confiance même si ces services risquent de ne pas disposer de suffisamment de fonds pour offrir des soins dernier-cri.

Conclusion

La présente étude montre que 16 OMS. *Global strategy for women's and children's health*. [www.who.int. http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_globalstrategy_wch/en/index.html](http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_globalstrategy_wch/en/index.html) [Published 2010].

17 Gill Z, Carlough M. Do mission hospitals have a role in achieving Millennium Development Goal 5? *Int J Gynecol Obstet Gynecol* 2008 ; 102 (2) :198-202.

18 OMS. *Faith-based organizations play a major role in HIV/AIDS care and treatment in sub-Saharan Africa*. [www.who.int. http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np05/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np05/en/index.html) [Published 2009].

les services de santé maternelle et néonatale fournis par des organisations confessionnelles en Afrique, tendent à être semblables à ceux offerts par les fournisseurs non gouvernementaux. L'étude indique également que la qualité des soins fournis peut s'avérer meilleure au sein des installations gérées par des organisations confessionnelles. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les installations et fournisseurs gérés par les OC sont la seule forme de soins de santé organisés disponibles dans certains endroits de l'Afrique. En d'autres lieux, les organisations confessionnelles sont de grandes institutions intégrées dans les infrastructures nationales de soins de santé et leurs services sont parfois considérés comme les meilleurs dans leurs régions respectives.

Davantage d'études seront nécessaires pour explorer les raisons pour lesquelles les services fournis par des organisations confessionnelles en Afrique pourraient s'avérer de qualité supérieure à ceux des services gouvernementaux en matière de santé de la mère et du nouveau-né .

Mariana Widmer travaille dans le département de la Santé Reproductive et Recherche à l'Organisation Mondiale de la Santé.

MATERNITÉ SANS RISQUES AU LAOS ET AU CAMBODGE : TRAVAILLER AVEC DES ORGANISATIONS CONFESIONNELLES POUR CONSTRUIRE UN MEILLEUR AVENIR

L'Introduction

Le Laos et le Cambodge présentent tous les deux des statistiques décourageantes concernant le taux de mortalité maternelle (TMM), 405 décès maternels sur 100 000 naissances vivantes en 2005 au Laos (contre 650 en 1995) et 461 pour 100 000 au Cambodge (légèrement en dessous des chiffres de 1997). Bien que ces deux pays partagent de nombreux traits culturels, leurs administrations politiques différentes ont conduit à des priorités divergentes en matière de santé et, par conséquent, à un choix de moyens différents pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)..

Ces pays peuvent-ils atteindre les OMD concernant la réduction de la mortalité maternelle et infantile ? Ces objectifs sont exprimés uniquement en proportions puisque les chiffres de référence absolus ne sont pas connus. Les statistiques précises sont difficiles à obtenir dans les pays dotés de faibles infrastructures

mais la réduction actuelle de la mortalité maternelle et infantile est désormais fermement ancrée en tant qu'objectif clé, ce qui constitue la raison d'être principale des OMD. are hard to come by in countries with poor infrastructure, nevertheless the ongoing reduction of maternal and infant mortality is now firmly ingrained as a key objective, which is the main purpose of the MDGs.

Selon les objectifs des OMD établis en 1990, le Laos devrait atteindre un TMM d'environ 335 d'ici 2015, et le Cambodge un taux de 230 pour 100 000 naissance vivantes. Ces statistiques dissimulent toutefois d'énormes différences selon la classe socio-économique, la place du groupe ethnique et l'isolement des habitations.



Une mère serre son nouveau-né dans les bras au Cambodge.

Contexte : l'accouchement au Laos et au Cambodge

Au Laos, seul un petit nombre de femmes accouche dans une clinique, un dispensaire ou autres types d'unité de soins médicaux proposant un soutien professionnel. Au Laos, les femmes de **classes supérieures se rendront dans des cliniques privées thaïlandaises** où beaucoup auront recours à des césariennes, alors que des milliers de

femmes moins fortunées continuent de donner naissance dans l'obscurité de leur habitation rurale et dans des conditions dangereuses, sans avoir accès à une aide professionnelle pour l'accouchement. Cependant, le père de l'enfant assiste généralement sa femme au moment de la naissance et possède des connaissances relativement solides après quelques enfants, ce qui constitue un point positif. On remarque une tendance similaire au Cambodge avec 85% d'accouchements à domicile enregistrés contre 15% de naissances en centre médical.

Toute réforme de politique concernant la grossesse, l'accouchement et les usages postnataux doit se fonder sur le fait encourageant que les hommes laotiens et cambodgiens, ont dans l'ensemble tendance à assister leur femme lors de l'accouchement et ne semblent pas considérer cela comme une affaire exclusivement féminine. Ce point mérite d'être souligné en raison d'une initiative lancée au Laos en 2000, laquelle visait à rendre les accouchements plus sûrs pour les femmes vivant dans des villages isolés.

L'OMS et l'accouchement plus sûr

Il y a une vingtaine d'année, l'OMS a introduit des centres de maternité sans risques où les femmes enceintes originaires de villages isolés pouvaient venir accoucher tout en recevant des repas et des soins corrects ainsi que des instructions concernant l'hygiène, la santé, la nutrition et les soins à apporter aux nouveau-nés. Cette initiative constituait un corollaire de la décision de l'OMS dont la politique mondiale visait alors à dissuader les populations de recourir aux accouchements à domicile et de promouvoir systématiquement les naissances en hôpitaux et cliniques, renforçant ainsi la tendance à accoucher sous les auspices de professionnelles des soins médicaux. Chaque accouchement, déclare l'OMS, comporte un risque potentiel pour la mère et l'enfant, qui peut survenir au dernier moment ou pendant la naissance. Par conséquent, toute naissance devrait se dérouler avec un encadrement médical professionnel,

à proximité ou dans une structure dotée d'un service obstétrique de haute qualité et d'équipements de premiers secours prêts à être utilisés.

L'impact sur la maternité et l'accouchement au Laos

Ce changement de stratégie a eut des conséquences immédiates concernant la grossesse, l'accouchement et les soins postnataux au Laos. Les initiatives destinées aux infirmiers/infirmières immatriculé(e)s afin qu'ils/elles obtiennent un diplôme en obstétrique ont été abandonnées, tout comme la formation des accoucheuses traditionnelles. Le soutien d'initiatives visant à améliorer la sécurité des accouchements à domicile, comprenant l'introduction de colis pour l'accouchement à domicile et de trousse obstétriques dans les zones rurales a également été interrompu.

Heureusement, cette politique a été abandonnée et, tout en maintenant l'objectif de dissuader les populations de recourir aux accouchements à domicile et de promouvoir les naissances dans des centres médicaux, de grands progrès ont été réalisés pour combler le fossé de 20 ans que cette politique a causé dans la formation des sages-femmes et des accoucheurs/accoucheuses qualifié(e)s.

Les accouchements en milieu médical dans les centres de soins régionaux devraient devenir la norme. Néanmoins, travailler sur des accouchements à domicile moins risqués convaincrat plus facilement les femmes de se rendre dans le centre de soins médicaux le plus proche ultérieurement, et donnerait le temps au Laos et au Cambodge de mettre en place des centres de santé sûrs et de confiance, où les femmes auraient envie de se rendre.

Selon les entretiens et les retours que j'ai obtenu sur une période de trois ans (2000-2002), des professionnels formés de la santé ont réussi à apporter des soins à des mères et nouveau-nés dans près de 140 établissements de santé situés dans des zones éloignées des mères qui ont accouché,. Après un fossé de deux décennies dans le pays, les nouvelles Sages-femmes Communautaires ont été formées

selon le plan de l'Assistance Nationale Professionnelle à l'Accouchement, qui soutient la livraison nationale de Colis Intégrés d'aide maternelle, néonatale et de soins des nourrissons.

Ce sont réellement de bonnes nouvelles. Cela signifie que les besoins des futures mères, aujourd'hui en danger dans les zones isolées, sont pris au sérieux et ne sont pas sacrifiés pour favoriser quelque plan d'amélioration globale à long terme.

Autres obstacles pour rendre la maternité plus sûre et les nourrissons en meilleure santé

Outre de meilleurs soins obstétricaux, d'autres facteurs relatifs à la pauvreté, à l'isolement et à l'ignorance mettent en danger la santé de la mère et du nourrisson et doivent également être combattus. L'amélioration globale et visible du niveau de vie, du statut nutritionnel et des infrastructures du Laos et du Cambodge, cache en effet d'énormes disparités provoquées par les facteurs suivants :

- Les maternités précoces et tardives, ainsi que les grossesses insuffisamment espacées.
- Le mauvais usage ou l'absence de planning familial, entraînant des grossesses insuffisamment espacées et des avortements dangereux.
- La santé et le statut nutritionnel médiocres de la mère, dus à la pauvreté mais également aux croyances et pratiques culturelles.
- La mauvaise hygiène et la vaccination incomplète des mères et des nouveau-nés au Laos.
- Aucune consultation prénatale possible, car aucun suivi et aucuns soins obstétricaux professionnels accessibles ne sont disponibles.
- Les facteurs culturels empêchant le séjour à l'hôpital au moment opportun : le premier enfant correspond au risque le plus élevé. Cependant, parmi de nombreux groupes ethniques, la jeune épouse doit quitter sa propre famille pour vivre avec sa belle-famille, qui

n'accepte pas forcément de couvrir les frais de transport jusqu'à l'hôpital. Ce choix, qui doit être pris collectivement par les hommes âgés de sa nouvelle communauté, n'est par conséquent pas décidé avec le même souci qu'auraient eu ses propres parents.

- Les prestataires de santé dans le centre médical le plus proche peuvent être méprisants envers les patients d'ethnies mineures, qui ne parlent d'ailleurs pas souvent la langue principale, le Lao ou le Khmer, mais seulement leur propre dialecte.
- Dans le Cambodge libéral de l'après-guerre, le risque d'infection par le HIV est très élevé, conséquence d'une augmentation importante de l'activité sexuelle à des fins commerciales et de la prostitution organisée au Laos.

Rattraper la réalité

Des progrès importants semblent avoir été réalisés durant ces dix dernières années. Néanmoins, le Laos et le Cambodge nécessiteront très probablement au moins dix ans supplémentaires avant que les femmes ne préfèrent accoucher à l'hôpital ou dans les centres médicaux en raison des risques amoindris, d'une meilleure expérience et d'une satisfaction émotionnelle égale à celle ressentie en restant chez elles, dans l'intimité du lien entre mari et femme ou entre la femme parturiente et ses proches de sexe féminin.

L'objectif au Laos consiste désormais de travailler à la réalisation de cette transformation. Les accoucheurs/accoucheuses et les infirmiers/infirmières sont formé(e)s pour aider les femmes qui accouchent chez elles pendant qu'un réseau national de centres médicaux, équipés pour les urgences, est créé, où les femmes pourront donner naissance de manière sûre sous la supervision de professionnels bien formés. Je suis convaincue qu'avec une plus grande marge de sûreté, la préférence envers les accouchements en centres médicaux se développera.

Que peut faire une organisation confessionnelle chrétienne ou autre pour

améliorer la situation et accélérer ce changement, nécessaire pour atteindre les OMD ? La réponse varie considérablement d'un pays à l'autre.

Au Cambodge, il n'existe pas de restrictions concernant le soutien de pays étrangers dans le secteur de la santé. De nombreuses organisations confessionnelles sont actives dans le secteur de la santé, où les services sont en grande partie gratuits. Au Laos, cependant, l'économie et les services de base sont planifiés centralement et strictement contrôlés. L'influence directe en provenance de l'extérieur se limite par conséquent au minimum.

Le changement reste toutefois possible. Lors de ma visite au Laos en avril 2012 avec le directeur des ressources humaines de la Délégation Catholique pour la Coopération (DCC), il nous a été demandé si nous pouvions aider le gouvernement à atteindre l'objectif 5 de l'OMD en leur envoyant des sages-femmes hautement qualifiées qui pourraient mettre en place des postes de soins aux mères et enfants dans les zones isolées et superviser des assistant(e)s sages-femmes laotien(ne)s. Cette proposition au DCC de prendre la responsabilité de la formation de sages-femmes et de services de santé destinés aux femmes enceintes, nourrissons et jeunes enfants constitue un réel signe de libéralisation. En général, le gouvernement du Laos oppose en effet une certaine résistance à l'influence que pourraient avoir des organisations confessionnelles non-bouddhiques sur son développement. Cette influence des pays occidentaux est rejetée, alors que les partenariats commerciaux de toutes tailles, dont certains très importants, sont favorisés. Jusqu'à maintenant, les religieuses catholiques se sont vues confier le soin des handicapés. L'association Vision du Monde est également très active dans le secteur de la santé. Le Catholic Relief Service travaille quant à lui principalement dans le secteur de l'éducation.

Nous attendons avec impatience de développer, avec le gouvernement du Laos, un dialogue qui pourrait conduire éventuellement à un flux continu de sages-

femmes de la DCC qui formeraient leurs consœurs laotiennes et mettrait en place des services de santé génésique de qualité à travers tout le pays pour s'assurer que les femmes, où qu'elles vivent, aient droit à une grossesse et à un accouchement sans risques, à des conseils et à un soutien postnatal, ainsi qu'à des soins pour le nourrisson afin que chaque enfant vive sa première année en bonne santé.

Le Laos et le Cambodge n'atteindront peut-être pas leurs objectifs concernant une maternité moins risquée d'ici 2015 mais ils s'en rapprochent assurément en prenant des chemins différents. J'attends avec impatience de continuer ma discussion avec le gouvernement du Laos à travers leur intermédiaire de la Santé Maternelle et Infantile et espère vous présenter d'ici un an l'évolution positive concernant la mortalité maternelle et infantile grâce aux grossesses et accouchement plus sûrs ainsi qu'à une meilleure surveillance postnatale de la mère et de l'enfant.

Laetitia van Haren est la Chargée de mission de la Délégation Catholique pour la Coopération (DCC) au Cambodia

APPROCHE DE LA SANTÉ GÉNÉSIQUE DU POINT DE VUE ISLAMIQUE

Chaque année, plus de 500 000 femmes décèdent des suites d'une grossesse ou d'un accouchement, surtout dans les pays les moins développés.

Dans les pays en développement, il existe encore de nombreuses familles n'ayant pas accès à des soins de santé appropriés, y compris des soins prénataux et postnataux ; ces familles n'ont pas accès à l'information et aux moyens qui leur permettraient de se protéger contre des pratiques préjudiciables et des infections sexuellement transmissibles (IST) et s'avèrent par conséquent incapables de prendre une décision éclairée quant à l'écart d'âge qu'il devrait y avoir entre leurs enfants.

Une santé génésique déplorable peut avoir pour conséquence un grand nombre de grossesses involontaires et d'avortements ainsi que de forts taux de mortalité maternelle et infantile et des millions de femmes forcées de subir des pratiques préjudiciables telles que la circoncision féminine.

Ce sont les femmes et les jeunes filles qui pâtissent le plus d'un manque de soins de santé génésique adéquats.

Bien que des informations et services sur la santé génésique soient disponibles, il reste de nombreux facteurs empêchant ces hommes, femmes ou jeunes filles d'accéder à ces services, ce qui s'explique en partie par le caractère sensible que revêt le thème de la santé génésique.

Cet article offrira un aperçu des différentes facettes de la santé génésique envisagée du point de vue islamique et apportera des recommandations sur la façon d'aborder la santé génésique dans un contexte musulman.

Santé génésique dans le monde musulman

Plusieurs conférences internationales ont

eu lieu à travers le monde, y compris dans des pays musulmans, afin de soulever les problèmes sensibles qu'implique la santé génésique.

Nombre de ces pays ont observé des progrès en matière de santé maternelle et infantile. L'Iran, par exemple, a vu son système de sécurité sociale et le bien-être de ses citoyens s'améliorer. Ce pays a établi des programmes de santé génésique tels des services gratuits de planning familial ; un bon service de santé ; en vue de réduire la mortalité infantile et de promouvoir l'éducation des femmes et leur accès à un emploi.

Même si des pays comme l'Iran ont constaté une amélioration au niveau de la santé des femmes et des enfants, d'autres pays musulmans se trouvent toujours confrontés à de sérieux défis en matière de santé génésique.

D'après les recherches, le taux de mortalité des nourrissons, pendant et directement après la naissance, s'est avéré beaucoup plus élevé parmi les enfants nés de mères circoncises (avec infibulations). Les femmes circoncises seront en effet bien plus susceptibles de subir une césarienne, de présenter des risques d'hémorragie ; d'être hospitalisées plus longtemps après l'accouchement, de souffrir de déchirures du périnée, d'un temps d'accouchement prolongé, de nécessiter une épisiotomie, voire de décéder.

Le problème de la santé génésique se heurte à des barrières culturelles et religieuses, et à moins qu'il ne soit traité avec tact et en tenant compte des complexités culturelles, continuera à représenter un thème difficile à aborder. Dans de nombreux pays, la religion façonne les valeurs, les actions, les choix et influe sur les comportements. Les paragraphes suivants exposeront brièvement la perspective islamique de

la santé génésique.

Espacement des naissances

La santé est considérée dans l'islam comme un droit de l'homme fondamental et une grâce accordée par Allah aux êtres humains. Le Prophète (SAWS) a déclaré : «

Il existe deux sortes de bénédictions que nombre de gens n'apprécient pas à leur juste valeur : la santé et le temps libre. » C'est à l'homme qu'il incombe la responsabilité de préserver la grâce de la santé qui lui a été accordée.

Dans le contexte de la santé génésique, cela signifie qu'il faille tout mettre en œuvre pour empêcher qu'une grossesse et la naissance d'un enfant compromettent la santé d'une femme.

La procréation et les enfants, dans la foi islamique, sont perçus comme une bénédiction et une finalité du mariage. Le Coran met également en garde contre l'assassinat de ces enfants par peur de la pauvreté et stipule :

« Les biens et les enfants sont l'ornement de la vie de ce monde » (Coran 18:46)

« Ô hommes ! Craignez votre Seigneur qui vous a créés d'un seul être, et a créé de celui-ci son épouse, et qui de ces deux-là a fait répandre sur la terre beaucoup d'hommes et de femmes » (Coran 4:1).

En s'appuyant sur ce passage, certains en concluent que les planning familiaux vont à l'encontre du principe de procréation. Toutefois, de nombreux spécialistes religieux et auteurs musulmans reconnaissent que la fertilité peut être contrôlée à des fins d'espacements de naissances, sans lesquels la qualité de vie de la mère et de l'enfant ou encore la capacité des parents à élever leurs enfants pourraient être compromises. Le

Coran affirme ainsi :

« Allah n'impose à aucune âme une charge supérieure à sa capacité. » (Coran 2:286)

L'islam perçoit le planning familial comme un moyen d'assurer la priorité que constitue



A staff of the Islamic Medical Relief checks the pulse of a child at the Mulli clinic in West Darfur.

l'espacement des naissances. Un certain écart de temps doit être respecté entre les enfants et on conseille aux mères d'allaiter leurs enfants pendant deux ans. Le Coran affirme :

« Et nous avons enjoint à l'homme (de la bonté et du

respect) envers ses père et mère. Sa mère l'a péniblement porté et en a péniblement accouché, et son sevrage dure deux ans après la naissance. » (Coran 31:14)

AzI (coït interrompu) correspondait à une forme de contraception pratiquée au temps du Prophète Mahomet (SAWS) et est du point de vue de l'islam acceptable pour de nombreux musulmans.

« Nous (les compagnons du Prophète - SAWS) avons l'habitude de pratiquer le coït interrompu au cours de la vie du messager d'Allah. Le messager d'Allah vint pour connaître cette pratique et ne nous interdit pas de la continuer » (Sahih le musulman : 1440)

Grossesses involontaires

À l'échelle mondiale, près de 45 millions de grossesses involontaires sont interrompues chaque année.

Il n'existe aucun consensus entre spécialistes musulmans quant à la légalité de l'avortement. Les avis varient de la permissivité de l'avortement en-dessous de l'âge de 120 jours à l'interdiction. Le Coran désapprouve clairement l'interruption de la vie d'autres humains :

« Ne tuez point la vie qu'Allah a rendu sacrée » [Coran 6.151]. Tous les spécialistes musulmans s'accordent sur le fait que l'âme entre dans le fœtus 120 jours après la conception. Ce consensus se fonde sur l'hadith et le verset coranique suivants :

Le Prophète (SAWS) a déclaré, « Chacun d'entre vous est constitué dans le ventre de sa mère pendant quarante jours en tant que nutfah (goutte de sperme), et devient ensuite un alaqah (caillot de sang épais) pour la même durée, puis un mudghah (morceau de chair) pour la même durée, c'est alors que l'ange est envoyé et lui insuffle la vie ». 34 (Bukhari, 3036)

En conséquence, il existe un consensus, parmi les quatre principaux courants de pensée islamiques, sur le fait qu'avorter au-delà de 120 jours de grossesse soit strictement interdit et considéré comme un infanticide ou un meurtre. En revanche, certains spécialistes pensent que l'avortement soit permis dès lors que la vie de la mère s'avère gravement menacée. Il existe donc un consensus sur le fait que l'avortement soit acceptable avant 120 jours de grossesse, à la seule condition, toutefois, que la vie de la mère s'avère menacée.

Une des solutions permettant de surmonter et d'aborder la question de la grossesse involontaire consiste à fournir des informations détaillées et des services en matière de santé génésique.

Information sur la santé génésique

Dans l'islam, s'informer est un devoir qui incombe à tout musulman. S'informer sur la santé génésique ne représente en aucun cas une exception.

L'islam encourage à discuter des questions liées à la santé génésique. Aisha, la femme du Prophète (SAWS) a déclaré, « Bénies soient les femmes de l'Ansar (citoyennes de la Médine). La timidité n'a point entravé leur recherche d'informations sur les questions religieuses liées à la sexualité. » (Sahih le musulman).

Les informations et services en matière de santé génésique sont tous deux acceptables, du point de vue de l'islam, et très importants pour améliorer la santé maternelle et infantile. Néanmoins, afin de

parvenir à un impact positif sur la santé génésique, l'un comme l'autre doivent être abordés en tenant compte de la religion pour s'adapter à la culture.

Questions à considérer lorsqu'on travaille sur la santé génésique

Les projets de santé génésique mis en œuvre sur un territoire très conservateur, doivent impliquer autant que possible les leaders politiques religieux à l'échelle locale et mondiale, du fait de leur forte influence sur les individus en termes de croyances et de comportements. Les chefs religieux et communautaires doivent constituer le premier point de contact. Les évaluations des travaux précédents émanant du Secours islamique sur les programmes de santé génésique menés au Bangladesh et au Pakistan, ont été unanimes sur le fait que les programmes les plus efficaces sont ceux impliquant activement les leaders politiques musulmans locaux.

Pour garantir un impact durable, il est essentiel d'adopter une approche de la santé génésique à long terme et d'éviter les « solutions de fortune ». Un long processus de consultation avec la communauté locale s'avère par conséquent fondamental puisque ses leaders sont censés assumer la responsabilité du projet.

Il est crucial de respecter le choix des gens à propos de la procréation et de ne pas porter de jugement sur la taille de la famille. Dans nombre de communautés, on constate une croyance répandue selon laquelle les familles nombreuses vont dans le sens des enseignements religieux. Au cours d'une visite médicale de santé maternelle et infantile du Secours islamique au Pakistan, un groupe de discussion, instauré avec la communauté locale, a démontré que les hommes considéraient le concept de familles nombreuses comme un précepte de l'enseignement islamique. Les organisations doivent respecter les choix de procréation et fournir des informations et services de santé génésique à ceux qui en ont besoin.

Travailler en s'adaptant au contexte est la clé du succès et assure un impact positif. Les projets de santé génésique doivent être intégrés à un programme

plus général et, pour aborder le bien-être et les questions sociales de la famille, un projet lié à la santé, à l'éducation ou aux moyens de subsistance doit être offert en tant qu'élément d'un programme intégré.

Les prochains objectifs

Bien qu'on ait constaté une réduction de 34 % de la mortalité maternelle entre 1990 et 2008, ce déclin représente moins de la moitié du chiffre visé pour atteindre les objectifs fixés pour 2015.

Les plus touchés sont les populations vulnérables dans des zones reculées. Les progrès en termes de soins prénataux et postnataux ont également été moins notables dans ces zones. Les organisations doivent travailler de façon décentralisée, dans le but d'inclure ces zones reculées à leur travail, en accordant une attention toute particulière aux hommes. En dépit du fait que les femmes et les enfants soient ceux qui pâtissent le plus des problèmes de santé génésique, les hommes gardent une influence considérable sur le choix des femmes en matière de procréation.

Culture et religion font partie intégrante de la vie des gens aussi est-il crucial d'impliquer autant que possible la communauté et les leaders politiques religieux si l'on veut parvenir avant tout à faire évoluer les comportements.

Il est impératif de reconnaître l'importance que revêtent l'éducation et des services en matière de santé génésique, afin de permettre aux familles de planifier les périodes de grossesses et les intervalles entre ces dernières, tout en restant en accord avec leurs croyances. Cela permettra d'accroître le bien-être des familles, d'atteindre les objectifs sanitaires du pays et de soutenir la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) d'ici 2015.

Najat Elhamri travaille pour Islamic Relief Worldwide

UNE APPROCHE INTÉGRÉE POUR ABORDER LA MORTALITÉ MATERNELLE

L'ONU a incité la communauté internationale à s'attaquer aux problèmes qui affectent la santé mondiale en créant les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Tous les OMD, mais particulièrement le 5 et le 6, se concentrent sur la santé des femmes et des enfants. Dans les zones de conflits ou de grande pauvreté, les femmes et les enfants souffrent de quelques un des plus importants problèmes de santé causés par le manque d'accès et/ou de recours aux services de santé. Les blessures et maladies liées aux accouchements sont particulièrement dévastatrices ; des données récentes de l'Organisation Mondiale de la Santé révèlent que l'essentiel (99%) des morts maternelles, s'élevant à 1000 par jours, se produit parmi les mères vivant dans des pays en voie de développement. De plus, la santé maternelle est malmenée par un système de croyances religieuses, sociales et culturelles qui marginalisent et discriminent les femmes, les exposant à des difficultés supplémentaires dues à la violence ou à un accès inadéquat aux soins.

Pour aborder ces défis et faire avancer les OMD de l'ONU, l'IMA World Health a travaillé à la création de programmes durables accentués sur la santé maternelle qu'ils continuent de développer aujourd'hui. Bien que les interventions médicales essentielles et basiques soient les piliers de ce programme, l'IMA pense que son succès dépend également de la combinaison des soins médicaux avec des solutions visant à éduquer, autonomiser et modifier les comportements des familles et des communautés. Cet article s'intéresse à la fois aux interventions de santé en établissement et également aux interventions communautaires, comprenant la mobilisation des dirigeants religieux à travers des Guides d'Instructions

sur la Santé des Mères, des Nouveau-nés et des enfants.

Les interventions spécifiques comprennent les suivantes :

AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE ET LES SERVICES DE NÉONATOLOGIE

Les soins aux nouveau-nés et aux mères complets et de qualité représentent les piliers de la stratégie pour la santé maternelle. Les résultats du projet révèlent qu'inciter les mères enceintes et leur mari à profiter des services prénataux et de maternité basiques a augmenté la probabilité pour ces derniers de bénéficier également des autres services et interventions.

Les interventions clés du programme comprennent :

Cliniques de Soins Prénataux (SP) : L'un des défis initiaux était que les cliniques prénatales en RD Congo possèdent traditionnellement un taux élevées de visites, mais les femmes commencent généralement leurs consultations tard (au troisième trimestre), limitant ainsi les interventions à des vérifications de poids et de tension artérielle. Pour encourager plus de femmes à profiter de tous les services disponibles, le projet ne facturait pas les visites individuellement mais plutôt en intégrant leurs coûts globaux dans les frais d'accouchement standard.

De plus, le projet fournissait, sans frais supplémentaires, des services additionnels tels que des médicaments préventifs contre la malaria ainsi que des moustiquaires, la vaccination contre le tétanos et des multivitamines à l'acide folique. Par exemple, plus d'un million

de moustiquaires ont été distribuées aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans dans les Cliniques Périnatales (CPN), permettant une protection proche des 100%. Durant la quatrième année, le projet a atteint un taux de protection de 71% concernant le Traitement Préventif Intermittent pendant la Grossesse (TPIG) afin de réduire les conséquences négatives de la malaria, contre respectivement 5% et 50% pour la moyenne et l'objectif national. Les cliniques SP constituent également les premières structures pour les conseils sur la planification familiale et a offert de nombreux services pour la prévention de la transmission materno-fœtale afin d'éviter la transmission du VIH à la naissance. Le projet a fourni des conseils sur le VIH ainsi que des dépistages à près de 90 000 femmes annuellement dès la quatrième année. De plus, le dépistage était également proposé aux futurs pères, qui ont été des milliers à accepter.

En conséquence de ces services et encouragements au sein de la communauté, les taux de CPN ont rapidement atteint 100% et les patients venaient même de l'extérieur des zones de santé pour profiter des services soutenus par l'USAID (Agence des États-Unis pour le développement international).

Accouchements Assistés : Les naissances sans assistance contribuent considérablement à la mortalité et morbidité maternelle et fœtale. Un objectif important du programme consistait à encourager les femmes à accoucher assistée par du personnel qualifié dans des centres équipés. Au début du projet, le taux de naissance sans assistance stagnait en dessous de 60% ; le taux a presque atteint les 90% à la fin du projet. Les facteurs qui ont contribué à cette réussite comprennent le renforcement des compétences des travailleurs de la santé, la réhabilitation des services de maternité et l'obtention de tables d'accouchement, d'éclairage et de fournitures.

Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA) : La GATPA comprend l'utilisation d'ocytocine pour stimuler les contractions utérines et éviter une hémorragie post-partum, cause

principale des morts maternelles dans les pays développés. Forte de son succès, cette intervention est rapidement devenue la norme de soin non seulement pour AXxes mais également pour d'autres zones de de santé, où le taux est particulièrement bas. Le renforcement des capacités et la supervision des travailleurs de la santé, l'adaptation avec succès de l'enregistrement et collecte des données nationaux, un ravitaillement adéquat d'ocytocine et l'affichage de protocoles et d'instructions dans tous les centres de maternités font tous partie des facteurs qui ont contribué à ce succès.

Consultation Postnatale (CPON) : En plus de surveiller la santé de la mère et de l'enfant dans les 72 premières heures, critiques, les consultations post-partum sont de merveilleuses opportunités pour enseigner et conseiller à propos des pratiques telles que l'allaitement, la nutrition, l'hygiène et la planification familiale.

PLANIFICATION FAMILIALE

Permettre aux couples de décider quand et combien ils souhaitent, ou non, d'avoir des enfants possède de nombreux avantages, non seulement pour la santé maternelle mais également pour les conditions sanitaires et socio-économiques des enfants et des familles. Selon des données de l'ONU datant de 2011, près de 215 millions de femmes originaires de l'Afrique subsaharienne qui préféreraient retarder ou éviter une grossesse manquent d'accès à une contraception sûre et efficace. La mortalité maternelle pourrait être réduite d'un tiers si les besoins non-satisfaits en matière de contraception étaient comblés.

En conséquence, fournir des services de planifications familiales informatives de grande qualité représentait un objectif clé du projet. Ces interventions cherchaient principalement à promouvoir les naissances espacées et à éviter les grossesses non-désirées. Le principe directeur consistait à fournir des informations et des conseils sur toutes les méthodes, puis de fournir celle sélectionnée par le patient.

TRAITEMENT DES FISTULES

Les fistules sont des lésions sévères qui engagent des conséquences physiques, sociales, émotionnelles et économiques traumatiques pour les femmes. Les fistules sont souvent causées par des complications lors d'une dystocie mais peut aussi résulter d'une attaque violente. A cause d'incontinence et d'humiliation, les femmes souffrant de fistules se révèlent incapables de travailler ou d'interagir avec leur amis ou la communauté, approfondissant ainsi leur pauvreté et isolation sociale. Beaucoup sont abandonnées par leur mari.

Les activités du projet pour sensibiliser et prévenir/traiter les fistules comprenaient une amélioration de la formation concernant l'assistance durant l'accouchement et les protocoles définis, la création et le soutien d'équipes de traitement des fistules mobiles ou en hôpitaux, des recherches sur les facteurs comorbides avec les fistules et les obstacles à surmonter, ainsi que des partenariats avec EngenderHealth pour co-sponsoriser deux conférences nationales afin de sensibiliser et de développer des solutions.

Entre 2007 et 2010, 1276 femmes ont été traitées contre les fistules à travers le projet AXxes. Pour chaque traitement, une vie a été rétablie.

RELAIS COMMUNAUTAIRES

La plupart des interventions effectuées à travers le Projet AXxes dépendaient des relais communautaires afin de réussir à étendre la sensibilisation et la coopération. Les relais communautaires sont composés de réseaux de volontaires formés qui utilisent de nombreux outils : brochures, fiches conseils, affiches et médias pour répandre les informations et les messages promotionnels destinés à encourager les changements de comportement et/ou sensibiliser à propos des problèmes de santé. De la malaria à la planification familiale en passant par la Violence Sexuelle et Sexiste (VSS), les relais communautaires ont joué un rôle majeur pour convaincre les femmes et les familles de profiter des services médicaux et de changer d'attitudes envers la santé des

femmes.

GUIDES D'INSTRUCTION

En complément du Projet AXxes, l'IMA est impliqué dans beaucoup d'autres programmes soutenant la santé maternelle et infantile. Par exemple, à travers l'ACCESS Programm (dirigé par Jhpiego), l'IMA a développé les Guides d'Instruction Chrétiens et Musulmans Pour Sauver La Vie des Mères et des Nouveau-nés : Une Trousse à Outils pour les Dirigeants Religieux. Réalisés à l'intention des dirigeants religieux et laïcs, les Guides d'Instructions fournissent les outils nécessaires à l'éducation de leur communauté à propos des problèmes de maternité sans risques partagés de la chaire aussi bien que pendant des sessions de conseils, des réunions de groupe (jeunes, hommes, femmes), etc... Ces outils ont été adaptés et utilisés au Rwanda, en Tanzanie et au Liberia en tant que stratégie concernant la communauté afin de réduire la mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants.

RÉFLEXIONS FINALES

Concernant la santé maternelle, il paraît clair qu'aucun remède miracle n'existe pour réduire la mortalité et la morbidité dans l'ensemble. Le Projet AXxes démontre que grâce à une variété de facteurs et freins biologiques et culturels, une approche intégrant de nombreuses interventions médicales et sociales dans une optique plus importante qui bénéficient aux individus, tout en collaborant avec les familles et les communautés, possède le potentiel d'améliorer la santé maternelle à la fois pour cette génération mais aussi la suivante.

Emily Esworthy est la responsable marketing de IMA Worlhealth.

RÉDUIRE LA MORTALITÉ MATERNELLE GRÂCE À DES CLINIQUES MOBILES À NAIROBI

Il y a un an, Jacaranda Health ouvrait ses portes aux mères de Nairobi. Dans les quartiers préurbains de Kariobangi, les infirmières, les réceptionnistes, l'équipe commerciale et les conseillers cliniques ont tous contribué à mettre en place les salles de consultation, les tests en laboratoire et la tente de bienvenue sur les terres de l'Église du Plein Évangile, le partenaire communautaire qui a accueilli le dispensaire mobile pour la journée.

Jacaranda Health constitue une nouvelle chaîne de maternités qui vise à changer la façon dont les soins maternels sont dispensés en milieu urbain en Afrique. Son personnel est entré dans le domaine des soins maternels en Afrique de l'est avec un défi : fournir des soins abordables de grande qualité à toutes les femmes tout en créant une organisation qui financièrement viable à long terme.

Les zones périurbaines — ces zones vastes et animées situées à la périphérie des villes — constituent les centres de population à la croissance la plus rapide du monde car les populations migrent des régions rurales à la recherche de meilleures opportunités économiques. À Nairobi, plus des 2/3 des habitants la ville se trouvent dans ces zones, où les conditions sanitaires et la disponibilité des services médicaux restent limités car les villes s'étendent plus vite que les infrastructures de santé publique. Une recherche du conseil africain de recherche sur la population et la santé a avancé un taux de mortalité maternelle supérieur à 700 pour 100 000 naissances dans certains quartiers de Nairobi, soit un taux sensiblement plus élevé que la moyenne nationale, et une centaine de fois supérieur à certains pays européens.

Les zones urbaines représentent un défi unique pour la santé maternelle. Bien que

les installations et les infirmières soient à disposition des mères, 30% des femmes mettent leurs enfants au monde chez elles et la qualité des soins proposés dans les installations publiques et privées s'avère très souvent mauvaise.

L'approche de Jacaranda consiste à mettre en place des cliniques dans ces zones afin d'y offrir un service de grande qualité basé sur les meilleures innovations de santé maternelle disponibles et à des tarifs abordables pour les femmes. Le modèle de Jacaranda consiste en une chaîne de cliniques : des unités mobiles qui fournissent une prise en charge prénatale et promeuvent l'organisation, et des cliniques fixes où les mères peuvent aller pour accoucher et bénéficier de soins obstétricaux, et postnataux respectueux. L'unité mobile est constituée d'un camion composé d'infirmières et d'une réceptionniste, qui déchargent le véhicule chaque jour pour mettre en place une clinique complète de consultations externes avec des salles d'examen et une réception, le tout dans les installations du partenaire.

L'Église du Plein Évangile fait partie des sept partenaires communautaires ; chaque partenaire reçoit la clinique une fois toutes les deux semaines et l'aide à accroître sa visibilité dans les zones périurbaines. Pour maintenir la faiblesse des coûts sans sacrifier la qualité des soins, Jacaranda compte sur des interventions cliniques qui ont montré leur efficacité, avec des innovations commerciales qui se sont avérées efficaces pour améliorer le rendement et le rapport coût-efficacité.

Celles-ci incluent des protocoles fondés sur les preuves, des listes de contrôle et des techniques à faible coût qui ont montré leur efficacité, avec des innovations commerciales telles que la

prospection menée par les animateurs communautaires, des plans d'épargne à travers des systèmes de virement téléphonique et un suivi de l'inventaire qui se sont avérés efficaces pour améliorer le rendement et le rapport coût-efficacité.

À cet égard, Jacaranda vise à servir de laboratoire pour les innovations en matière de santé maternelle, testant ainsi les technologies et services qui peuvent être reproduits par le secteur public.

Les premières patientes enceintes de Jacaranda sont arrivées par la route de terre de Kariobangi dès l'ouverture des portes de l'Église du Plein Évangile. Ce jour là, tant de patientes

sont venues qu'il n'a pas été possible de les voir toutes dans la journée. Dans les semaines qui ont suivi la première ouverture, Jacaranda a effectué des rotations au niveau des cliniques parmi les sept partenaires communautaires, et des réglages cliniques, testant différentes approches commerciales et procédant à des groupes de discussion avec des patientes pour améliorer les services.

Jacaranda Health ne constitue pas une organisation œcuménique, mais elle reconnaît clairement la valeur des églises en tant que partenaires communautaires : la clinique mobile de Jacaranda travaille actuellement avec cinq églises représentant différentes confessions, et augmentera probablement le nombre de ses partenaires. Elle a exprimé plusieurs avantages à travailler avec des églises pour fournir des soins maternels :

- Les églises inspirent confiance à la communauté et ajoutent de la crédibilité aux yeux des patients, ce qui constitue une chose importante dans des zones où les médecins ne sont pas toujours considérés

dignes de confiance.

- Les pasteurs s'enthousiasment de fournir des services de santé et une aide sociale à leurs assemblées, et mentionnent les services de santé maternelle dans leurs sermons.

- Ces églises possèdent quelques unes des plus belles installations dans les zones périurbaines, où les infirmières de Jacaranda peuvent mettre en place

des salles d'examen et où les patientes peuvent se rassembler dans un environnement agréable.

Outre le lien avec les églises, le personnel de Jacaranda a mentionné quelques temps forts du premier mois de prestation de ses services :



Les échantillons du sang, prêt pour le dépistage du VIH à l'hôpital de Jacaranda

Jacaranda atteint les femmes qu'elle voulait atteindre, d'une mère de 17 ans effectuant sa première visite médicale au bout de 36 semaines de grossesse, à une mère pendant sa quatrième grossesse ayant déjà vécu un accouchement prématuré et qui ne savait pas où elle accoucherait. Les systèmes et protocoles fonctionnent. Le personnel a testé des applications pour créer des dossiers médicaux par téléphone portable, un système de gestion d'inventaire et des protocoles cliniques et d'urgence. Avec de bons résultats : les patientes peuvent facilement accéder à leurs données grâce aux SMS. Des installations partenaires ont été recommandées avec succès aux patientes pour des complications et des accouchements, et elles reviennent déjà à Jacaranda pour des soins postnataux. Pendant ce temps-là, leurs partenaires de l'École de santé publique de Harvard progressent rapidement sur leur évaluation de base qui permettra à Jacaranda de mesurer et de produire des rapports sur son impact.

Les patientes reviennent. L'un des plus gros tests a eu lieu quatre semaines après la première journée de la clinique, lorsque les infirmières de Jacaranda se sont demandé si les patientes qu'elles ont recommandées pour des visites de suivi prénatal reviendraient ? Dix sur onze sont revenues et ont payé le plein tarif. Les formulaires de commentaires de Jacaranda montrent pour l'instant que 95% des clientes du premier mois attribuent 5 étoiles dans « la satisfaction du patient ». Ce système fonctionne car les patientes apprécient le temps passé avec les cliniciens, les soins respectueux qui leur sont fournis ainsi que leur accessibilité et leur rapport qualité-prix.

Il existe également des défis : le personnel trouve par exemple difficile de convaincre certaines patientes que la visite d'une clinique mobile une fois toutes les deux semaines – même dans une église ou une école – constitue une façon fiable d'obtenir des soins maternels continus. Beaucoup de mères exigent une continuité des soins jusqu'à leur accouchement. Jacaranda possède un modèle unique de clinique prénatale où la femme enceinte reste avec la même infirmière pour les examens, les analyses de laboratoire et l'aide psychologique. Ce modèle a reçu des critiques positives de la part des patientes et des infirmières.

Au mois d'août 2012, Jacaranda a ouvert une maternité de 12 lits pour servir les clientes qui avaient consulté les cliniques mobiles. L'hôpital emploie un personnel d'infirmières et de sages-femmes, permet aux femmes d'accoucher sans danger et fournit des soins obstétricaux d'urgence de base. Jacaranda a développé des protocoles de recommandation stricts pour envoyer les femmes qui nécessitent une césarienne ou souffrent d'autres complications d'accouchement aux installations partenaires.

Elle s'efforce de démontrer le succès du modèle en mesurant les résultats de l'action sanitaire, la qualité des soins et l'amélioration des comportements favorisant la santé tels que la continuité des soins prénataux jusqu'à l'accouchement, et la compréhension de l'importance que revêtent les soins postnataux. La mesure des résultats de l'action sanitaire

et de l'impact constitue une raison suffisante pour justifier le recrutement d'un responsable des évaluations d'impact qui aide à surveiller le succès et à créer des systèmes de santé électroniques pour surveiller les opérations. Elle cherche actuellement un site pour construire une deuxième maternité et une fois que le modèle aura prouvé son efficacité, elle envisage par la suite d'élargir son réseau de cliniques dans Nairobi et dans d'autres villes du Kenya et de la région.

Nick Pearson est le directeur général du centre Jacaranda Health.

LES HÔPITAUX YAKKUM, TRAVAILLER EN COLLABORATION POUR REDUIRE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE

L'Indonésie est le quatrième plus grand pays en termes de population, avec la plus grande population musulmane dans le monde. Les chrétiens sont une minorité, mais jouent un rôle important dans la santé, l'aide humanitaire et le développement. La Fondation chrétienne pour la santé publique (Yakkum) a été fondée par l'église chrétienne d'Indonésie et l'église chrétienne de Java en 1950.

Yakkum est un fournisseur de services de santé publique avec 12 hôpitaux, 3 académies d'infirmiers/sages-femmes, 1 faculté de médecine en partenariat avec l'université Duta Wacana Christian. Il gère la plus grande unité d'urgence et de réhabilitation du pays.

Presque chaque hôpital Yakkum dispose d'une unité de développement communautaire pour améliorer la santé publique et habiliter le renforcement des capacités et les travaux de sensibilisation dans les régions d'interception de l'hôpital et des politiques nationales de la santé humanitaire et du développement.

La gestion des hôpitaux Yakkum est basée sur le concept de 'Hôpitaux durables de l'église' du WCC, ce qui signifie qu'elle vise à fournir le meilleur service de santé abordable pour tous avec une gestion professionnelle et l'accessibilité la plus grande possible pour résoudre les problèmes fondamentaux de la santé. Yakkum travaille en collaboration avec 350 organisations communautaires et Clubs patients. Les hôpitaux Yakkum sont des institutions autonomes n'ayant aucune aide financière extérieure pour les services.

Récemment, deux des hôpitaux Yakkum ont participé à un programme gouvernemental MNCH. Les hôpitaux participants étaient Bethesda Hospital et Emmanuel Christian Hospital. Comme hôpital de référence pour "Ponek 24 hours" pour la province

Banjarnegara, Java centre.

La principale tâche de l'hôpital Bethesda est d'aider le Bureau provincial de la santé à améliorer la capacité des services obstétriques et d'urgence néonatale de l'hôpital général régional de Bajawa afin de répondre aux exigences institutionnelles, de sorte à ce que l'hôpital puisse fonctionner en tant que service obstétrical et d'urgence néonatale de 24 heures (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif ou PONEK).

Cela aidera également à réduire les taux de mortalité maternelle et infantile à Nusa Tenggara Est, qui a été connue pour être la province avec le plus haut taux de mortalité en Indonésie.

En tant que partenaire principal, l'hôpital Bethesda doit offrir une formation, améliorer la gestion et les planifications des ventes et des opérations, et conseiller techniquement les médecins et les infirmiers/infirmières de l'hôpital général de Bajawa dans la manipulation des procédures obstétricales et néonatales d'urgence.

En un laps de temps très court – d'août à novembre 2010 – un progrès a été réalisé. Le taux de visite des patients a augmenté de 45,5%, le taux de la mortalité maternelle était de zéro et le taux de mortalité néonatale a diminué de 27 cas en janvier à 7 cas en juillet 2010.

Efficacités

Le service de 24 heures de PONEK a été créé par le ministère de la santé indonésien en 2008 sous les directives de la mise en œuvre de Soins d'urgence 24 heures obstétricaux et néonataux dans l'hôpital. Le service 24 heures de PONEK a été lancé dans le cadre du programme Pour une grossesse à moindre risqué (MPS) qui a été lancé mondialement par OMS afin de combler l'écart des

OMD concernant les taux de mortalité maternelle et infantile.

Le MPS comprend trois principaux indicateurs :

- toutes les femmes enceintes et leurs nouveau-nés devraient pouvoir accéder à des soins qualifiés pendant la grossesse, à l'accouchement et à la période post-partum.
- toutes les femmes et leurs nouveau-nés devraient avoir accès aux soins de référence en cas de complications.
- toutes les femmes en âge de procréer devraient avoir accès au service de prévention, de la gestion des grossesses non désirés et des complications des avortements à risque.

Conformément aux Objectifs du millénaire pour le développement de l'UN, l'Indonésie a besoin d'atteindre l'objectif de réduire la mortalité infantile et des moins de cinq ans d'environ deux tiers, à partir d'une base de 35/1000 naissances vivantes en 1990. Selon l'objectif 5, l'Indonésie doit réduire son taux de mortalité maternelle de trois quarts, qui en chiffres réels est une diminution de 307/100 000 en 1990 à 125/100 000 en 2015.

Actuellement, le gouvernement déclare qu'il a réduit le taux de mortalité maternelle à 228/100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile à 26/1000 naissances vivantes. Cependant, le gouvernement a également reconnu que les progrès ont été lents.

Compte tenu de l'incertitude économique mondiale et de l'impact du changement climatique sur la santé, l'Indonésie a besoin d'accélérer son progrès car l'échéance en 2015 se rapproche rapidement.

Dans ce contexte, PONEK 24 heures joue un rôle crucial dans la réalisation des objectifs 4 et 5 des OMD dont l'objectif principal de ce programme est de fournir des services de santé de qualité afin de réduire la mortalité maternelle et infantile.

Points faibles

De nombreux cas de grossesse ou d'accouchement entraînant la mort sont dus au fait que la patiente a été référée à l'hôpital dans un état très grave. En effet,

près de 90% des patients recommandés sont des cas d'urgence et ont rarement été liés au problème de diagnostic précoce.

La plupart des cas de la mortalité maternelle sont dus à une hémorragie. En dépit de ce fait bien connu, la disponibilité du sang reste un problème grave. En outre, il est fréquent que dans les hôpitaux régionaux il y ait des ambulances mais pas de conducteur, car aucun poste du service civil n'a été nommé comme conducteurs. Cela met en évidence le problème sous-jacent que les politiques relatives au recrutement et à l'équipement des hôpitaux n'ont pas été entièrement établies.

Un programme de renforcement des capacités pour le personnel hospitalier lancé pour soutenir le programme a été considéré inefficace, car la plupart des bureaux gouvernementaux régionaux n'avaient pas assez de fonds pour fournir le budget nécessaire au soutien du programme. Le manque de ressources financières a en effet poussé plusieurs médecins et infirmières à quitter le programme pour aller travailler ailleurs, à la recherche d'une meilleure rémunération.

En bref, l'Indonésie a besoin de politiques plus innovantes, si elle veut surmonter les divers problèmes auxquels elle doit faire face et atteindre les objectifs OMD.

Syamsul Ardiansyah & Sigit Wijayanta travaillent pour la Fondation chrétienne pour la santé publique à Jakarta, L'Indonésie.

ÉTUDE DE LA BIBLE

L'Introduction

Il fait partie de l'un des quelques passages bibliques qui traitent de viol ou d'inceste (violence sexuelle), une expression violente qui constitue l'un des obstacles principaux à la réalisation des droits sexuels et reproductifs des filles et des femmes. Inversement, la violence sexuelle constitue l'une des principales causes de violation de la dignité des filles et des femmes, une déshumanisation de leur dignité et de leur estime de soi. (<http://hiphopwired.com/2010/06/17/parents-arrested-after-raping-1-month-old-child-to-death/>) Des enfants qui n'ont pas encore commencé à développer des concepts sur la fonction de leur sexualité sont violés. Les responsables font souvent partie de ceux qui sont supposés les protéger et les élever dans une atmosphère leur permettant de se construire une image positive d'elles-mêmes qui améliore leur image sur le plan sexuel. Dans certains cas, des filles qui commencent à se découvrir en tant que magnifique créature de Dieu, créée à l'image de Dieu, explorant le rôle que joue leur sexualité dans cette découverte, se retrouvent violées et forcées de vivre une grossesse précoce et non préparée. Cette maternité précoce met souvent en danger leurs propres vies car leurs corps peuvent ne pas s'être assez développés pour porter sans danger le fœtus à terme. Les églises luttent souvent pour affronter de telles réalités portant sur la vie et la mort et outre leur tentation de moraliser de tels actes et de rejeter l'entière responsabilité sur ces filles violées, elles semblent « conspirer » en faveur du silence.

Pour créer un espace où les lecteurs peuvent faire connaissance de façon interactive avec le chapitre 13 du deuxième livre de Samuel et soulever des questions concernant la façon dont la violence sexuelle affecte la santé sexuelle et reproductive des femmes, nous utiliserons la méthodologie de l'étude biblique contextuelle pour traiter ce texte. L'EBC est née de la Théologie de la libération en tant que façon communautaire et interactive d'étudier la Bible qui aide à la promotion des sujets de préoccupation au sein d'une communauté donnée. Elle ne peut être enseignée car seules les voix des participants importent. L'animateur s'enquiert des questions à débattre en utilisant les deux principes majeurs de l'exégèse biblique : l'exégèse : des questions de conscience littéraires ou critiques qui s'appuient sur les outils des études bibliques, cherchant la signification du texte biblique à l'intérieur de ses contextes historiques et sociaux ; et l'interprétation : des questions de conscience communautaires qui s'appuient sur les sentiments, expériences et

ressources de la communauté (localisant socialement les lecteurs, l'animateur et la communauté concernés).

Chapitre 13 du deuxième livre de Samuel : versets 6-14

(6) Amnon se coucha et fit le malade. Le roi vint le voir, et Amnon dit au roi : « Je te prie, que Tamar, ma sœur, vienne faire deux gâteaux sous mes yeux, et que je les mange de sa main. » (7) David envoya dire à Tamar dans la maison : « Va à la maison de ton frère Amnon et prépare-lui un mets. » (8) Tamar alla chez son frère Amnon, qui était couché. Prenant de la pâte, elle la pétrit, la mit en gâteaux sous ses yeux et fit cuire les gâteaux ; (9) elle prit ensuite la poêle et les versa devant lui. Mais il refusa de manger. Amnon dit alors : « Faites sortir d'auprès de moi tout le monde. » Lorsque tous furent sortis d'auprès de lui, (10) Amnon dit à Tamar : « Apporte le mets dans l'alcôve, et que je le mange de ta main. » Tamar prit les gâteaux qu'elle avait faits, et les apporta à son frère Amnon dans l'alcôve. (11) Comme elle les lui présentait à manger, il la saisit et lui dit : « Viens, couche avec moi, ma sœur. » (12) Elle lui répondit : « Non, mon frère, ne me déshonore pas, car on n'agit point ainsi en Israël ; ne commets pas cette infamie. (13) Moi, où irais-je porter ma honte ? Et toi, tu serais comme l'un des infâmes en Israël. Parles-en au roi, je te prie, et il ne refusera pas de me donner à toi. » (14) Mais il ne voulut pas écouter sa voix ; plus fort qu'elle, il la violenta et coucha avec elle.

Conclusion

Avons-nous violé des femmes comme Tamar dans nos propres contextes ? Si oui, quelle forme notre viol a-t-il pris ?

Si les « Tamar » violées dans notre communauté se retrouvaient enceintes à la suite d'un inceste, quels risques rencontreraient-elles : sur les plans psychologique, physique et médical ? Quelles ressources possèdent nos communautés pour s'assurer que ces filles et femmes voient leur santé sexuelle et reproductive protégées ? Ou l'impact de leur viol est-il atténué ?

Comment une femme violée voit-elle Dieu ?

Comment nos théologies abordent les problèmes de violence sexuelle contre les femmes ; la santé et les droits sexuels et reproductifs ? Que feriez-vous pour conserver l'intégrité dans votre communauté après de tels incidents ? Comment pouvons-nous le mieux casser le silence autour des violences sexuelles ?

Quelle praxis devrions-nous entreprendre pour établir la justice et la paix dans nos communautés ? OU : Maintenant que vous vous êtes penchés sur ces questions en tant que communauté, qu'allez-vous faire ?

- Créer un lieu sûr qui protège les enfants et les femmes contre la violence sexuelle - sur le plan théologique, social, économique, sanitaire, et politique ?
- Atténuer l'impact des abus sexuels ?
- Apporter la guérison et la santé à la personne violée ainsi qu'à la communauté dans son ensemble ?
- Comment vous occuperez-vous des responsables ?

Dr. Fulata Moyo est le responsable du programme « les femmes dans l'église et la société » au Conseil mondial des Églises.

RESSOURCES

Chaque femme Chaque enfant

Un mouvement mondial, dirigé par le Secrétaire général des Nations Unies, pour mobiliser et intensifier l'action mondiale visant à améliorer la santé des femmes et des enfants à travers le monde.
www.everywomaneverychild.org

L'engagement pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée

Le 14-15 juin 2012, à Washington DC, les gouvernements de l'Éthiopie, de l'Inde et des États-Unis avec l'UNICEF, sont mobilisés dans le monde pour réaliser des objectifs ambitieux mais cependant réalisables – pour mettre fin aux décès d'enfants potentiels. <http://www.apromiserenewed.org/>
Compte-rendu 2012: http://www.unicef.org/publications/files/APR_Progress_Report_2012_11Sept2012.pdf

Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile (PMNCH)

Le partenariat (PMNCH) s'est joint aux communautés génétiques, maternelles, néonatales et infantiles (CGMNI) en une alliance de plus de 450 membres pour veiller à ce que toutes les femmes, les enfants et les nourrissons restent non seulement en bonne santé, mais également réussissent. Il se concentre sur 68 pays prioritaires, qui représentent 97% des décès maternels et infantiles dans le monde. <http://www.who.int/pmnch/en/>

Compte à rebours jusqu'en 2015 pour la survie maternelle, néonatale et infantile

L'initiative du compte à rebours jusqu'en 2015 mesure la couverture des services de santé de base efficaces pour réduire la mortalité maternelle et infantile et évalue les ressources nationales et des donateurs, et également travaille pour créer une responsabilisation des gouvernements et des partenaires de développement et identifie les lacunes et propose de nouvelles mesures pour atteindre les Objectifs 4 et 5 millénaires pour le développement.
http://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/20110601_countdownsection/en/index.html

Rencontre avec Maya

Rencontrez Maya, un bébé en bonne santé dont la naissance a été le résultat de systèmes de santé plus solides soutenant les femmes, les familles et les communautés. Un bon outil pour mieux comprendre que la santé doit être prise en considération dans son ensemble – ce qui empêche les personnes d'être en bonne santé, et comment pouvons-nous en tant que société civile, organisations internationales et gouvernements, contribuer pour avoir des systèmes de santé solide et

de soutien qui auront un impact sur le développement.

Rencontrer Maya : <http://www.youtube.com/watch?v=PFVCNUOM5Us&feature=relmfu>

2ème anniversaire de Maya : <http://www.youtube.com/watch?v=5Jb6Ju3KQPE&feature=relmfu>

Investir dans la santé pour l'Afrique

Cette étude soutient que la croissance économique actuelle de l'Afrique peut être améliorée si des efforts concertés sont déployés pour améliorer les systèmes des soins de santé du continent. Selon le rapport, l'investissement dans le secteur de la santé en Afrique pourrait aider à sauver des millions de vies et de d'éviter les handicaps à vie. En même temps, les investissements dans la santé devraient accélérer l'évolution vers les objectifs millénaires pour le développement des UN. (MDGs). http://www.who.int/pmnch/media/membernews/2011/investing_health_africa_eng.pdf

Les opportunités pour les nouveau-nés de l'Afrique : données pratiques, politiques et soutien aux programmes de soins néonataux en Afrique

Le livre donne un aperçu sur la continuité des soins à travers le cycle de vie et des opportunités pour combler les lacunes à tous les niveaux – soins familiaux et communautaires, services de proximité et installations de soins de santé. Des études de cas sont analysées pour connaître les mesures efficaces pour échelonner les interventions, renforcer et intégrer l'approvisionnement de services, et fournir à chaque mère, nouveau-né et enfants en Afrique les soins nécessaires.
<http://www.who.int/pmnch/media/publications/oanfullreport.pdf>

Prévision communautaire de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (c-PMTCT)

Ce document donne un aperçu de la façon dont la vision mondiale peut contribuer à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à travers des interventions communautaires, une partie de la campagne 'Santé de l'enfant maintenant' pour atteindre les Objectifs millénaires pour le développement (OMD) 4, 5 and 6. <http://www.childhealthnow.org/docs/en/cpmtct-wv-integratedapproach.pdf>

RESSOURCES

Prendre soins du nouveau-né à la maison : un cours de formation pour les agents de la santé communautaires

Le département WHO pour la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (MCA) et UNICEF ont initié le développement des matériaux pour améliorer l'accès aux services de soins postnataux et aux interventions nécessaires aux femmes enceintes et allaitantes et à leurs nouveau-nés, qui fournissent des conseils aux agents communautaires de la santé pour effectuer des visites à domicile pendant la période prénatale et les premières semaines après la naissance du bébé. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/caring_for_newborn/en/index.html

Pathfinder International propose des outils pour le renforcement des capacités en matière de santé sexuelle et reproductive. <http://www.pathfinder.org/publications-tools/>

Soutien des efforts pour mettre fin à la fistule obstétricale

Ce rapport a été préparé en réaction à la résolution 65/188 de l'assemblée générale et des efforts décrits déployés aux niveaux international, régional et national, et par le système des Nations Unies, pour mettre fin à la fistule obstétricale. <http://www.endfistula.org/webdav/site/endpointfistula/shared/documents/reports/67th%20UNGA%20-%20Report%20of%20the%20Secretary-General%20on%20Supporting%20efforts%20to%20end%20obstetric%20fistula.pdf>

Programme intégré de la santé maternelle et infantile

MCHIP est le Bureau de l'USAID du programme précurseur de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) pour la santé mondiale, qui se concentre sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et accélérer la réalisation des Objectifs millénaires pour le développement (OMD) 4 et 5. <http://www.mchip.net/about>

2013 Conférence pour la santé mondiale du nouveau-né: <http://www.mchip.net/node/1403>

Le CONTACT traite les divers aspects de l'implication de l'église et de la communauté dans la santé, et cherche à rendre compte des approches novatrices et courageuses pour la promotion de la santé et de la guérison.

Le CONTACT est disponible sur le site Web du *Conseil œcuménique des Églises* : www.oikoumene.org/contactmagazine

Les articles peuvent être reproduits librement, sous condition de mentionner : le contact, la publication du conseil mondial des églises.

Comité de rédaction : Melissa Kaminker, Mike Mugweru, Annie Solís-Escalante
Illustrations: José Francisco Espinoza-Funes
Conception et mise en page : Mike Mugweru

Pour toute demande de renseignements sur les articles présents dans ce numéro peuvent être adressées à : African Christian Health Associations Platform
P.O. Box 30690 - 00100 Nairobi, Kenya.
Tél : 254 20 4441920/4445160 Fax: 254 20 4441090/4440306
Courrier électronique : chas@chak.or.ke
Site Web : www.africachap.org.