

Comprendre la procédure de transfert, de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base vers des soins complets dans les situations de crise humanitaire au Nigéria et en République centrafricaine.

Synthèse des données de deux pays

APERÇU

Au début de l'année 2024, on estime que près de 300 millions de personnes continuent à avoir besoin d'assistance humanitaire dans le monde entier et, comme toujours, les femmes et les filles sont impactées de manière disproportionnée.¹ Selon un groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, « dans des situations de crise, les femmes et les filles rencontrent des difficultés à accéder à la terre et à d'autres moyens de production. Il leur est difficile d'accéder à des services nécessaires à la survie, notamment aux soins de santé sexuelle et reproductive. Par conséquent, le risque de décès liés à la grossesse et à l'accouchement augmente considérablement et on constate que les femmes enceintes sont les plus touchées par l'insécurité alimentaire et la malnutrition provoquées par les changements climatiques ».² Plus de 26 millions de femmes et de jeunes filles en âge de procréer vivent dans des situations d'urgence. Elles ont toutes besoin et devraient être en droit de bénéficier de services de santé de qualité.³ Pourtant, la communauté internationale ne parvient pas à fournir des services vitaux de santé sexuelle et reproductive aux personnes dans le besoin. Force est de constater que les 25 pays qui ont lancé un appel humanitaire international en 2024 sont responsables de 58 % des décès maternels, 38 % des décès de nouveau-nés et 36 % des mortinaissances dans le monde.⁴

La plupart de ces décès pourraient être évités grâce à la fourniture de soins basés sur des données probantes, notamment l'identification et la prise en charge rapide des complications obstétricales et néonatales d'urgence. Face à certaines complications, il est essentiel de transférer vers des soins de niveau

supérieur. Toutefois, les retards et les difficultés peuvent avoir un impact significatif sur le pronostic des patientes. Il convient donc d'assurer une procédure de transfert fonctionnelle entre les établissements tenus de fournir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets (soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base [SONUB] et soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets [SONUC]). En conséquence, les fonctions fondamentales des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) font l'objet d'une révision au niveau mondial. Une proposition est également envisagée visant à inclure une nouvelle fonction fondamentale relative au transfert qui mettrait l'accent sur la disponibilité d'ambulances et de prestataires formés disposant d'équipements adéquats.

Dans les situations de crise humanitaire, on dispose de peu d'informations quant à l'efficacité des protocoles de transfert actuels, à l'impact de la dynamique des systèmes sur les résultats en matière de santé et au meilleur moyen d'améliorer les systèmes pour mieux répondre aux besoins des femmes, des jeunes filles et des nouveau-nés. L'objectif de cette étude était d'examiner les pratiques et les expériences de soins sur l'ensemble de la procédure de transfert, des établissements SONUB vers les établissements SONUC, et d'identifier des recommandations visant à renforcer les transferts et améliorer les expériences de soins pour les clientes. L'étude a été menée sur des sites sélectionnés dans les États de Yobe et Borno au nord-est du Nigéria et dans les préfectures de Bocaranga-koui, Nana-Grébizi et Haut-Mbomou en République centrafricaine où l'insurrection et les conflits prolongés ont affaibli le système de santé et créé des obstacles à la recherche de soins.

¹Bureau des Nations unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA), [Aperçu de la situation humanitaire mondiale, 2024](#)

²Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC), [Changement climatique 2023 - Synthèse du sixième rapport d'évaluation du GIEC \(AR6\) - Version intégrale](#), Mars 2023

³Global Health Cluster, Droits et santé sexuels et reproductifs dans les situations d'urgence. <https://healthcluster.who.int/our-work/thematic-collaborations/sexual-reproductive-health-and-rights-in-emergencies>

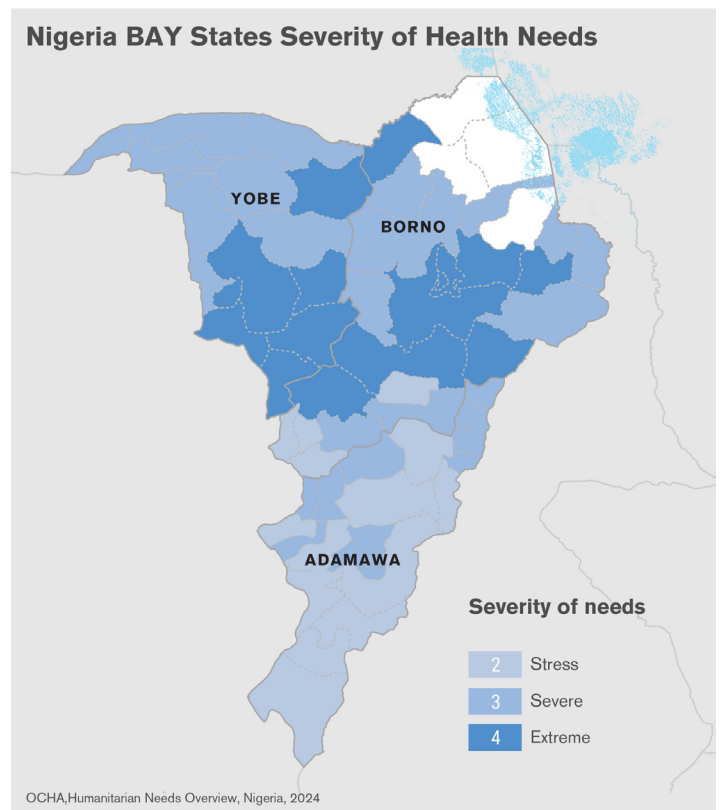
⁴Align MNH, [Tableau de bord de la mortalité dans les situations humanitaires 2024](#).

NIGÉRIA

Depuis plus de 14 ans, le nord-est du Nigéria est touché par un conflit infranational et doit faire face à¹² « de nombreux défis sociaux et économiques, notamment l'insécurité, le banditisme et les enlèvements, en particulier dans la région du nord-ouest, mais aussi l'insurrection menée en continu par des groupes terroristes dans le nord-est et les agitations séparatistes dans le sud-est ».¹³ Cette situation a entraîné des déplacements de populations très importants, des violations du droit international humanitaire et des droits de l'homme, des risques en matière de protection et un nombre extrêmement élevé de décès maternels et néonataux. Récemment, le gouvernement national du Nigéria a décidé d'accorder la priorité à la santé maternelle et néonatale (SMN) dans de nombreux cadres et politiques. Toutefois, malgré les progrès réalisés, l'escalade du violent conflit à Borno, Adamawa et Yobe (communément appelés les États BAY) a provoqué une crise humanitaire aiguë et plus de deux millions de personnes se sont retrouvées déplacées à l'intérieur de leur propre pays dont la majorité est située dans l'État de Borno. La situation reste très volatile sur le plan de la sécurité et l'accès est difficile en raison des attaques qui interrompent souvent les interventions.

En 2023, 40 % des établissements de santé des États BAY ont été endommagés ou détruits.¹⁴ Certaines patientes doivent donc parcourir des distances allant jusqu'à 70 km sur des routes en mauvais état pour se rendre dans l'établissement le plus proche qui peut aussi souvent manquer d'ambulances équipées, de médicaments, de personnel et d'infrastructures appropriés. En raison du nombre limité d'établissements SONUC, le volume des patientes est élevé et la qualité des soins compromise. Les prestataires se heurtent aussi à de nombreux obstacles lorsqu'ils tentent de communiquer entre les établissements ou avec les patientes. En outre, il n'existe pas de politique nationale relativement aux systèmes de transfert. Les transferts sont donc organisés de manière aléatoire en fonction des pratiques des partenaires chargés de la mise en œuvre, des niveaux d'insécurité actuels et

- **Taux de mortalité maternelle:** 1,047 décès maternels pour 100,000 naissances vivantes (2020)⁵
- **Taux de mortalité néonatale:** 34 décès de nouveau-nés pour 1,000 naissances vivantes (2022)⁶
- **Taux de mortinatalité:** 23 mortinaissances pour 1,000 naissances totale⁷
- **Nigéria:** 51% des accouchements pratiqués par du personnel qualifié⁸
- **État de Yobe:** 17.8% des accouchements pratiqués par du personnel qualifié⁹
- **États de Borno:** 25.9% des accouchements pratiqués par du personnel qualifié⁹
- Plus de 5,3 millions de personnes situées dans les États de Borno, Adamawa et Yobe (BAY) ont été identifiées comme ayant besoin d'une assistance sanitaire en 2024¹¹



⁵Tendances de la mortalité maternelle de 2000 à 2020: estimations de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP, du Groupe de la Banque mondiale et du Département des affaires économiques et sociales/de la Division de la population des Nations unies. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2023.

⁶Ibid.

⁷Groupe interorganisations des Nations unies pour l'estimation de la mortalité juvénile (IGME), Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Jamais oubliés : la situation de la mortinaissance dans le monde*, 2023.

⁸UNICEF, *La situation des enfants dans le monde*, Child Info et enquêtes démographiques et sanitaires. Banque Mondiale, 2022.

⁹Commission nationale de la population - NPC/Nigéria et ICF, 2019. Enquête démographique et sanitaire au Nigéria de 2018. Abuja, Nigéria, et Rockville, Maryland, États-Unis : NPC et ICF

¹⁰Ibid.

¹¹OCHA, *Présentation des besoins humanitaires au Nigéria*, 2024

¹²Banque mondiale, *Liste des situations de fragilité et de conflit pour l'exercice 2025*, 2024.

¹³Banque mondiale, *La Banque mondiale au Nigéria*, 2024

¹⁴OCHA, *Présentation des besoins humanitaires au Nigéria*, February 2023.

des différents avis. Il peut être par conséquent difficile d'informer la communauté sur les modalités d'accès aux services et les étapes à suivre. De nombreuses patientes passent ainsi entre les mailles du filet.

Dans le cadre de cette étude, l'IRC a inclus huit établissements SONUB et deux établissements SONUC dans les états de Borno et Yobe. Au début de l'étude, la moitié des établissements SONUB et les deux établissements SONUC ont déclaré fonctionner 24 heures sur 24. Les données du programme ont par ailleurs indiqué que le niveau de préparation des établissements pour assurer les fonctions fondamentales pouvait varier. Les deux établissements SONUC ont su assurer toutes les fonctions attendues

mais aucun établissement SONUB n'a déclaré avoir pratiqué l'accouchement assisté par voie basse et certains établissements n'ont pas été en mesure de procéder au retrait des produits de conception ni d'effectuer la réanimation néonatale. Les établissements SONUB ont généralement signalé des difficultés à organiser le transport des patientes transférées, trois d'entre eux ayant indiqué qu'aucune forme de transport n'était couramment disponible au sein de l'établissement (y compris des ambulances privées, des accords privés avec des taxis ou des véhicules fournis par les partenaires ou le district). Cette réalité opérationnelle a fortement mis en évidence le besoin de mieux comprendre les modalités d'accès aux soins SONU et le rôle de la procédure de transfert dans la recherche de soins.

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)

Définie comme pays touché par un conflit par la Banque mondiale²¹, la RCA « se classe au bas de l'échelle des indices de capital humain et de développement. Ses institutions sont fragiles, ses citoyens ont un accès limité aux services de base, les infrastructures sont extrêmement inadéquates, la violence fondée sur le genre est répandue et le tissu social est en danger ». ²² Le pays est confronté à des crises polymorphes depuis plus de dix ans. De plus, la présence continue des groupes armés a augmenté la violence contre les civils et les inondations extrêmes provoquent des déplacements perpétuels. L'instabilité dans les pays voisins, en particulier au Tchad, au Soudan et au Soudan du Sud, a un impact sur l'économie locale et est à l'origine d'un nombre important de réfugiés. Les taux de violence sexuelle et basée sur le genre atteignent des niveaux très inquiétants. L'OCHA estime qu'en 2024 2,8 millions de personnes en RCA auront besoin d'une aide humanitaire et d'une protection. ²³

Comme au Nigéria, les années de conflit et de fragilité ont affaibli le système de santé en RCA. Le pays n'est pas en voie d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD) de 2030 en matière de santé maternelle et néonatale (SMN). Il se classe parmi les 20 premiers

- **Taux de mortalité maternelle:** 835 décès maternels pour 100,000 naissances vivantes¹⁵
- **Taux de mortalité néonatale:** 31.7 décès de nouveau-nés pour 1,000 naissances vivantes¹⁶
- **Taux de mortinatalité:** 26 mortinaissances pour 1,000 naissances totales⁷
- 29.7% des décès de femmes en âge de procréer sont liés à la maternité, soit le quatrième taux le plus élevé au monde¹⁸
- 40% des accouchements sont assistés par du personnel de santé qualifié¹⁹
- Près d'un tiers des décès de femmes en âge de procréer sont dus à la grossesse et à l'accouchement²⁰

au monde en termes de taux de mortinatalité, de mortalité néonatale et de mortalité maternelle. La répartition géographique déséquilibrée des établissements de santé et des prestataires qualifiés est en partie responsable des statistiques désastreuses en matière de santé

¹⁵Tendances de la mortalité maternelle de 2000 à 2020: estimations de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP, du Groupe de la Banque mondiale et du Département des affaires économiques et sociales/de la Division de la population des Nations unies. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2023

¹⁶Groupe interorganisations des Nations unies pour l'estimation de la mortalité juvénile (IGME), Fonds des Nations unies pour l'enfance, New York, 2024

¹⁷Groupe interorganisations des Nations unies pour l'estimation de la mortalité juvénile (IGME), Fonds des Nations unies pour l'enfance, [Jamais oubliés : la situation de la mortinaissance dans le monde](#), 2023.

¹⁸Ibid

¹⁹OCHA, [Présentation des besoins humanitaires en République centrafricaine](#), 2024.

²⁰UNICEF, La situation des enfants dans le monde, Child Info et enquêtes démographiques et sanitaires, [République centrafricaine](#). Banque Mondiale, 2019.

²¹Banque Mondiale, [Liste des situations de fragilité et de conflit pour l'exercice 2025](#), 2024.

²²Banque Mondiale, [La Banque mondiale en République centrafricaine](#), 2024

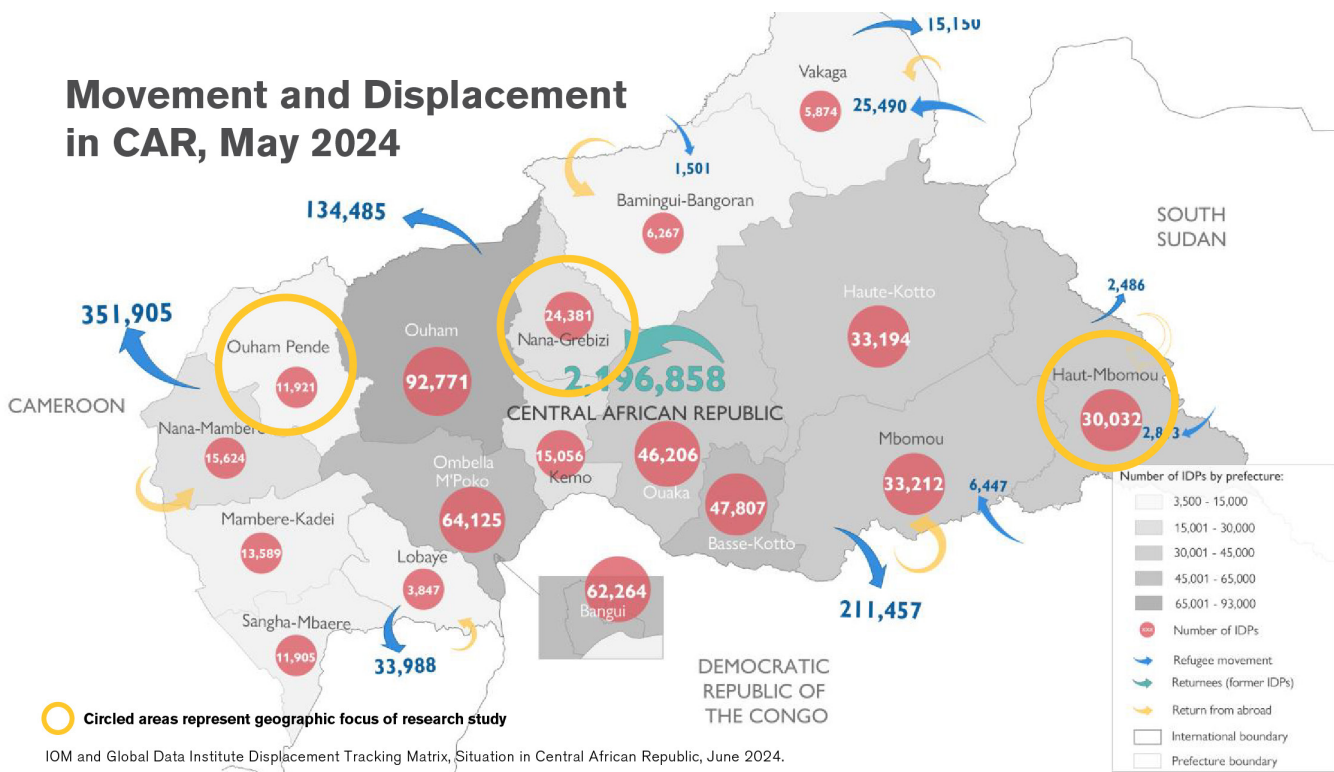
²³OCHA, [Présentation des besoins humanitaires en République centrafricaine](#), 2024.

reproductive. Par exemple, dans le pays, 93 % des sages-femmes travaillent dans les zones urbaines, alors que 60 % de la population est concentrée dans les zones rurales.²⁴ L'accès à des services de soins de qualité est profondément perturbé par des tensions et des luttes intestines permanentes. Le transport, les fournitures et les produits de base sont limités par le manque d'infrastructures routières, et les problèmes de sécurité qui touchent les clientes et les prestataires en transit sont aussi à l'origine de couvre-feux fréquents et empêchent l'organisation des transferts. Le manque de ressources financières paralyse les quelques éléments du système de santé qui fonctionnent car les budgets de certaines agences internationales sont plus importants que celui du ministère de la santé.²⁵ Il n'est pas rare que des clientes signalent que des traitements ou la sortie d'hospitalisation leur sont refusés tant que les factures médicales ne sont pas réglées. Ces observations soulignent le besoin d'examiner comment améliorer l'accès aux soins et la procédure de transfert pour les patientes qui ont besoin de soins plus intensifs.

Dans les préfectures identifiées dans le cadre de cette étude, l'IRC a sélectionné huit établissements SONUB et trois établissements SONUC. Seuls deux établissements SONUC étaient en mesure d'assurer régulièrement toutes les fonctions fondamentales

respectives. Si la majorité des établissements pouvaient fournir des services 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 grâce à l'ajout de services de garde, nombre d'entre eux proposaient des heures d'ouverture limitées. En outre, l'établissement le plus proche disposant d'une unité de soins spécialisés ou d'une unité de soins intensifs pour les nouveau-nés se trouvait à 45 km, soit jusqu'à deux heures de route. Concernant les établissements SONUB, les données du programme ont indiqué qu'ils administraient tous systématiquement des antibiotiques par voie parentérale et procédaient à une délivrance artificielle du placenta. Toutefois, aucun de ces établissements ne pratiquait l'accouchement assisté par voie basse et moins de la moitié administrait des médicaments antiépileptiques, procédait au retrait des produits de conception ou effectuait la réanimation néonatale. En outre, seul un quart des établissements SONUB a déclaré disposer de moyens de transport pour transférer les patientes. La quasi-totalité des établissements a indiqué avoir conclu des accords avec des taxis privés, ce qui signifie que les patientes pourraient avoir à régler le transport ou, si elles ne sont pas en mesure de payer, prendre leurs propres dispositions. Ces difficultés ont mis en évidence le fait qu'il est impératif de mieux comprendre ce qui fonctionne ou pas en RCA pour les patientes des établissements SONU.

Movement and Displacement in CAR, May 2024



²⁴Ibid.

²⁵Médecins Sans Frontières, RCA : « Nos sages-femmes travaillent comme premiers intervenants », Novembre 2016

ÉTUDE DE RECHERCHE

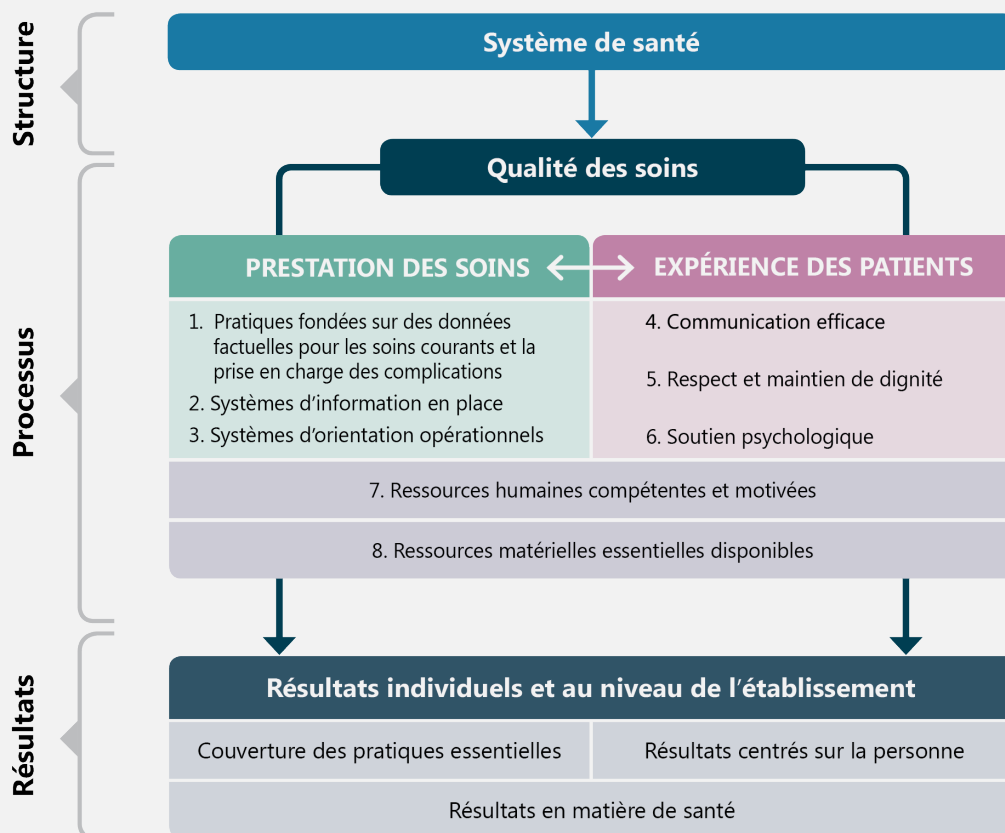
L'IRC a effectué une étude qualitative entre juin 2023 et juillet 2024 en s'appuyant sur le [Cadre de l'OMS sur la qualité des soins maternels et néonataux](#) (figure 1) qui définit les domaines clés dans le but de fournir des soins efficaces et de haute qualité. Cette étude a reçu l'approbation en matière d'éthique du Comité d'évaluation institutionnel de l'IRC, ainsi que du Comité national d'éthique pour la recherche en santé au Nigéria et du Comité éthique et scientifique de la Faculté des sciences de la santé et de l'Institut Pasteur de Bangui en République centrafricaine.

Dans les deux pays, l'objectif était d'interroger au moins 75 clientes et 52 prestataires jusqu'à avoir atteint saturation. En utilisant un échantillonnage ciblé, des entretiens approfondis ont été menés avec des femmes et des adolescentes qui ont eu recours aux services SONU (34 au Nigéria ; 50 en RCA) afin de documenter leurs expériences et leurs perspectives en matière de recherche de soins et de transfert. Des entretiens semi-structurés

ont été menés avec des prestataires SONUB et SONUC (32 au Nigéria ; 30 en RCA) afin de recueillir leurs points de vue et leurs expériences relativement au système de transfert et d'identifier les obstacles et les facteurs facilitant la fourniture de soins de qualité. Les participants ont donné leur consentement éclairé avant de prendre part à l'étude. Les personnes chargées de la collecte des données ont suivi une formation sur les techniques d'entretien tenant compte des traumatismes subis. Des protocoles ont été mis en place pour les participants ayant besoin d'un soutien psychosocial et d'une aide sur le plan de la santé mentale à la suite de leurs expériences.

Les entretiens ont été menés dans les langues locales, puis transcrits et traduits en anglais. Ils ont ensuite été analysés au regard des domaines du Cadre de l'OMS sur la qualité des soins maternels et néonataux. Des ateliers d'analyse des données ont été organisés dans chaque pays avec les groupes consultatifs techniques et les principales parties prenantes afin d'examiner les résultats et d'identifier les recommandations.

Fig. 1. Cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux



RÉSULTATS

Vous trouverez ci-dessous quelques résultats significatifs présentés conformément au Cadre de l'OMS sur la qualité des soins maternels et néonataux.

Prestation de soins: Pratiques fondées sur des données probantes, systèmes d'information exploitables et systèmes de transferts fonctionnels

Dans les deux pays, les prestataires ont indiqué que l'absence de politique claire ou standard sur la procédure de transfert était l'un des principaux obstacles à un transfert efficace entre les établissements. En effet, cette lacune a entraîné une certaine confusion et des décisions arbitraires ou subjectives lorsqu'il s'agissait de déterminer quand et comment transférer une patiente. Au Nigéria, le gouvernement fédéral a précisé avoir mis en place une procédure de transfert nationale. Toutefois, cette procédure n'a pas été suffisamment déployée dans le pays et de nombreux prestataires et responsables d'établissements de santé n'en avaient pas connaissance. Au lieu de cela, les établissements suivent des lignes directrices spécifiques à un projet ou à une organisation, ce qui conduit à une approche fragmentée des transferts. En outre, les prestataires de chaque pays ont constaté que l'absence de directives sur les audits de la mortalité se traduisait par un manque de cohérence et de clarté quant à la manière de déterminer le rôle de la procédure de transfert relativement à un décès, et qu'il n'existait pas non plus de documents d'orientation sur la façon de mener un audit de transfert ou de contrôler efficacement une procédure de transfert. Selon les prestataires, cette incertitude ou ce manque de connaissances sur les procédures de transfert semblait être la principale cause des retards de transferts en RCA.

Dans les deux pays, en plus du manque d'indicateurs relatifs à l'efficacité de la procédure de transfert, on a également constaté un système de communication et de retour d'information défaillant. En raison de moyens de télécommunications déficients, du manque de formulaires de transfert normalisés et de relations professionnelles ou personnelles souvent limitées entre les prestataires (p. ex. absence ou insuffisance de mentorat ou de réseaux professionnels), les

établissements ne communiquaient que très peu entre eux pour discuter ou signaler des transferts entrants et les systèmes de remontées d'informations étaient fracturés, voire inexistant. Certains prestataires ont dû faire preuve d'initiative pour assurer un suivi direct avec les familles afin de connaître les résultats du transfert ou d'encourager les visites de suivi. Dans l'ensemble, les prestataires ont estimé que les systèmes de remontées d'informations étaient absolument indispensables pour améliorer le transfert des patients. Compte tenu de ces facteurs aggravants, la plupart des personnes interrogées ont considéré qu'il existait peu de moyens de contrôler une procédure de transfert et avaient le sentiment d'être livrées à elles-mêmes dans un système de santé fracturé.

Une fois le transfert décidé, les clientes et les prestataires ont constaté que certains facteurs comme les saisons, l'heure de la journée et l'insécurité avaient une incidence sur la durée du transfert. Par exemple, la saison des pluies pouvait rendre les routes impraticables et allonger le temps de transport, surtout si un bateau ou un canoë devait être mis à disposition pour assurer le transfert. En raison du climat d'insécurité, il était essentiel de communiquer avec les services de sécurité ou les groupes armés pour obtenir l'autorisation de passer un poste de contrôle, ce qui rallongeait les délais de transfert. En termes de sécurité personnelle, l'insécurité a également impacté la décision des clientes de se faire transférer. Plusieurs clientes ont indiqué qu'elles ne voulaient pas voyager de nuit, qu'elles avaient peur des accidents de la route ou d'être bloquées, ou qu'elles craignaient de ne pas pouvoir rentrer chez elles une fois prises en charge dans l'établissement de transfert. De même, les prestataires devaient tenir compte de l'insécurité dans la décision de transfert. En effet, certains préféraient procéder au transfert de manière proactive pendant la journée afin d'éviter les risques potentiels liés aux trajets nocturnes.

« Même s'il y a un problème de sécurité, par exemple, des hommes armés sont présents dans le village ou sur la route et un transfert doit avoir lieu, nous prenons la décision de transférer la personne. Cependant, le transfert est souvent retardé par les proches de la patiente. Dans de tels cas, nous signalons la situation aux personnes responsables des hommes armés pour solliciter leur indulgence afin que la patiente puisse être transférée »

Prestataire SONUB, RCA

Pour les clientes, les questions financières jouaient un rôle majeur par rapport à leur engagement dans le système de transfert. Bien que les deux pays disposent en théorie de politiques visant à offrir gratuitement certains services SMN, la mise en œuvre de ces politiques pouvait varier et les clientes ne savaient pas si des modalités de paiements étaient imposées ou non. Certaines clientes ont indiqué qu'elles s'étaient retrouvées soudainement endettées ou qu'elles n'avaient pas eu d'autre choix que de refuser un transfert en raison des conséquences financières de la procédure. Dans quelques cas extrêmes en RCA, des clientes ont déclaré avoir été kidnappées par des établissements et des prestataires pour les obliger à payer leurs factures d'hôpital. Les prix élevés du carburant, des médicaments et de l'équipement ont souvent été mentionnés par les clientes et les prestataires. La prise en charge était d'ailleurs parfois retardée lorsque les clientes n'étaient pas en mesure d'acheter des médicaments et des produits de base, y compris des seringues et des gants médicaux pour les médecins. Au Nigéria, certains prestataires ont observé que lorsqu'un transfert était vivement recommandé par un prestataire, mais que ce dernier craignait un refus de la part de la cliente en raison des coûts afférents, le prestataire mentait à la cliente en lui assurant la gratuité des soins une fois prise en charge dans l'établissement d'accueil. Ce genre de pratique a suscité un manque de confiance dans la communauté et pourrait avoir des répercussions négatives sur les interactions futures avec le système de santé.

« Quand ils nous ont dit que nous devons nous rendre [à l'établissement de transfert parce qu'] ils ne pouvaient pas nous soigner, nous sommes rentrés chez nous pendant deux jours parce que nous n'avions pas d'argent ».

Cliente SONUB, Nigéria

L'engagement de la communauté était un autre facteur d'influence noté par les prestataires et les clientes en ce qui concerne les conseils fournis en matière de santé et l'acceptation du transfert. En particulier en RCA, un mécanisme communautaire impliquant fortement les autorités locales a permis de convaincre les patientes d'accepter d'être transférées et, dans certains cas, de prévoir un transport. À l'inverse,

au Nigéria, l'étude a relevé plusieurs références à l'influence des croyances religieuses au sein de la communauté sur les décisions, notamment des références aux djinns qui représentent des esprits ou des démons²⁶. Certaines clientes préféraient consulter d'autres membres de la communauté pour évaluer leurs options de transfert. Selon leurs croyances, une femme en proie à des convulsions est possédée. De ce fait, un transfert en vue de recevoir des soins serait inutile car les interventions médicales ne sauvent pas des démons.

« ...d'autres [disaient] que nous ne devrions pas aller à l'hôpital parce que mon sang s'écoulait à flot ; pour eux c'était un acte de sorcellerie mais nous ne les avons pas écoutés ».

Cliente SONUC, Nigéria

Ce qui a différencié de manière notable ces deux pays, c'était la présence de référents d'orientation au Nigéria. Cette fonction semblait unique : un agent spécialisé recruté par des ONG internationales était intégré directement dans des établissements et chargé de coordonner les transferts entre les établissements SONUB et SONUC en tenant compte du nombre de patientes et de lits, des soins nécessaires, de la distance et du contexte d'insécurité. De nombreux prestataires ont fait remarquer que malgré des canaux de communication défectueux et des processus de transfert opaques, le fait de pouvoir communiquer avec un référent d'orientation a contribué à créer un processus fluide et à apaiser les inquiétudes.

Expérience des soins: Communication efficace, respect et préservation de la dignité, et soutien émotionnel

D'après certains témoignages de clientes, les méthodes de communication entre les prestataires et les clientes peuvent être largement améliorées. Plusieurs clientes ont fait remarquer qu'elles ne comprenaient pas bien la raison de leur transfert, les soins qui avaient été ou leur seraient administrés dans le cadre de la recherche de soins, et les implications ou les options de transfert. Néanmoins, les clientes ne se sont pas montrées particulièrement négatives à ce sujet. Certaines ont tout

²⁶Pew Research Center, [Les musulmans du monde : unité et diversité, chapitre 4: autres croyances et pratiques](#), 2012.

de même déclaré qu'elles ne connaissaient pas très bien le système de santé et qu'elles ne savaient donc pas quelles questions poser, ni même qu'elles étaient autorisées à poser des questions aux prestataires de soins. Les personnes interrogées dans les deux pays, mais plus particulièrement au Nigéria, ont indiqué qu'il s'agissait de leur première expérience du système de santé officiel et qu'elles ne savaient donc pas à quoi s'attendre ou ce qui était acceptable.

Il convient de noter que certaines clientes ont souligné le fait que les prestataires avaient partagé des informations les concernant ou demandé le consentement de membres de la famille ou d'accompagnants disponibles, ce qui, selon ces clientes, était satisfaisant du point de vue de la communication. Cependant, dans certains cas, ce manque de communication directe entre les prestataires et les clientes a posé un problème sérieux lors des prises en charge dans un établissement SONUC. Les clientes n'avaient en effet que très peu d'informations ou de documents à transmettre sur leur situation et leur diagnostic, ce qui a entraîné des retards, la duplication de certains examens ou interventions, et parfois même des diagnostics contradictoires. Cela a évidemment entraîné des frustrations, une insatisfaction et une augmentation des coûts.

Il est intéressant de noter que, dans les deux pays, les clientes invoquaient « Dieu » et « la volonté de Dieu » lorsqu'elles parlaient de leur état de santé ou pronostic, ce qui pouvait éventuellement refléter des difficultés de communication entre les prestataires et les clientes et, par conséquent, un manque de connaissances en matière de santé parmi les clientes. En général, les clientes invoquaient « Dieu » et « la volonté de Dieu » pour exprimer l'acceptation d'une situation particulière telle qu'un pronostic défavorable (p. ex. le décès d'un nouveau-né était la volonté de Dieu et rien n'aurait pu être fait pour le sauver). Elles remerciaient également Dieu de leur avoir permis de survivre suite à un acte médical à risque (p. ex. ce n'était pas le système de transfert qui leur a sauvé la vie mais Dieu, car Dieu voulait qu'elles survivent et a donc veillé à leur prise en charge). Les prestataires ont également invoqué la « volonté de Dieu » dans l'espoir que les conditions dans leur établissement s'amélioreraient un jour. Il est difficile de savoir si de plus amples explications médicales fournies par les prestataires permettraient d'atténuer cette forte croyance religieuse et de modifier l'approche en matière de recherche de soins.

Les questions relatives aux soins respectueux occupaient également une place importante dans les deux pays. Ont aussi été signalés, des cas de mauvais traitements, de non-respect des souhaits des clientes (y compris refuser des demandes de transfert), de mensonge ou de tromperie à l'égard des clientes, et de violence verbale, comme dire aux clientes de ne pas faire état de leur douleur. Il est toutefois intéressant de noter que les clientes en RCA avaient une préférence pour les soins fournis dans les établissements SONUC qui étaient selon elles plus efficaces et de meilleure qualité, tandis que les clientes au Nigéria préféraient en grande majorité les établissements SONUB car l'offre de soin y était plus personnelle et plus réactive. Les personnes interrogées dans les deux pays ont largement été déçues par le manque de propreté des établissements. Elles ont déploré le manque de savon et de latrines, et certaines ont suggéré que la propreté d'un établissement pouvait influencer leur décision de transfert.

« Lorsque je suis arrivée dans l'établissement pour accoucher, l'infirmière en chef a refusé de me prendre en charge. Elle m'a dit que la sage-femme avait donné l'ordre de ne pas me faire accoucher parce que j'avais refusé le transfert. Je lui ai dit que j'étais désolée. J'ai ensuite pris un pagne et me suis allongée au sol. Puis j'ai commencé à pousser. C'est alors que l'infirmière en chef est venue m'accoucher. Grâce à Dieu, l'accouchement s'est bien passé, mais le bébé était malade. Nous avons ensuite été transférés au niveau supérieur ».

Cliente, RCA

« Pour être honnête, je n'étais pas contente. Je préfère accoucher dans cet établissement car j'y ai eu toutes mes consultations prénatales et ils s'occupent mieux ici de moi qu'à l'hôpital général ».

Cliente SONUB, Nigéria

En outre, au Nigéria comme en RCA, on a observé une peur d'être transférée pour une myriade de raisons, liée notamment au fait d'avoir entendu parler ou d'avoir vécu personnellement une mauvaise expérience dans un établissement de santé, à des hypothèses sur la surmédicalisation ou des interventions médicales inutiles comme la chirurgie dans les établissements de soins de

niveau supérieur, à la croyance que le transfert pourrait entraîner des conséquences traumatisantes ou un mauvais pronostic comme la mort, ou à l'inquiétude de ne pas pouvoir rentrer chez soi après le transfert. Cependant, certaines clientes ont déclaré que les retours positifs d'autres clientes les avaient incitées à se faire soigner et à accepter d'être transférées. Quelques clientes au Nigéria ont fait remarquer que, malgré la peur qu'elles ressentaient, elles étaient convaincues qu'un transfert signifiait que leur état était grave et qu'elles devaient absolument l'accepter.

Les difficultés financières avaient un impact sur la capacité à garantir le transport au Nigéria et en RCA. Dans les rares cas où le transport était assuré par un établissement, la qualité des soins pendant le transport était décrite comme médiocre ou inexistante. En fonction du moyen de transport utilisé, la mère et le bébé sont souvent séparés. Il est donc difficile de veiller au bien-être d'un nouveau-né lorsque sa mère malade se trouve à l'arrière d'une moto. Cependant, il est intéressant de noter qu'un grand nombre de personnes interrogées dans les deux pays ont souligné que ces séparations étaient rares et constituaient des exceptions acceptables. Cela dit, au Nigéria en tout cas, on a également observé que lorsque les mères et les bébés étaient séparés, la priorité était d'essayer de les réunir dès que possible ou aussi souvent que possible pour maintenir la continuité des soins et promouvoir l'allaitement maternel.

« Cela peut même prendre jusqu'à trois heures car il faut recueillir des fonds et trouver la moto. De plus, le moto-taxi doit d'abord être payé avant de pouvoir transporter la patiente. Enfin, l'insécurité, les saisons, etc. peuvent avoir un impact important sur ces délais ».

Prestataire SONUB, RCA

« Oui, les mères sont souvent séparées de leurs bébés. Si la mère est gravement malade, nous ne pouvons pas attendre que le bébé soit traité avant de le transférer. Nous utilisons une moto pour le transférer et le bébé suivra après ».

Prestataire SONUC, RCA

Les guides pour les entretiens contenaient des questions sur l'accompagnement dans le cadre des différentes expériences. Les réponses étant limitées, une recherche plus approfondie est justifiée en

particulier pour mieux évaluer l'accompagnement des personnes interrogées les plus vulnérables. Les clientes et les prestataires ont aussi souligné l'importance des accompagnants tout au long de la recherche de soins. Les clientes ont indiqué que les accompagnants offraient un soutien physique et émotionnel dans le cadre du transfert et les prestataires estimaient que la présence des accompagnants était utile pour discuter de la prestation des services et des options de soins, notamment dans les cas où la patiente pourrait être inconsciente ou ne pas bien se sentir. Généralement, les accompagnants étaient des membres de la famille (conjoints, parents, frères et sœurs et beaux-parents). Dans d'autres cas, des amis, des voisins ou des prestataires de soins de santé (y compris des accoucheuses traditionnelles) avaient été impliqués tout au long du parcours.

Ressources humaines compétentes et motivées et ressources matérielles essentielles disponibles

« ... Je dois appeler l'équipe chargée du transfert. À ma grande surprise, il n'y a pas de personne chargée du transfert dans les équipes de nuit des trois hôpitaux [vers qui nous] transférons nos patientes. C'est indépendant de notre volonté ».

Prestataire SONUB, Nigéria

De graves insuffisances concernant les ressources humaines et matérielles disponibles ont été signalées au Nigéria et en RCA. Dans les deux pays, le manque de moyens de transport pour transférer les patientes ainsi que le manque de prestataires de soins qualifiés pour accompagner les patientes pendant le transport ont été fréquemment évoqués. En outre, les personnes interrogées ont indiqué un manque de prestataires qualifiés, en particulier de prestataires de sexe féminin, dans les établissements en général. Dans les deux pays, les clientes ont exprimé le souhait de pouvoir faire appel à des prestataires de sexe féminin et d'être prises en charge par des médecins, car beaucoup pensent que le prestataire le mieux formé fournira les meilleurs soins. Le manque de formation a été systématiquement évoqué, certains prestataires indiquant que leur formation la plus récente remontait à plus de quatre ans, tandis que d'autres en RCA ont déclaré n'avoir reçu aucune formation spécialisée et devoir apprendre de leurs collègues. Certains prestataires au Nigéria ont jugé qu'il y avait du favoritisme en ce qui concerne la participation aux formations, de nombreux prestataires se retrouvant dans une situation difficile.

« Sérieusement, la qualité des soins est loin d'être satisfaisante. Certains jours, on a de la chance de rencontrer le médecin présent car des fois on ne le voit que rarement. Souvent, il est en salle d'opération. Même si l'on doit demander un transfert, il faut attendre. Vous voyez, c'est un défi et il existe de sérieuses lacunes. Il manque du personnel. Parfois les activités ne sont pas correctement documentées et sans documentation il n'y a pas de retour d'information adéquat ».

Prestataire SONUC, Nigéria

Dans les deux pays, la pénurie et les coûts des médicaments représentaient l'une des plaintes principales de la part des clientes. Dans le cadre de la procédure de transfert, certaines clientes ont indiqué avoir dû s'arrêter entre deux établissements pour acheter les produits nécessaires. Cependant, en RCA, les clientes ont exprimé leur gratitude pour certains services complémentaires disponibles dans un petit nombre d'établissements SONUB. Ces incitations ont motivé les patientes à se faire soigner et à suivre la procédure de transfert. Ces services sont offerts ou pris en charge par des ONG internationales et comprennent le paiement des frais de transport pour les transferts, la fourniture de kits pour des accouchements sans risques, des kits pour les nouveau-nés et la fourniture de certains médicaments lors des visites de suivi.

RECOMMANDATIONS POUR LA COMMUNAUTÉ HUMANITAIRE MONDIALE

« J'aimerais que les prestataires de soins ou les décideurs sachent que les femmes souffrent terriblement... lorsqu'il s'agit de transferts pour gérer des complications obstétricales et des soins néonataux, il est vital d'améliorer les conditions pour soulager les patientes et d'affecter du personnel qualifié dans nos établissements de santé ».

Cliente SONUC, RCA

Les recommandations ci-dessous exigent en fin de compte des mesures et un engagement plus forts de la part des acteurs nationaux et infranationaux. Toutefois, il incombe à la communauté internationale de veiller à ce que les interventions et les programmes humanitaires soient conçus et soutenus de manière à ce que les éléments essentiels des soins soient disponibles à tous les niveaux. Par conséquent, nous espérons voir un leadership à l'échelle mondiale. En outre, bien que cette étude se soit concentrée spécifiquement sur les situations de crise humanitaire, en plus des recommandations destinées aux acteurs humanitaires, de nombreuses recommandations ont été formulées à l'intention des ministères de la santé, de l'éducation et des transports,

1 Normalisation des lignes directrices et des outils: Les parties prenantes des deux pays ont exprimé la nécessité de disposer d'outils d'orientation harmonisés destinés à être utilisés par tous les partenaires et à renforcer les systèmes de données nationaux. Dans un premier temps, il pourrait s'agir d'aider les ministères de la santé à élaborer des procédures de transfert nationales, des procédures opérationnelles normalisées pour l'utilisation d'ambulances et des lignes directrices pour les secouristes ou les ambulanciers. En outre, il serait intéressant d'inclure des orientations pour réaliser des audits sur les transferts, des outils pour les transferts et les contre-références et une aide pour identifier et financer les recommandations qui découlent des audits de la mortalité. Les agences humanitaires pourraient par la suite soutenir la diffusion et la formation à ces lignes directrices et outils par l'intermédiaire des Clusters santé et des groupes de travail techniques.

2 Plaidoyer en faveur d'une augmentation

des ressources: À mesure que nous continuons à développer des données probantes SMN et à mettre au point des solutions innovantes, il est fort probable que les ressources consacrées à la fourniture de soins médicaux de base et de routine stagnent, voire diminuent, et que les formations et fournitures SONU ne bénéficient pas d'un soutien cohérent. Il est essentiel de veiller à ce que les services SONU soient inclus dans tous les appels humanitaires internationaux en tant que partie intégrante des services de soins de santé primaires de base, et de plaider auprès des donateurs pour qu'ils intègrent le soutien aux services SONU dans les investissements en matière de programmes.

3 Renforcement des capacités: Outre le renforcement de l'infrastructure des services SONU, les agences humanitaires devraient proposer des formations de routine sur les soins SONU aux intervenants et aux prestataires travaillant dans les établissements soutenus par des ONG internationales et impliquer de manière significative les femmes, les catégories professionnelles inférieures et les prestataires travaillant dans des établissements et des districts ruraux ou difficiles d'accès. Par ailleurs, des modules sur les soins maternels respectueux, la communication avec les patientes, le soutien psychosocial et les droits des patientes devraient être intégrés dans les programmes de formation initiale et de remise à niveau.

« ... J'ai besoin de former mes équipes, en particulier les membres du personnel des salles de travail en période prénatale et postnatale. Ils n'ont pas de connaissances SONUB. C'est ce qu'ils m'ont dit hier, alors j'en appelle aussi à vous pour que nous puissions organiser des formations SONUB ».

Prestataire SONUB, Nigéria

4 Mentorat: Dans le cadre d'interventions évolutives où des périodes d'insécurité inattendues peuvent survenir, il est impératif que tous les prestataires soient prêts à répondre rapidement aux besoins changeants et à fournir des services à la hauteur de leurs compétences. Travailler avec les acteurs nationaux pour établir ou soutenir des programmes de mentorat peut être une solution. De tels programmes pourraient prévoir la création d'incitations pour que les prestataires travaillent en rotation dans des

zones sensibles moins sûres, la mise en place de centres d'excellence au niveau régional ou du district, des programmes de parrainage pour que certains prestataires acquièrent des compétences spécialisées, ou une réserve de prestataires formés pouvant dispenser des formations et des formations de remise à niveau selon les besoins.

5 Des services gratuits et complets: Les acteurs humanitaires doivent veiller à ce que les budgets des programmes tiennent compte de la fourniture gratuite de services SONU et soutiennent les ressources nécessaires pour assurer des services SONU efficaces, notamment les médicaments, les fournitures médicales, les télécommunications et le transport. Par exemple, pour favoriser la gestion des transferts, il conviendrait de fournir à tous les établissements, y compris les centres principaux et secondaires, du matériel de communication (téléphones mobiles ou satellites, crédit de communication suffisant et/ou radios à haute fréquence). Dans l'idéal, le matériel de communication devrait également être disponible dans les ambulances ou les moyens de transport spécialisés. En outre, les agences humanitaires opérant dans des situations de conflit prolongé pourraient en faire davantage pour aider les ministères de la santé à rénover/réhabiliter les établissements de santé existants, à agrandir ou investir dans les maternités et à mettre en place des unités spécialisées à faibles ressources, comme des unités de soins Mère Kangourou lorsque cela est possible.

6 Possibilités de financement innovantes: En RCA, on a constaté que les mécanismes communautaires, tels que les fonds communs et les régimes d'assurance maladie communautaires, peuvent constituer une solution pour remédier aux insuffisances de ressources au niveau des établissements ou pour soutenir les familles restreintes financièrement. Il peut être intéressant d'explorer des solutions similaires, y compris examiner les programmes d'aide en espèces et en bons. Les fonds d'intervention en cas de catastrophe acheminent rapidement des fonds flexibles vers les établissements ou les districts dans des contextes d'insécurité. Ils peuvent

constituer une autre solution qui permettrait de louer temporairement des véhicules, d'embaucher des ambulanciers/chauffeurs supplémentaires ou de contrebalancer l'augmentation des coûts du carburant.

7 Infrastructures physiques et transports:

Dans le cadre d'une stratégie de localisation, les agences humanitaires doivent investir dans des solutions durables qui renforceront la résilience, plutôt que de créer des systèmes de santé parallèles qui risquent en fin de compte de compromettre les services locaux. En plus d'investir dans les infrastructures et de cibler les types d'établissements dont la communauté a besoin (p. ex. un établissement SONUC ou un établissement SONUB en fonction des normes mondiales), les agences doivent identifier et soutenir par le biais d'incitations durables les systèmes de transport d'urgence dans chaque communauté afin de faciliter les processus de transfert des patients. Outre l'acquisition et la fourniture d'équipements pour ambulances et la formation adéquate des secouristes ou du personnel accompagnant pour que les soins puissent être prodigués en transit, il peut également être nécessaire d'examiner des options de transport moins coûteuses qui permettraient à la mère et à l'enfant d'être transférés ensemble sans être impactés par le mauvais état des routes.

8 Eau, assainissement et hygiène (WASH) et prévention des infections: Notre étude n'a pas eu pour objectif d'évaluer les services WASH ni la prévention et le contrôle des infections (PCI). Les clientes ont toutefois fait remarquer que la propreté de l'établissement avait eu un impact sur leur expérience. Il convient de contrôler et d'évaluer régulièrement les mesures WASH et PCI dans les installations et dans les véhicules utilisés pour assurer les transferts. Les résultats de ces contrôles devraient être systématiquement intégrés dans les systèmes de gestion des établissements. En outre, il est nécessaire de faire passer des messages plus forts à l'intention des clientes et des prestataires sur les avantages du maintien de la dyade mère-bébé dans le cadre de la prévention des infections.

9 Cartographie des transferts: Afin d'orienter les efforts de renforcement du système, les cartographies des transferts devraient être incluses dans les évaluations de routine réalisées à intervalles réguliers pendant la durée des interventions, notamment au début, lorsque de nouveaux partenaires entrent dans le secteur et lorsque des changements importants surviennent au sein des établissements, comme la fermeture de l'un d'entre eux par exemple. Des cartographies des procédures de transfert doivent être réalisées de la communauté vers le niveau tertiaire. Des répertoires de transferts peuvent être également élaborés au niveau infranational et mis à la disposition de tous les partenaires. Entre autres informations, ces répertoires devraient indiquer les procédures de transfert et les alternatives/éléments à prendre en considération, les coordonnées du personnel concerné dans les établissements d'accueil, les services/soins disponibles dans les établissements d'accueil, les considérations relatives au coût des soins et les coordonnées des pharmacies locales ou de rue. Les Clusters santé et les groupes de travail SSR/SMN devraient déterminer les intervalles appropriés et la portée démographique de ces transferts ainsi que la faisabilité.

10 Engagement communautaire: Plusieurs recommandations ont été formulées sur la manière de renforcer la sensibilisation des communautés. On peut citer notamment mettre en place des systèmes de communication sur les changements sociaux et comportementaux destinés à l'éducation des patientes, favoriser la sensibilisation aux signes de danger et à la recherche de soins, ainsi que souligner l'importance du respect des procédures de transfert. En outre, il est possible d'élaborer des supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) et des outils de travail qui reflètent mieux les normes culturelles et les croyances des clientes en impliquant les chefs communautaires et religieux pour aider à réfuter les mythes et les idées fausses sur les transferts et les complications. Dans certains contextes, il peut être judicieux d'intégrer les agents de santé communautaires, y compris les infirmières en chef communautaires, les accoucheuses

traditionnelles et les guérisseurs traditionnels, dans le processus de transfert afin d'assurer un transfert rapide et une prise en charge précoce des patientes dans l'établissement.

11 Partage des informations: Certains résultats sont généralisables ou communs à l'ensemble des interventions humanitaires. Toutefois, certaines solutions contextualisées ou pratiques intéressantes, comme l'utilisation innovante de référents d'orientation au Nigéria, devraient être diffusées et éventuellement mises en œuvre dans d'autres contextes. Les réseaux mondiaux, y compris le Global Health Cluster, devraient

créer des plateformes et des espaces pour que les acteurs nationaux aient la possibilité de partager leurs connaissances, leurs expériences et leurs recommandations et que les parties prenantes mondiales puissent identifier les opportunités à saisir.

12 Accès à l'aide humanitaire: En s'appuyant sur la plateforme et l'expertise des Clusters santé, les agences humanitaires doivent négocier l'accès à l'aide humanitaire pour les transferts en période d'insécurité en vérifiant que les transferts ne sont pas soumis à des couvre-feux, à des pots-de-vin ni influencés par les attitudes ou les croyances des groupes armés et de leurs donateurs.

CONCLUSION

Au niveau mondial, à mesure que l'échelle et la portée des interventions humanitaires continuent de s'étendre, il est clair que le secteur ne répond actuellement pas aux besoins sanitaires des femmes, des jeunes filles et des nouveau-nés surtout lorsqu'il s'agit de soins de haut niveau. Dans le cadre de la révision des fonctions fondamentales, les conclusions de cette étude sont pertinentes pour le secteur humanitaire qui doit déterminer comment s'adapter au nouveau cadre mondial SONU compte tenu des priorités concurrentes et des ressources limitées. Si les fonctions fondamentales actuelles ont contribué à souligner l'importance de la mise en place d'établissements accessibles offrant un minimum de services d'importance vitale de haute qualité, cette étude montre que se concentrer uniquement sur les soins au niveau de l'établissement n'est pas suffisant. Il est essentiel d'assurer le bon fonctionnement des systèmes de transport et de transfert pour sauver des vies, et, pour y arriver, la communauté humanitaire doit investir dans les systèmes de santé.

Dans certains contextes, les responsabilités en matière d'amélioration de la prestation de services dans le cadre des interventions peuvent sortir du cadre du secteur humanitaire. En RCA et dans le nord-est du Nigéria, alors que ces pays traversent des crises prolongées, le rôle du lien entre l'action humanitaire et le développement commence à se préciser. Par conséquent, les responsabilités ou les attentes des acteurs gouvernementaux augmentent et le rôle de la communauté humanitaire a évolué pour

travailler à leurs côtés. Les recommandations de cette étude vont donc au-delà des domaines d'intervention traditionnels de la communauté humanitaire. Les deux pays ont élaboré des plans d'accélération pour la SMN sous l'égide des stratégies mondiales de santé maternelle et néonatale, notamment le Plan d'action chaque nouveau-né (Every Newborn Action Plan, ENAP) et Mettre fin à la mortalité maternelle évitable (Ending Preventable Maternal Mortality, EPMM). Grâce à ces efforts, les ministères de la santé de chaque pays ont défini des priorités clés en matière de SMN, identifié les besoins en termes de coûts et lancé un appel à la communauté mondiale pour assurer une assistance technique ciblée. Les SONU sont présentés comme une priorité dans les deux plans. Le Nigéria a également mis l'accent sur l'élaboration d'un plan de préparation et de réponse pour la SMN, et la RCA a mis en avant des activités telles que la création d'urgences obstétricales dans les villages.

Par conséquent, les acteurs du développement ainsi que les décideurs politiques aux niveaux mondial et national peuvent mettre en pratique ces résultats. À mesure que les stratégies visant à favoriser l'accélération des progrès en matière de SMN sont élaborées, que les bases de données probantes sont développées et que les donateurs investissent dans les systèmes de santé nationaux, il convient de veiller à ce que les situations de crise humanitaire soient prises en compte et intégrées dans les plans, les subventions et les politiques. C'est la seule façon de garantir que toutes les femmes, les filles et les bébés, où qu'ils se trouvent, aient accès aux services de soins vitaux qu'ils méritent.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE LA COLLECTE DES DONNÉES

Cette étude est limitée par le fait que seules les clientes ayant déjà décidé d'être prises en charge par le système de santé officiel ont été prises en compte. L'étude n'a donc pas pu examiner les différents aspects de la prise de décision ni les expériences depuis la communauté jusqu'à l'établissement. Par conséquent, de nombreux premiers retards n'ont pas été enregistrés. Il reste beaucoup à apprendre pour déterminer comment nous pouvons améliorer les conseils et les connaissances en matière de santé, la recherche de soins et l'accès aux soins depuis la communauté jusqu'à l'établissement.

En outre, les deux pays ont été confrontés à des difficultés pour identifier les clientes particulièrement vulnérables, notamment les victimes d'agressions sexuelles, les femmes non mariées ou les adolescentes. L'objectif de l'étude était de recueillir les points de vue de patientes ayant eu recours aux soins SONU pour toutes les urgences obstétricales et la majorité des personnes interrogées avaient sollicité des soins liés à la grossesse ou des services pour les nouveau-nés. Par conséquent, ces résultats ne peuvent probablement pas être généralisés à toutes les clientes recherchant des soins SONU car parmi les personnes interrogées il y avait beaucoup de femmes mariées bénéficiant du soutien de leur famille ou de leur communauté.

L'étude a permis de tirer plusieurs enseignements importants qui devraient être pris en compte dans les études futures :

- Le développement de procédures de transfert vers une aide psychosociale et de la formation des personnes chargées de la collecte de données aux méthodes tenant compte des traumatismes subis s'est avéré important car certaines personnes interrogées présentaient des signes de traumatisme et des entretiens ont dû être interrompus.
- Les deux pays ont eu des difficultés à identifier les utilisateurs non traditionnels qui ont refusé un transfert pour diverses raisons mais ont bénéficié de soins SONUB uniquement ou ont réintégré leur communauté ; qui ont refusé un transfert mais se sont finalement orientés vers un établissement SONUC ; ou qui ont contourné les soins SONUB pour se rendre directement dans un établissement SONUC. Cette situation s'explique en partie par un solide mécanisme d'engagement communautaire en RCA et, au Nigéria, par le sentiment qu'un transfert pourrait indiquer qu'une complication est potentiellement mortelle et devrait donc être prise au sérieux.
- Dans le cadre de l'étude, des refus de participation ont été constatés chez les clientes du fait du manque d'incitations et chez les prestataires en raison de craintes liées à la sécurité de l'emploi ou aux représailles.
- Les outils ont été traduits dans les langues locales mais nous avons observé que pour traiter des sujets scientifiques certaines personnes interrogées s'exprimaient avec plus d'aisance dans d'autres sous-dialectes. Les études futures devraient donc être aussi contextualisées que possible.
- Le processus de collecte de données a été confronté à des problèmes d'instabilité (p. ex. la fermeture soudaine d'un établissement au Nigéria dû à un manque de financement) et d'insécurité croissante à Zémio (RCA) avec pour conséquence une menace pour la sécurité des personnes chargées de la collecte des données et des difficultés d'accès aux sites ruraux. Le mécanisme de financement flexible du donateur a permis de mettre en place une méthodologie dynamique capable de prendre en compte les changements en temps réel, ce qui devrait être exigé pour toutes les recherches menées dans des contextes fragiles.
- Au Nigéria, l'étude n'a porté que sur les établissements SONUB gérés ou soutenus par l'IRC, ce qui a pu influencer les résultats.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux équipes de recherche au Nigéria et en RCA, aux groupes consultatifs techniques au Nigéria, en RCA et au niveau mondial, aux prestataires et aux clientes qui ont contribué à l'étude, et aux autres parties prenantes qui ont soutenu l'analyse des résultats de la recherche. C'est grâce à vos efforts et vos engagements que cette étude de recherche a pu être réalisée. Cette étude a pu être rédigée grâce à la contribution généreuse du peuple américain à travers l'USAID, l'Agence des États-Unis pour le développement international (United States Agency for International Development). Son contenu relève de la responsabilité de l'International Rescue Committee, et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.