

# PROJET HD KOTE INDE ASSOCIATION HUMAÏA



## SOMMAIRE

1. Situation géographique : .....	2
2. Descriptif de la structure de soins : .....	2
3. Périnatalité en Inde .....	4
3.1. Contexte international	
3.2. Le système de santé indien	
3.3. Statut et formation des infirmières	
3.4. Conclusion	
4. Descriptif du projet: .....	10
4.1. Objectif principal	
4.2. Objectifs intermédiaires	
4.3. Moyens mis en œuvre	
4.3. Programme envisagé des missions	

## 1. SITUATION GEOGRAPHIQUE

L'Inde est un pays d'Asie du Sud, deuxième pays le plus peuplé du monde après la Chine. Vingt-trois langues officielles y sont reconnues, l'hindi et l'anglais étant les langues officielles administratives. Elle a gardé de la colonisation britannique un découpage en états et territoires, eux-mêmes divisés en districts. Chacun des 28 états ont un parlement et un gouvernement.

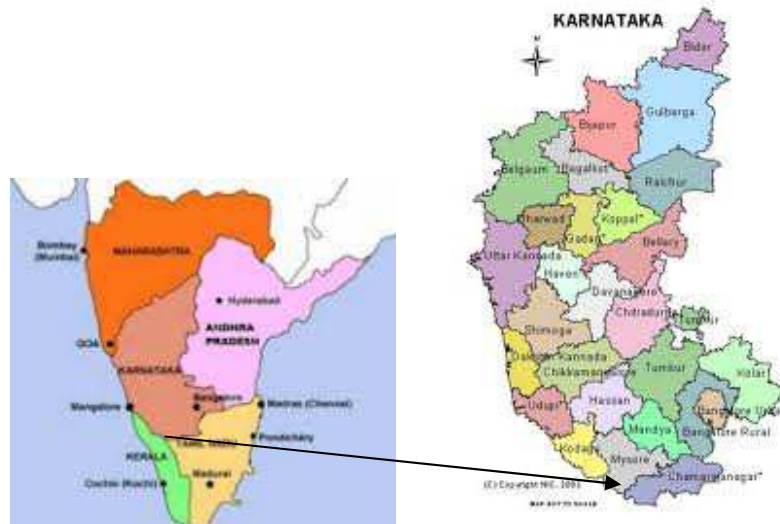
L'état du Karnataka se situe au sud de l'Inde. Sa capitale est Bangalore. Si au dernier recensement, 56% de la population est active dans l'agriculture, le développement de la ville de Bangalore se fait autour de l'informatique et de la haute technologie .

L'hôpital se situe dans le district de Mysore, district essentiellement agricole. Les religions représentées sont l'hindouisme (majoritaire), et l'islam, mais également le christianisme et le bouddhisme en moindre proportion.

Le climat dans ce district se divise en 4 saisons :

- saison froide
- saison chaude
- mousson du sud-ouest
- mousson du nord est

Les chutes de pluies assez conséquentes permettent des cultures variées dans cette région.



## 2. DESCRIPTIF DE LA STRUCTURE DE SOINS

L'hôpital Saint Mary's est un hôpital privé du taluk de HD Kote, dans le district de Mysore. Il est géré par des sœurs franciscaines ursulines, et a été ouvert en 2004. Il gère la majorité de l'activité obstétricale et pédiatrique du taluk, les 2 autres hôpitaux présents étant dévolus à d'autres spécialités médicales. Le nombre annuel d'accouchement est de 960. Il y a 20 infirmières qui tournent dans tous les services.

Depuis 2004, l'activité ne cesse d'augmenter, et le chef de service ainsi que son personnel ressentent le besoin d'être mieux formés aux urgences obstétricales et néonatales. De plus, un service de pédiatrie néonatalogie ouvrira prochainement au sein de l'hôpital, et nécessite de ce fait une réactualisation des connaissances et des techniques liées à ces spécialités.

Page suivante : la répartition des professionnels de santé dans le taluk de HD Kote.

# HEALTH FACILITIES - H.D.KOTE TALUK



Scale: 1 cm = 2 K.m



### LEGEND

●	ANM (86)
▲	PHU (7)
★	PHC (16)
■	CHC (1)

Prepared By: District NRDMS Centre, Zilla Panchayath, Mysore

Source : Samanya Mahithi data, Zilla Panchayath, Mysore

### 3. PERINATALITE EN INDE

#### 3. 1. Contexte international

L'OMS a réalisé plusieurs études qui ont montré que la sécurité dans le domaine de la périnatalité était dépendante d'une formation en maïeutique de qualité, ainsi que d'une bonne organisation de la pratique des sages-femmes diplômées. En 2004, l'OMS, avec la Confédération Internationale des Sages-femmes (ICM) et la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens, a décidé de définir l'accoucheur qualifié comme le professionnel de la santé certifié – sage-femme, médecin ou infirmière – qui a reçu une formation à la pratique des compétences nécessaires à la gestion des grossesses, accouchements et périodes postnatales immédiates normales (sans complications) et au repérage, à la gestion et au transfert des cas de complications chez la mère et le nouveau-né". Cette formation doit être réglementée, et l'exercice de la profession régie par un organisme professionnel (type conseil de l'ordre).

Selon la définition de l'ICM, la sage-femme doit avoir fait au minimum 3 ans d'études (ou 18 mois après un diplôme d'infirmière). Elle intègre la formation après la fin de l'école secondaire. Ses compétences doivent lui permettre d'assurer seule les actes et examens de surveillance concernant la grossesse, l'accouchement, et les suites de couches physiologiques. Elle est également capable d'assurer les gestes d'urgence en obstétrique et pédiatrie. De plus, elle a un rôle en santé publique dans l'information des femmes sur leur santé et celle de l'enfant, la contraception, la sexualité, l'hygiène, l'allaitement. Elle a une responsabilité propre et une autonomie dans la prise de décisions.

L'objectif mondial de développement 4 et 5 fixés par l'OMS impliquent, entre autres, que chaque couple mère-enfant soit accompagné lors de la période périnatale, d'un professionnel répondant aux critères de définitions de la sage-femme par l'ICM. L'Inde représente 20% de la mortalité maternelle dans le monde. Cet objectif ne pourra donc pas être atteint sans que l'Inde ne participe activement à la promotion de la profession de sage-femme.

#### 3.2. Le Système de Santé indien

##### Politique de santé

Si un réseau de structure de santé s'est développé de façon constante au cours des 50 dernières années en Inde, le premier Programme National de Santé (National Health Policy) date seulement de 1983. Ce programme avait pour objectif la santé pour tous d'ici l'an 2000. Plusieurs actions étaient envisagées pour aboutir à ce résultat :

- Amélioration de l'accès à des structures de soins primaires
- Mise en place d'un travail en réseau de santé publique avec notamment les acteurs de la nutrition, l'eau, et les conditions sanitaires.
- Participation d'ONG au programme de santé
- Mise à disposition de traitements de base et de vaccins dans les centres de santé primaires
- Amélioration des services de planning familial

- Formation adaptée du personnel de santé
- Investissement dans la recherche sur les problèmes de santé courants.

Le domaine de la périnatalité est délaissé par le système de santé indien, comme en témoigne le faible nombre de délégués à la santé maternelle au niveau national : 3 agents gouvernementaux affectés à ce domaine pour le pays entier.

L'organisation du système de santé reflète le découpage administratif du pays. A l'échelle nationale, il existe un Ministère de la Santé et de la Famille. Il est géré par 2 secrétaires : l'un dévolu à la santé et la famille, l'autre en charge de la médecine indienne et de l'homéopathie, qui font partie intégrante du paysage médical indien. A l'échelle de chaque état, il existe un département de santé qui est dirigé par un Directeur de Santé (State Directorate of Health Services). Dans certains états seulement, dont le Karnataka, une hiérarchie intermédiaire existe à l'échelle de la région.

Tous les états sont subdivisés en districts au sein desquels le ministère de la santé est représenté par un District Medical and Health Officer. Enfin, à l'échelle du taluk (municipalité) on trouve un Assistant District Health and Family Welfare Officer.

### *Types d'établissement*

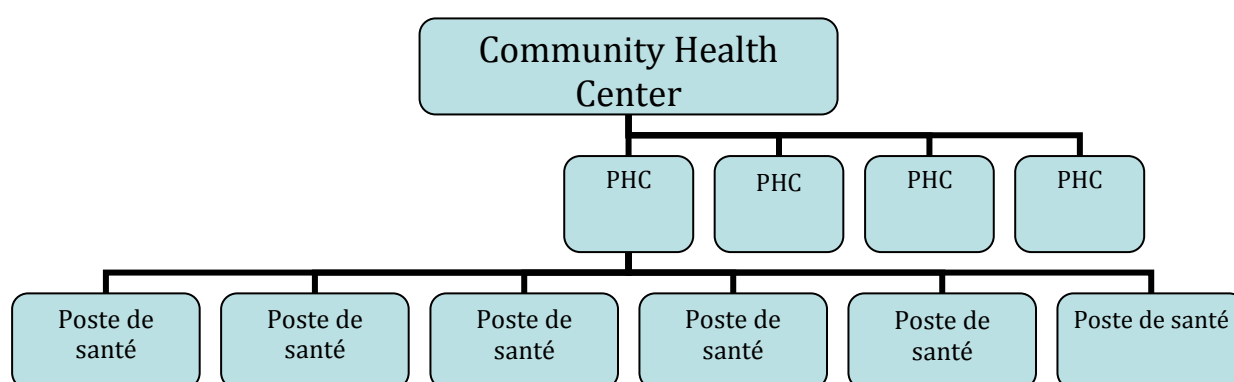
<i>Type d'établissement</i>	<i>Population concernée</i>	<i>Ressources humaines</i>
<b>Hôpital de District</b>	2-3 millions	Obstétricien, Anesthésiste, Médecin interne, Pédiatre, Généraliste, Infirmières (GNM)
<b>Centre de première référence</b> (First referral unit)	300 000-500 000	Obstétricien, Généraliste, Infirmières (GNM)
<b>Centre de santé communautaire</b> (Community Health Center)	100 000-300 000	Un Spécialiste, un Généraliste, Infirmières (GNM)
<b>Centre de santé primaire</b> (PHC old)	30 000- 100 000	Généraliste, Infirmières (GNM), Infirmière auxiliaire (ANM), Visiteuse de santé (Lady Health Visitor)
<b>Poste de santé</b> (subcenter)	5000	ANM
<b>Village</b>	1000	ASHA (Accredited Social Health Activist) : acteur de santé sociale

### Réseau de soins primaires

Le réseau de soins primaires a pour unité de base le Centre de Santé Communautaire, dont dépendent 4 Centre de Santé Primaire. Ces centres de santé primaires drainent chacun 6 poste de santé. C'est à ces structures que les patients s'adressent en première intention.

Ce réseau de soin primaire est formé de structures publiques, mais également, en grande partie, de structures privées qui complètent l'offre de soin. L'administration publique tient compte de la présence de structures privées pour répartir ses établissements.

En pratique, on constate également que les critères notamment en terme de personnel qualifiés ne sont pas toujours remplis.



### Financement des soins

La répartition des frais de santé se fait comme suit :

- Gouvernement : 25%
- Fonds provenant d'entreprises privées ou publiques : 3%
- Assurance : 3%
- ONG : 2%
- Foyers indiens : 68%

On voit bien que les foyers indiens supportent seuls ou presque le coût des frais de santé, et on peut imaginer les écarts de qualité de suivi et de soins en fonction des ressources.

Le budget consacré par le gouvernement à la santé est d'environ 2% du PIB, ce qui est très peu.

### Pathologies préoccupantes

Les pathologies principales qui obtiennent l'attention de la politique nationale de santé sont les pathologies infectieuses endémiques (kala-azar, dengue, filariasis, malaria, VIH, tuberculose), les infections respiratoires, la diarrhée, la malnutrition.

### 3.3. Statut et formation des infirmières

Il y a plusieurs grades dans la profession paramédicale que nous nommerons infirmière. Sachant que toute infirmière s'inscrivant au conseil de l'ordre des infirmières (démarche obligatoire en Inde auprès du Indian Nursing Council) est également enregistrée comme étant sage-femme (midwife). C'est également le conseil de l'ordre qui donne l'agrément pour qu'une école soit officiellement reconnue. Une école peut ouvrir sans cet agrément, mais les infirmières diplômées de cette école ne pourront pas exercer ailleurs que dans l'état où elles ont été formées. La liste des écoles reconnues est disponible sur le site de INC. Le centre de santé communautaire de St Mary's n'en fait pas partie.

#### *Dai*

Les dais sont les matrones qui jouent le rôle de sage-femme dans les zones rurales où la majorité des femmes accouchent à domicile (60%). Les sages-femmes au sens de la définition de l'OMS ont disparu peu à peu après le départ des britanniques du territoire indien. Ces « dais » sont uniquement dévouées à la naissance et à la périnatalité comme devraient l'être les sages-femmes. Ce sont par contre des femmes illettrées, qui n'ont pas de formation, et sont donc considérées par les soignants officiels comme ne faisant pas partie du réseau de santé publique. On leur attribue la responsabilité de la forte mortalité maternelle dans les campagnes indiennes. Les dais revendiquent actuellement un statut officiel et un rôle plus central dans le réseau de santé publique.

#### *Auxiliary Nurse Midwife (ANM)*

##### Formation

Les études durent 2 ans. L'école enseignant aux ANM doit obligatoirement être rattaché à un centre de santé primaire (community center) contenant minimum 30 lits, maximum 50. Cet établissement doit être rattaché à un hôpital de district. Un hôpital plus grand peut également ouvrir une école d'ANM mais ils doivent être rattachés à un centre de santé communautaire de façon à pouvoir donner une expérience dans ce domaine sur le terrain aux étudiantes.

Les enseignantes doivent avoir au minimum un diplôme de Master (MSc Nursing) et 3 ans d'expérience, ou un diplôme de Bachelor (BSc Nursing) et 5 ans d'expérience.

Leur formation est essentiellement axée sur les soins de santé communautaire : prévention, vaccination etc...

##### Rôle

Le rôle des ANM est très important dans les centres de santé primaires et leurs postes de santé annexes prenant en charge les populations rurales qui représentent près de 80% de la population indienne. Initialement, leur rôle était de pourvoir à un manque de personnel, elles étaient donc des infirmières formées rapidement, qui n'avaient donc pas le diplôme d'infirmière. Petit à petit, pour répondre une demande croissante, elles ont été chargées des soins de bases dans les postes de santé, et notamment des accouchements. Puis, dans les années 70, leur rôle a été étendu dans le domaine de la santé publique, et leur rôle initialement spécifique en maïeutique s'est dilué. Elles sont devenues des professionnelles polyvalentes au contact de la communauté, tenant un rôle dans le planning familial, vaccination, prévention sanitaire, prévention et traitement des infections, le suivi anténatal et postnatal étant un moment particulièrement propice à ces actions de santé



publique. De fait, le temps passé à domicile et dans les villages pour remplir ces rôles divers n'est plus passé au poste de santé à faire les accouchements. C'est ainsi que le rôle de « sage-femme » qu'elles avaient pu avoir initialement, et les compétences en gestion des urgences dans le domaine de la périnatalité a fini par disparaître.

### *General Nurse and Midwife (GNM)*

#### Formation

Les GNM sont formées en 3 ans et demi. L'école doit être obligatoirement rattachée à un établissement de santé de 120 à 150 lits. Les spécialités suivantes doivent y être prises en charge : chirurgie, petite chirurgie, soins dentaires, ophtalmologie, brûlés, néonatalogie, pathologie infectieuse, soins infirmiers communautaires, cardiologie, oncologie, neurologie, néphrologie, soins intensifs. Le rattachement à un établissement psychiatrique de 30 lits est également obligatoire. L'hôpital doit contenir 30 lits d'obstétrique.

L'enseignant principal doit détenir un diplôme de Master et avoir 3 ans d'expérience minimum.

Leur formation est essentiellement axée sur le soin des malades, au sein de l'hôpital comme dans la communauté.

Les études se décomposent comme suit :

- 2 ans de soins infirmiers généraux
- 1 année en santé communautaire et maïeutique (remplacée pour les étudiants hommes)
- 6 mois de recherche en soins infirmiers et gestions d'équipes infirmières

#### Rôle

Elles tiennent le rôle d'infirmière comme les infirmières françaises.

### *Bachelor of Science in Nursing and Midwifery (BSc)*

#### Formation

La formation au BSc Nursing est dispensée au sein d'une université, contrairement aux ANM et aux GNM qui sont des écoles indépendantes. Les conditions d'admission sont donc plus strictes : en plus d'avoir atteint le niveau 12 du lycée, il y a également un examen d'entrée à l'université à passer. De plus, les étudiants doivent pouvoir suivre des cours en anglais.

Les études durent 4 ans. L'hôpital de référence doit contenir 120-150 lits. Les services sont les mêmes que pour les GNM.

#### Rôle

La différence tient à un enseignement de culture générale plus approfondie, universitaire, qui doit permettre à la BSc Nurse d'avoir un esprit d'analyse des situations, et de chercher continuellement à améliorer sa pratique, notamment par la formation continue. Le titulaire d'un Bsc Nursing est également apte à enseigner.

Il existe également un Post-Certificate BSc Nursing qui donne une spécialisation particulière.



## *Autres spécialisations*

### Certificats

- Certificate course in Ayurveda Nursing (médecine ayurvédique)
- Certificate in Care Waste Management (gestion des déchets liés aux soins)
- Certificate in Home Nursing (soins à domicile)
- Certificate in Maternal and Child Health Care (soins maternels et infantiles)
- Certificates in Primary Nursing Management (gestion des soins primaires)

### Master of Science (+2 ans après un BSc)

- M.Sc. Nursing
- M.Sc. Obstetrics and Gynecology Nursing
- M.Sc. Paediatric Nursing
- M.Sc. Psychiatric Nursing
- M.Sc. Nursing Post Basic Course
- M.Phil. Nursing
- P.B.B.Sc. Nursing
- Ph.D. Nursing

## *3.4. Conclusion*

Dans le domaine de la périnatalité en Inde, l'inexistence d'un recueil systématique des données rend difficile l'analyse de la pratique. Seuls les pathologies ou incidents aboutissant à un décès font l'objet d'un recensement systématique. Il y a pourtant 27 millions de naissances par an en Inde. La mortalité maternelle s'élève à 301/100 000 naissances vivantes.

Les données disponibles permettent cependant de dire que la périnatalité est caractérisée par un manque d'accès aux soins et à un praticien formé dans ce domaine. Un large pourcentage d'accouchements ont lieu à domicile (ce taux s'élève à 60% dans les zones rurales qui contiennent 80% de la population). Seuls 48% des patientes sont accompagnées lors de l'accouchement par un praticien formé. Le suivi anténatal est également assez restreint : seules 51% des patientes recevront 3 consultations prénatales. Dans les suites de couches, le suivi est encore plus sporadique, avec seulement 42% de patientes suivies à la sortie de la maternité.

Le taux élevé d'accouchements à domicile en zone rurale peut s'expliquer de plusieurs manières : Tout d'abord, il existe un manque de confiance dans les structures hospitalières (personnel non connu, peu familier, contrairement aux dais qui sont des femmes du village). L'éloignement géographique du domicile est parfois un obstacle. Les frais dits cachés vont également rebuter les familles. De plus, l'incertitude de trouver un médecin sur place dans la structure de santé la plus proche n'encourage pas non plus les patientes à s'y rendre, surtout si parfois la distance à parcourir est grande.

La sage-femme n'existe pas véritablement dans le système de santé indien. L'extension des compétences des ANM aux actions de santé publique (vaccination, planning familial), les empêche de tenir le rôle qu'elles tenaient auparavant dans l'accompagnement des mères et des enfants. Ce rôle n'est actuellement rempli par aucun professionnel de santé. Ces ANM, qui sont présentes aux échelles les plus basses du système de santé sont pourtant les professionnels à former en priorité à

la maïeutique. Leur proximité avec la population alliée à une formation réglementée permettrait d'établir une confiance avec les patientes, tout en dispensant des soins de qualité en maïeutique.

Le programme de formation initié à l'hôpital d'HD Kote répond à ce besoin en formation spécifique qui fait actuellement défaut aux infirmières indiennes. Pourtant, l'existence d'une association de sages-femmes en Inde, et quelques articles sur le sujet témoignent de la volonté des professionnels de santé de restaurer une profession de sage-femme indépendante de celle d'infirmière.

#### **4. DESCRIPTIF DU PROJET**

##### ***4.1. Objectif principal***

**Améliorer la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né au sein de l'hôpital St Mary à HD Kote (Karnataka)**

##### ***4.2. Objectifs intermédiaires***

- ⇒ Améliorer les connaissances théoriques et pratiques en pédiatrie et obstétrique de tous les intervenants de la maternité (médecins, IDE, étudiantes IDE) ;
- ⇒ Favoriser le dépistage des nouveau-nés malades ou à risque afin d'organiser une prise en charge adaptée ;
- ⇒ Systématiser l'accueil du nouveau-né sain pour permettre une meilleure gestion des urgences ;
- ⇒ Permettre l'accès au matériel indispensable à la réanimation et surveillance du nouveau-né ;

##### ***4.3. Moyens mis en œuvre***

###### ***1. Au préalable***

Dans un premier temps, l'association Humaïa signe avec l'hôpital St Mary à HD Kote une convention (Avril 2012) précisant les modalités des missions. Dans cette convention, Humaïa s'engage sur une période de deux ans à effectuer deux missions/an constituées à chaque fois d'un binôme (minimum) de professionnels de la périnatalité.

Une première mission d'évaluation en Octobre 2011 a permis de cibler la demande de la responsable de la structure (Dr Hilda LOBO) et d'établir les objectifs sus cités.

Par la suite, chaque mission doit se préparer avec les adhérents des missions précédentes et, dans la mesure du possible, avec la responsable du projet en respectant les souhaits des participants à HD Kote.

A chaque mission, les sujets abordés lors de la mission précédente doivent être repris en session plénière afin d'évaluer les acquis et les lacunes des participants puis par petits groupes (formation pratique). Les sujets précédents doivent être acquis tant sur la théorie que sur la pratique.

Il est important de reprendre les points clefs des missions précédentes, et de vérifier la pérennité des actions mise en œuvre (id. pour le matériel laissé par Humaïa).

Chaque mission durera 15j. Des sessions de formation théoriques et pratiques seront organisées à l'avance. Le programme sera transmis avant le départ de la mission au Dr Hilda.

## 2. Moyens humains

Chaque mission est constituée d'un binôme de professionnels de la périnatalité (SF, pédiatre, GO, puéricultrice de néonatalogie) auquel nous pouvons rajouter un autre professionnel médical ou paramédical ainsi qu'un membre supplémentaire d'Humaïa (membre du bureau ou formé à la logistique des missions par exemple). La spécialité des participants sera en accord avec les besoins de l'hôpital d'HD Kote.

Si le nombre de participants à la mission est supérieur ou égal à 3, un responsable de mission sera nommé par le bureau.

Il est primordial qu'au moins un des participants à la mission ait un bon niveau d'anglais (courant et médical).

Les frais engendrés par le voyage jusqu'à HD Kote sont à la charge des participants. Le logement et la nourriture des jours de formation sont pris en charge par l'hôpital St Mary, sans oublier qu'une participation aux frais sera à prévoir en fin de mission.

## 3. Moyens matériels

Le partenariat signé avec le laboratoire *Vygon* en Avril 2012, nous permet d'apporter une certaine quantité de consommables à chaque mission. *Annexe 1*

Suite à l'évaluation de la mission précédente, Humaïa participera à l'achat de matériel(s) supplémentaire(s), sur place, ou au préalable en fonction de la situation.

## 4. Retour de mission

Au retour en France, un rapport de mission doit être fourni à Humaïa (selon le modèle prédéfini). Il doit reprendre les objectifs de la mission, les moyens mis en œuvre, les résultats ainsi que des pistes de travail pour les missions suivantes.

### 4.4. Programme et organisation des missions envisagées

	Objectifs	Thèmes principaux	Personnel envisagé
<b>MISSION 1</b>  <b>Avril 2012</b>	<b>PEDIATRIE</b>		- 2 SF
	- finir état des lieux	- examen clinique du nn	
	- débiter la formation théorique	- réanimation du nn	
	<b>OBSTETRIQUE</b>		
- état des lieux des pratiques	- hémorragie de la délivrance		

<b>MISSION 2</b>  <b>Novembre 2012</b>	<b>PEDIATRIE</b>		- 2 SF - 1 juriste
	- organisation de l'accueil du nn à la naissance	- systématiser la préparation du matériel  - entretien du matériel	
	<b>OBSTETRIQUE</b>		
	- aspects médico-légaux  - faire le point sur l'utilisation de l'ocytocine au cours du travail	- tenue des dossiers obstétricaux  - pré-éclampsie	
<b>MISSION 3</b>  <b>Avril 2013</b>	<b>PEDIATRIE</b>		- 2 SF  - 1 pédiatre
	- organisation de la surveillance en sdc  - systématiser l'examen clinique du nn en sdc	- aborder les pathologies courantes en sdc	
	<b>OBSTETRIQUE</b>		
<b>MISSION 4</b>  <b>Novembre 2013</b>	<b>PEDIATRIE</b>		- 2 SF  - 1 infirmière en néonatal
	- organisation de l'hospitalisation en néonatal  - évaluation fin de programme	- surveillance d'un nn hospitalisé  - organisation d'un transfert néonatal	
	<b>OBSTETRIQUE</b>		