

### Relever des défis, apporter des changements, sauver des vies

Numéro 8

Octobre 2003

#### CHERS COLLÈGUES

Ce numéro de *Notebook* est entièrement consacré à la Conférence du Réseau AMDD qui s'est déroulée du 21 au 23 octobre 2003 à Kuala Lumpur. Nous avons investi beaucoup de temps et d'énergie pour que cette conférence soit un succès, mais elle a dépassé toutes nos espérances en termes de qualité et de diversité des présentations. Plus de 300 personnes y ont participé; il y a eu une centaine d'exposés pendant les plénières et les réunions de travail et 51 présentations d'affiches. Les partenaires ont communiqué les résultats de leurs travaux, tandis que les décideurs et les agents de terrains ont partagé les enseignements tirés de leur expérience.

Les séances ont été divisées en trois grandes parties, chacune d'entre elle ayant trait aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) : mise à niveau des services, amélioration de la qualité et élargissement des travaux au-delà des structures sanitaires. Ces trois parties se rattachaient au thème général qui sous-tend un mouvement en plein essor : faire en sorte que des SOU de qualité soient mis à la disposition des femmes qui en ont besoin afin de sauver des vies humaines et de permettre à ces femmes de conserver leur santé.

Ce fut un grand honneur pour nous que nos partenaires soient représentés à un niveau aussi élevé. Carol Bellamy, directrice générale du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a dirigé la séance de clôture, et Kunio Waki, directeur exécutif adjoint du Fond des Nations Unies pour la population (FNUAP), s'est exprimé lors de la séance d'ouverture, en compagnie de représentants de haut rang de divers gouvernements et organisations. Comme lors des conférences précédentes, les Partenaires du Programme AMDD ont saisi cette occasion pour se réunir avec leurs équipes de projets avant et après la conférence.

La conférence de Kuala Lumpur s'est différenciée des deux réunions précédentes de l'AMDD en termes d'objectif (et de portée):

- L'Atelier de Marrakech de février 2001 (qui avait regroupé une centaine de participants) avait donné l'occasion aux équipes de projets de se rencontrer pour la première fois, de comparer leurs notes sur les efforts qu'elles déployaient pour fournir des soins obstétricaux d'urgence et de contribuer à la création du réseau mondial établi par le Programme AMDD.
- La conférence de Bangkok réunie en février 2002 (qui avait accueilli près de 200 participants) avait surtout porté sur le renforcement des capacités des Partenaires de projets de gérer et assurer le suivi de leurs projets. Toutes les équipes de projets avaient participé à des séances couvrant les prestations de service et les indicateurs de processus. Elles avaient également pu choisir d'assister à tout un éventail de séances sur les droits de l'homme, la logistique, la documentation ou d'autres thèmes utiles pour renforcer leurs compétences.

À la conférence de Kuala Lumpur, dont les premiers résultats sont les échanges intervenus entre un si grand nombre de pays du monde, en se fondant sur une méthodologie claire et des indicateurs communs, nous avons été témoins de la première conférence mondiale au cours de laquelle les participants ne se sont pas contentés de se lamenter sur les taux élevés de mortalité maternelle, mais ont proposé des moyens efficaces de lutter contre la mortalité et la morbidité maternelles. Galvanisés par les résultats de leurs travaux, les participants à la conférence de Kuala Lumpur ont confirmé que l'on pouvait et que l'on devait battre en brèche la mortalité maternelle et qu'ils s'engageaient à le faire.

Allan Rosenfield, MD, et Deborah Maine, DrPH  
Enquêteurs principaux, AMDD

#### DANS CE NUMÉRO

Présentations d'affiches	2
Atelier du Bureau des références de la population	3
Problèmes en suspens évoqués en plénière, engagements pris	4
Les réunions des groupes de travail en bref	7
Ressources principales : CD sur les SOU	8

## LE PROGRAMME AMDD

Le Programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles (AMDD) a été lancé en 1999 par le Centre Heilbrunn pour la santé de la population et de la famille de l'École Mailman de santé publique de l'Université de Columbia pour aider les pays en développement à améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence (SOU).

Le Programme AMDD se fonde sur l'hypothèse suivante : la plupart des complications obstétriques qui sont à l'origine des décès maternels ne peuvent ni être pronostiquées ni être évitées, mais on pourrait sauver la grande majorité des femmes en les traitant rapidement. Le Programme AMDD agit dans trois secteurs interdépendants : la médecine, la gestion et le respect des droits fondamentaux.

L'AMDD a conclu des partenariats avec des organisations qui menaient déjà des opérations sur le terrain. Ces partenaires mettent actuellement en œuvre 86 projets appuyés par l'AMDD dans 51 pays :

Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) : projets au Bangladesh, au Bhoutan, en Inde, au Népal, au Pakistan et à Sri Lanka.

Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) : projets en Inde, au Maroc, au Mozambique et au Nicaragua.

Le Réseau régional pour la prévention de la mortalité maternelle (RPMM) : équipes et projets dans 19 pays d'Afrique subsaharienne.

CARE : projets en Éthiopie, au Rwanda, en Tanzanie, au Pérou et au Tadjikistan.

Save the Children : projets au Mali et au Vietnam.

Le Consortium Reproductive Health for Refugees (RHR) : projets dans 12 pays.

Les principaux outils utilisés dans le Programme sont notamment les Indicateurs de Processus des Nations Unies mis au point par l'Université de Columbia et popularisés par l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le FNUAP.

Les partenaires techniques de l'AMDD sont, notamment :

EngenderHealth

Family Health International

Institut indien de gestion à Ahmedabad (IIMA)

JHPIEGO

John Snow International

*Le Programme AMDD est financé par la Fondation Bill et Melinda Gates*

## PRÉSENTATIONS D'AFFICHES

### Jour 1

#### 24 affiches sur la mise à niveau des services de SOU

- L'UNICEF a communiqué des données d'expérience réunies dans les pays suivants : Kenya sur l'évaluation des besoins; Bangladesh sur la formation, ainsi que sur les changements, en termes d'utilisation, après les interventions; Népal sur l'amélioration de l'infrastructure physique, ainsi que sur l'amélioration de la disponibilité en confiant davantage de responsabilités aux agents sanitaires; Pakistan sur la création d'écoles de sages-femmes.
- Le FNUAP a communiqué des données d'expériences sur l'évaluation des besoins au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en El Salvador et au Honduras, ainsi que sur l'amélioration des services en Mauritanie. Une équipe FNUAP d'appui aux pays a examiné les tendances affichées par les indicateurs dans quatre pays qui appliquent des projets soutenus par le FNUAP/AMDD.
- Le Réseau régional pour la prévention de la mortalité maternelle (RPMM) a communiqué des informations en provenance du Burkina Faso sur l'amélioration de l'accès aux SOU; du Nigéria sur la formation continue pour pallier les mouvements de personnel; de la Sierra Leone sur l'impact de la guerre sur les services; et de la Tanzanie sur l'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de l'utilisation.
- CARE a parlé de l'expérience de la Tanzanie qui utilise les indicateurs pour améliorer les services et du Pérou qui s'est doté d'un système régional de formation.
- Autres présentations d'affiches : Save the Children Mali sur la formation aux compétences qui permettent de sauver des vies humaines; le Comité international de secours sur les démarches fondées sur les droits en Bosnie-Herzégovine ; SHIMANTIK (Bangladesh) sur les prestations de services à long terme dans les zones mal desservies; l'hôpital Asha Kiran (Inde) sur la maternité sans risques; et l'équipe AMDD sur l'utilisation des indicateurs de processus aux États-Unis.

### Jour 2

#### 15 affiches sur l'amélioration de la qualité des SOU

- Le FNUAP Maroc a communiqué les résultats d'études réalisées dans trois secteurs : rentabilité des antibiotiques; traitement des ruptures utérines; comportement du personnel dans les hôpitaux et les salles d'attente; et le FNUAP Inde a parlé des mesures prises pour que l'octroi de services de qualité devienne réalité.
- CARE a présenté des rapports sur l'utilisation des études relatives aux décès maternels pour améliorer la qualité des soins en Éthiopie; le Rwanda sur l'utilisation du partographe; et le Pérou sur l'amélioration de la

qualité grâce à des systèmes d'aiguillages ainsi qu'à un soutien clinique externe.

- L'UNICEF a évoqué les expériences du Bhoutan concernant la compilation d'informations sur les cas de « décès évités de justesse » et du Pakistan concernant les protocoles locaux et l'utilisation d'enquêtes de satisfaction dans les hôpitaux participant au projet.
- Le JHPIEGO a également présenté des affiches sur les hémorragies postpartum; la Société népalaise d'obstétrique/gynécologie (NESOG) sur l'éclampsie; FHI sur l'accouchement par voie basse instrumenté; et EngenderHealth sur le soutien clinique externe.

Pakistan concernant les partenariats secteur public-secteur privé pour mobiliser des ressources ; et de Sri Lanka sur la surveillance active des décès maternels.

- CARE a évoqué l'expérience du Pérou en matière de démarches fondées sur les droits et les facteurs de sous-utilisation dans un hôpital de district tanzanien.
- Autres présentations d'affiches: Le FNUAP Mozambique sur les défis à relever en matière de communication; l'équipe du RPMM en Sierra Leone sur la mobilisation de ressources locales; EngenderHealth sur les évaluations des besoins en matière de fistule obstétricale en Afrique; SENDAS (Équateur) sur les comités de surveillance pour l'appui aux services; l'Université Libre de Bruxelles sur le pré-paiement des soins obstétricaux en Mauritanie; et l'Université de Columbia sur l'utilisation des SOU par les femmes rurales de Karnataka en Inde. ■

### Jour 3

#### 12 affiches sur l'élargissement des travaux au-delà des structures sanitaires

- L'UNICEF a évoqué l'expérience de l'Inde concernant les tendances en matière d'utilisation; du Népal concernant les démarches fondées sur les droits; du

## ATELIER DU BUREAU DES RÉFÉRENCES DE LA POPULATION

Bien que les gouvernements et les donateurs investissent beaucoup dans la recherche, souvent seul un petit groupe de spécialistes a connaissance des résultats. Le Bureau des références de la population a organisé deux ateliers d'une demi-journée avant la conférence afin de renforcer les capacités des partenaires AMDD de communiquer les résultats de leurs recherches aux milieux politiques. Une cinquantaine de participants représentant un large éventail d'organisations—des hôpitaux aux ministères de la santé et des ONG régionales aux institutions des Nations Unies—ont participé aux ateliers financés grâce à une subvention accordée par la Fondation Bill & Melinda Gates au Bureau des références de la population.

Les thèmes abordés ont été les suivants: écart qui sépare la recherche du cercle politique, modèle de mécanisme politique, identification des résultats pertinents pour les orientations, implications, recommandations issues des recherches et importance de l'évaluation. Divisés en petits groupes, les participants ont appris à identifier les résultats, les implications et les recommandations, dans le but de préparer des messages plus clairs à communiquer aux décideurs.

Les participants ont noté qu'ils pourraient appliquer ce qu'ils avaient appris à leurs propres travaux et recherches et beaucoup ont demandé qu'un atelier plus long soit organisé. En fait, en 2003, un certain nombre de boursiers de l'AMDD ont participé à des ateliers plus longs et plus intensifs sur les communications organisés par le Bureau des références de la population, au Costa Rica, en Thaïlande et en Ouganda, au cours desquels les participants se sont exercés à faire des exposés, à rédiger des communiqués de presse et des notes d'orientation, ainsi qu'à sensibiliser les décideurs en tête à tête.

Pour de plus amples informations sur le Bureau des références de la population, consulter le site [www.prb.org](http://www.prb.org). Pour plus d'informations sur les programmes de formation du Bureau des références de la population, prendre contact avec Rhonda Smith à l'adresse [rsmith@prb.org](mailto:rsmith@prb.org) ou Erin Sines à l'adresse [esines@prb.org](mailto:esines@prb.org). ■

### Correction

Dans le *Notebook* de juin 2003, l'article intitulé « Tirer profit de l'initiative SNL de Save the Children », il est indiqué que le projet de SOU de l'hôpital de district de Bougouni (Mali) est géré par CARE alors qu'en fait le projet est appliqué par Save the Children.

## PROBLÈMES EN SUSPENS ÉVOQUÉS EN PLÉNIÈRE, ENGAGEMENTS PRIS

*Au cours des quatre ans qui ont suivi la création du Réseau de partenaires et des projets AMDD, le paradigme sur lequel repose la prise en charge des décès maternels a évolué: d'une démarche axée sur le « risque » et la formation des accoucheuses traditionnelles, on a admis que toutes les femmes enceintes courent le risque d'être victimes de complications obstétricales et qu'elles doivent donc avoir accès à des soins médicaux de bonne qualité en cas de besoin.*

*Cependant la mutation n'est pas achevée: pour fournir des SOU de qualité sur une base durable, il ne suffit pas de moderniser les structures sanitaires; encore faut-il transformer le système de santé dans lequel ces structures sanitaires s'inscrivent et s'attaquer aux processus plus larges qui déterminent le système de santé. Les orateurs ont évoqué ces problèmes, notamment, en plénière.*

### Plénière d'ouverture—21 octobre

#### Hôpitaux de district et systèmes de santé

La directrice de l'AMDD Deborah Maine a donné le ton de la conférence en déclarant qu'il s'agissait d'une réunion « historique ». On peut considérer que le Réseau AMDD est la « première initiative depuis bien longtemps à se tourner vers les hôpitaux de district et à vouloir qu'ils assument les fonctions qui sont les leurs », en utilisant des indicateurs de processus permettant aux administrateurs de comprendre ce dont ils ont besoin dans une province pour mettre à disposition des services de SOU.

Il n'est pas trop onéreux et pas trop difficile de moderniser les structures sanitaires, mais il faut aussi s'efforcer d'améliorer le système de santé et, « dans les pays en développement, aujourd'hui, les systèmes de santé sont souvent tellement négligés, dégradés et défaillants que personne ne veut y toucher. Il semble plus facile, et de loin, de simplement les contourner et d'essayer de construire du neuf même si rien ne prouve que ce sera rentable ». Nos partenaires dans différents pays nous révèlent qu'il est possible de moderniser les structures sanitaires et d'améliorer le système. Il est important aujourd'hui de voir plus loin que le système de santé pour examiner les forces plus globales qui le modèlent : les attitudes qui nous font admettre que les pauvres souffrent et meurent (ce qui constitue une violation des droits de l'homme) la léthargie et la corruption; ainsi que les mécanismes politiques (comme les réformes du secteur de la santé).

#### Donner la priorité à la santé des femmes

Le directeur exécutif adjoint du FNUAP, Kunio Waki, a lancé un appel pour que la santé des femmes ait la priorité absolue dans les plans, politiques, programmes, et dans les budgets de développement. Il a indiqué que selon des estimations publiées récemment par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP, près de 95 % de la totalité des décès maternels interviennent en Afrique et en Asie.

Il a expliqué que « l'accès rapide aux soins obstétricaux d'urgence pour les femmes qui souffrent de complications est la stratégie sur laquelle se fondent les initiatives du FNUAP visant à faire reculer les décès maternels ». Il a fait le point sur le partenariat FNUAP-AMDD dans quatre pays, annonçant que depuis, le FNUAP a mobilisé des fonds pour élargir les SOU à plusieurs autres pays.

### Perspectives gouvernementales

Le Directeur général adjoint du Ghana Health Service, le docteur Sam Adjei, a mis en lumière la hiérarchie des préoccupations auxquelles les gouvernements doivent généralement faire face : sécurité, problèmes politiques, questions socioéconomiques, et en dernier : la santé. Le défi consiste à convaincre les gouvernements d'accorder une priorité plus élevée aux questions sanitaires.

Il a évoqué les expériences du service de santé ghanéen qui doit relever plusieurs défis importants : accès, qualité (y compris le respect des droits fondamentaux des patients), rentabilité, mobilisation des ressources et partenariats. Les principes clés ont notamment consisté à intégrer les initiatives dans le contexte des orientations et des plans stratégiques, à adopter un concept global plutôt qu'une programmation verticale, à intégrer les actions dans les réformes du secteur de la santé, à garantir l'action communautaire et la coordination des donateurs, ainsi qu'à mesurer les progrès accomplis et à les faire connaître.

### Élargir les ressources humaines en faveur des SOU—plénière du 22 octobre au matin

Le Docteur Staffan Bergstrom, de la Division de la santé internationale du Karolinska Institutet en Suède a fait valoir que les soignants autres que les médecins sont une ressource sous-utilisée dans les pays en développement, surtout si l'on considère que la fuite des cerveaux et le SIDA éclaircissent les rangs des soignants. Il a décrit le rôle important que les sages-femmes ont joué en Suède dans la réduction des décès maternels – un rôle reconnu et renforcé dès 1690. De même, à l'hôpital régional de Kigoma en Tanzanie, les décès ont fortement diminué quand on a autorisé les soignants non médecins à intervenir pour sauver des femmes dont la vie était en danger. Comme il est toujours difficile de convaincre ceux qui s'opposent à cette politique, il convient d'effectuer davantage de recherches sur ce thème, pour savoir notamment si la délégation des tâches est une solution à long terme et contribue à améliorer la qualité des soins.

Le docteur Harshad Sanghvi, directeur médical du Programme de santé maternelle et néo-natale au JHPIEGO, qui est affilié à l'Université Johns Hopkins, a évoqué les défis de la formation aux SOU, dans le contexte de l'évolution des

besoins en matière de formation et d'éducation, ainsi que du rôle de l'éducateur. Le problème principal est que « le jour où ils obtiennent leur diplôme, de nombreux étudiants des écoles de médecine et de sages-femmes ne possèdent pas les compétences nécessaires pour prendre en charge les complications de la grossesse et le l'accouchement ».

C'est pourquoi le JHPIEGO, l'AMDD et le Bureau régional de l'UNICEF en Asie du Sud ont élaboré un programme d'enseignement des SOU fondé sur les compétences. Sur la base d'un stage pour formateurs qui a été couronné de succès, six pays d'Asie du Sud ont adopté ce programme d'enseignement qui se fonde sur le travail en équipe et s'adresse à des non-spécialistes. Les stagiaires suivent ensemble cinq semaines de cours, suivis de trois mois de pratique clinique et de deux semaines d'encadrement, supervision et évaluation sur leur lieu de travail.

Le docteur Ravi Saksena du Département d'anesthésie du All India Institute of Medical Sciences de New Delhi a évoqué l'expérience récente de l'Inde

en matière de renforcement des capacités des soignants d'administrer une anesthésie pour sauver des vies humaines dans le cadre des SOU. L'initiative a été lancée après avoir constaté que nombre de services des établissements spécialisés en SOU n'étaient pas opérationnels parce qu'il y avait une pénurie d'anesthésistes. Il a indiqué que la solution à long terme consiste à renforcer l'enseignement de l'anesthésie dans les facultés de médecine. Entre temps il a été décidé de donner une formation aux médecins de niveau moyen afin qu'ils puissent assurer certains services d'anesthésie obstétricale d'urgence. Un cours de formation fondé sur les compétences de 18 semaines a été élaboré et approuvé, en rendant les soignants attentifs au fait qu'ils doivent connaître leurs limites. Le cours couvre l'ensemble du pays.

## Trouver des synergies : relier les SOU à d'autres initiatives—plénière du 22 octobre au soir

Le docteur Mark Hauswald, Professeur associé de médecine d'urgence et Doyen associé de soins cliniques à la faculté de médecine de l'Université de New Mexico, a souligné qu'il y avait des points communs entre la médecine d'urgence et l'obstétrique d'urgence. Il a estimé que la qualité des soins obstétricaux d'urgence dépend de la qualité des soins d'urgence.

Le docteur Allen Rosenfield, Doyen de l'École Mailman de santé publique de l'Université de Columbia a rappelé l'article publié en 1985 dans The Lancet intitulé « Where is the M in MCH? » (Quand on parle de santé maternelle et infantile, où est la santé maternelle?) qui a entraîné la création du Réseau régional pour la prévention de la mortalité maternelle (RPMM) et de l'AMDD. De même, la discussion qui s'est déroulée à Durban en 2001 intitulée « Where is the M in MTCT Programs? » (Où est le M dans les programmes de lutte contre la transmission de la mère à l'enfant?) est à l'origine aujourd'hui de l'initiative MTCT-Plus qui a pour but de fournir des services de soins primaires du VIH aux femmes ainsi qu'aux autres membres de la famille. L'initiative MTP-Plus est testée sur 13 sites dans neuf pays et des subventions à la planification sont prévues pour sept autres pays. Plusieurs des enseignements tirés en matière d'élargissement sont comparables à ceux tirés du programme AMDD, notamment en ce qui concerne la

nécessité de redéfinir le rôle du personnel soignant et l'importance de la formation fondée sur les compétences sur le lieu de travail.

David Oot, directeur du Bureau de la santé à Save the Children a parlé des liens et possibilités critiques qui unissent les SOU et la survie du nouveau-né. Les interventions favorables tant au nouveau-né qu'à la mère pendant le travail et l'accouchement sont les suivantes : accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène et lutte contre l'infection, prise en charge ou aiguillage vers des établissements spécialisés des femmes souffrant de complications obstétricales et

utilisation du partographe pour identifier et traiter les complications. Les autres chances, que l'on laisse souvent passer, d'améliorer la survie de la mère et du nouveau-né sont, notamment, les suivantes : politique et mobilisation, renforcement des capacités, et amélioration de la qualité des soins.

## Systèmes de santé et SOU : panorama général—plénière du 23 octobre au matin

Le docteur Raj Karim, Directeur régional de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) en Malaisie, a évoqué l'expérience de ce pays concernant la réduction des taux de mortalité maternelle, qui sont passés de 320 pour 100 000 naissances vivantes en 1957 à 30 en 2001. Au nombre des stratégies, on peut citer les services d'appoint au premier niveau d'aiguillage des femmes à qui il



Lors du banquet organisé à l'occasion de la Conférence du Réseau AMDD le 22 octobre, le prix « Meilleures Pratiques » du Global Health Council a été attribué à Angela Kamara, Directrice du réseau RPMM, pour ses travaux extraordinaires de lutte contre la mortalité maternelle en Afrique. Alors que la foule des participants applaudissait à tout rompre, les équipes du RPMM se sont mises à danser pour exprimer leur joie à l'annonce de cet honneur bien mérité.

(Photo: Dileep Mavalankar)

## PROBLÈMES EN SUSPENS ÉVOQUÉS EN PLÉNIÈRE, SUITE

convient d'administrer des soins obstétricaux spécialisés, et la mise en place de soins de maternité communautaires dotés de systèmes d'aiguillage efficaces et rentables vers des SOU.

Vincent Orinda de l'UNICEF Ouganda a parlé de l'expérience qui a consisté à intégrer les SOU dans un processus d'approche sectorielle de la santé. Il a indiqué qu'il était possible d'améliorer l'accès aux SOU en Ouganda grâce à l'intérêt particulier que portent les parties prenantes à la réduction de la mortalité maternelle et aux politiques de décentralisation. Il a ajouté que la mobilisation et les données étaient essentielles pour garantir l'inclusion des SOU dans l'approche sectorielle. Une évaluation des services de SOU a été réalisée en utilisant les Indicateurs de processus de l'ONU. Elle a révélé que des fonctions-signal manquaient dans 34 des 38 centres médicaux étudiés. Il a donc été décidé de renforcer la stratégie de santé de la procréation en améliorant l'accès aux SOU dans le cadre du processus d'approche sectorielle.

Lynn Freedman, JD, MPH, du programme AMDD, a qualifié la mortalité maternelle d'« urgence silencieuse » et elle a indiqué que l'Objectif du Millénaire pour le développement, qui consiste à réduire de 75 % d'ici à 2015 le taux de mortalité maternelle, ne pourrait pas être atteint sans un accès large et équitable aux SOU. Les SOU ne peuvent pas être mis en oeuvre sous forme de programme vertical puisque ces prestations s'intègrent dans un système de santé plus large. Les OMD sont une excellente occasion d'utiliser les SOU de manière stratégique pour que la question des systèmes de santé soit intégrée dans le programme de développement et pour démontrer que la responsabilité de la mortalité maternelle et de la faillite des systèmes de santé incombe aux pays riches comme aux pays pauvres.

### Séance de clôture – 23 octobre

#### Persévérance lors de l'application des connaissances

Barbara Kwast, PhD, Conseillère principale au Programme AMDD, a communiqué ses réflexions sur les enseignements tirés des expériences des quatre dernières années. Les participants ont rapporté de réels succès, mais « nous devons tous être conscients des limites de ce que nous avons accompli. Trop de femmes souffrent encore de complications obstétricales sans être traitées ».

Elle a examiné le rôle de l'AMDD en tant que catalyseur encourageant les gouvernements et les organismes internationaux à opérer un revirement conceptuel et elle a constaté que les partenariats et les changements politiques, s'ils sont importants, sont néanmoins fragiles. Elle a souligné qu'il fallait faire preuve de persévérance lors de l'application des connaissances et de leur traduction en programmes nationaux, ainsi que lors de la recherche de financement. Elle a voulu espérer que le mouvement trouverait un équilibre entre le désir de changement, la résistance à l'injustice et l'aspiration à une amélioration constante.



Tout le monde a été très ému d'apprendre que Barbara Kwast, Conseillère principale à l'AMDD, allait prendre sa retraite (et cette fois c'est vrai) après plus de 40 ans passés à sauver des vies et protéger la santé des femmes du monde entier. Ses travaux ont été récompensés par de nombreux diplômes et honneurs. Elle s'est fait ovationner pendant de longues minutes lors du banquet de la Conférence du Réseau AMDD, une preuve de l'affection et du respect que lui témoignent ses collègues.

(Photo: Dileep Mavalankar)

de développement unissent leurs efforts, dans le cadre de la protection des droits de l'homme, pour éviter que des femmes ne succombent aux complications de la grossesse ou de l'accouchement. L'expérience a mis en lumière, a-t-elle déclaré, que trois principes fondamentaux permettent d'éviter des décès maternels : « a) que l'octroi de soins obstétricaux d'urgence par un personnel compétent est essentiel pour sauver la vie des femmes ; b) qu'un système efficace d'aiguillage vers des services de santé spécialisés doit être en place pour garantir aux femmes enceintes qui en ont besoin un accès ininterrompu aux services, en tout lieu et à tout moment ; c) et que toutes les femmes doivent avoir réellement accès à ces services qui peuvent leur sauver la vie ».

Par conséquent, « il est du devoir des gouvernements de se doter d'un système garantissant aux femmes enceintes accès à des soins médicaux de qualité ». Les donateurs ne peuvent pas se permettre de simplement promouvoir des programmes parce qu'il est facile d'en évaluer les résultats, encore doivent-ils coopérer avec les gouvernements pour établir des priorités et définir des stratégies clés « car, lorsqu'il s'agit de sauver des vies de femmes, la prévention ne suffit pas si elle n'est pas intégrée dans un système de santé garantissant des soins médicaux de qualité et en particulier des services obstétricaux d'urgence qui peuvent sauver des vies ».

#### Le devoir de prodiguer des soins médicaux

La Directrice générale de l'UNICEF, Carol Bellamy, a déclaré que le lourd tribut de 515 000 femmes enceintes qui meurent chaque année dans les pays en développement peut être éliminé si les gouvernements, les pays donateurs et les organismes internationaux

## Engagement à redoubler d'efforts

En conclusion, Allan Rosenfield a déclaré, « Il a fallu très longtemps pour que le monde s'attaque au problème de la mortalité maternelle, mais aujourd'hui nous avançons à grands pas. Compte tenu des résultats annoncés par nos partenaires AMDD et de ce qu'ils apportent à ce mouvement, il est évident que nous continuerons à obtenir des résultats

spectaculaires ». Il a souligné que pour résoudre le problème de la mortalité maternelle nous n'avons besoin ni de nouvelles technologies, ni de nouveaux médicaments, mais d'un engagement renouvelé – pour donner la priorité à la santé des femmes autour du globe. Il est en notre pouvoir de mettre en oeuvre des stratégies qui leur sauveront la vie. » ■

## LES RÉUNIONS DES GROUPES DE TRAVAIL EN BREF

Les présentations des groupes de travail ont été résumées et publiées; il est aussi prévu de mettre le matériel de la conférence, ainsi que les présentations en PowerPoint, sur CD-ROM. Cette section de Notebook donne un bref aperçu des travaux des 28 groupes de travail qui ont couvert des thèmes regroupés en trois parties:

**Mise à niveau des services:** évaluations des besoins, disponibilité, ressources humaines, rénovations et entretien, logistique, indicateurs, systèmes d'information sanitaire, sang, anesthésie, coûts de la mise à niveau des services et compétences permettant de sauver des vies humaines.

**Amélioration de la qualité des services:** soutien clinique, constitution d'équipes, outils pour améliorer la qualité, mesure pour raccourcir l'attente de soins, systèmes d'amélioration de la qualité; responsabilité constructive, utilisation de technologies clés et utilisation de protocoles pour améliorer la prise en charge clinique.

**Au-delà des structures sanitaires:** intégration des SOU dans la politique sanitaire nationale, intégration des SOU dans les stratégies des partenaires du développement, traitement de la fistule obstétricale, modernisation, stratégies visant à améliorer l'utilisation des services, services de proximité communautaire et mobilisation des ressources.

### Quelques points à noter

- Au Bangladesh, dans la Division de Khulna, grâce aux efforts déployés par le gouvernement et l'UNICEF, les besoins satisfaits en matière de SOU sont passés de 11 à 28 % - une augmentation de 153 % entre 1999 et 2002. Le taux de létalité chez les femmes a également chuté, passant de 2,24 % à 1,64 %.
- Plusieurs exposés ont porté sur la fourniture de soins obstétricaux d'urgence au lendemain des conflits. L'Afghanistan a réalisé une étude sur la mortalité maternelle en 2002 et a déjà établi des soins obstétricaux d'urgence complets dans 20 hôpitaux de province sur 32, en s'appuyant sur l'expérience des pays partenaires de l'UNICEF et de l'AMDD en Asie du Sud.
- Avec l'appui du FNUAP, la Guinée-Bissau a récemment procédé à une évaluation des besoins et elle prévoit de faire passer de 11 à 56 le nombre de structures sanitaires capables d'administrer des soins obstétricaux d'urgence de base et de trois à huit le nombre de structures sanitaires capables d'administrer des soins obstétricaux d'urgence complets, d'ici à 2007.

- L'incapacité obstétricale la plus tragique est la fistule (un passage anormal entre le vagin et le rectum ou la vessie) qui exclut les femmes de leur famille et de la société. L'AMDD coopère avec l'African Medical and Research Foundation basée à Nairobi pour améliorer la prévention et le traitement de la fistule. Entre mai 2002 et mai 2003, 39 soignants ont reçu une formation et 274 femmes ont été opérées au Kenya, en Ouganda et dans le sud du Soudan.
- Au Pérou, CARE et le gouvernement ont élaboré des normes et des protocoles applicables aux soins obstétricaux d'urgence. La formation des soignants travaillant dans des structures sanitaires soutenues par le projet a entraîné une diminution des taux de létalité, qui sont passés de 2,6 % en 2000 à 0,6 % en 2003.
- Au Vietnam, Save the Children a financé une formation et une supervision qui a visiblement renforcé les compétences dans les hôpitaux participant au projet, réduisant l'aiguillage d'urgences obstétricales vers des structures sanitaires de meilleur niveau de 29 % à 2 % seulement entre janvier 2002 et septembre 2003.
- Au Kenya des équipes du RPMM dans deux districts affichant des taux élevés de mortalité maternelle ont participé à la formation de la Coalition Against the Mismanagement of Mothers, qui s'efforce d'améliorer la qualité des soins, de sensibiliser les agents sanitaires aux droits des patientes et d'éduquer la communauté. L'utilisation des services a augmenté de manière notable dans les structures sanitaires participant au projet entre février et juillet 2003.
- La mise à niveau des structures sanitaires peut être économique. Selon des études préliminaires, la fourchette des coûts de modernisation des structures sanitaires pour qu'elles puissent assurer des soins obstétricaux d'urgence en Éthiopie a été de 30 000 dollars pour une petite structure sanitaire à 122 000 dollars pour un grand hôpital.

Plusieurs autres pays ont parlé de leurs expériences, notamment : Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Burkina Faso, Cameroun, Équateur, Éthiopie, Guinée-Bissau, Ghana, Inde, Kenya, Libéria, Mali, Maroc, Népal, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Philippines, Rwanda, Sénégal, Sri Lanka, Tadjikistan, Tanzanie, et Thaïlande. ■

## RESSOURCES IMPORTANTES : LE CD DES SOU

Le JHPIEGO a produit un « CD des SOU » pour l'AMDD. Ce CD-ROM contient des ressources importantes sur les SOU, souvent élaborées au cours des quatre dernières années en partenariat avec des gouvernements, des organisations non gouvernementales, des institutions internationales et le Programme AMDD. Le CD contient les ressources et outils suivants:

### Manuels de référence

- Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. OMS, FNUAP, UNICEF, Banque mondiale. 2000
- Infection Prevention, a reference booklet for health care providers. EngenderHealth. 2000.
- Infection Prevention Practices in Obstetric Care, a Supplement to Infection Prevention, a Reference Booklet for Health Care Providers. EngenderHealth. 2003.
- The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs. Centre Heilbrunn pour la santé de la population et de la famille de l'École Mailman de santé publique de l'Université de Columbia. 1997.

### Cours

- Système d'enseignement à distance sur des questions de population, Cours No 6. Réduire les décès maternels : choisir les priorités, suivre les progrès. FNUAP, AMDD. 2001.
- Emergency Obstetric Care for Doctors and Midwives, manuel des participants. AMDD, JHPIEGO Maternal & Neonatal Health. 2002.
- Emergency Obstetric Care for Doctors and Midwives, manuel des formateurs. AMDD, JHPIEGO Maternal & Neonatal Health. 2002.
- Anesthesia for Emergency Obstetric Care, manuel des participants. AMDD, JHPIEGO Maternal & Neonatal Health. 2002.
- Anesthesia for Emergency Obstetric Care, manuel des formateurs. AMDD, JHPIEGO Maternal & Neonatal Health. 2002.

### Outils

- Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux. UNICEF, OMS, FNUAP. 1997
- Manuel AMDD. Utilisation des Indicateurs de Processus de l'ONU en matière de Services obstétricaux d'urgence, Questions et Réponses. AMDD. 2002.
- Soins obstétriques d'urgence : Manuel de référence pour améliorer la qualité des services et outils des SOU pour améliorer la qualité des services, EngenderHealth, AMDD. 2002
- Améliorer les soins obstétriques d'urgence grâce à l'audit reposant sur des critères. AMDD. 2002.
- Emergency Obstetric Care Assessment Tools

Brochure du Programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles. 2003.

Les participants recevront le CD de la conférence en janvier 2004. Pour obtenir des CD supplémentaires de la conférence et/ou des ressources sur les SOU, faire une demande en indiquant votre adresse postale à: [peb2001@columbia.edu](mailto:peb2001@columbia.edu)

AVERTING MATERNAL DEATH AND DISABILITY (AMDD)  
HEILBRUNN DEPARTMENT FOR POPULATION AND FAMILY HEALTH  
MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, COLUMBIA UNIVERSITY  
60 HAVEN AVENUE, B-3, NEW YORK, NY 10032  
FAX (212) 544 1933 WEBSITE: [HTTP://WWW.AMDD.HS.COLUMBIA.EDU](http://www.amdd.hs.columbia.edu)  
E-MAIL: [PEB2001@COLUMBIA.EDU](mailto:PEB2001@COLUMBIA.EDU)