

Relever des défis, apporter des changements, sauver des vies

Numéro 9

Été 2004

CHERS COLLÈGUES

Au cours des dernières années, vous avez été nombreux à oeuvrer en faveur de l'amélioration de l'accès des femmes aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) susceptibles de sauver des vies. Vous avez appris que la couverture et la qualité de ces soins peuvent être améliorées relativement rapidement et pour un coût raisonnable. Vous avez démontré qu'il fallait commencer par rénover les structures existantes et ensuite seulement développer le réseau. Vous savez que l'amélioration des SOU est indispensable pour faire reculer les décès maternels, pour atteindre cet Objectif particulier du Millénaire pour le développement (OMD).

Dans cette perspective, il est facile d'oublier que tout le monde n'est pas aussi bien informé que vous. Il est vrai que le consensus sur l'importance des SOU dans la réduction de la mortalité maternelle s'élargit. Mais il y a encore des gens qui vont à contre-courant et qui peuvent affaiblir contre action. Alors, nous ne serons pas en mesure d'atteindre, même de loin, l'OMD qui consiste à réduire le TMM d'ici à 2015 – en à peine plus de 10 ans!

Pour ceux d'entre nous, nombreux, qui travaillent dans ce domaine, il est apparu de plus en plus clairement que pour réellement faire reculer la mortalité maternelle dans les pays en développement, il faut que le système de santé fonctionne. À la différence de certains autres services médicaux (comme la vaccination) les SOU ne peuvent pas être administrés en dehors du système de santé. Par ailleurs, nous avons aussi appris que la modernisation des services de SOU dans les hôpitaux de district et les centres de soins contribue à améliorer le fonctionnement du système de santé en général. Ainsi, l'un grands défis à relever au cours des toutes prochaines années consiste à faire reculer les décès maternels en prenant appui sur les systèmes de santé, plutôt que d'essayer de contourner le système en privilégiant, par exemple, un groupe de soignants ou l'une des complications obstétricales.

Mais il y a un grand obstacle à surmonter quand on s'attaque au système de santé dans son ensemble : les gens ont tendance à penser que la tâche est trop difficile, trop longue, trop chère, voire impossible. C'est ainsi que plusieurs organismes et gouvernements adoptent de nouvelles versions d'anciennes stratégies qui ont échoué—par ex. en créant de nouveaux cadres d'accoucheuses semi-qualifiées, qui ne sont pas formées pour traiter les complications les plus graves et n'ont pas de structure de SOU à proximité vers laquelle elles peuvent aiguiller les femmes.

L'expérience des organismes partenaires de l'AMDD révèle qu'il est possible d'améliorer les SOU, que cela ne prend pas trop de temps, ne coûte pas tellement cher, et que l'ensemble du système en bénéficie. Mais plusieurs de nos collègues du secteur de la santé, au niveau des décideurs et dans le cercle des donateurs, ne sont toujours pas convaincus. Une fois que nous aurons réussi à les convaincre, encore faudra-t-il qu'ils acquièrent le savoir-faire nécessaire. Voilà pourquoi, à court terme, l'une des tâches les plus importantes qui nous incombe consiste à faire connaître ce que nous avons appris. Tel est le thème de ce numéro du Notebook – atteindre toutes sortes d'interlocuteurs en diffusant un large éventail de messages essentiels.

Deborah Maine, DrPH

Directrice, AMDD

DANS CE NUMÉRO

Bonnes Pratiques	2
Les Philippines: Conference sur la mortalite maternelle	3
Évaluation des besoins en matière de soins obstétricaux d'urgence dans quatre pays d'Afrique	4
La majorité des pays en développement manque de structures capables d'administrer des SOU de base ..	5
Évaluer le recul de la mortalité maternelle	6
Amélioration des prestations de SOU au Viet Nam	7
L'ONU décerne un prix à l'Hôpital Fistula d'Addis-Abeba	8
L'AMDD accueille une nouvelle Directrice adjointe	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 89 projets appuyés par l'AMDD dans 52 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

BONNES PRATIQUES

Influencer les décideurs pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence en Inde

Avec plus d'un milliard d'habitants, l'Inde affiche des taux élevés de mortalité maternelle, allant de 400 à 600 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans les zones rurales. Chaque année, 100 000 femmes meurent pendant l'accouchement, ce qui représente un décès maternel sur cinq dans le monde. Bien que l'Inde soit un pays pauvre, avec un PNB par habitant de 480 dollars par an, elle dispose d'un solide corps médical, public et privé. La Fédération of Obstetrics and Gynaecology Society of India (FOGSI) (Fédération indienne des sociétés d'obstétrique et de gynécologie), forte de plus de 18 000 membres, est composée essentiellement de praticiens privés.

Malgré une vaste infrastructure médicale, la mortalité maternelle n'a pas reculé de manière notable en Inde au cours des deux dernières décennies. Cet état de fait s'explique partiellement par des stratégies inefficaces, comme les soins prénatals ; l'approche fondée sur les « hauts risques » ; la formation des accoucheuses traditionnelles et l'alimentation maternelle complémentaire pendant la grossesse. La stratégie dont l'efficacité a fait ses preuves, les soins obstétricaux d'urgence (SOU), n'a pas reçu l'attention sérieuse qu'elle mérite, même au cours des 10 dernières années lorsque deux grands programmes financés de l'extérieur ont été mis en place afin d'améliorer la santé maternelle et infantile, ainsi que la santé reproductive.

Au cours des trois dernières années, l'AMDD a favorisé le renforcement des soins obstétricaux d'urgence dans 13 districts situés dans deux États, par l'intermédiaire de projets déjà mis en place par l'UNICEF et le FNUAP, en collaboration avec les autorités. Ces projets privilégient vigoureusement l'amélioration des SOU dans des hôpitaux sélectionnés de ces districts et de leurs sous-districts, ainsi que dans quelques centres de soins de santé primaire. Ce projet a amélioré l'accès aux services de SOU et leur utilisation.

Sur la base de cette expérience, l'AMDD et ses partenaires, l'UNICEF et le FNUAP, ont expliqué à d'autres partenaires qui financent de grands programmes dans le pays, pourquoi il est important d'accorder une attention particulière aux SOU. Ces initiatives sont décrites brièvement ci-dessous :

1. L'équipe du FNUAP au Rajasthan a coopéré étroitement avec les autorités étatiques à l'élaboration du volet SOU d'un grand projet de renforcement du système de santé entrepris par le gouvernement avec des fonds fournis par la Banque mondiale. Ce projet a pour but de moderniser les hôpitaux aux niveaux du district et du sous-district au Rajasthan. L'expérience accumulée dans le cadre des projets soutenus par l'AMDD a permis de peaufiner le volet SOU du projet.
2. L'UNICEF et le FNUAP, en collaboration avec l'équipe technique de l'AMDD, ont donné des conseils lors du processus d'élaboration d'un Programme sur la santé reproductive et la santé infantile ; ce grand programme national, réalisé avec l'aide de la Banque mondiale, du DFID et d'autres donateurs, sera doté d'un important volet « santé maternelle ». Les trois partenaires ont participé à

des réunions et à des discussions sur la formulation du volet SOU du programme. Ils ont aussi examiné le plan de mise en oeuvre du programme projeté, et ils ont fait des suggestions sur la base de l'expérience acquise dans le cadre des projets soutenus par l'AMDD au Rajasthan et au Maharashtra, ainsi que dans d'autres pays. Cette initiative se poursuit, mais le plan de mise en oeuvre révèle clairement qu'aujourd'hui, le projet vise surtout à améliorer les soins obstétricaux d'urgence dans le système indien de soins de santé primaire.

3. L'équipe AMDD a coopéré avec la FOGSI afin de faire évoluer l'opinion de ce groupe puissant d'obstétriciens privés en faveur des SOU dans les zones rurales. Une série de rencontres, par exemple des réunions ou des exposés présentés par Allan Rosenfield, Doyen de l'École Mailman de santé publique, et Deborah Maine, Directrice du programme AMDD à l'Université de Columbia, ont convaincu le président et certains membres importants de la FOGSI de lancer un programme de formation des médecins généralistes pour qu'ils puissent assurer des services complets de SOU dans les zones rurales. L'équipe AMDD est constamment en contact avec la FOGSI afin de mettre au point un programme au cours des deux prochaines années.

4. En collaboration avec la Commission des femmes de l'État du Rajasthan, le Bureau de l'UNICEF a organisé un atelier sur les stratégies permettant de faire reculer la mortalité maternelle dans cet État. Plusieurs ONG de femmes et du secteur de la santé, ainsi que des représentants des médias, ont participé à cet atelier, ce qui a permis de sensibiliser non seulement les professionnels de la santé, mais aussi des segments plus larges de la société civile.

Par ailleurs, d'autres initiatives plus limitées, ciblant diverses institutions publiques au niveau central et de l'État, des organisations professionnelles et des organismes de la société civile, ont été lancées pour faire passer le message sur les SOU. Il est évident que pour faire reculer la mortalité maternelle en Inde au cours des dix prochaines années, il faut que les enseignements tirés des programmes de SOU soient mis en oeuvre sur le terrain, soient mieux connus et pris en compte plus largement dans les initiatives de développement sanitaire et social. Comme l'Inde est un très grand pays, il faudra s'appuyer sur plusieurs réseaux d'acteurs pour faire passer le message. C'est là que le rôle de l'AMDD, de l'UNICEF, du UNFPA et de la FOGSI prend toute son importance. ■

Dr Dileep V. Mavalankar

Institut indien de gestion, Ahmedabad

LES PHILIPPINES: CONFERENCE SUR LA MORTALITE MATERNELLE

Les dirigeantes de 38 organisations locales de femmes venues de 46 communautés des Philippines ont partagé leurs expériences sur les risques de la grossesse et de l'accouchement et se sont engagées à prendre des mesures lors d'une conférence nationale de deux jours organisée parallèlement à la Journée internationale d'action pour la santé des femmes, célébrée le 28 mai.

Le concept qui sous-tend les SOU – les complications les plus meurtrières pendant la grossesse et l'accouchement ne peuvent ni être pronostiquées ni être évitées, mais pratiquement toutes pourraient être traitées avec des soins médicaux appropriés et rapides – était nouveau pour la majorité des participantes. Dans bien des cas, la conférence a détruit des mythes liés aux décès et aux complications de la grossesse. Beaucoup de participantes ont été choquées d'apprendre que des femmes mouraient dans toutes les régions des Philippines de causes liées à la maternité et que ces décès étaient évitables. Aux Philippines, une femme court un risque de 1 sur 75 pendant sa vie de succomber à des complications liées à la grossesse, alors que le risque est de 1 sur plus de 4 000 dans les pays industrialisés.

Lors de la conférence, l'ONG Likhaan, qui avait convié la réunion, a présenté son rapport sur une étude portant sur 30 femmes de Malabon City qui avaient souffert de complications liées à la grossesse : 18 ont survécu; 12 sont mortes. Des membres de la famille de ces femmes étaient présents, et ils ont pleuré quand on a évoqué leur histoire par le mime et la danse.

Une déclaration a été adoptée à l'issue de la conférence dont voici quelques extraits :

En tant qu'individus, groupes et organisations, nous nous engageons à protéger les femmes contre la mortalité et la morbidité maternelles avec détermination et par notre action:

◆ Nous apprendrons aux femmes à planifier leur grossesse, à être conscientes des complications possibles et à être toujours prêtes à s'adresser à des structures susceptibles d'administrer des soins obstétricaux d'urgence.

◆ Nous nous organiserons, ainsi que nos familles et nos communautés, pour lancer des plans permettant de diagnostiquer rapidement les complications, de prendre immédiatement la décision de chercher des SOU et de trouver facilement des transports pour atteindre les structures prodiguant des SOU.

◆ Nous établirons des liens avec le personnel des structures de SOU pour prodiguer rapidement des soins aux patientes souffrant de complications obstétricales qui mettent leur vie en danger.

◆ Nous persuaderons les autorités aux niveaux national et local d'accorder la priorité et d'allouer des fonds aux SOU, de s'assurer qu'ils sont disponibles, accessibles sur le plan géographique, d'un prix abordable, adéquats et « accueillants ».

◆ Nous persuaderons le gouvernement et les institutions privées d'adopter des plans de financement sociaux des SOU pour les femmes démunies.

◆ Nous soutiendrons les réformes législatives permettant à des professionnels de la santé, comme les sages-femmes et les infirmières, d'administrer des SOU susceptibles de sauver des vies.

◆ Nous plaiderons auprès de la Commission de l'éducation supérieure en faveur d'un programme d'enseignement de la médecine sensible aux besoins obstétricaux particuliers des personnes souffrant de handicaps. ■

ÉVALUATION DES BESOINS EN MATIÈRE DE SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE DANS QUATRE PAYS D'AFRIQUE – DES CHIFFRES POUR FAVORISER LES CHANGEMENTS D'ORIENTATION

Une évaluation des besoins en matière de soins obstétricaux d'urgence (SOU) a été réalisée au Kenya, en Ouganda, dans le sud du Soudan et au Rwanda en 2003 et 2004. Les données ainsi réunies aident les gouvernements et leurs partenaires du développement à recentrer leurs interventions visant à faire reculer la mortalité maternelle et néonatale.

Dans tous les pays, la couverture en SOU de base est bien inférieure aux normes fixées par les Indicateurs de processus des Nations Unies. L'étude a révélé une pénurie de services et un manque d'accès aux services, surtout dans les zones rurales et retirées. Les services manquent de personnel compétent, d'équipements essentiels et de médicaments, de soutien en matière de communication et d'aiguillage des patientes vers d'autres services. Les systèmes de soins ne sont pas fiables et le personnel est démoralisé.

L'évaluation de base

L'évaluation de base des SOU est un outil efficace qui permet d'identifier les lacunes dans la couverture et l'utilisation des services qui peuvent sauver des vies en cas de complications obstétricales. Les décideurs, les planificateurs et les administrateurs de programme au niveau du pays, de la province et du district peuvent s'appuyer sur les résultats de l'évaluation pour rendre les interventions plus efficaces. C'est aussi un moyen fiable de suivre les progrès menant à la réalisation de l'objectif international visant à réduire de 75 % les TMM d'ici à 2015.

En se fondant sur les six Indicateurs de processus de l'ONU, l'évaluation de base des SOU vise à :

1. Évaluer la couverture, l'utilisation et, dans une certaine mesure, la qualité des prestations de SOU dans une population donnée;
2. Définir les facteurs qui ont une incidence sur l'utilisation des services de SOU disponibles;
3. Identifier les obstacles qui font que des prestations de SOU de qualité ne sont pas disponibles 24 heures sur 24; et
4. Identifier les lacunes et les interventions prioritaires permettant d'améliorer la couverture et la qualité des prestations de SOU.

Pays

Une évaluation des besoins en SOU a été réalisée en 2003 et 2004 au Kenya, en Ouganda, dans le sud du Soudan et au Rwanda. Les ministères de la Santé de ces pays respectifs ont organisé les évaluations avec l'aide des bureaux de pays et des bureaux régionaux de l'UNICEF. Les agents sanitaires locaux se sont chargés de réunir les données. L'analyse des données et la préparation des rapports ont été menées à bien avec le soutien technique de l'AMDD et du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe. Dans certains pays, le personnel local a suivi une formation en traitement et analyse des données.

Utilisation des résultats

Une fois l'évaluation achevée, les principaux résultats ont été communiqués aux décideurs (ministres de la Santé, planificateurs et administrateurs de programmes de santé reproductive aux niveaux du pays, de la province et du district, organisations regroupant des professionnels de la santé, médias).

Les pays ont commencé à utiliser les résultats dans les concertations sur les politiques entre gouvernements, organismes donateurs et homologues du programme. En Ouganda, les SOU ont été intégrés au budget ordinaire du gouvernement dans le cadre du processus d'approche sectorielle. Au Rwanda, le ministère de la Santé et l'UNICEF ont décidé que la priorité était de donner une formation aux soignants de niveau intermédiaire. Dans le sud du Soudan, les autorités sanitaires, les ONG et les donateurs prévoient d'intégrer les SOU dans les activités de remise en état du système de soins médicaux après 19 ans de guerre. Dans la Province nord-est du Kenya, l'UNICEF et d'autres donateurs affecteront des ressources à la modernisation des centres de santé, à la formation des soignants de niveau intermédiaire, ainsi qu'au renforcement des communications et du système d'aiguillage.

Enseignements tirés

- Il est essentiel de faire participer les décideurs et les administrateurs de programmes à la planification et à la mise en oeuvre de l'évaluation.
- Des obstétriciens/gynécologues respectés du pays devraient participer à l'évaluation pour que les résultats soient crédibles et acceptables pour les pays évalués.
- Lorsqu'un personnel local participe à la collecte, au traitement et à l'analyse des données, il est plus facile pour les utilisateurs de comprendre et d'interpréter les résultats.
- L'évaluation n'est pas nécessairement suivie immédiatement de mesures ou d'un engagement. Ce n'est que la première étape d'un long processus. Un ou plusieurs points d'entrée faciles devraient être identifiés sur la base des résultats des évaluations.
- Il faut regarder ce qui se cache derrière les chiffres pour comprendre quels sont les facteurs qui ont une influence sur l'utilisation des services disponibles et comment elle se manifeste. Il est aussi possible de simplifier les outils sans perdre les informations essentielles.
- Les SOU devraient être intégrés à d'autres interventions, par exemple : prévention et traitement du paludisme pendant la grossesse; prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; soins prénatals ciblés, afin d'utiliser au maximum les ressources et de renforcer l'impact de toutes les interventions.

La pensée a évolué concernant la manière d'aborder les SOU dans le cadre de la réduction des TMM; les interventions fondées sur le risque ont été abandonnées au profit de mesures visant à donner aux femmes un accès aux

soins appropriés en cas de complications; de même, de la planification conventionnelle, on est passé à une planification des programmes fondée sur l'évidence. Les décideurs et les administrateurs de programmes ne sont pas toujours convaincus du bien fondé de cette approche. Il leur faut du temps pour constater que les SOU sont efficaces et s'habituer à les utiliser. Il en va de même pour les donateurs : ils ne sont pas tous acquis à la cause des SOU. Le risque de tiraillements est donc bien réel. C'est pourquoi, il est important de faire connaître largement et rapidement les résultats des évaluations des besoins en matière de SOU

aux décideurs, planificateurs et administrateurs de programmes à tous les niveaux, ainsi qu'aux donateurs. ■

Luwei Pearson et Rumishael Shoo

*Bureau de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe
Nairobi, Kenya*

LA MAJORITÉ DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT MANQUE DE STRUCTURES CAPABLES D'ADMINISTRER DES SOU DE BASE

L'une des grandes conclusions, et l'une des plus surprenante aussi, de l'évaluation des besoins en matière de prestations de SOU réalisée par l'AMDD et ses partenaires est qu'il y a systématiquement pénurie de structures capables d'administrer des SOU de base. *Les Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux* publiées par l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP en 1997, préconisaient la présence de 4 structures de SOU de base au minimum pour 500 000 habitants. Aucun des pays affichant des TMM élevés étudiés par l'AMDD et ses partenaires n'affichait ce nombre minimum de structures (voir tableau).

Les structures de SOU de base devraient être en première ligne pour répondre aux besoins des femmes souffrant de complications obstétricales. Les fonctions signal qui devraient être disponibles dans les structures de SOU de base – administration d'antibiotiques par voie intraveineuse, médicaments oxytociques et anticonvulsivants, délivrance artificielle du placenta, évacuation du contenu utérin et accouchement par voie basse instrumenté – permettent de traiter la majorité des complications obstétricales directes qui sont à l'origine du décès des femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et immédiatement après l'accouchement. Les structures de SOU de base devraient être des établissements de proximité, les plus proches et les plus faciles à atteindre. Idéalement, les femmes devraient pouvoir se rendre dans ces structures de première ligne, de nuit comme de jour, pour obtenir un traitement, ou pour stabiliser leur état avant le transfert vers un hôpital.

Les femmes qui ont besoin d'une transfusion et/ou d'une césarienne doivent pouvoir accéder à une structure de SOU complets. Étonnamment, l'évaluation des besoins a révélé que le minimum fixé pour les structures de SOU complets était atteint, voire dépassé, dans les pays à TMM élevés (soit 1 structure de SOU complets pour 500 000 habitants); dans ces pays, à mesure que les TMM diminuaient, les structures étaient plus nombreuses à pouvoir administrer des SOU complets. Plusieurs pays affichant un TMM faible semblent avoir une proportion appropriée de structures de SOU par rapport à leur population (par ex. 54 structures de SOU pour 500 000 habitants comme aux États-Unis) mais ces établissements offrent tous des SOU complets. Bien qu'il ne vienne à l'idée de personne de se plaindre qu'il y ait trop de soins obstétriques d'urgence à la disposition des femmes, ce scénario revient cher et il va souvent de pair avec une culture

préconisant l'accouchement en milieu hospitalier et potentiellement avec une surmédicalisation. Quoi qu'il en soit, le fait est que dans les pays où intervient la majorité des décès maternels, les structures de SOU complets sont trop peu nombreuses et trop éloignées les unes des autres pour pouvoir traiter toutes les urgences obstétricales. Elles sont aussi hors de portée des femmes vivant dans des communautés rurales, puisqu'elles sont surtout localisées dans les centres urbains.

Quel message faut-il donc faire passer? Il faut dire aux responsables de la planification et de l'amélioration des services de santé maternelle de ne pas partir de l'hypothèse selon laquelle les centres de soins et même les hôpitaux peuvent obligatoirement administrer des soins obstétricaux d'urgence. Il faut procéder à une évaluation des besoins pour observer et consigner les fonctions signal qui existent en réalité. De nombreux établissements de santé semblent être en mesure d'administrer des SOU de base et pourtant tel n'est pas le cas. Parfois, de petites améliorations au niveau de la formation du personnel, des réparations ou l'achat d'équipements, outre l'attention portée à des questions de gestion comme la livraison régulière de fournitures, suffisent pour que l'établissement puisse administrer des SOU de base. Cet investissement minime permet de faire reculer les cas de mortalité et de morbidité maternelles. ■

Anne Paxton, DrPH
AMDD

Pays	Taille de la population	Situation de base		Nombre recommandé pour 500 000 habitants	
		Complets	De base	Complets	De base
Bénin	6,752,569	26	19	14	54
Cameroun (5 provinces)	7,481,920	20	2	15	60
Tchad	7,832,210	24	7	16	63
Inde (Rajasthan)	13,050,000	8	39	26	104
Mozambique (Province de Sofala)	1,453,928	4	1	3	12
Népal	12,734,979	18	5	26	102
Niger	11,136,706	22	54	22	88
Sénégal	9,833,757	33	5	20	79

Disponibilité des SOU, quelques pays dans lesquels le TMM est supérieur à 500 pour 100 000 naissances vivantes

Introduction

La situation désespérée des réfugiées et des femmes déplacées qui fuient les conflits les expose à un risque exceptionnellement élevé de décès, maladies et incapacités liés à la grossesse. Beaucoup ont accès à des SOU grâce aux services minimaux de santé reproductive mis en place par la communauté des organisations humanitaires. Cependant, ce programme a été conçu pour les premières phases des situations d'urgence complexes, tandis que les populations touchées par des conflits restent souvent dans des camps ou sont déplacées pendant de longues périodes. Pour faire reculer la mortalité et la morbidité maternelles, les femmes qui se retrouvent dans cette situation ont besoin de ce qui équivaut à un accès permanent aux SOU. Il est impératif que les organismes procèdent à une évaluation des systèmes de santé locaux et planifient leurs programmes de SOU sur cette base.

Les *Lignes directrices de l'ONU* sont un outil d'une valeur inestimable à cet égard. Elles proposent une approche systématique de l'évaluation des systèmes de soins et de la planification d'interventions viables en matière de santé maternelle. Les auteurs de cet article ont examiné cinq manuels et lignes directrices à l'usage des organisations humanitaires en se fondant sur quatre critères :

1. Les lignes directrices incluent-elles les SOU?
2. Indiquent-elles clairement quels sont les services de SOU nécessaires?
3. Incluent-elles les Indicateurs de processus de l'ONU dans les plans d'appréciation, de suivi et d'évaluation?
4. Mentionnent-elles les *Lignes directrices de l'ONU* dans les ressources?

Examen

- *Le Projet Sphère : Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes*. Projet Sphère, 2004. Ce manuel souligne que les SOU sont nécessaires et qu'il faut procéder à une évaluation de l'infrastructure sanitaire locale. Le formulaire de collecte de données inclut le nombre de décès maternels. Le manuel fait la différence entre les SOU de base et complets et mentionne certains des services de SOU spécifiques, ou « fonctions signal », qui doivent être en place. Toutefois, il ne mentionne pas les qualifications requises pour traiter les complications obstétricales, les Indicateurs de processus de l'ONU ou les variables nécessaires. Il ne fait en outre jamais référence aux *Lignes directrices de l'ONU*.
- *La santé reproductive en situations de réfugiés : Manuel de terrain interorganisations*. Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 1999. Ce manuel souligne l'importance de la mise à disposition de SOU de qualité pour faire reculer la mortalité maternelle, ainsi que l'importance des services obstétricaux essentiels; il fait en outre référence aux *Lignes directrices de l'ONU*. Bien que les indicateurs de processus soient mentionnés en termes

généraux, les Indicateurs de processus de l'ONU ne sont pas spécifiquement cités.

- *La santé des réfugiés: Une approche aux situations d'urgences*. Médecins Sans Frontières, 1997. Ce manuel souligne l'importance des SOU et de l'utilisation des systèmes de santé existants; il mentionne aussi le lien direct qui unit les complications obstétricales à la morbidité et à la mortalité maternelles. Il ne mentionne pas les services de SOU et les qualifications spécifiques requises, il ne fait pas non plus référence aux Indicateurs de processus de l'ONU, aux variables à utiliser ou aux *Lignes directrices de l'ONU*.
- *La santé reproductive pendant les conflits et le déplacement: Un guide pour les gestionnaires de programme*. Organisation mondiale de la Santé, Département Santé et Recherche génésiques, 2000. Ce guide souligne l'importance des SOU; de la qualité des soins; du respect des droits de l'homme; il mentionne certains services de SOU et les types de soignants qualifiés indispensables; il donne une liste générale d'indicateurs de processus, et renvoie au manuel de l'OMS *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth*. Il ne donne pas la liste complète des services de SOU nécessaires ou des qualifications requises, il ne fait pas spécifiquement référence aux Indicateurs de processus de l'ONU ou aux *Lignes directrices préparées par l'ONU*.
- *Guide pour la protection des femmes réfugiées*. HCR, 1991. Ces lignes directrices indiquent que les femmes doivent avoir accès à des services médicaux mais elles ne mentionnent pas spécifiquement les SOU.

Conclusions et recommandations

Si les améliorations sont bien visibles, il est toutefois indispensable d'établir une norme universelle pour l'établissement des programmes visant à surveiller et évaluer la réduction de la mortalité pendant les situations d'urgence. Les *Lignes directrices de l'ONU* devraient être distribuées à tous les organismes qui travaillent avec ces populations. Dans ces conditions extrêmement difficiles, une meilleure coordination entre les partenaires de terrain et au niveau national en matière de collecte de données relatives aux Indicateurs de processus de l'ONU contribuerait à améliorer la qualité des données et l'efficacité du suivi. ■

Janet Meyers

Conseillère technique en SOU, Consortium RHRC

Samantha Lobis

Responsable du suivi et de l'évaluation, AMDD

Henia Dakkak

Conseillère médicale, International Medical Corps

AMÉLIORATION DES PRESTATIONS DE SOU AU VIET NAM

Approcher le personnel, renforcer ses compétences, lui donner une infrastructure, des fournitures et des équipements adéquats, et le faire participer aux prises de décisions, telles sont les mesures qui ont permis d'améliorer les services et de renforcer les capacités obstétricales du Centre de soins du district de Hai Lang, dans la Province de Quang Tri, au centre du Viet Nam.

Avant la mise à niveau, le personnel n'avait ni les capacités, ni les équipements nécessaires pour prendre en charge des complications exigeant une césarienne ou une transfusion. Le centre ne pratiquait que 10 accouchements par mois, ceux qui ne présentaient pas de complications. Il fallait aiguiller toutes les autres femmes vers d'autres structures.

Le personnel était démoralisé car il ne voyait pas comment améliorer la situation. Le toit fuyait, il n'y avait ni eau salubre, ni électricité. Il n'y avait pas non plus de toilettes dans la salle de travail ou de rideaux pour protéger l'intimité des patientes. Les normes du ministère de la Santé n'étaient pas respectées en matière de prévention des infections.

Le Projet de maternité sans risque a débuté en 2001, avec l'appui de l'AMDD et de Save the Children É-U, et en partenariat avec les services de santé du district et de la province. En 2003, les salles d'accouchement et de traitement étaient propres et modernes; il y avait de nouvelles toilettes dans la salle de travail et les services, bien tenus, étaient dotés de lits munis de couvertures, d'oreillers et de moustiquaires.

Les compétences cliniques se sont radicalement améliorées grâce à la formation : les soignants savent aujourd'hui accélérer le travail, pratiquer une césarienne, administrer une transfusion de sang, pratiquer une ovariectomie, ou une salpingectomie en cas de grossesse ectopique, et une hystérectomie subtotal. La prise en charge active de la troisième étape du travail et la surveillance du travail à l'aide d'un partographe font aujourd'hui partie de la routine, et les soignants utilisent de préférence le sulfate de magnésium en cas de pré-éclampsie.

Mais les compétences techniques ne sont pas tout. Les administrateurs ont appris à consulter le personnel et à le faire participer au processus de planification. Le projet a introduit la Stratégie relative aux services axés sur l'utilisateur et fondée sur des prestations efficaces et l'Audit reposant sur des critères—des outils permettant de s'assurer constamment que les droits des patientes et des soignants sont respectés, et de surveiller la qualité des soins. Grâce à cette nouvelle approche, le personnel accueille

favorablement les changements. « Avant, le personnel se contentait de suivre les instructions, » constate le directeur de l'hôpital, le Dr Nguyen Xuan Tiet. « Aujourd'hui, il propose des améliorations. Le service lui appartient et il en assume la responsabilité. »



L'initiative d'amélioration de la qualité ayant révélé des lacunes au niveau des techniques d'orientation, le personnel des SOU a suivi une formation qui lui permet aujourd'hui de donner aux patientes le soutien affectif et psychologique dont elles ont besoin. Les conseils font partie de la routine. La patiente peut demander conseil à un membre désigné du personnel soignant, et un membre de la famille est autorisé à assister à

l'accouchement pour lui apporter un peu de réconfort.

Enfin, le projet a permis de créer un réseau téléphonique reliant le centre aux 21 dispensaires communaux du district. Le personnel des dispensaires peut demander des conseils, recourir 24 heures sur 24 aux services d'une équipe mobile et même obtenir une ambulance, si nécessaire.

Et avec l'aide de Save the Children É-U, le département d'obstétrique a mis au point un système simple permettant de consigner les complications obstétricales et d'établir des rapports. Ce système fournit des données sur les six Indicateurs de processus de l'ONU utilisés pour suivre la progression des prestations de services obstétricaux. Un tableau blanc est mis à jour tous les trois mois pour informer les employés du département d'obstétrique.

Les statistiques révèlent qu'en moyenne 28 femmes accouchent au centre tous les mois, contre 10 auparavant; les besoins en SOU satisfaits à Hai Lang ont passé de 34 % pendant la première moitié de 2002 à 63 % pendant la première moitié de 2003. « Je me sens en sécurité ici » affirme une patiente. Truong Thi Day a subi une salpingectomie. « J'ai eu de la chance » ajoute Mme Day. « Si j'avais dû venir ici il y a quelques années, je serais morte. Maintenant, le personnel est capable de pratiquer cette opération et il m'a sauvé la vie ». ■

Ha Thanh Binh (docteur en médecine)

*Responsable de programme,
Save the Children/É-U, Vietnam*

Susan Otchere (Maîtrise es Sciences)

*Conseillère en santé maternelle,
Save the Children/É-U*

L'ONU DÉCERNE UN PRIX À L'HÔPITAL FISTULA D'ADDIS-ABEBA

L'Hôpital Fistula d'Addis-Abeba, le pionnier dans le traitement des lésions provoquées par l'accouchement et partenaire de l'AMDD, est lauréat du Prix 2004 des Nations Unies en matière de population. L'ONU décerne ce prix chaque année à des personnes et des institutions sélectionnées pour leur travail exceptionnel dans le domaine de la population et pour les améliorations apportées en matière de santé et de bien-être des individus. La Directrice exécutive de l'hôpital, le Dr Catherine Hamlin, a accepté le prix.

Lors de la remise du prix à New York le 6 juillet, la Vice-Secrétaire générale des Nations Unies Louise Fréchette a indiqué que l'Hôpital Fistula d'Addis-Abeba offrait tout un train de services médicaux, sociaux et psychologiques pour aider les victimes de la fistule à réintégrer dignement

leur communauté. L'hôpital forme aussi de jeunes médecins aux techniques chirurgicales, subventionne dans la mesure du possible le traitement de la fistule, et lance des campagnes de sensibilisation du public à ce problème médical et à son traitement. Fondé en 1974, l'hôpital soigne gratuitement quelque 1 200 femmes par an; il a déjà traité plus de 25 000 femmes.

L'AMDD a versé des fonds à l'hôpital pour qu'il crée cinq centres locaux. Des équipes de l'hôpital viendront dans ces centres pour pratiquer des interventions de traitement de la fistule. L'hôpital prévoit aussi d'y organiser des activités de prévention. ■

L'AMDD ACCUEILLE UNE NOUVELLE DIRECTRICE ADJOINTE



Le Dr Therese McGinn a été nommée Directrice adjointe du Programme AMDD. Elle a quitté son poste de Cadre supérieur associé et Directrice administrative du Programme de santé reproductive pour les migrants

dirigés auprès du Département Heilbrunn pour la santé de la population et de la famille, qui fait partie de l'École Mailman de santé publique de l'Université de Columbia, où sont situés les bureaux de l'AMDD.

Le Dr McGinn est associée à l'AMDD depuis plusieurs années et ce nouveau poste la comble. «Les soins obstétricaux d'urgence mis à la disposition des femmes grâce à ce programme sauvent des vies qui auraient été sacrifiées il y a encore quelques années.» Qui plus est, le Dr McGinn constate un changement dans la manière d'aborder les systèmes sanitaires pour améliorer les soins. «Ce qui aura surtout un impact sur la mortalité maternelle, c'est un système de santé qui vise à fournir aux femmes les soins dont elles ont besoin et quand elles en ont besoin. Voilà ce que nous devons encourager.» ■