

AMDD

NOTEBOOK

Relever les défis, apporter des changements, sauver des vies

Numéro 3

Février 2002

CHERS COLLÈGUES

Au début de ma carrière en Thaïlande à la fin des années 60, lorsque je travaillais en coopération avec le ministère de la Santé publique et du Planning familial, seuls les médecins avaient le droit de prescrire des contraceptifs oraux. Nous avons étudié la possibilité de permettre aux sages-femmes de distribuer des moyens de contraception, en se référant à une liste de contrôle. Les résultats ont révolutionné le planning familial en Thaïlande – le nombre de sites où les femmes pouvaient obtenir la pilule a fortement augmenté pour atteindre 3 500, et probablement même bien davantage si l'on considère que la liste de contrôle était utilisée dans d'autres pays.

Comme le dévoile ce numéro de *l'AMDD Notebook*, dans plusieurs régions du monde, le personnel infirmier est capable de prendre en charge tout un éventail de procédures. Si nous voulons vraiment que les femmes soient couvertes 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, et ceci dans le but de sauver des vies, nous devons faire preuve de créativité et trouver des moyens de leur assurer les soins nécessaires.

Il n'y a pas de raison d'autoriser uniquement les médecins à administrer une anesthésie ou les obstétriciens à faire une césarienne. Toute personne capable de pratiquer une appendicectomie ou d'opérer une hernie peut facilement apprendre à faire une césarienne.

La clé se trouve dans des programmes de formation bien supervisés et préparés avec soin. Ces programmes devraient porter essentiellement sur l'expérience pratique dans la technique que l'on veut développer.

Malheureusement, on se heurte encore à une résistance quand il s'agit de trouver le meilleur moyen de fournir des prestations lorsque les ressources sont limitées. Cette résistance est dictée par la conviction que les médecins sont garants de la qualité des services : « nous ne voulons pas donner à notre population des soins de deuxième classe ».

Pourtant les faits prouvent qu'il est possible de fournir des services de qualité. Dans la plupart des cas, aucune loi n'interdit de déléguer ces services au personnel soignant. Il s'agit plutôt d'une question de pratique médicale. Il est du ressort des ministères de la santé de nombreux pays de prendre les décisions politiques qui s'imposent pour déléguer certaines tâches afin d'élargir la base de compétences en matière de soins obstétricaux d'urgence (SOU).

Allan Rosenfield, docteur en médecine

Doyen, École Mailman de santé publique, Université de Columbia

Enquêteur principal, Programme Prévenir la Mortalité et la Morbidité Maternelles (AMDD)

DANS CE NUMÉRO

Bonnes Pratiques	2
Le respect de la vie privée du patient : la clé de la dignité	3
Questions & Réponses: Évaluer les services obstétricaux	3
Élargir la base de compétences en matière de SOU	4
Programme d'enseignement des SOU en Asie du Sud	6
Afrique de l'Ouest: Soutien à l'évaluation des besoins en matière de SOU	6
Traiter la fistule pour éviter les handicaps	7
Subventions du Programme du Leadership	8
Récompenses	8

LE PROGRAMME AMDD

Le Programme 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.

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

L'AMDD a conclu des partenariats avec des organisations qui menaient déjà des opérations sur le terrain. Ces partenaires mettent actuellement en œuvre des projets appuyés par l'AMDD dans une bonne cinquantaine de pays, notamment :

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 (RPM) : 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 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 :

Family Health International

John Snow International

Institut indien de gestion à Ahmedabad

JHPIEGO

EngenderHealth (auparavant AVSC International).

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

BONNES PRATIQUES

Décontamination : mesurer le temps

La majorité des hôpitaux font bouillir ou stérilisent à l'autoclave les instruments réutilisables, comme les pinces artérielles, les porte-aiguilles, les cathéters et les gants. Les instruments usagés doivent être lavés à la perfection pour éliminer toute trace de sang ou de tissus du patient avant d'être placés dans l'autoclave. On recommande aujourd'hui de décontaminer chimiquement ces instruments avant de les laver pour éviter que le personnel ne soit infecté accidentellement pendant le nettoyage. Cette mesure est vraiment importante compte tenu de l'incidence accrue d'infections par le VIH et véhiculées par le sang, comme l'hépatite B. Comme cette recommandation est relativement récente, rares sont les hôpitaux qui ont déjà mis en place des systèmes de décontamination des instruments.

Tremper les instruments dans une solution chlorée à 0,5 % (un demi pour cent) pendant 10 minutes tue la plupart des virus et de nombreuses bactéries. Toutefois, la majorité des hôpitaux qui ont mis en place un système de décontamination ne minutent pas la durée du processus. Si les instruments restent trop longtemps dans la solution chlorée, ils risquent d'être endommagés. Cela s'applique surtout aux articles en caoutchouc. Par contre, s'ils restent moins de 10 minutes dans la solution, le processus n'est pas totalement efficace.

L'Hôpital Ngudu en Tanzanie, qui reçoit de l'aide de CARE et de l'AMDD, a mis au point un bon système de décontamination dans sa salle de travail. Comme dans les autres hôpitaux qui pratiquent la décontamination, la salle de travail comporte deux seaux couverts partiellement remplis d'une solution chlorée, prêts à recevoir les instruments usagés. Ce qui est nouveau, c'est une petite minuterie, comme celles couramment utilisées dans les laboratoires, fournie par l'hôpital. Ainsi, lorsque le médecin ou l'infirmière dépose les instruments usagés dans le seau, la minuterie s'enclenche et sonne au bout de 10 minutes. Les instruments sont alors retirés du seau et lavés.

Le Dr Sutani Rugowe et son équipe de l'hôpital Ngudu ont démontré que le processus de décontamination pouvait être perfectionné grâce à une minuterie de laboratoire qui coûte environ 5 dollars.

Il faudrait aussi utiliser des minuteriers lorsqu'on fait bouillir les instruments ou qu'on les stérilise à l'autoclave, car le temps est un paramètre de contrôle important. Si le temps d'ébullition ou le passage dans l'autoclave n'est pas suffisant, les instruments ne seront pas totalement stériles et les patients courent le risque de contracter une infection. Si le processus dure trop longtemps, un combustible précieux est gaspillé. Cette idée originale née dans un hôpital isolé de Tanzanie est très intéressante.

Dr Dileep V. Mavalankar

Conseiller administratif de haut niveau, AMDD

Professeur, Institut indien de gestion, Ahmedabad

Le respect de la vie privée du patient : la clé de la dignité

Le concept de dignité sous-tend les droits de l'homme : chaque individu, en vertu de sa qualité d'être humain, a le droit d'être traité avec dignité. Plus prosaïquement, le seul fait de créer un cadre dans lequel les patients sont traités avec respect peut encourager la communauté à fréquenter l'établissement.

Le respect de la vie privée est une dimension qui est souvent évoquée par le corps médical dans les discussions sur les droits des patients. Comme le fait remarquer le Dr Luis Vega-Centero, coordonnateur du projet CARE FEMME soutenu par l'AMDD au Pérou, « Pour moi, les droits de l'homme sont trois choses : la vie privée, le droit de connaître le diagnostic et le droit de voir son dossier médical ».

L'obstétricienne Lidia Alvarez Enrique est souvent responsable du Centre médical Tambo, situé dans la province de La Mar, sur les hauts plateaux du centre du Pérou. D'après elle : « Les patientes ont le droit au respect de leur vie privée; le droit au respect en tant que femmes et le droit d'être bien traitées par le personnel – d'exiger un bon traitement et d'être satisfaites ». Elle donne l'exemple d'une jeune femme qui avait souffert de complications après l'accouchement et qui souffrait physiquement et mentalement. La femme était pauvre, mais le Centre lui a quand même donné une chambre à part pour se remettre.

Le respect de la vie privée des patients est en effet un moyen simple et bon marché de promouvoir la dignité des patients. Dans l'hôpital de Joypurhat au Bangladesh, le Dr Anwar Ali, chirurgien civil, a mis des paravents dans la salle d'accouchement pour respecter l'intimité des femmes; celle-ci est située à proximité de la salle d'opération pour pouvoir intervenir rapidement en cas de complications. Il prévoit d'agrandir la salle d'accouchement et de déplacer la porte d'entrée pour protéger les patientes du regard des patientes qui se trouvent dans la salle commune. L'hôpital s'est aussi doté de toilettes séparées pour les femmes.

À l'hôpital de Ngudu, en Tanzanie, des stores vénitiens ont été installés aux fenêtres de la salle d'accouchement pour protéger l'intimité des patientes tout en permettant à la lumière et à l'air de passer. Une fenêtre haut placée peut donner le même résultat, en respectant l'intimité des femmes qui accouchent et en incluant dignité et respect dans les caractéristiques générales de l'établissement.

Q & R QUESTIONS ET RÉPONSES: ÉVALUER LES SERVICES OBSTÉTRIQUES

Par Anne Paxton

Cette colonne traite des questions qui se posent lorsqu'on utilise les Indicateurs de Processus des Nations Unies pour évaluer les progrès accomplis lors de la prestation de services obstétriques cruciaux.¹ Anne Paxton, qui est épidémiologiste, a travaillé en Asie et en Afrique. Elle est administratrice de programme (hors classe) pour le suivi et l'évaluation auprès de l'AMDD.

Q: Quel type de registres faut-il utiliser pour réunir des données relatives aux naissances, aux décès maternels, aux césariennes et aux complications obstétriques?

R: Pour calculer les Indicateurs de Processus de l'ONU, il faut réunir systématiquement des données dans les établissements. Pratiquement tous les établissements de santé consignent systématiquement des informations dans des registres et dans les dossiers médicaux des patients. La qualité de ces informations est très variables, tout comme le type et le nombre de registres et de dossiers utilisés. Les données hospitalières indispensables pour formuler les indicateurs de processus de l'ONU comprennent le nombre :

- d'accouchements
- de cas avec complications
- de césariennes
- de décès maternels.²

Les établissements de santé compilent généralement des données sur les accouchements, les césariennes et les décès maternels, bien que celles-ci ne soient pas toujours consignées dans le même registre. Il est facile de trouver des informations sur les accouchements dans le registre des admissions, celui du travail et de l'accouchement, ou dans le registre du service de maternité. Le registre de la salle d'opération est généralement celui qui regroupe les données les plus complètes sur les césariennes. On trouve parfois des informations sur les décès maternels dans le registre des autorisations de sortie, sauf si l'établissement tient un registre séparé pour les décès.

Il est plus difficile de trouver des informations sur les complications. Les registres des établissements, même ceux des services de maternité, ne comportent généralement pas de

colonne dans laquelle consigner les complications obstétriques; dans ce cas, il convient d'en créer une. Les administrateurs d'établissements hospitaliers ou de projets devraient résister à la tentation de créer un registre séparé pour consigner les complications obstétriques ou d'autres données relatives aux indicateurs de l'ONU. Il est préférable pour l'établissement d'améliorer ou de revitaliser les registres existants que d'alourdir les tâches administratives de praticiens déjà fort occupés. Les femmes qui souffrent de complications peuvent être traitées dans la salle d'accouchement ou le service de maternité (par exemple, lors d'un travail prolongé), tandis que les femmes qui souffrent de septicité post-partum peuvent être suivies et traitées dans un service de gynécologie ou réservé aux femmes. Il arrive aussi que les données sur les complications liées à l'avortement ou à des grossesses extra-utérines se trouvent dans le service réservé aux femmes.

Le personnel hospitalier devrait analyser le passage des femmes dans l'établissement, l'endroit où les données qui les concernent sont consignées, la manière dont ces données sont consignées, en particulier en cas de complications obstétriques et de décès maternels, avant de décider quels registres il va utiliser pour réunir les données qui figureront dans les indicateurs de processus. Les informations relatives à la patiente, comme la fiche de soins ou son dossier médical, peuvent servir à valider les données qui figurent dans les registres et à vérifier dans quelle mesure elles sont complètes et précises. Toutefois, ces informations sur les patientes sont trop détaillées pour servir à réunir des données systématiques et elles ne devraient pas se substituer aux registres. Les registres qui sont les plus complets et les plus précis sur des variables essentielles doivent être utilisés de préférence à ceux qui pourraient aussi comporter certaines informations utiles.

¹ Les indicateurs de processus de l'ONU sont présentés dans les Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services, des directives élaborées en 1997 par l'Université de Columbia et l'UNICEF, et diffusées par l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP.

² Les données sur les principales interventions obstétriques pratiquées dans un établissement de SOU, appelées « fonctions-signal » sont aussi utilisées dans les indicateurs de processus de l'ONU, mais ces données seront examinées à une date ultérieure dans un autre article.

Élargir la base de compétences en matière de SOU

La consultante documentaliste de l'AMDD, Nadia Hijab, passe en revue les efforts déployés afin d'élargir la base de compétences en matière de soins obstétriques d'urgence (SOU) et de déléguer des responsabilités, sur la base des recherches complémentaires effectuées par la coordinatrice du programme AMDD, Katrina Stamas.

Dans nombre de pays en développement, les obstétriciens sont trop peu nombreux pour faire face à toutes les complications obstétriques; en outre, la majorité d'entre eux pratiquent dans les grandes villes. Il y a aussi pénurie d'anesthésistes. Le problème se complique encore car certains pays imposent des restrictions qui font que seuls des spécialistes sont autorisés à exécuter certaines procédures qui peuvent sauver des vies – alors qu'elles pourraient facilement être accomplies par d'autres. Le but est de trouver un équilibre entre les besoins, les capacités, la sécurité et le professionnalisme de façon à fournir les SOU nécessaires.

Le débat ne se limite pas aux pays en développement. En novembre 2001, l'administration Bush a rejeté une proposition faite pendant l'administration Clinton, selon laquelle les infirmières anesthésistes auraient pu travailler sans supervision dans les hôpitaux. Le 8 janvier 2002, le quotidien *The New York Times* publiait des articles « pour » et « contre » rédigés par des groupes professionnels d'avis différents.

Deborah Chambers, Présidente de l'American Association of Nurse Anesthetists prenait position « pour », en s'appuyant sur les arguments suivants : les primes d'assurance pour erreur médicale des infirmiers et infirmières anesthésistes ont diminué de moitié au cours des dix dernières années; et dans « les deux tiers des hôpitaux ruraux du pays, les infirmiers et infirmières anesthésistes sont les seuls à administrer les anesthésies. Il y a une pénurie de médecins dans ces établissements. » Le Dr James Cottrell, Président de l'American Society of Anesthesiologists, se prononçait « contre » expliquant : « Quand vous êtes sur la table d'opération, vous voulez être traité par le meilleur spécialiste – et vous y avez droit. »

Richard Lilford, Président de l'Institute of Epidemiology and Health Services Research a fait valoir en 1993 que la modification de l'organisation des services de maternité « était une décision économiquement judicieuse pour la Grande-Bretagne », qui comptait environ 35 000 sages-femmes pour 910 obstétriciens.¹ Les sages-femmes devraient être autorisées à suivre les femmes avant, pendant et après l'accouchement, sauf en cas de complications exigeant

l'intervention d'un obstétricien. Les sages-femmes sont capables de diagnostiquer les problèmes « aussi efficacement que les médecins » : le « système de responsabilité civile en cas d'erreur médicale est une bonne incitation à aiguiller les patientes vers les services appropriés en cas de besoin et les contrôles cliniques ne devraient pas se limiter à maintenir les normes en vigueur, mais contribuer à les renforcer. Ces mesures, plutôt que l'insistance tribale qui veut que les médecins aient le monopole de la vigilance, renforceront les normes actuelles. »

Infirmiers et infirmières anesthésistes en Asie et en Afrique

Dans nombre de pays, il arrive qu'il n'y ait pas d'anesthésiste qualifié dans les hôpitaux de district. En Inde, ces sont les médecins ou les chirurgiens qui administrent l'anesthésie, comme le fait le personnel infirmier dans des pays comme le Bhoutan, l'Éthiopie, l'Indonésie, la Malaisie, le Malawi, le Maroc, le Népal, la Tanzanie et la Zambie.

En novembre 2001, un atelier organisé au Bangladesh par le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie du Sud et l'AMDD (voir article p. 6) a permis d'aboutir à un consensus concernant la formation du personnel infirmier afin qu'il puisse administrer l'anesthésie. Les participants se sont accordés sur le fait que l'administration de kétamine sans relaxant musculaire, la rachianesthésie et l'anesthésie locale pouvaient être confiées à des non-spécialistes et que les médecins, infirmiers, infirmières et sages-femmes pouvaient acquérir en six mois les compétences nécessaires pour remplir ces fonctions.

En juin 2001, lors d'une réunion de suivi organisée par le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie du Sud, les participants ont déjà discuté des cas où la nécessité oblige à déléguer ces tâches à des non-spécialistes. Le Dr G.P. Dhakal du **Bhoutan** a expliqué que le personnel infirmier a suivi une formation pour pallier la grave pénurie de médecins-anesthésistes. Le Gouvernement bhoutanais a donné son aval politique à cette mesure et, comme il n'existe pas d'institut de formation au Bhoutan, le Gouvernement du **Pakistan** a accepté de former l'équipe pendant une période de six mois. Ensuite, les infirmiers et infirmières ont travaillé en équipe avec un anesthésiste pendant un an. Aujourd'hui, ils accomplissent un excellent travail, selon le Dr Dhakal, et aucune complication due à l'anesthésie n'a été enregistrée.

Le Dr L. K. Pathak du **Népal** a évoqué les expériences concernant la délégation de soins à des niveaux auxquels ils pouvaient être prodigués en toute sécurité, notamment la formation du personnel infirmier aux SOU de base. Lorsque les médecins ont opposé une résistance, il a répondu « Si les médecins peuvent nous donner l'assurance qu'ils iront s'installer dans les régions retirées, je cesserai de donner cette formation au personnel infirmier. Les complications à la suite d'un avortement constituent également un gros problème dans les hôpitaux et les infirmières ont aussi appris à traiter ces cas. Le Népal ne compte aujourd'hui que 52



Le directeur de l'hôpital Buzi, Silva Chirondo, est un technicien chirurgical.

Photo : CZIKUS CARRIERE

1. British Medical Journal, vol. 307, 7 août 1993, p. 339 et 340.

anesthésistes – pouvons-nous attendre d'en avoir suffisamment pour desservir les régions isolées? Là encore, nous avons formé les infirmières et mis au point un programme d'étude pour elles. »

En **Éthiopie**, CARE, avec l'appui de l'AMDD, coopère avec le ministère de la Santé à un projet de SOU sur trois ans ciblant trois hôpitaux dans la région d'Oromia, où le taux de mortalité maternelle est estimé à 871 pour 100 000 naissances vivantes et où une évaluation des besoins a révélé une pénurie de personnel médical qualifié. Le personnel affecté à l'exécution du projet a décidé de combler ce déficit en organisant une formation afin de constituer des équipes comprenant, au minimum, un chirurgien obstétricien, un anesthésiste et un(e) infirmier(ère) chargé(e) de passer les instruments. Au cours des trois mois de formation, qui se sont achevés en juillet 2001, le personnel infirmier a appris « à administrer une anesthésie simple et sans danger », tant pour les opérations courantes que pour les urgences. Les stagiaires se sont engagés à rester à leur poste pendant deux ans, et ils ont été sélectionnés pour leur « maturité », leur gentillesse, leur honnêteté, et la sûreté de leur jugement.

Techniciens chirurgicaux en Afrique

Au **Mozambique**, le Gouvernement a créé une nouvelle catégorie professionnelle : les *técnicos de cirurgia* (techniciens chirurgicaux), des agents sanitaires de niveau intermédiaire capables de pratiquer des interventions chirurgicales pour faire face tant à des urgences obstétriques qu'aux blessures liées à la guerre dans les zones rurales où vivent encore 70 % des 17 millions d'habitants du pays. Les premiers *técnicos* ont été formés en 1984 et une quarantaine de personnes ont suivi les trois ans de cours que dure la formation. Une évaluation réalisée en 1995, portant sur 10 258 interventions chirurgicales pratiquées par 14 *técnicos* a révélé que les « taux de complications étaient faibles et que les taux de mortalité post-opératoire étaient compris entre 0,4 et 0,1 %, pour les interventions d'urgence et pour les opérations de convenance, respectivement. »²

Malgré le succès de cette expérience, le recrutement s'est avéré difficile et le cours prévu pour 2001 a dû être repoussé à une date ultérieure. Les conditions à remplir sont les suivantes : les techniciens doivent avoir une formation médicale intermédiaire et quelques années d'expérience. Lors d'une réunion au niveau national en 2001, le ministère de la Santé a annoncé sa décision d'assouplir les conditions d'entrée pour attirer des candidats et d'envisager d'élargir les candidatures afin d'inclure d'autres catégories professionnelles (les techniciens médicaux étant eux-mêmes peu nombreux) comme le personnel infirmier administrant des soins maternels et infantiles.

L'expérience qui consiste à donner une formation chirurgicale à des professionnels de niveau intermédiaire, par exemple au personnel infirmier, a déjà été tentée, notamment dans les zones rurales du Zaïre.³ Le fondateur d'un hôpital à Karawa a formé la première infirmière-chirurgienne dans les années 50. Sur les 321 césariennes pratiquées à Karawa sur une période de 18 mois entre 1985 et 1986, 278 ont été effectuées par des infirmières-chirurgiennes. On déplore deux décès, soit un taux de fatalité de 1 %. ■

2. F. Vaz, S. Bergström, M. del Vaz, J. Langa et A. Bugalho, « Training Medical Assistants for Surgery » dans le Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, 1999, 77 (8).

3. Voir S.M. White, R.G. Thorpe et D. Maine dans The Lancet, 12 septembre 1987, p. 612-613.

Un technicien chirurgical à l'œuvre

Buzi est un hôpital rural bien administré dans la Province de Sofala au Mozambique. Il dessert une population éparsée de 150 000 habitants. Le directeur de l'hôpital, Silva Chirondo, y occupe aussi le poste de technicien chirurgical, le premier après avoir obtenu son diplôme en 1996. Quand il est arrivé, la salle d'opération, bien qu'équipée, était fermée depuis trois ans parce que le médecin était parti. « J'ai rouvert la salle d'opération et je me suis mis au travail », se souvient le Dr Chirondo. Aujourd'hui, Buzi ne dirige que trois patients par an vers l'hôpital central de Beira, car la plupart des cas peuvent être pris en charge sur place.

L'hôpital pratique environ 30 accouchements par mois et affiche en moyenne trois décès maternels par an. « Lorsque ces femmes arrivent ici, elles sont en état de choc et nous ne pouvons plus les sauver. Avant, tous les centres de santé avaient des radios, mais elles sont hors d'usage parce qu'elles n'ont pas été entretenues. Nous pourrions sauver bien des vies si les centres pouvaient lancer des appels radio en cas d'urgence, et si nous pouvions envoyer une ambulance. »

Avec d'autres membres de son équipe, Chirondo a participé à une formation en SOU organisée à l'hôpital de Beira par le FNUAP, avec le soutien de l'AMDD. Aujourd'hui, les infirmières sont plus sûres d'elles et elles ne l'appellent plus aussi souvent. Il plaide vigoureusement en faveur de sa profession « J'essaie d'encourager l'infirmière à suivre ce cours. Chaque fois que nous faisons une césarienne, nous l'invitons à assister à l'opération. »

Il ajoute, « J'ai toujours aimé les opérations. J'étais assistant médical. Un jour, pendant la guerre, j'ai dû traiter une femme enceinte qui souffrait de complications. J'ai envoyé un appel radio à l'hôpital, mais personne ne pouvait venir la chercher et elle est morte, ainsi que son bébé. J'ai compris que si j'avais pu l'opérer, j'aurais pu les sauver tous les deux. Alors j'ai décidé de suivre le cours ».

Est-il heureux à Buzi? « Maintenant, je suis heureux. Mon travail me satisfait, surtout avec les femmes enceintes. Les statistiques sur la mortalité maternelle étaient incroyablement élevées, alors je n'étais donc pas sûr de pouvoir sauver des vies. Mais nous voyons nos patientes se lever et partir ».

Programme d'enseignement des soins obstétriques d'urgence en Asie du Sud

En novembre 2001, les participants à un atelier organisé à Dhaka, Bangladesh, par le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie du Sud et l'AMDD, ont examiné et révisé un projet de programme d'enseignement des SOU destiné aux médecins, au personnel infirmier et aux sages-femmes, de façon à combler les lacunes de la formation nationale. Les 40 participants se sont aussi accordés sur les mesures à prendre pour mettre au point un programme d'enseignement des procédures liées à l'anesthésie.

Le JHPIEGO, dans le cadre de son Programme de santé maternelle et néonatale, a préparé le module de formation sur la base des projets préliminaires préparés par le Dr Sadiqua Jaffrey, Mme Imtiaz Kamal et le Dr Tipu Sultan, à la demande d'un responsable technique de haut niveau de l'AMDD, le Dr Zafarullah Gill.

L'atelier s'est déroulé dans une atmosphère très favorable aux sages-femmes, dont l'enthousiasme était évident. Imtiaz Kamal du Pakistan a déclaré : « Je suis heureuse d'avoir vu le jour où des obstétriciens et des sages-femmes ont pris place autour d'une table pour discuter de leurs rôles respectifs dans la tâche qui consiste à sauver des mères et aboutir à un accord... Pour moi, cette réunion a été révolutionnaire. »

La réunion a débuté par des présentations sur les priorités, les difficultés et les ressources disponibles pour la formation en matière de SOU dans les différents pays. Mme Dale Davis du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie du Sud a constaté que la technologie, la gestion et les droits de l'homme étaient regroupés « dans une approche systémique globale visant à transformer les SOU en un effort dynamique destiné à sauver des vies féminines ». Le Dr Harshad Sanghvi a présenté le projet et il s'est étendu sur les principes de l'apprentissage des adultes, ainsi que sur les avantages et les limites de la formation fondée sur les compétences. Il a fait valoir que l'apprentissage devait être « novateur, passionnant et amusant ». Les participants ont reconnu que « le sage derrière son pupitre » s'était transformé en « guide qui accompagne le stagiaire ».

Pour conclure l'atelier, le Dr Yasmin Ali Haque de l'UNICEF Bangladesh a fait remarquer que les participants avaient consacré « plus de 900 heures-personne à examiner la question de la compétence fondée sur la formation pour sauver des vies féminines » et « engendré une immense énergie ». Le premier programme de formation est prévu pour le milieu de l'année 2002. Une équipe des six pays d'Asie suivra un programme de 20 jours et recevra le matériel nécessaire pour poursuivre l'instruction en SOU de retour dans son pays. L'ensemble du programme d'étude comprend cinq semaines de cours en groupe, trois mois de pratique clinique autonome et deux semaines de supervision sur le lieu de travail. Ce stage sera élargi à d'autres pays.

Afrique de l'Ouest : Soutien à l'évaluation des besoins en matière de soins obstétriques d'urgence

Les gouvernements de cinq pays d'Afrique de l'Ouest – Cameroun, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Niger et Sénégal – ont procédé à des évaluations nationales des besoins en matière de disponibilité et de taux d'utilisation des services de SOU, avec l'appui du FNUAP et de l'AMDD. Ces évaluations, réalisées à l'aide des indicateurs de processus de l'ONU pour la collecte de données, ont permis d'identifier les sites dont les services obstétriques devaient à tout prix être renforcés, et d'élaborer des propositions programmatiques à débattre avec les gouvernements et les donateurs.

Un soutien a déjà été accordé à cette initiative : des fonds ont été mobilisés dans trois de ces pays et il semble que les fonds nécessaires pourront être réunis dans les deux autres pays. L'initiative étant couronnée de succès, elle sera élargie à la Gambie, au Gabon et à la Guinée-Bissau.

Les évaluations ont débuté en octobre 2000, dans le cadre d'un atelier de méthodologie organisé à Dakar à l'intention des responsables de programmes de santé maternelle auprès du gouvernement et du FNUAP. La décision d'organiser l'atelier était le résultat des enseignements tirés de l'expérience de l'évaluation des besoins réalisée antérieurement au Maroc et au Malawi. En outre, avant le démarrage des évaluations dans chacun des pays, les équipes ont abouti à un consensus sur la définition des complications obstétriques et elles ont défini et testé les stratégies de collecte de données.

Les établissements de santé tant publics que privés ont été inclus dans l'étude et des équipes nationales ont coordonné les activités aux niveaux local, régional et national. Les enquêteurs ont fait appel à un personnel paramédical compétent pour réunir les données. Le FNUAP, l'AMDD et trois consultants indépendants ont assuré l'assistance technique. Un deuxième atelier sous-régional a été organisé pour présenter les conclusions et élaborer des plans qui permettront de résoudre certains des problèmes identifiés.

Les évaluations ont révélé que si la couverture des services complets était satisfaisante au niveau de l'aiguillage, le nombre d'établissements offrant des services de SOU de base était insuffisant dans tous les pays. Le taux d'utilisation des services de SOU tant complets que de base était beaucoup trop faible. Le taux de césariennes était souvent inférieur au seuil minimum de 5 % du nombre total de naissances dans une population, comme recommandé par les indicateurs de processus de l'ONU, même dans les zones urbaines. Des interventions sont en cours d'élaboration pour faire face aux problèmes qu'ont révélés ces conclusions.

Nouveaux partenaires

L'AMDD continue à forger de nouveaux partenariats dans le cadre de son action visant à prévenir la mortalité et la morbidité maternelles. Parmi les alliances établies récemment, on peut citer : **IPAS, Inc.** afin d'accroître le nombre de points offrant des prestations post-abortum à Ayacucho (Pérou), en conjonction avec le projet CARE FEMME soutenu par l'AMDD, et **The Hesperian Foundation**, afin qu'elle révise sa publication de 1995, *A Book for Midwives*. Les améliorations de la nouvelle édition porteront notamment sur les fonctions de base des SOU. L'AMDD a également conclu un partenariat technique avec **John Snow, Incorporated/USA** afin de fournir une assistance technique au Programme et aux projets AMDD dans les pays en développement.

TRAITER LA FISTULE POUR ÉVITER LES HANDICAPS

Par la coordonnatrice du Programme AMDD Katrina Stamas

Un partenariat international visant à prendre des mesures pour lutter contre la fistule a été forgé entre le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) et l'AMDD. Une fistule est un passage anormal entre deux cavités – vagin/vessie, vagin/rectum – donnant issue à un écoulement entre les deux. L'amélioration des services de SOU contribuera largement à éviter les handicaps liés à la grossesse; toutefois, il faut pouvoir avoir recours à des spécialistes en cas de fistule et pour traiter les milliers de femmes qui souffrent déjà de ce handicap.

Bien que l'intervention en cas de fistule soit relativement simple, son prix – près de 400 dollars en moyenne – est souvent prohibitif pour les femmes pauvres; en outre, ces services ne sont généralement pas disponibles dans les zones rurales. C'est pourquoi ce handicap lié à la grossesse a des conséquences physiques et sociales dévastatrices, en particulier l'isolement et le bannissement par la famille et la communauté.

Les principaux objectifs poursuivis grâce à cette initiative qui regroupe plusieurs institutions, selon le Dr France Donnay du FNUAP, sont d'améliorer l'accès à des soins de qualité pour les femmes qui souffrent de ce problème, ainsi que de faciliter l'intégration sociale des femmes qui ont été soignées et de celles qui souffrent encore de ce handicap.

Au cours de trois prochaines années, deux centres qui traitent la fistule recevront un soutien direct : le Family Life Center au Nigéria et l'Addis Ababa Fistula Hospital. Parmi les activités planifiées, on peut citer la rénovation et l'élargissement des locaux, ainsi que la formation du personnel. Les établissements coopéreront avec les systèmes locaux de

prestations de santé sur la question du tarif des soins et sur les fonds à trouver auprès des donateurs africains et internationaux afin de fournir des interventions gratuites ou subventionnées.

L'AMDD a déjà accordé une subvention à l'Addis Ababa Fistula Hospital pour 2001 dans le cadre de cette initiative. En Éthiopie où, selon les estimations, trois femmes enceintes sur 1000 sont atteintes de fistule, le personnel hospitalier opère près de 1 200 femmes par an. Cette subvention aidera l'hôpital à élargir ses services en créant quatre établissements satellites à temps partiel couvrant chacun une zone mal desservie dans le nord, l'est, le centre et le sud-ouest de l'Éthiopie. Une équipe mobile basée à Addis Ababa visitera ces établissements au moins une fois par an et restera sur place une dizaine de jours pour procéder aux interventions tout en formant des spécialistes locaux.

La demande de formation dans cet établissement renommé est si forte que 33 stagiaires sont déjà inscrits jusqu'en novembre 2004. La plupart sont Africains, mais certains sont Pakistanais – et certains des médecins installés dans des pays d'Afrique sont européens ou américains. Il y a même un médecin nicaraguayen.

Pendant la saison des pluies, lorsque le volume de travail est moins important, l'hôpital n'accepte pas de stagiaires. Cette période est utilisée pour former des médecins à l'extérieur, ce qui est particulièrement satisfaisant car le personnel peut être formé en équipes dans l'environnement qui lui est familier. Récemment, l'hôpital a également commencé à donner une formation aux infirmières sur les soins à administrer après l'opération de la fistule.

L'AMDD soutient aussi une formation concernant l'opération de la fistule au Centre médical Bugando, en Tanzanie, par l'intermédiaire du projet CARE FEMME. Le directeur de l'hôpital, le Dr Charles R. Majinge, s'efforce d'améliorer la qualité des services de SOU dans les zones rurales; une équipe de Bugando a été envoyée à l'Addis Ababa Fistula Hospital pour y suivre une formation.

Pour de plus amples informations sur cet hôpital, se rendre sur le site du FNUAP <http://www.unfpa.org/modules/populi/issues2001/april/feature3.htm>

« Il a fallu sept ans à une femme pour arriver jusqu'à nous »

Ruth Kennedy, coordonnatrice de liaison à l'Addis Ababa Fistula Hospital, raconte l'histoire de ces femmes qui viennent nombreuses se faire soigner dans cet hôpital parce qu'elles ont entendu parler de l'opération.

« Le premier jour, elle reste assise toute seule à regarder sourire les autres patientes qui, comme elle, perdent leur urine; elle s'imprègne de la douceur des infirmières qui semblent insensibles à l'outrage que représente sa condition physique. Le deuxième jour, elle trouve une amie qui parle la même langue, elle commence à parler et sa peine diminue. Elle a été soumise à davantage d'épreuves dans sa courte vie que la plupart d'entre nous dans toute notre vie. Souvent, elle a été mariée très jeune, placée sous l'autorité de sa belle-mère, et elle se retrouve enceinte au seuil de l'adolescence. Elle souffre de dystocie d'obstacle prolongée, qui se solda par la naissance d'un bébé mort-né et des lésions au vagin, à la vessie et parfois au rectum, qui font que les déchets éliminés par son corps s'écoulent de manière incontrôlable. Rejetée par son mari et la famille de celui-ci, elle rentre chez ses parents qui ne savent pas quoi faire de cette fille malade qui sent mauvais. On lui donne une chambre isolée à l'extérieur. Elle est totalement seule pour la première fois de sa vie.

L'an dernier, nous avons ouvert un nouveau service – un ancien dépôt – simplement pour loger ces femmes. Souvent, nous louons des chambres dans le voisinage pour les femmes qui souffrent de fistule obstétrique en attendant d'avoir de la place. Elles se nourrissent et passent la journée avec nous ici à l'hôpital. Lorsque nous avons une place, même un lit à partager, elles sont ravies. Elles n'hésitent pas à partager un lit, les deux se mouillent, mais le contact humain est spécial pour ces femmes bannies.

Lorsque les femmes ne sont pas envoyées par un médecin ou par une amie qui s'est fait soigner chez nous, elles arrivent souvent très faibles. Elles sont transportées par des membres de la famille; souffrantes, sales, elles sentent mauvais, sont couvertes de vermine; elles souffrent parfois d'infections graves (septicémie), sont incapables de marcher en raison de leur faiblesse générale ou de graves contractures nerveuses. Celles-ci sont dues essentiellement à la position accroupie pendant l'accouchement et à un alitement prolongé après la naissance d'un bébé généralement mort-né.

Le trajet jusqu'à l'hôpital est extrêmement pénible pour la majorité de nos patientes. Dans certaines régions, les missionnaires leur viennent en aide, des voisins prévenants contribuent au transport ou la famille vend une vache, un mouton ou un objet précieux. Certaines femmes mendient, voyagent un peu, puis mendient encore jusqu'à ce qu'elles arrivent ici. Il a fallu sept ans à une femme pour arriver jusqu'à nous.

L'opération et le séjour de trois semaines au Fistula Hospital reviennent en moyenne à 400 dollars. Certaines femmes restent plus longtemps parce que leurs plaies se rouvrent et parce qu'elles ont besoin d'une nouvelle intervention, sans compter celles qui ont besoin d'une physiothérapie à long terme. À l'hôpital d'Addis Ababa, le traitement est gratuit pour tout le monde, sans exception. La patiente est encouragée à payer pour rentrer chez elle, à titre participatif. Mais si elle n'en a pas les moyens, nous lui payons aussi le voyage de retour. >>

Subventions du Programme du Leadership

Deux nouvelles subventions ont été accordées en 2001 au titre du Programme du Leadership. Les lauréats sont le Projet urbain Shimantik de soins de santé primaire à Dhaka (Bangladesh) et le Kunri Christian Hospital de Sindh (Pakistan).

L'AMDD a créé son Programme de subventions visant à récompenser le Leadership, qui est géré par le responsable technique de haut niveau, le Dr Zafarullah Gill, pour aider les institutions des pays en développement qui possèdent déjà des services d'obstétrique mais qui ont besoin d'aide pour créer un service de soins obstétriques d'urgence ou renforcer celui qu'elles possèdent déjà. Une assistance financière pouvant atteindre 40 000 dollars peut leur être fournie. Les institutions retenues peuvent également demander au réseau de spécialistes de l'AMDD de leur accorder une assistance technique.

Les deux principaux critères de sélection sont les suivants : l'octroi de services de longue date dans des zones mal desservies ayant une population cible importante, et la capacité d'améliorer l'accès aux soins obstétriques d'urgence ou leur qualité. Jusqu'à ce jour, des subventions ont été attribuées aux institutions suivantes : Emmanuel Hospital Association, Inde; Hôpital EPC De Metet, Cameroon; Hôpital Asha Kiran, Orissa, Inde; Hôpital Solu, Phaplu, Népal, et Projet global de santé rurale, Jamkhed, Inde. Les formulaires de candidature sont disponibles sur le site Web de l'AMDD : <http://www.amdd.hs.columbia.edu>

AMDD Notebook s'est rendu au Centre de consultation Khilgoan sur la santé de la reproduction de l'organisation Shimantik, en décembre 2001. Shimantik, une ONG, a été créée en 1979 à Shylet, dans l'est du Bangladesh, par « un groupe de personnes qui avaient participé à la guerre de libération et qui pensaient qu'il fallait faire quelque chose pour la santé, la protection sociale et l'éducation dans leur pays, » se souvient le Dr Ahmad Kabir, qui dirige le Conseil consultatif. L'ONG emploie aujourd'hui 122 personnes et elle soutient l'alphabétisation, le microcrédit et les prestations de service dans la zone rurale où elle a vu le jour.

Shimantik est spéciale dans la mesure où cette organisation fournit des soins obstétriques dans des zones urbaines à revenus faibles; nombre d'ONG œuvrent plutôt dans des zones rurales. Elle compte quatre dispensaires à Dhaka desservant chacun 240 000 personnes; chaque dispensaire comprend deux équipes satellites qui effectuent des visites à domicile. Le centre Khilgoan a ouvert ses portes en octobre 2000 et offre des services 24 heures sur 24 depuis août 2001. Les patientes entendent parler de ces services par les agents de terrain ou sont aiguillées par d'autres dispensaires.

« En août, nous étions totalement équipés pour pratiquer des accouchements sans risque », a expliqué le Dr Mizanur Rahman, responsable de projet. Le médecin, l'auxiliaire médical et l'infirmière avaient achevé leur formation auprès de la Société d'obstétrique et de gynécologie du Bangladesh. Le Dr Syeda Bakr a fait sa première césarienne au dispensaire en novembre 2001, avec l'aide d'un consultant. Elle s'est engagée à travailler dans ce dispensaire pendant trois ans après la fin de sa formation.

Le FNUAP a financé la formation et fourni les équipements nécessaires. La subvention de l'AMDD servira à améliorer les services dans les quatre dispensaires de façon à pouvoir offrir des SOU complets.

L'équipe du Centre Khilgoan de Shimantik dans sa salle d'opération dotée de nouveaux équipements.



Photo :
CZIKUS CARRIERE

Récompenses

Barbara Kwast: Royal College Fellow



En septembre 2001, Barbara Kwast a accédé au titre de Fellow ad eundem (pour le mérite) du Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) de Londres; elle est l'une des rares sages-femmes à avoir eu cet honneur, qui est décerné aux personnes qui ont « apporté une contribution notable au progrès de la science et de l'art de l'obstétrique et de la gynécologie ».

Le Dr Kwast, qui est ressortissante des Pays-Bas, est conseillère de haut niveau du Programme AMDD. Elle a travaillé dans une bonne trentaine de pays, avec des affectations de longue durée au Malawi, au Nigéria et en Éthiopie, où elle a enseigné l'obstétrique tout en participant à l'élaboration d'un programme d'enseignement et au développement institutionnel en matière d'obstétrique.

Dame Lorna Muirhead, Présidente du Royal College of Midwives et membre du Conseil du RCOG, a présenté la candidature d'admission du Dr Kwast au RCOG et elle a conclu en déclarant : « La lecture des travaux accomplis par le Dr Kwast dans le monde en développement a été une leçon d'humilité ».

Le Dr Kwast, qui a à son actif une liste impressionnante de publications, poursuit sa croisade en faveur de la maternité sans risque en sa qualité de conseillère auprès de diverses institutions internationales, comme le FNUAP, l'Organisation mondiale de la santé et la FIGO.

Deborah Maine est lauréate du Prix Carl Shultz



Deborah Maine a été la lauréate du prestigieux prix Carl Shultz lors de la conférence annuelle de l'American Public Health Association (APHA) qui s'est déroulée à Atlanta en 2001. Carl S. Shultz était pédiatre et fonctionnaire; il a contribué à la création et à la mise en œuvre du Programme fédéral de Planning familial, souvent désigné par l'expression « Title X ». Lors de la première réunion de la Section de la population de l'APHA en 1976, le Dr Shultz proposa la création de ce prix. Il mourut peu après que son idée eut été acceptée et les membres de la Section décidèrent d'honorer sa mémoire en donnant son nom à ce prix. Celui-ci est décerné depuis lors à des personnes qui ont fait une différence dans le domaine de la santé de la reproduction dans diverses régions du monde. Le premier Prix Carl Shultz a été décerné en 1977 à Christopher Tietze. Allan Rosenfield en fut le lauréat en 1995 et c'est lui qui le remit cette année au Dr Maine ainsi qu'à Henry P. David.

**AVERTING MATERNAL DEATH AND DISABILITY (AMDD)
HEILBRUNN CENTER 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)**