

### CHERS COLLÈGUES

Ceux qui ont participé au deuxième atelier annuel de l'AMDD, qui s'est déroulé à Bangkok du 19 au 21 février derniers, savent que le thème principal de cette réunion était la mise en œuvre. Nous avons décidé de concentrer notre attention sur la mise en œuvre pour trois raisons.

Le but était d'abord d'aider les partenaires des projets, les partenaires techniques, les prestataires de services, les décideurs et l'équipe de base de l'AMDD à ne pas perdre de vue notre objectif principal : améliorer l'accès des femmes à des services obstétricaux qui peuvent leur sauver la vie; c'est à cette aune que notre travail sera jugé au bout du compte.

Nous pensons que nous pouvons éviter de nombreux décès et incapacités en améliorant la disponibilité, la qualité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence (SOU). Les gens pensent souvent que ce but sera atteint en soutenant la formation, en achetant des équipements et en rénovant les établissements. Mais si nous ne perdons pas de vue notre objectif – sauver des vies et améliorer la santé des femmes – nous savons que la tâche ne s'arrête pas là.

Donc, notre deuxième objectif était de mettre en lumière l'ensemble des activités nécessaires pour garantir la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des SOU. Après examen de nos projets, nous avons identifié deux étapes à suivre pour améliorer les services (décrites dans l'encadré de la page 6) et les activités à mettre en œuvre à chacune de ces étapes. Lors de l'atelier, plusieurs séances ont été consacrées aux activités principales pour vous aider dans votre travail.

Notre troisième but était de vous fournir un éventail d'outils et de ressources utiles pour votre travail; plusieurs d'entre eux ont été préparés par des organisations internationales en partenariat avec l'AMDD. Vous pouvez consulter certains d'entre eux en ligne sur le site AMDD.

En résumé, l'atelier avait pour but de travailler ensemble pour identifier les obstacles qui entravent les SOU et les éliminer. Il est vrai que nous n'avons aucun contrôle sur certains de ces obstacles. Mais en adhérant au mouvement mondial en faveur de l'AMDD, même les obstacles qui semblent insurmontables aujourd'hui disparaîtront avec le temps.

Zafarullah Gill

*Directeur associé, Mise en œuvre du Programme*

*Programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles (AMDD)*

### DANS CE NUMÉRO . . .

Bonnes pratiques . . . . .	2
Des partenariats pour remettre un projet sur les rails . . . . .	3
Bangkok et au-delà . . . . .	4
Vers le respect des droits de l'homme . . . . .	5
SOU : les deux étapes de la mise en œuvre . . . . .	6
Vos impressions sur Bangkok . . . . .	7
Prix ICM/AMDD . . . . .	8
Outils et ressources pour les SOU . . . . .	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 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 : l'expertise technique, les capacités de 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 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 (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 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 (IIMA)

JHPIEGO

EngenderHealth (auparavant AVSC International)

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

## BONNES PRATIQUES

### En attendant l'ambulance: orsque le suivi sauve des vies

Les hôpitaux qui prodiguent des soins obstétriques d'urgence (SOU) complets sont le dernier maillon de la chaîne puisque c'est eux qui aiguillent les femmes souffrant de complications graves vers les services qui peuvent les sauver. Mais pour que le système d'aiguillage fonctionne bien, il faut avoir accès rapidement et facilement à un moyen de transport.

Souvent, il n'y a pas moyen de contacter directement les ambulances. Dans certains cas, elles ne sont pas disponibles parce qu'on les utilise pour des visites de supervision ou pour distribuer des fournitures ou des équipements. Parfois, elles font office de taxi pour ramener les femmes de l'hôpital à la maison. Il arrive aussi que des responsables les utilisent pour leur usage personnel.

L'expérience révèle qu'un contrôle rigoureux peut être établi et maintenu si l'administration hospitalière décide de n'utiliser les véhicules de secours que pour les urgences.

**L'hôpital José Macamo à Maputo, Mozambique**, avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), prodigue des SOU complets 24 heures sur 24. Cet hôpital a mis au point un bon système d'aiguillage basé notamment sur le contrôle de l'utilisation des ambulances, comme a pu le constater une équipe technique AMDD qui l'a visité récemment.

José Macamo est l'hôpital vers lequel Bagamoyo et Catembe, deux centres médicaux qui pratiquent plus de 350 accouchements par mois, envoient les cas difficiles. L'un des éléments importants du système d'aiguillage est une communication par radio 24 heures sur 24. Les deux centres, les deux ambulances et l'hôpital sont tous équipés de radios bon marché. Ces radios sont branchées 24 heures sur 24. Les maternités des centres médicaux peuvent appeler directement les chauffeurs d'ambulance à tout moment et ceux-ci doivent répondre aussi rapidement que possible.

À la suggestion du Dr Emmanuel Rwamushaija, conseiller technique du projet du FNUAP, chacun des centres médicaux possède un registre dans lequel le personnel indique le nom de la patiente aiguillée vers l'hôpital, la raison de cette orientation, l'heure à laquelle on a appelé l'ambulance et l'heure à laquelle elle est arrivée; suit la signature de l'employé. Le registre du centre médical de Bagamoyo a ceci de remarquable que l'intervalle entre le moment où on a appelé l'ambulance et son arrivée est très court.

La performance était moins bonne dans un centre médical situé à moins de 20 km de l'hôpital José Macamo, mais qui ne relève pas de sa juridiction. Ce centre dépend de l'ambulance d'un autre établissement en cas d'urgence et utilise le système téléphonique. Malheureusement, le téléphone est souvent coupé parce que la facture n'a pas été payée. En plus, l'établissement qui possède

l'ambulance n'appelle pas le chauffeur la nuit, donc l'ambulance n'est pas disponible 24 heures sur 24.

Le registre utilisé dans les centres de santé Bagamoyo et Catembe permet non seulement de savoir combien de temps il faut à l'ambulance pour arriver, mais aussi de suivre toutes les orientations et d'en connaître les raisons. C'est un bon moyen d'obtenir immédiatement des informations sur les tendances : combien de femmes sont envoyées à l'hôpital et pourquoi. Lorsque le personnel peut pratiquer une extraction par aspiration manuelle, par exemple, les femmes sont plus rarement aiguillées vers un hôpital pour être traitées pour un avortement incomplet et le registre le reflète rapidement.



Photo: Czikus Carriere

Ce registre ne garantit pas à cent pour cent que l'ambulance est utilisée exclusivement pour les urgences.

Mais il permet de savoir ce qui se passe et de faire accepter l'idée que les ambulances doivent servir uniquement à transporter les urgences. Il est facile de créer un registre et il faut peu de temps pour le tenir à jour.

**Patricia Bailey**

Maître de conférences à l'Université de Columbia

Spécialiste de l'Évaluation santé maternelle et infantile, Family Health International

## DES PARTENARIATS POUR REMETTRE UN PROJET SUR LES RAILS

**Hemant Dwivedi**, Coordonnateur de projet FNUAP/Inde à Jaipur, et **Dileep Mavalankar**, Conseiller administratif de haut niveau, AMDD, et professeur à l'Institut indien de gestion à Ahmedabad, racontent comment une équipe a réussi à résoudre des problèmes administratifs qui bloquaient le projet de rénovation d'un hôpital à Chittorgarh, un sous-district du Rajasthan.

L'hôpital de Nimbahera, dans le sous-district de Chittorgarh, dessert 1,3 million d'habitants. Les habitants d'un État voisin viennent également se faire soigner dans ce centre. Dans le cadre d'une initiative visant à améliorer les SOU à l'hôpital de Nimbahera, le FNUAP (avec l'appui de l'AMDD) avait décidé, entre autres mesures, de rénover l'établissement en s'appuyant sur un projet intégré FNUAP sur la population et le développement.

L'hôpital avait besoin de travaux importants : il n'avait jamais été achevé parce que les corps de métier n'avaient pas été payés. Donc, bien que des ressources aient été affectées à la réfection de l'hôpital, le travail ne pouvait pas commencer tant que la question des sommes impayées n'était pas résolue. C'était un problème administratif très difficile à résoudre.

En septembre 2001, une équipe du FNUAP et de l'AMDD, accompagnée de responsables de la santé au niveau du district, s'est rendue dans cet hôpital inachevé. Les divers acteurs ont pu se rencontrer et discuter du problème, à savoir les médecins de l'hôpital, l'ingénieur du Département des travaux publics, le Magistrat de la Sous-Division (un fonctionnaire important dans le contexte indien), les agents sanitaires du district, et, bien sûr, le personnel de l'AMDD et du FNUAP. La discussion a surtout porté sur la manière de rendre fonctionnel cet établissement neuf inachevé. Les participants se sont accordés sur des mesures spécifiques pour faire avancer le projet; les plans de l'hôpital ont été modifiés pour pouvoir administrer des SOU complets : construction d'une salle d'opération, d'une salle de travail, de salles de service, d'unités post-natales et de laboratoires, en limitant au maximum les frais et les délais.

Ces réunions ont permis d'adopter en un mois les mesures suivantes :

- L'équipe du FNUAP a convaincu les autorités d'autoriser l'utilisation de fonds de la Banque mondiale destinés à un projet sur la santé de la reproduction et de l'enfant pour achever la salle d'opération au lieu d'en construire une nouvelle, comme prévu au départ.
- Le Magistrat a convaincu le conseil municipal de verser à l'entrepreneur les sommes en souffrance, ce qui a débloqué le projet, et le FNUAP de verser la deuxième tranche de la subvention prévue pour la réfection de l'hôpital.
- Le Magistrat a convaincu la communauté et les industries locales de contribuer au projet, dans le cadre des efforts du gouvernement visant à obtenir le soutien des représentants des secteurs privé et public, conformément à l'accord conclu le jour de la visite.

Cette visite et les mesures visant à réunir des fonds auprès des différents acteurs pour ce projet de réfection de l'hôpital ont inspiré confiance aux partenaires locaux. En avril 2002, ils avaient versé des sommes considérables et la plupart des travaux étaient achevés. D'ici à la fin de 2002, le service de maternité, la salle d'opération et les autres salles de l'hôpital seront prêts à accueillir les patientes et à traiter les urgences.

En fait, il suffit parfois de peu pour résoudre des problèmes administratifs très complexes : une visite des partenaires du développement, une initiative des fonctionnaires locaux et la création de partenariats. ■

# BANGKOK ET AU-DELÀ: L'ÉVOLUTION DU MOUVEMENT MONDIAL

La Coordonnatrice du Programme AMDD **Katrina Stamas** fait le point sur les consultations qui se sont déroulées parallèlement aux séances officielles de l'atelier de Bangkok et sur les activités de suivi qui ont débuté après la réunion. Pour toute information sur les séances officielles et les tables rondes, consulter le rapport de l'atelier sur le site AMDD <http://www.amdd.hs.columbia.edu/WorkshopReport.pdf>

**Organismes partenaires:** Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et CARE ont profité de ce que des équipes de projets étaient venues de plusieurs régions du monde pour examiner l'état de leurs projets parrainés par l'AMDD.

Le Bureau régional de l'UNICEF en Asie du Sud a organisé, juste avant l'atelier de l'AMDD, un examen à mi-parcours du Projet sur le droit des femmes à la vie et à la santé appliqué à Bangkok. Le projet de l'UNICEF englobe des ministères et les bureaux de l'UNICEF de six pays d'Asie du Sud (Bangladesh, Bhoutan, Inde, Népal, Pakistan et Sri Lanka). Les 50 participants à l'examen de mi-parcours comprenaient également une équipe venue d'Afghanistan.

Selon Dale Davis, responsable de projets auprès du Bureau régional de l'UNICEF, cet examen avait pour but d'évaluer les progrès, d'identifier les succès et de tirer parti des expériences pour pouvoir relever de nouveaux défis. L'octroi et l'utilisation des SOU ont été examinés dans le cadre de ce projet qui englobe les droits, la gestion et les technologies; les résultats ont été largement diffusés. Les équipes de pays se sont entendues sur :

- Un l'engagement vis-à-vis des SOU en tant que priorité sanitaire au niveau national;
- Une vision partagée de SOU de qualité 24 heures sur 24, dans et entre les pays;
- Une administration plus efficace grâce à des mesures de facilitation et de perfectionnement en utilisant les enquêtes de satisfaction et de nouvelles méthodes de gestion des tâches;
- Un travail d'équipe reposant sur une planification et

une action axées sur les résultats pour dispenser des SOU de qualité dans les établissements;

- Une participation positive aux SOU des acteurs communautaires.



Photo: Czikus Carriere



Photo: Czikus Carriere

L'examen à mi-parcours a révélé la nécessité de consolider les pratiques et les processus du projet dans le pays pour qu'ils puissent être appliqués dans de nouveaux établissements. L'équipe du Bureau régional de l'UNICEF en Asie du Sud s'est également réunie après l'atelier de l'AMDD pour faire le point sur les connaissances accumulées et partager des idées

pour l'année à venir. Les discussions ont notamment porté sur la planification et l'organisation d'un stage axé sur les compétences pour les équipes prodiguant des SOU (obstétriciens, anesthésistes et sages-femmes) pour pallier la pénurie de personnel médical qualifié dans les établissements périphériques; la création d'équipes de facilitateurs à l'intérieur des pays pour renforcer et élargir les processus de facilitation dans les hôpitaux; l'organisation d'examens sur la base de critères précis pour améliorer la qualité des soins. À l'issue de la réunion, les

participants se sont engagés à lancer un mouvement en faveur des femmes et à organiser une journée régionale sur le droit des femmes à la vie et à la santé pour conserver l'élan acquis.

Les équipes du FNUAP se sont réunies avant l'atelier de Bangkok pour parler de l'état des projets dans leurs pays, a expliqué le Dr France Donnay, chef par intérim du Service de santé en matière de reproduction, Division de l'appui technique à New York. Après cette réunion, les diverses équipes se sont rencontrées individuellement pendant la durée de l'atelier. Des représentants des bureaux régionaux du FNUAP à Katmandou et à Bangkok

ont pu participer à la réunion du FNUAP, qui fut «une bonne occasion de partager des informations plus précises sur les projets FNUAP/AMDD.»

Certains projets du FNUAP ont débuté plus tard que les projets de l'UNICEF; le Dr Donnay a donc invité le Dr Yasmin Ali Haque, administratrice de projets sanitaires auprès de l'UNICEF Bangladesh, à participer au débat pour communiquer au FNUAP les objectifs et le programme de la réunion de l'UNICEF à Bangkok.

Le FNUAP a l'intention d'organiser plusieurs réunions au cours de cette année pour faire avancer les projets. La première rencontre est prévue pour octobre 2002 au Mozambique; le personnel des programmes AMDD sera présent. Cette rencontre sera suivie par une réunion d'orientation destinée aux cadres de haut niveau à New York pour que le personnel du FNUAP apprenne à mieux connaître l'AMDD.

Les réunions des équipes du FNUAP en marge de l'atelier ont été «très intéressantes et utiles» selon le Dr Donnay. Avant le prochain atelier de l'AMDD, l'équipe du FNUAP espère échanger d'autres informations sur

l'expérience de l'utilisation des Indicateurs de Processus.

CARE s'est réuni pendant deux jours après l'atelier de Bangkok, ce qui a permis à son personnel et à ses homologues gouvernementaux du Pérou, d'Éthiopie, du Rwanda, de Tanzanie et du Tadjikistan de se rencontrer. Selon Susan Rae Ross, Directrice de la santé de la reproduction auprès de CARE, les problèmes suivants ont été abordés :

- Expériences de l'utilisation des indicateurs de l'ONU;
- Activités prévues et assistance technique nécessaire;
- Importance de l'évaluation des dépenses et de la détermination des besoins pour la mise en œuvre;
- Méthode de préparation d'un examen de mi-parcours;
- Stratégies permettant de poursuivre le financement des projets visant à améliorer les SOU.

**Groupes de femmes** Dans le cadre de son initiative relative aux droits de l'homme, l'AMDD coopère avec des

*Suite page 7*

## «Vers le respect des droits de l'homme»

L'atelier de Bangkok a donné une occasion précieuse aux participants et aux experts d'essayer de voir comment il est possible de passer de la théorie des droits de l'homme à la pratique lors de la mise en œuvre des projets de SOU. Cette question fait partie des trois secteurs du cadre de l'AMDD : le savoir-faire technique, les capacités de gestion et le respect des droits de l'homme. Six séances ont porté sur les droits de l'homme dans l'établissement, la communauté et les politiques gouvernementales pendant l'atelier. L'assistante de recherche AMDD **Sarah Blust** fait le point avec Lynn Freedman, professeur associé à l'Université de Columbia, sur ces séances.

Plusieurs problèmes évoqués lors de l'atelier n'avaient jamais été considérés comme apparentés aux droits de l'homme. Par exemple, lors des séances sur les droits de l'homme dans l'établissement, des jeux de rôle ont permis de faire ressortir plusieurs dimensions des droits de l'homme qui entrent dans la relation entre la patiente et le personnel soignant : les participants ont mis en scène des situations – deux cas idéaux et deux cas difficiles – dans lesquels il y avait une femme enceinte et une sage-femme (dans l'un des groupes, c'est un homme qui a joué le rôle de la femme enceinte). Lynn Freedman a constaté que, «les droits de l'homme dans l'établissement commencent par la reconnaissance du fait que le personnel soignant évolue dans un milieu difficile. Il faut aussi reconnaître que les intérêts du personnel soignant sont souvent négligés, surtout au niveau des soins de base.»

Les séances sur les droits de l'homme et la communauté ont permis de tirer des enseignements précieux de l'expérience inépuisable des participants. Mme Freedman a constaté que «les participants passaient aisément des principes établis à des problèmes spécifiques dans des cas précis, dans la perspective des droits de l'homme.» La question de la responsabilité est difficile à cerner. Par exemple, ce n'est pas parce qu'un membre de la communauté est présent que le problème de la responsabilité est réglé ou que le système fonctionne automatiquement mieux. Il faut d'abord savoir si la participation d'un représentant de la communauté est réelle et répond aux intérêts de la communauté. «Cette séance a montré à quel point il est difficile d'établir une responsabilité constructive et de dépasser le système du blâme et de la sanction.»

Dans les séances sur les droits de l'homme et la politique, les participants ont parlé des intérêts des parties prenantes, de la dynamique du pouvoir dans les changements politiques et des types de coalition qui peuvent influencer les politiques. Ils se sont aussi demandés pourquoi certaines politiques sont appliquées même quand elles ne reposent pas sur des éléments probants. Plusieurs politiques sont simplement transposées d'un pays à l'autre. Les participants se sont alors divisés en petits groupes et ils ont étudié une série de questions liées à la fourniture de SOU sur «Saturne», un pays fictif très peuplé, souffrant d'une pénurie d'anesthésistes professionnels, mais comptant un grand nombre de sages-femmes capables de fournir ces mêmes services. Les participants ont également envisagé les droits de l'homme non seulement sous l'angle de la qualité des services administrés au patient, mais en les considérant comme un problème structurel dans le cadre duquel la couverture de la population est essentielle. Dans cette perspective, si les politiques gouvernementales empêchent toute une catégorie de professionnels de la santé de suivre des formations pour être habilités à fournir des services de qualité et que, de ce fait, les patients sont privés de ces services, on peut dire qu'il y a violation des droits de l'homme.

défenseurs des droits de la femme affiliés à des associations de femmes dans plusieurs pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine. Lynn Freedman, professeur associé à l'Université de Columbia, et Martha de la Fuente, chargée de recherche associée, sont responsables des aspects droits de l'homme du Programme AMDD (voir encadré page 5). Ensemble, à Bangkok, elles ont dirigé les débats lors d'une réunion des groupes de femmes qui a fait suite aux discussions de juillet 2001. En particulier, les femmes ont discuté puis approuvé des propositions faites par l'Équateur et les Philippines.

Cette année, l'ONG SENDAS lancera un projet à Cuenca en Équateur. Ce projet s'appuiera sur une alliance avec le Conseil sanitaire de Cuenca, des organisations de femmes, le Conseil municipal et le Réseau sur la santé sexuelle et de la reproduction. Il aura pour but de mettre en œuvre une loi qui garantit aux femmes le droit à des soins maternels gratuits. SENDAS remettra également en état deux établissements qui prodiguent des SOU de base; de nouveaux registres regroupant des informations sur les complications obstétriques seront introduits de façon à faciliter le suivi mensuel de l'utilisation des Indicateurs de Processus. Si ce projet est couronné de succès, le Conseil sanitaire décidera probablement de l'appliquer dans d'autres établissements de santé de la région. Pour garantir la qualité des soins et le respect des droits de la femme, deux groupes de citoyens contrôleront les services de SOU.

Likhaan, une ONG oeuvrant pour la santé des femmes aux Philippines, a présenté un projet très détaillé sur la rénovation des établissements administrant des SOU compte tenu des besoins des femmes. Ce projet, qui couvrira une population de 339 000 habitants, sera élaboré à Malabon et mis en œuvre dans les quartiers pauvres du centre de deux très grandes villes, Manille et Caloocan. Au cours des 10 premiers mois, des recherches seront effectuées pour identifier les obstacles économiques et sociaux qui limitent l'accès des femmes aux SOU et pour décrire l'impact de ces obstacles sur les complications obstétriques. Les résultats permettront de définir les étapes suivantes en termes de mobilisation communautaire et d'activités de sensibilisation politique aux niveaux local et national.

**Professionnels de la santé** Le Dr Allan Rosenfield, obstétricien, doyen de l'École Mailman de santé publique de l'Université de Columbia et l'un des responsables principaux du Programme AMDD, a saisi l'occasion de l'atelier de Bangkok pour réunir des professionnels de la santé.

Selon le Dr Rosenfield, «Nous avons beaucoup discuté du problème que représente une couverture 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Le groupe a très bien accueilli la présentation du ministre de la Santé du Mozambique, le Dr Francisco Songane, qui est obstétricien-gynécologue, sur la formation des techniciens chirurgicaux aux SOU complets. Il a également accueilli avec enthousiasme la déclaration du professeur Tipu Sultan, doyen de la Faculté

### SOU : les deux étapes de la mise en œuvre

Une fois que les équipes de pays ont évalué les besoins et conçu leurs projets, d'après l'expérience de l'AMDD, la mise en œuvre doit être divisée en deux grandes étapes. Les 14 thèmes traités lors des 41 séances de travail de Bangkok ont porté sur ces deux étapes.

#### L'étape préparatoire

Préparation de l'établissement rénovation, fournitures et équipement, aménagement des locaux et collecte de données.

Préparation du personnel placement, formation et constitution d'équipes

#### L'étape des prestations de services

Fonctionnement préparation à dispenser des SOU 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Qualité processus d'amélioration de la qualité dans l'établissement accompagné d'une supervision extérieure.

Utilisation analyse des données révélant une amélioration ou une détérioration de la situation.

Le Dr Zafarullah Gill, Directeur associé pour la mise en œuvre du Programme AMDD, a préparé un tableau comportant des notes explicatives pour chacun de ces secteurs; ce tableau a été distribué aux équipes de pays à Bangkok.

d'anesthésiologie du Collège de médecine et de chirurgie du Pakistan, sur les infirmières qui prennent en charge des services d'anesthésie pour pallier la pénurie de médecins et d'anesthésistes dans certaines régions. Il est clair que les approches novatrices de ce genre dans le domaine des prestations de soins seront essentielles pour atteindre les objectifs de l'AMDD.»

#### L'après Bangkok

L'une des grandes initiatives, au lendemain des prises de contacts et des discussions de l'atelier de Bangkok, a été un examen basé sur des critères préétablis, organisé par le FNUAP Inde. Le Gouvernement du Rajasthan a déclaré qu'il désirait améliorer la qualité des services et il a demandé un appui au FNUAP Inde. En mars 2002, des membres de l'équipe technique AMDD, le Dr Barbara Kwast et le Dr Dileep Mavalankar, ont organisé deux

ateliers sur le thème de l'examen des services de SOU en se fondant sur des critères préétablis, dans les districts de Jaipur et d'Udaipur. Tous ceux qui travaillaient sur des projets AMDD appuyés par le FNUAP et l'UNICEF dans ces districts ont été conviés. Ils ont approfondi leurs connaissances sur les processus afin d'améliorer la qualité des services de SOU.

M. Paramesh Chandra, Secrétaire principal de la santé auprès du Gouvernement du Rajasthan, et des professeurs d'obstétrique et de gynécologie ont également demandé à l'équipe AMDD d'organiser des ateliers sur l'examen basé sur des critères préétablis pour les membres des facultés des écoles de médecine afin de lancer ce processus dans leurs hôpitaux et de l'enseigner aux étudiants de troisième cycle. Face à la réaction enthousiaste des participants, les prochaines étapes consisteront à identifier deux ou trois institutions dans les districts où le FNUAP et l'AMDD sont présents pour lancer ce processus.

En outre, la Directrice du Réseau régional pour la prévention de la mortalité maternelle (RPMM), Angela Kamara, a invité Lynn Freedman à s'exprimer sur les droits de l'homme lors de la réunion régionale du RPMM qui se déroulera au mois d'avril en Côte d'Ivoire.



Photo: Czikus Carriere

On peut dire en conclusion que l'atelier de Bangkok fut une expérience riche et diversifiée qui a privilégié l'amélioration de la disponibilité et de l'utilisation de SOU de qualité. Comme l'a fait remarquer la Directrice et coresponsable principale du Programme AMDD Deborah Maine, «Quel plaisir de voir des gens de plusieurs continents et de différentes institutions à nouveau réunis et de sentir la dynamique de ce réseau mondial. C'est un vrai privilège de pouvoir rassembler des gens ainsi.»

Plusieurs autres participants étaient du même avis. Suzanne Cluett, Directrice associée de la Fondation Bill et Melinda Gates, a déclaré «Le Dr Gordon W. Perkin et moi-même avons été très favorablement impressionnés par l'atelier AMDD de Bangkok. Quelle occasion merveilleuse pour nous de voir, entendre et rencontrer des gens de près de 50 pays différents qui travaillent en première ligne pour que toutes les femmes en danger aient accès aux soins obstétricaux d'urgence dans leurs communautés et dans leurs pays. L'engagement et la passion de ces représentants étaient fascinants à observer et très gratifiants.» ■

## Vos impressions sur Bangkok

Principaux points extraits des formulaires d'évaluation distribués aux participants à la fin de l'atelier. Résumé préparé par l'assistante de recherche AMDD **Jessica Guerrero**.

Au total, 218 personnes représentant 43 pays ont participé à l'atelier.

- Selon l'évaluation, l'atelier a été un grand succès. Sur les 131 participants qui ont répondu à la question «En général, comment jugez-vous l'atelier?», 77 % ont estimé que l'expérience avait été «très bonne» voire «excellente». De même, 89 % des personnes interrogées ont jugé que l'organisation et la logistique de la réunion avaient été très bonnes ou excellentes.
- En dehors des séances, beaucoup de participants ont jugé extrêmement utiles «le partage des expériences et les rencontres avec des collègues». Ils ont surtout apprécié de pouvoir s'inspirer de l'expérience de leurs homologues.
- À la question portant sur les aspects les moins utiles de la réunion, 17 personnes interrogées sur 53 ont répondu que les réunions auraient pu être plus longues.
- 55 % des participants ont répondu que la matière traitée pendant les séances avait été des plus utiles, et 97 % des personnes interrogées ont estimé que les compétences et connaissances qu'elles avaient acquises leur seraient utiles dans leur pays.
- Les séances jugées les plus utiles ont porté sur les droits de l'homme, la collecte et l'utilisation des données, ainsi que les séances plénières.
- Les personnes interrogées ont suggéré que l'an prochain l'atelier porte sur la recherche de solutions originales à des problèmes concrets, en s'appuyant sur des exemples.

*Merci de vos commentaires. Nous tiendrons compte de vos réponses lors des préparatifs de l'atelier AMDD de 2003.*

## RÉCOMPENSES

### Trois sages-femmes titulaires du prix ICM/AMDD

Les premiers prix Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles ont été décernés à des sages-femmes du Malawi, du Viet Nam et de la Trinité-et-Tobago lors du 26e Congrès triennal des sages-femmes, qui s'est déroulé en avril 2002 à Vienne (Autriche). Le Programme AMDD a créé ce prix cette année en collaboration avec la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) pour récompenser des efforts exceptionnels visant à améliorer l'accès des femmes à des soins obstétriques d'urgence (SOU) de qualité.

Le Dr Barbara Kwast, conseillère de haut niveau du Programme AMDD, a décerné ces prix à Martha Bokosi du Malawi, Phan Thi Hanh du Viet Nam et Venus Mark de la Trinité-et-Tobago, lors de la cérémonie d'ouverture.

Ces prix s'accompagnent d'une subvention de 5 000 dollars qui peut être utilisée pour soutenir les activités de l'association des sages-femmes, pour financer des formations dans des secteurs comme le leadership et la sensibilisation ou pour financer d'autres activités susceptibles de renforcer l'efficacité des associations de

sages-femmes. Une partie de l'argent servira à organiser une réception et une conférence dans le pays d'origine de la lauréate pour fêter son succès et faire connaître ses travaux.

Les lauréates ont l'intention d'utiliser leur prix pour mener à bien les activités suivantes : coopérer avec des ONG pour réunir des ressources et financer les SOU; renforcer le travail d'équipe entre les sages-femmes, en particulier dans les zones rurales; et organiser des ateliers sur le renforcement des qualifications professionnelles/cliniques et le leadership.

Comme l'a déclaré le Dr Kwast pendant la cérémonie, « Ces prix ont pour but de saluer le rôle des sages-femmes, qui prodiguent non seulement des soins aux femmes pendant l'accouchement, mais qui sauvent aussi de nombreuses vies. »



Venus Mark de la Trinité-et-Tobago, Phan Thi Hanh du Viet Nam et Martha Bokosi du Malawi.

## RESSOURCES

### Outils et ressources AMDD pour les SOU

**Rachel Waxman**, de l'AMDD, a préparé une liste de nouvelles publications et de ressources. Rendez vous sur le site AMDD : <http://www.amdd.hs.columbia.edu/> Nombre des présentations et ressources de l'atelier de Bangkok sont disponibles en ligne, notamment les présentations en PowerPoint pour les plénières et les tables rondes, ainsi que les présentations faites pendant plusieurs séances de travail, le rapport sur l'atelier, et le jeu organisé pendant la séance de clôture. Vous y trouverez aussi la présentation en PowerPoint Orientation du Programme : Matériel d'autoformation, disponible en quantités limitées pendant l'atelier, en anglais, espagnol et français. Cet outil est utile pour initier le personnel et ses homologues à l'approche programmatique de l'AMDD (créée par N. Hijab et C. Carriere, février 2002).

#### Nouvelles publications et ressources:

« Program note: Using UN Process Indicators to assess needs in emergency obstetric services. » P.E. Bailey et A. Paxton. *Journal international de gynécologie et d'obstétrique*, Volume 76, Numéro 3, mars 2002.

« Editor's comment: Using the UN Process Indicators to assess needs in emergency obstetric services. » J.A. Fortney, *Journal international de gynécologie et d'obstétrique*, Volume 76, Numéro 3, mars 2002.

*Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors (IMPAC)* publié par l'Organisation mondiale de la santé (2000), disponible aujourd'hui sur ReproLine <http://www.reproline.jhu.edu/>

Projets de documents distribués pendant l'atelier: *Emergency Obstetric Care: Leadership Manual for improving the Quality of Services* et le supplément qui l'accompagne *Toolbook for Improving the Quality of Services*, produits en coopération par l'AMDD et EngenderHealth. Ils peuvent être consultés sur le site et le texte définitif sera achevé cet été. Tous vos commentaires sont appréciés.

AVERTING MATERNAL DEATH & DISABILITY (AMDD)

UNIVERSITÉ DE COLUMBIA

HEILBRUNN DEPT. OF POPULATION AND FAMILY HEALTH, THE JOSEPH L. MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

60 HAVEN AVENUE, B-3, NEW YORK, NY 10032

TÉLÉCOPIE : 212-544-1933 SITE WEB : [HTTP://WWW.AMDD.HS.COLUMBIA.EDU](http://www.amdd.hs.columbia.edu)