

CHER COLLÈGUE

Nous sommes heureux de vous présenter le premier numéro de Notebook, le bulletin du Programme « prévenir la mortalité et la morbidité maternelles » (Averting Maternal Death and Disability—AMDD), qui a été lancé en 1999 grâce à une subvention généreuse de la Fondation Bill et Melinda Gates.

L'AMDD appuie les efforts déployés dans les pays en développement afin de sauver des vies en mettant des soins obstétriques d'urgence à la disposition des femmes enceintes. Notebook fait le point sur les expériences de terrain, les questions techniques et les bonnes pratiques permettant de mettre les soins obstétriques d'urgence à la disposition des femmes qui souffrent de complications pendant la grossesse et l'accouchement. Ce bulletin a essentiellement pour but d'aider les équipes travaillant dans des projets financés par l'AMDD, mais nous espérons qu'il intéressera également les communautés plus larges de la santé et du développement.

Au cours de la première année, nous avons conclu des partenariats avec six agences qui menaient déjà des opérations sur le terrain. Nous étions convaincus qu'ainsi nous pourrions obtenir plus rapidement des résultats, élargir la communauté des organismes qui administrent des soins obstétriques d'urgence et éviter l'investissement coûteux qu'entraîne la création d'un nouveau réseau sur le terrain.

Au cours de la deuxième année d'exécution du Programme, nos partenaires s'apprêtaient à mettre en œuvre 19 projets avec l'appui de l'AMDD. Dans la majorité des cas, les interventions étaient en cours de préparation ou d'exécution, sur la base d'une évaluation des besoins. Nous venons d'organiser le tout premier atelier sur les projets de l'AMDD, qui a réuni 100 participants, et leur a permis d'échanger des données d'expérience.

Aujourd'hui, alors que nous entamons notre troisième année, nous avons encore davantage d'informations à communiquer sur le Programme AMDD. Avec *Notebook*, nous prévoyons de:

- contribuer à l'échange d'informations, à l'établissement de réseaux et à la résolution des problèmes relatifs aux soins obstétriques d'urgence que rencontrent les équipes de pays,
- donner des informations utiles sur les gens et les publications,
- faire connaître les innovations et rendre hommage à l'engagement, et
- faire le point sur l'approche, les stratégies et les techniques de l'AMDD.

Nous serions heureux de recevoir vos commentaires et vos impressions sur *Notebook*, ainsi que vos contributions.

Allan Rosenfield et Deborah Maine
Enquêteurs principaux

DANS CE NUMÉRO . . .

Bonnes pratiques	2
Le partenariat entre la FIGO et l'AMDD	3
Atelier de Marrakech	4
Nouvelles des projets – Pakistan, Kenya, Pérou	6
Subvention du Programme du Leadership	8

LE PROGRAMME AMDD

Le Programme AMDD a été lancé en 1999 pour aider les pays en développement à améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des soins obstétriques d'urgence. Le Programme AMDD se fonde sur l'hypothèse suivante : la plupart des complications obstétriques qui sont à l'origine des décès maternels ne peuvent être ni prévues, ni évitées, mais on pourrait sauver la grande majorité des femmes en les traitant rapidement. Le Programme AMDD agit dans trois secteurs interdépendants : le savoir-faire 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

l'UNICEF : projets au Bangladesh, au Bhoutan, en Inde, au Pakistan et à Sri Lanka

le FNUAP : projets en Inde, au Maroc, au Mozambique et au Nicaragua

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

le Réseau pour la prévention de la mortalité maternelle : équipes et projets dans 17 pays d'Afrique subsaharienne

Save the Children : projets au Mali et au Vietnam

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

Les principaux outils utilisés dans le Programme sont les indicateurs de processus mis au point par l'Université de Columbia et diffusés 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, l'Institut indien de gestion à Ahmedabad (IIMA) et EngenderHealth (auparavant AVSC International).

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

BONNES PRATIQUES

Protocoles affichés sur les murs : un rapport de l'Inde

Il est important de stériliser parfaitement l'équipement chirurgical utilisé lors des césariennes et des autres interventions, et de s'assurer que la salle d'opération est propre, pour réduire le risque d'infections postopératoires. Dans la plupart des pays en développement, ces tâches incombent au personnel de salle ou de nettoyage. Comme, dans beaucoup d'hôpitaux, ce personnel est celui qui a le moins d'instruction, aucune formation, et que son taux de rotation est élevé, ces fonctions vitales ne sont pas toujours exécutées correctement, ce qui entraîne un risque accru d'infections postopératoires.

L'hôpital de district d'Osmanabad, dans l'État de Maharastra (Inde), a créé un système très intéressant pour s'assurer que l'équipement est stérilisé correctement. Dans son nouveau complexe regroupant les salles d'opération, le personnel administratif a créé une salle spéciale pour la stérilisation des équipements, comportant trois grands appareils autoclaves. L'administration a peint sur les murs, en grandes lettres et en langue locale, toutes les instructions à suivre lors de la stérilisation. Ainsi, le personnel peut suivre ces instructions, même sans sa formation ou sans supervision.

L'administration a également créé un registre dans lequel le personnel inscrit toutes les boîtes mises dans les autoclaves. Le registre contient des détails tels que le nombre et le type de boîtes, ainsi que la date de la stérilisation. Chaque boîte est munie de deux bandes de couleur, avec indicateurs de stérilisation (elles changent de couleur une fois la stérilisation achevée) et sur lesquelles sont inscrits la date et un chiffre. L'une des bandes est retirée après le passage dans l'autoclave et collée dans le registre, comme preuve que la boîte a été stérilisée correctement. La personne qui effectue la stérilisation, l'infirmière qui la supervise et le médecin responsable, signent le registre. En cas d'infection postopératoire, l'administration peut retrouver les données de stérilisation, savoir qui s'est chargé de la procédure et si elle a été effectuée correctement.

Ce sont des exemples « de procédures d'exploitation standard » – une pratique de gestion courante dans l'industrie. Le prix de ces bonnes pratiques est minime, mais les avantages qu'on peut en tirer sont immenses.

Dileep Mavalankar
Institut indien de gestion à Ahmedabad
Équipe technique de l'AMDD

PARTENARIAT ENTRE LA FIGO ET L'AMDD

Peu après son lancement, le Programme AMDD a établi un partenariat de travail étroit avec la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO). Il a déjà porté ses fruits dans trois domaines importants : le partage d'informations, l'établissement de réseaux et la reconnaissance des contributions spéciales.

Le partage d'informations : le Journal de la FIGO

L'initiative la plus récente est la section spéciale qui paraîtra tous les trois mois dans le Journal de la FIGO. Cette section, qui comprend 25 pages, est intitulée « La pierre angulaire de la prévention des décès maternels et des handicaps chez la mère », car comme l'explique sa rédactrice Judith A. Fortney, « L'arche d'une maternité sans risques est constituée de plusieurs pierres... mais cette arche s'effondrera – les mères mourront – si elles ne reçoivent pas un traitement rapide et approprié lorsqu'elles souffrent de complications qui mettent leur vie en danger pendant la grossesse, l'accouchement ou la période puerpérale ».

Les articles qui paraîtront dans cette section porteront sur les programmes ou interventions, surtout dans les pays en développement, qui ont pour but d'améliorer la disponibilité et la qualité des soins obstétriques d'urgence. Pour de plus amples informations ou pour obtenir des instructions sur la rédaction des articles, veuillez consulter le site keystone@columbia.edu.

Établissement de réseaux : l'atelier qui a précédé le Congrès

Un atelier sur « les soins obstétriques d'urgence pour toutes les femmes : une responsabilité sociale qui incombe aux obstétriciens » a été organisé les 30 et 31 août 2000, quelques jours avant le Congrès triennal de la FIGO à Washington, par l'Alliance OMS/FIGO pour la santé des femmes, en collaboration avec l'École de santé publique Joseph L. Mailman de l'Université de Columbia. Près de 200 participants ont pris connaissance des progrès accomplis grâce aux projets appuyés par le fonds de la FIGO Sauver les mères, qui relie les professionnels membres de sociétés d'obstétrique et de gynécologie dans cinq pays développés avec des sociétés similaires dans huit pays en développement. Ces projets s'appuient sur les indicateurs de processus mis au point par l'ONU pour évaluer les besoins et mettre au point des interventions pour combler les lacunes.

Yasmin Ali Haque de l'UNICEF Bangladesh, et Monica Oguttu de l'équipe kényenne du Réseau pour la prévention de la mortalité maternelle, ont fait des exposés sur les projets parrainés par l'AMDD. Les groupes de travail ont examiné les moyens de renforcer le rôle des obstétriciens en tant que : prestataires des soins de santé, chefs d'équipe et précurseurs du

progrès social. Allan Rosenfield a soumis le rapport de l'atelier au Congrès de la FIGO.

Reconnaissance : Le service communautaire récompensé

L'AMDD et la FIGO ont créé des prix (Distinguished Community Service Awards) pour récompenser les professionnels de la santé qui ont rendu des services communautaires en déployant des efforts particuliers pour éviter des décès maternels inutiles pendant la grossesse et l'accouchement. Ces prix comprennent notamment une subvention de 5 000 dollars des États-Unis versée à l'établissement du lauréat pour améliorer les services, le reste de la somme contribuant au financement d'un séminaire national et d'une réception visant à présenter les travaux du lauréat.

La Directrice du Programme AMDD, Deborah Maine, a décerné ces prix pour la première fois lors du Congrès triennal de la FIGO. Elle a déclaré : « Bien trop souvent, les récompenses et le prestige, dans le domaine de l'obstétrique, sont liés à l'utilisation d'une technologie de pointe dans des cabinets urbains privés. Aujourd'hui, nous rendons hommage à ces héros de la santé publique. Toutes ces personnes ont sauvé des femmes dans des hôpitaux publics surpeuplés et dans des dispensaires ruraux isolés, jour après jour, nuit après nuit, année après année ». Les premiers lauréats de ces prix sont :

Hugo Rodríguez Ferrucci, qui a prodigué des soins obstétriques dans la jungle amazonienne du Pérou (candidature présentée par la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología);

Grace Kodindo, qui dirige le principal établissement de soins obstétriques primaires d'urgence à N'Djamena, Tchad (candidature présentée par le FNUAP; New York);

Alex Mathews, qui a dirigé des services d'obstétrique et de gynécologie dans plusieurs États de la Malaisie (candidature présentée la Société d'obstétrique et de gynécologie de la Malaisie);

Keith McCallum, qui a prodigué des soins d'urgence à des femmes isolées, autochtones et autres, dans la région désertique de l'ouest de l'Australie (candidature présentée par le Comité de santé des femmes autochtones du Collège royal australien et néo-zélandais des obstétriciens et gynécologues);

Ahmed Bayoumi Shokry, qui s'efforce d'améliorer les soins obstétriques dans le gouvernorat de Sohag, l'une des régions les plus pauvres d'Égypte (candidature présentée par UNICEF Égypte);

Nara Vudhikamraksa, qui a prodigué des soins obstétriques d'urgence à l'hôpital Khon Kaen, en Thaïlande, pendant 28 ans, jusqu'à sa retraite en 1999 (candidature présentée par le Collège royal thaïlandais des obstétriciens et gynécologues). ■

MARRAKECH : OBJECTIF COMMUN POUR LES ÉQUIPES DE PROJET

« Il était surprenant de rencontrer des gens de pays différents qui poursuivaient tous le même objectif. La force que nous en avons tiré nous obligera à revoir notre stratégie et à améliorer la qualité des services »

— *Juliana Bantambya*
Participante

« Nous sommes tellement occupés à sauver la vie d'une femme, que nous en oublions l'ensemble du tableau », a déclaré Joseph Thomas, l'un des 100 participants au premier atelier sur les projets de l'AMDD, réuni du 19 au 21 février 2001 à Marrakech (Maroc). « Je suis content d'avoir une vue d'ensemble du Programme AMDD », a ajouté ce lauréat du Programme du Leadership.

Ce sentiment a dominé pendant tout l'atelier, qui a permis pour la première fois aux représentants des 19 projets appuyés par l'AMDD de se rencontrer, d'échanger leurs notes, et de les comparer avec celles de l'équipe de base de l'Université de Columbia, des représentants d'organismes partenaires et des experts techniques. Les participants réunis à Marrakech

étaient venus de 25 pays et s'exprimaient dans plusieurs langues différentes. Ils ont bénéficié de services d'interprétation simultanée de français en anglais, d'espagnol en anglais et de français en espagnol.

Séance d'ouverture

Mustafa Tyane, Directeur du Département de la population auprès du Ministère marocain de la santé, a ouvert officiellement la séance, avec les enquêteurs principaux du Programme AMDD, Allan Rosenfield et Deborah Maine. Lors de cette séance, Vincent Fauveau, le représentant du FNUAP au Maroc, et Adetokunbo Lucas, qui est membre du Conseil consultatif stratégique du Programme Bill et Melinda Gates de vaccins pour l'enfance et conseiller de haut niveau du Programme AMDD, ont également pris la parole.

Après l'ouverture de la séance, des exposés officiels, des tables rondes, des présentations d'affiches sur les projets, des réunions d'équipes de pays, des études, rapports et documents informels, ont donné aux participants autant d'occasions d'échanger leurs expériences et leurs conclusions.

Présentations d'affiches

Pour nombre de participants, ces séances ont été l'aspect le plus intéressant de cet atelier de trois jours. En se fondant sur les données réunies lors de l'évaluation des besoins, et en utilisant divers supports visuels (photographies, cartes, graphiques et diagrammes), les équipes ont exposé des affiches sur leurs 19 projets dans un passage extérieur, sous le ciel bleu et clair de Marrakech.

Après le déjeuner et pendant les pauses, en savourant un thé à la menthe très sucré et en grignotant des pâtisseries qui ne risquaient pas de leur faire perdre des kilos, les participants ont pu consulter les représentants des équipes qui les attendaient devant leur stand. Le passage était encombré de

gens qui suivaient ce que l'un des participants a qualifié de « mini-séminaires » entre des équipes venues de pays aussi différents que le Tadjikistan, le Mozambique et le Pérou. Plusieurs équipes ont distribué du matériel sur leurs succès et sur les enseignements tirés de leurs travaux.

Comme l'a fait remarquer Edmund Browne, coordonnateur pour l'Afrique de l'Ouest du Réseau pour la prévention de la mortalité maternelle, « ces séances d'affichage nous ont beaucoup plu - elles nous ont rafraîchi les idées et elles nous ont permis de voir ce qui se fait dans le reste du monde ».

Avant leur arrivée à Marrakech, les équipes de pays avaient envoyé des informations sur l'état de mise en œuvre de leur projet. Elles ont été réunies dans une brochure intitulée « Project Snapshots », que tous les participants ont pu emporter avec eux. Le jour qui a suivi l'atelier, le FNUAP et le Gouvernement marocain ont organisé des visites dans des établissements de santé affiliés au Programme AMDD. Plusieurs dizaines de participants à l'atelier ont pu profiter de cette occasion.



Table ronde sur la gestion intermédiaire

Séances plénières

Différents thèmes ont été traités en plénière : modernisation des services de soins obstétricaux d'urgence, exposé présenté par Zafarullah Gill; gestion, Judith Graeff; droits de l'homme, Lynn Freedman; suivi et évaluation, Elizabeth Goodburn; et documentation, Nadia Hijab. Ces documents sont disponibles sur le site www.amdd.hs.columbia.edu.

Les séances plénières ont été complétées par des discussions en petits groupes, dont les conclusions seront incorporées au Programme et figureront dans nos prochains bulletins. Ces groupes de travail ont établi une liste de 16 questions intersectorielles, et des tableaux ont été affichés pour permettre aux participants qui désirent poursuivre la discussion de s'inscrire. Les trois thèmes pour lesquels nous avons recueilli le plus grand nombre d'inscriptions – systèmes d'information sur la gestion, protocoles et supervision technique, amélioration de la qualité – seront examinés l'an prochain par des groupes d'étude qui communiqueront par courrier électronique, tandis que les membres de l'équipe technique de l'AMDD joueront le rôle de facilitateurs.

Comme l'a fait remarquer Lilia Jamisse, Directrice de la santé familiale auprès du Gouvernement mozambicain, «les aspects les plus importants ont été les droits de l'homme et la gestion. La mortalité maternelle et les handicaps chez la mère sont une manifestation directe des inégalités entre hommes et femmes et de la violence à l'égard des femmes, c'est pourquoi les droits de l'homme doivent être pris en compte. En termes de gestion, la constitution d'équipes est essentielle pour avoir un réseau de centres de santé qui fonctionnent correctement. »

Ou selon Dinesh Agarwal, chef de l'équipe d'appui technique du FNUAP en Inde, « Les droits de l'homme sont particulièrement importants – surtout la manière dont nous les incorporons dans notre programme ». Plusieurs participants ont reconnu que la séance sur le suivi et



Présentation d'affiches - Mali - de gauche à droite:

L. Jamisse (Mozambique), A. Bagayoko (Mali), D. Maine (NY), M. Ba (Mali), B. Mbaydonadji (Cameroun), A. Kayo (Mali)



Entre les séances - de gauche à droite: H. Wijemanne (Sri Lanka), P. Zam (Bhutan), V. Karunaratne (Sri Lanka)

l'évaluation était importante pour leurs travaux, tandis que d'autres ont dit qu'ils avaient apprécié la discussion sur les moyens d'améliorer les services.

Juliana Bantambya, responsable adjointe de projet pour CARE, Tanzanie, a fait remarquer « qu'il était surprenant de rencontrer des gens de pays différents qui poursuivaient tous le

même objectif. La force que nous en avons tiré nous obligera à revoir notre stratégie et à améliorer la qualité des services. Pendant les tables rondes, chaque participant a pu s'exprimer et parler de ses problèmes ».

Réunions des équipes de pays

Pendant l'atelier, chaque équipe de pays a eu le temps de rencontrer son contrôleur AMDD respectif pour discuter des progrès accomplis jusqu'à présent, des plans d'avenir, des besoins en termes d'assistance technique et des visites sur le terrain. En outre, des organisations partenaires, des représentantes de groupes féminins de protection des droits de l'homme (venues de l'Équateur, du Pakistan et des Philippines), ainsi que les lauréats du Programme du Leadership, ont saisi cette occasion pour se réunir.

Les participants venaient de divers horizons professionnels : chargés et responsables de projets dans des organismes de développement; responsables de la santé, administrateurs, chargés de projets et analystes des informations dans des ministères de la santé; universitaires; obstétriciens, gynécologues et sages-femmes; directeurs de services hospitaliers et de dispensaires; spécialistes de l'évaluation; experts en gestion; et spécialistes dans plusieurs autres domaines. Tout en ayant un bagage professionnel différent, les participants ont découvert qu'ils avaient beaucoup de choses en commun, notamment, leur désir de faire reculer la mortalité maternelle et les handicaps chez la mère. ■

PAKISTAN: SOINS OBSTÉTRIQUES D'URGENCE

Zone: Province de Sindh, trois districts

Partenaire national: Ministère de la santé

Partenaire du projet: UNICEF

La mission aurait semblé impossible à toute autre personne : il s'agissait d'introduire des soins obstétriques d'urgence dans l'hôpital Qatar du bidonville d'Orangi, où vivent trois millions de personnes. Mais depuis que Shershah Syed, professeur associé d'obstétrique et de gynécologie, a été transféré dans cet hôpital il y a six mois, avec l'aide de l'UNICEF et du Gouvernement, il a remis sur pied un département moribond qui pratique aujourd'hui entre 10 et 15 accouchements par jour. L'hôpital Qatar est l'un des établissements ciblés par le projet pour le droit des femmes à la vie et à la santé, mis en œuvre par le Gouvernement de la province de Sindh en collaboration avec l'UNICEF. Les mesures visant à introduire des soins obstétriques d'urgence sont notamment les suivantes:

- Se faire reconnaître par le Collège des médecins et rattacher l'hôpital à cette faculté de médecine de façon à ce que des internes puissent travailler à l'hôpital.
- Organiser des transferts, vers la maternité, de membres du personnel attachés à d'autres services pour pallier le gel du recrutement dans la province.
- Rénover légèrement la salle d'accouchement, construire des toilettes pour femmes uniquement et une salle privée pour les examiner.
- Créer une école de sages-femmes à l'hôpital pour pallier la pénurie d'infirmières; 30 étudiantes y sont déjà inscrites et obtiendront leur diplôme au cours des deux prochaines années.
- Organiser une réunion hebdomadaire pour parler des patientes. « Les autres départements – médecine, chirurgie – commencent à faire de même », a indiqué le Dr Syed.
- Donner une formation aux chauffeurs d'ambulances pour qu'ils puissent prendre en charge les urgences (sachant notamment que les accouchements peuvent être des urgences).

La collaboration avec l'UNICEF et les partenariats nationaux établis avec l'Association médicale du Pakistan et le Comité national pour la santé maternelle ont contribué à faire avancer les choses.

Mais les nombreux problèmes qui persistent, notamment en ce qui concerne la livraison des équipements, le manque de personnel (par exemple d'anesthésistes), font que les progrès ne sont pas aussi rapides que prévus.

Le projet a pour but de répéter l'expérience dans d'autres secteurs et d'intégrer les résultats dans le système national de santé. Il existe quelques interventions directes en faveur de la santé des femmes dans la province de Sindh. Au nombre de celles-ci figurent le Programme UNICEF-Gouvernement sur le droit des femmes à la santé et le Programme national de planification familiale et de soins de santé primaires, coordonné, dans la province de Sindh, par Husna Memon, qui est Directrice adjointe du département de la santé publique dans la province.

Comme l'a fait remarquer le responsable de projet UNICEF Asif Aslam, « Nous avons procédé à une analyse de la santé des femmes au Pakistan et nous avons découvert qu'il y avait des centaines de documents de recherche mais pas un seul programme d'intervention. C'est exactement ce que le gouvernement de la province de Sindh veut changer. » ■

KENYA: TRAVAIL D'ÉQUIPE SUR LE SUIVI

Zone: Districts de Siaya et de Bondo, province de Nyanza

Partenaire du projet : Prévention régionale de la mortalité maternelle

Dans les districts de Siaya et de Bondo, dans la province de Nyanza, la route qui mène du village à l'hôpital est souvent une piste rouge accidentée, poussiéreuse pendant la saison sèche et impraticable pendant la saison des pluies. Les établissements manquent souvent de carburant pour les générateurs, d'eau pour les opérations, de matériel et d'équipements, et de l'éventail de qualifications nécessaires pour que le personnel puisse prodiguer des soins obstétriques d'urgence.

Après avoir procédé à une évaluation des besoins, l'équipe de prévention de la mortalité maternelle était « prête à abandonner; le tableau était trop sombre », se souvient l'un des membres de l'équipe, Monica Oguttu, dans son bureau du Kisumu Medical Educational Trust, situé dans la capitale de la province. « Puis, nous sommes vraiment décidé de poursuivre. Nous venons presque tous de cette province et c'est notre peuple. Nous devons absolument trouver un moyen de faire face à ces

problèmes. » C'est ce qu'ils ont fait et, rapidement, ils ont affiché des résultats impressionnants.

Mais le problème peut-être le plus intéressant auquel ce groupe a dû faire face était le suivant : comment faire pour que des bénévoles s'engagent dans un projet, se chargent de certaines tâches et obtiennent rapidement de bons résultats, tout en ayant des emplois à plein temps?

Toutes les équipes du Réseau pour la prévention de la mortalité maternelle – on en compte 19 aujourd'hui – sont constituées de bénévoles. Certains d'entre eux ont remporté plus de succès que d'autres en ce qui concerne la constitution d'une équipe interne. Voici quelques-unes des conclusions tirées des travaux de l'équipe kényenne de prévention de la santé maternelle, qui concordent souvent avec les instructions que le Réseau pour la prévention de la mortalité maternelle donne aux équipes participantes, comme le fait remarquer sa directrice, Angela Kamara.

- L'équipe kényenne de prévention de la mortalité maternelle a discuté des absences lors des réunions précédentes; aujourd'hui, tout membre qui manque une réunion doit appeler pour connaître les dernières décisions et les tâches qui lui sont confiées.
- L'équipe s'est aussi occupée de la réticence des gens à s'impliquer sans avantages pécuniaires à la clé. Une transparence totale concernant le budget et les décisions budgétaires a contribué à régler ce problème.
- Les rôles et le travail sont divisés clairement et les décisions sont prises par l'ensemble de l'équipe, une approche encouragée par son chef, Solomon Orero; la publication est préparée par tous les membres de l'équipe.
- Lors de l'évaluation des besoins, l'équipe a identifié les secteurs dans lesquels les ressources pouvaient être utilisées plus efficacement et elle a utilisé des subventions fournies par le Réseau pour la prévention de la mortalité maternelle pour former et rémunérer des assistants de recherche afin qu'ils entreprennent des études et présentent leurs résultats sous forme de tableaux.
- Les membres ont, dans la mesure du possible, intégré leurs activités de prévention de la mortalité maternelle dans leur routine quotidienne. Le Réseau pour la prévention de la mortalité maternelle et son ancien coordonnateur pour l'Afrique du Sud, Khama Rogo, ont fourni l'assistance technique nécessaire.
- Les membres avaient un bureau, qui leur a servi de base, dans la zone couverte par le projet; Monica Oguttu assure le secrétariat du projet, avec douceur mais fermeté.
- Ils ont pu trouver un véhicule pour l'organisation: «Sans cela, le projet serait paralysé; personne ne veut utiliser sa voiture personnelle sur ces routes».

- Les membres se sont déclarés satisfaits des résultats du projet et de l'enrichissement personnel et professionnel que leur a apporté le travail en équipe. Chris Oyoo, de l'hôpital de Kisumu, a constaté que le nombre d'infections avait diminué à Siaya, et que les malades n'étaient plus aiguillés aussi tardivement vers d'autres services. En plus, «Maintenant, je m'occupe de formation continue en dehors de notre hôpital provincial. C'est la prévention de la mortalité maternelle qui m'a appris ce qu'est la médecine sociale» affirme-t-il. ■

PÉROU : TROUVER DES PARTENAIRES

Zone: Nord du Département de l'Ayacucho : six provinces, pop. 412 494 habitants

Partenaire national: Ministère de la santé

Partenaire du projet: CARE

Le projet CARE au Pérou, lancé en avril 2000 pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence dans le nord du Département de l'Ayacucho, s'appuie sur un réseau de relations et en crée de nouvelles. L'Ayacucho est l'une des régions les plus pauvres du pays, avec des indicateurs sanitaires et sociaux extrêmement faibles. Ce Département couvre des régions de montagnes et de jungle, où les populations sont très dispersées et les établissements de santé d'un accès difficile. Le Ministère de la santé a décidé récemment de faire de la réduction de la mortalité maternelle sa première priorité pour la période 2001-2005.

Dans les projets de développement mis en œuvre actuellement par CARE, les organes locaux de coordination réunissent les autorités municipales, des organisations communautaires et des ONG. Le projet parrainé par l'AMDD s'appuiera sur ces organes pour promouvoir les droits fondamentaux des femmes, notamment en favorisant l'aiguillage des femmes souffrant de complications obstétriques vers des établissements appropriés.

Grâce à ces réseaux de partenaires, le personnel du projet peut identifier les ressources qui existent dans la zone d'application du projet et en tirer parti, ce qui est l'une des principales stratégies du projet, selon son responsable Marco Alegre. On découvre parfois des ressources dans des lieux inattendus – ce fut le cas, par exemple, dans le district de Vinchos, une zone dans laquelle le nombre de décès maternels est exceptionnellement élevé.

Suite page 8

. . .PEROU: PARTENAIRES (suite)

«Lorsque le gouvernement a décidé d'accorder la priorité aux décès maternels», se souvient Helena Esquiche, qui s'occupe de l'organisation communautaire et des droits de l'homme au sein de l'équipe, « le médecin et la sage-femme ont cherché des solutions; ils se sont souvenus que la police locale avait certaines ressources : des motos, des voitures, des émetteurs radio, qui pouvaient accélérer l'aiguillage des patientes vers d'autres services ». Ce partenariat inhabituel avec la police sera imité dans toute la zone couverte par le projet.

En fait, l'équipe du projet vient tout juste d'achever l'établissement d'une carte des institutions de la région et de discuter de la manière dont elles pourraient contribuer à réduire le nombre de décès maternels. Cet inventaire, réalisé par Elena Esquiche et Cesar Canales, un consultant qui travaille pour CARE, couvre les ressources locales dans les réseaux qui pourraient améliorer les communications et les aiguillages. L'équipe a adopté une approche participative lorsqu'elle a procédé à cet inventaire : ONG, groupes organisés comme les Clubs de Madres, Vaso de Leche, autorités, police, armée, églises etc. ont participé à une réunion au cours de laquelle l'importance de l'organisation locale pour faire face aux urgences obstétriques a été soulignée.

Les participants ont établi une carte de leurs ressources, les distances étant mesurées en temps nécessaire pour atteindre les établissements, et ils ont établi des listes des ressources que chaque autorité ou organisation pouvait fournir. Selon Canales et Esquiche, les membres de la communauté ont conclu que « nous, la communauté, nous sommes aussi responsables des femmes qui doivent se rendre aux urgences. » Pour la première fois, ils ont pu dire « Voilà ce que nous pouvons faire, en tant que groupe, pour faire avancer cette cause ». L'armée a même promis d'utiliser ses hélicoptères.

L'équipe du projet a également utilisé la stratégie qui consiste à réunir plusieurs partenaires lors de l'évaluation des besoins. Le Bureau de la santé à Ayacucho a participé à la conception de l'évaluation des besoins, et le Ministère de la santé, les écoles d'infirmières et de sages-femmes, les établissements de santé gérés par des universités, le secteur privé et la police, ont participé à la collecte de données. En tout, 32 dispensaires et établissements de soins ont pris part à cette évaluation, qui a été achevée en deux mois – « un temps record » selon Patsy Bailey, de Family Health International, qui fait partie de l'équipe technique de l'AMDD.

Cette évaluation a permis d'identifier des problèmes graves, par exemple : sur les 32 établissements étudiés, un seul pouvait prodiguer des soins obstétriques d'urgence, de base ou globaux, (deux seulement avaient des protocoles relatifs aux urgences obstétriques); un grand nombre de complications étaient dues à des avortements non médicalisés; et la tenue des registres variait selon les établissements. Comme tout un éventail de partenaires a participé à l'évaluation, ceux-ci peuvent aussi participer à la recherche de solutions. En plus, comme l'ont fait remarquer les membres de l'équipe, au lieu de s'accuser mutuellement des problèmes, ils agissent. ■

SUBVENTIONS DU PROGRAMME DU LEADERSHIP

Les principaux partenaires de l'AMDD sont les gouvernements et les principales organisations internationales. En même temps, l'équipe de l'AMDD reconnaît que nombre de professionnels de la santé déploient des efforts extraordinaires pour sauver des femmes dans des établissements dont les ressources sont déjà à peine suffisantes. Nous avons donc créé une Subvention du Programme du Leadership pour aider les institutions des pays en développement qui possèdent déjà des services d'obstétrique mais qui ont besoin d'une assistance financière ou technique pour créer un service de soins obstétriques d'urgence ou renforcer celui qu'elles possèdent déjà. La durée des projets est d'environ trois ans, avec une assistance financière pouvant atteindre jusqu'à 40 000 dollars. Les institutions retenues peuvent également demander au réseau de spécialistes de l'AMDD de leur fournir une assistance technique.

Jusqu'à aujourd'hui, des subventions ont été attribuées aux institutions suivantes : Emmanuel Hospital Association, Inde; hôpital EPC De Metet Cameroon; et hôpital Asha Kiran, Orissa, Inde. Des représentants de ces trois institutions étaient présents au premier atelier de l'AMDD à Marrakech. Deux autres demandes sont en cours d'examen : hôpital Solu, Phaplu, Népal, et Projet global de santé rurale, Jamkhed, Inde.

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. Les candidatures sont affichées sur le site Web de l'AMDD : <http://www.amdd.hs.columbia.edu>. ■