

AMDD

NOTEBOOK

Relever les défis, apporter des changements, sauver des vies

Numéro 2

Novembre 2001

CHERS COLLÈGUES,

Ce deuxième numéro de Notebook est essentiellement consacré à l'utilisation des «indicateurs de processus de l'ONU». L'expression englobe une série d'indicateurs popularisés par l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP en 1997 portant sur les conditions nécessaires pour sauver les femmes souffrant de complications obstétriques – à savoir la disponibilité et l'utilisation des soins obstétriques d'urgence (SOU).

Ces indicateurs représentent un changement important pour le suivi des programmes de mortalité maternelle dans les pays en développement – le passage de la description de la gravité du problème à l'évaluation et au suivi des services nécessaires pour le juguler. Ces indicateurs abordent des questions essentielles, par exemple : Le nombre d'établissements dispensant des soins obstétriques d'urgence dans cette région est-il suffisant? Les femmes enceintes viennent-elles aux consultations? Les femmes souffrant de complications recherchent-elles des soins et ont-elles accès aux services essentiels?

Comme ces indicateurs sont relativement récents, nous en sommes encore à accumuler de l'expérience sur la meilleure manière de réunir et d'interpréter les données. Par exemple, aussi aberrant que cela puisse paraître, dans plusieurs pays, les registres des maternités ne comportent pas de colonne consacrée aux complications obstétriques qui menacent la santé et la vie des femmes. Pour réunir des données sur ces questions vitales, il faudra donc souvent modifier les systèmes d'établissement des statistiques, former le personnel chargé de tenir les registres et encourager les administrateurs, quel que soit leur niveau, à utiliser ces données. La tâche n'est certes pas simple, mais elle n'a été que trop longtemps différée et elle aura des résultats bénéfiques pour la santé des femmes.

L'utilisation de ces indicateurs pour évaluer et suivre les progrès des dizaines de projets appuyés par l'AMDD sera utile non seulement aux projets mais à l'ensemble du personnel de terrain. Nous attendons avec impatience vos commentaires au cours des prochaines années.

Deborah Maine

Professeur et Directrice

Programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles (AMDD)

DANS CE NUMÉRO . . .

Bonnes Pratiques	2
Droits de l'homme et services de santé	3
Indicateurs de processus de l'ONU	4-6
Garantir la qualité des soins à Dholpur	7

LE PROGRAMME AMDD

Le Programme AMDD a été lancé en 1999 par l'École Mailman de santé publique, Centre Heilbrunn pour la santé de la population et, la famille 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 obstétricaux 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 : 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. Ces partenaires mettent actuellement en œuvre des projets appuyés par l'AMDD dans une bonne cinquantaine de pays :

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

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

Le Réseau régional pour la prévention de la mortalité maternelle (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 (IIMA)

EngenderHealth (auparavant AVSC International).

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

BONNES PRATIQUES

Élimination des aiguilles et des lames en Éthiopie

Face à l'incidence croissante du VIH/sida, dans nombre de pays, l'élimination des déchets médicaux, surtout du matériel contaminé comme les aiguilles, les lames de scalpels et les lancettes, revêt de plus en plus d'importance.

La quantité d'aiguilles et de lames à éliminer est en augmentation car, pour éviter la contamination, les hôpitaux utilisent de plus en plus d'aiguilles et d'autres fournitures jetables. Si ces articles ne sont pas éliminés correctement, ils peuvent blesser accidentellement le personnel ou les patients et éventuellement propager le VIH, l'hépatite B et d'autres infections dangereuses.

En outre, dans certains pays, lorsque les aiguilles et les lames ne sont pas éliminées correctement, les pauvres les récupèrent dans les décharges des hôpitaux ou autres. Elles constituent alors une menace pour la santé publique.

L'élimination correcte des aiguilles et des lames garantit la sécurité du personnel sanitaire et de la population. La première mesure consiste à les stocker après utilisation de façon à ce que personne ne puisse se blesser accidentellement. Les récipients dans lequel ces articles sont déposés doivent pouvoir résister à la perforation. L'orifice doit être assez petit pour que les aiguilles et les lames ne puissent pas sortir de la boîte si celle-ci tombe. La deuxième étape consiste à détruire les articles tranchants pour qu'ils ne puissent pas être réutilisés.

Divers appareils compliqués permettant de détruire les aiguilles et les lames jetables sont en vente dans le commerce. Ils sont généralement coûteux et fonctionnent parfois à l'électricité. L'achat de ces systèmes risque de faire augmenter les coûts de fonctionnement de l'hôpital, sans compter que ces appareils tombent parfois en panne. L'OMS et l'UNICEF distribuent des boîtes en carton épais pour stocker les aiguilles et les lames.

L'hôpital gouvernemental de la ville de Gelemso, située dans une région reculée de l'Éthiopie, a institué une nouvelle méthode pour éliminer les articles tranchants. Le personnel de l'hôpital a participé à une initiative en faveur de l'amélioration de la qualité des soins menée par EngenderHealth (antérieurement AVSC). Cette initiative a été lancée par CARE Éthiopie, qui appuie un projet de lutte contre le VIH/sida dans cet hôpital. Récemment, le Programme AMDD a aussi commencé à accorder un soutien à cet hôpital. Les séances consacrées à l'amélioration de la qualité ont porté sur la prévention des infections en général, et sur le problème de l'élimination des aiguilles et des lames en particulier.

Après la formation, le Dr Amsalu Bekele, directeur médical de l'hôpital, et son personnel ont perfectionné le système d'élimination des aiguilles et des lames. Ils n'ont pas acheté d'équipements sophistiqués, ils ont simplement transformé des boîtes vides de médicaments en récipients pour le stockage des aiguilles et des lames usagées. Ils ont pratiqué de petits trous d'environ un centimètre dans le couvercle vissé de ces récipients en matière plastique, qui ont été fournis par la pharmacie.

Elle n'en manque jamais car la plupart des comprimés sont livrés en gros dans ces boîtes qu'il faut éliminer de toutes façons une fois qu'elles sont vides.

Tous les services ont reçu de tels récipients pour stocker les aiguilles et les lames usagées. Une fois pleines, les boîtes sont incinérées. Ce système ne coûte rien et il contribue largement à la sécurité du personnel. Ceux qui n'ont pas de boîtes de ce type peuvent utiliser d'autres bouteilles en plastique. Il existe plusieurs solutions simples – et bon marché – au problème de la qualité des services. Il suffit de faire preuve d'un peu d'imagination, comme l'ont démontré le Dr Amsalu et son équipe.

Dileep Mavalankar

*Institut indien de gestion à Ahmedabad
Équipe technique AMDD*



Deux enfants récupèrent des seringues jetables et d'autres produits usagés à proximité d'un hôpital en Asie du Sud. Bien que l'hôpital dispose d'un équipement moderne permettant d'éliminer les déchets sans danger, ceux-ci sont jetés dans cette décharge. Photo de Shabbir Hussain Imam

DROITS DE L'HOMME ET SERVICES DE SANTÉ

Les droits de l'homme sont l'un des trois piliers du Programme AMDD, les deux autres étant les aspects techniques et administratifs des services de santé dispensant des soins obstétricaux d'urgence (SOU) aux femmes souffrant de complications obstétriques.

Plusieurs projets financés par l'AMDD s'intéressent à diverses dimensions des droits de l'homme. En outre, le personnel du Programme cherche à s'associer avec des organisations non gouvernementales (ONG) féminines adhérant au mouvement visant à faire reculer la mortalité maternelle. Les ONG jouent un rôle important dans trois secteurs au moins : en influençant les choix politiques, en participant à la gestion des services et en œuvrant au niveau communautaire.

Les groupes de femmes sont souvent bien placés pour identifier les obstacles qui limitent l'accès aux SOU au niveau local, notamment ceux qui peuvent résulter des plans de décentralisation et de privatisation introduits dans le cadre des politiques de réforme du secteur sanitaire. Pour intervenir dans la chaîne d'effets qui aboutit finalement au décès maternel, les ONG ont besoin d'outils pragmatiques pour coucher sur le papier les réalités du terrain et pour prendre des positions efficaces en matière de sensibilisation.

Au début du mois de juillet, Lynn Freedman, Professeur associé à l'Université de Columbia, et Martha de la Fuente, chargée de recherche associée (toutes deux membres du personnel de l'AMDD et responsables du volet droits de l'homme du Programme) ont organisé une réunion à New York pour peaufiner ces concepts et élaborer des projets afin de les promouvoir.

Des représentantes de trois groupes de femmes ont participé à la réunion : Soledad Guayasamin de SENDAS en Équateur; Farida Shaheed de Shirkat Gah au Pakistan et Kausar Khan de l'Université Aga Khan /Shirkat Gah; ainsi que Junice Melgar de Likhaan aux Philippines.

Après la réunion du mois de juillet, ces femmes ont rejoint leurs organisations respectives pour discuter de diverses idées de projets. Aux Philippines, par exemple, Likhaan dirige des dispensaires octroyant des soins de

santé primaires dans des zones défavorisées. L'ONG espère mettre en œuvre une initiative permettant de définir les obstacles qui limitent l'accès des femmes les plus pauvres aux SOU, en mettant l'accent sur les politiques gouvernementales qui ont introduit des redevances pour les services publics. L'ONG équatorienne prévoit de renforcer les capacités de la société civile de participer à la gestion des services de santé afin de s'assurer que les lois visant à garantir le droit à l'accès sont réellement en vigueur.

Au Pakistan, où Shirkat Gah œuvre au niveau communautaire, l'ONG étudiera les questions liées à la participation communautaire aux processus extensifs de décentralisation et de dévolution prévus dans ce pays. Une subvention sera versée à chacun de ces trois groupes pour les aider à conceptualiser leurs projets.

Un autre aspect de l'initiative de l'AMMD relative aux droits de l'homme permet aux groupes de femmes de comprendre le fonctionnement spécifique des institutions financières internationales dans leur pays; elles savent ainsi où s'adresser pour trouver des informations sur les plans relatifs à leurs pays.

La juriste Eugenia McGill, qui coopère déjà au Projet Droit et Politique de l'Université de Columbia, aide le Programme AMDD à préparer un manuel sur les mandats et le fonctionnement des institutions financières internationales et sur les sources d'informations dans ces institutions.

Comme le fait remarquer Lynn Freedman, « Les groupes de femmes et les associations de lutte pour les droits de l'homme ont un rôle à jouer dans le développement des services de santé – non seulement en termes de prestations, mais aussi dans la dynamique vitale de transparence qui garantit aux femmes qui ont besoin de SOU l'accès à des services appropriés. »

En même temps, « Grâce au Programme AMDD, nous pouvons contribuer à l'analyse et aux stratégies que ces groupes utiliseront lorsqu'ils définiront leurs perspectives uniques sur le rôle du gouvernement et des systèmes de santé. »

Indicateurs de processus de l'ONU

Définition, utilité et leçons apprises sur le terrain

La base des indicateurs :

Les indicateurs de processus de l'ONU se fondent sur une compréhension de la nature épidémiologique des décès maternels et des services médicaux nécessaires pour sauver les femmes souffrant de complications obstétriques. Les huit « fonctions-signal » sont :

1. administrer des antibiotiques par voie parentérale
2. administrer des médicaments ocytotiques par voie parentérale
3. administrer des anticonvulsivants par voie parentérale en cas de pré-éclampsie et d'éclampsie
4. retirer manuellement le placenta
5. retirer manuellement les produits retenus
6. pratiquer l'accouchement assisté par voie basse
7. pratiquer une intervention chirurgicale
8. pratiquer des transfusions sanguines

Les six premières fonctions peuvent être exécutées par une infirmière/sage-femme expérimentée, un médecin ou tout autre praticien qualifié dans un centre de santé, un dispensaire ou même à domicile. Les deux dernières fonctions ne sont généralement pratiquées qu'à partir du niveau de l'hôpital de district. L'établissement de santé qui assure les six premières fonctions fournit des soins obstétriques d'urgence (SOU) de base, tandis que l'établissement qui assure la totalité des huit fonctions fournit des soins obstétriques d'urgence (SOU) complets. Pour s'assurer que ces services existent dans la réalité et pas seulement sur le papier, l'établissement doit avoir pratiqué ces interventions au cours des trois mois précédents. Ces fonctions sont la base des indicateurs de processus de l'ONU.

Pourquoi on n'utilise pas la mesure de la mortalité maternelle :

Les mesures de la mortalité maternelle – comme le taux ou le coefficient de mortalité maternelle – ne permettent pas de suivre les progrès ou de définir les problèmes rencontrés dans les programmes de maternité sans risque. D'une part, même si la mortalité maternelle est la cause la plus courante de décès prématurés chez les jeunes femmes de nombre de pays en développement, statistiquement, les cas sont rares. Pour effectuer une évaluation relativement solide portant sur un nombre suffisant de décès, il faut soit étudier une population très

importante, soit couvrir une période très longue, soit les deux, ce qui est très coûteux. Rares sont les pays qui ont les moyens – ou qui devraient – effectuer ce type d'étude chaque année. En fait, les experts recommandent de mesurer les coefficients de mortalité maternelle tous les 10 ans, ce qui ne contribue pas vraiment au suivi des projets.

En outre, même avec une estimation très fiable de la mortalité maternelle, il est difficile de savoir où réside le problème et comment cibler le programme. Les femmes meurent-elles parce que les services de santé manquent de personnel et d'équipements? Meurent-elles parce que les services sont trop éloignés? Parce que la formation ou l'approvisionnement pose problème? Le coefficient, s'il est précis, indique simplement que, disons, 400 femmes meurent pour 100 000 naissances vivantes, sans dire pourquoi ou ce qu'il faut faire pour remédier au problème.

Par comparaison, il est relativement bon marché de réunir des indicateurs de processus et leur suivi peut faire partie des travaux quotidiens du centre de santé ou de l'hôpital. Les indicateurs révèlent les principaux problèmes. Ils montrent aussi dans quels secteurs il faut pousser la recherche et réunir davantage d'informations. Et surtout, ils enregistrent relativement rapidement, parfois en moins de six mois, les changements intervenus, ce qui est très utile aux planificateurs.

Maintenant que les indicateurs de processus sont utilisés sur le terrain, ils peuvent être perfectionnés en tirant parti des leçons tirées de l'expérience. Voici quelques-unes des conclusions tirées.

Malawi : Intégrer les indicateurs

Elizabeth A. Goodburn, membre de l'équipe technique AMDD et conseillère en santé de la reproduction auprès de John Snow International (UK) décrit les enseignements tirés d'une nouvelle utilisation des indicateurs de processus de l'ONU au Malawi.

Dans plusieurs pays, les indicateurs de processus ont été réunis grâce à des enquêtes et à des études axées essentiellement sur les performances hospitalières. Le Malawi est l'un des premiers pays (avec le Maroc) à utiliser ces indicateurs dans le cadre d'un système de suivi incorporé au Système national de gestion de la santé (HMIS).

Le Projet de maternité sans risque appliqué au Malawi a pour but de réduire le nombre de décès et de cas de

Soins obstétriques essentiels et d'urgence

Les expressions soins obstétriques essentiels (SOE) et soins obstétriques d'urgence (SOU) sont souvent interchangeables. Comme l'expression SOE a plusieurs définitions (parfois plus larges que le simple traitement des complications) nous utilisons l'expression SOU pour définir les services nécessaires pour traiter les complications obstétriques courantes les plus graves et sauver des vies.

L'expression SOE peut être utilisée lors de la collecte de données ou la mise en œuvre du programme pour autant que l'objectif soit clair et que la liste de fonctions-signal soit cohérente. Par définition, cette liste ne comprend pas tous les services qui peuvent être fournis aux femmes enceintes ou même aux femmes souffrant de complications. L'OMS a publié à maintes reprises la liste des services qui devraient être fournis pendant la grossesse et l'accouchement, par exemple dans le *Mother Baby Package* et dans *Management of Complications of Pregnancy and Childbirth*.

Au cours des quatre dernières années, les indicateurs de processus de l'ONU se sont avérés très utiles pour évaluer la disponibilité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence. Les équipes de projets financés par l'AMDD sur le terrain se sont appuyées sur les indicateurs de processus de l'ONU pour évaluer leurs besoins et elles continuent à les utiliser dans le cadre du suivi des interventions. Les équipes appuyées par le Fonds Sauver les mères (Save the Mothers Fund) créé par la FIGO (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique) utilisent aussi les indicateurs de processus de l'ONU dans les projets réunissant les sociétés d'obstétrique et de gynécologie des pays développés avec des sociétés similaires de pays en développement.

Les six indicateurs de processus de l'ONU

1. Nombre d'établissements offrant des SOU : Pour une population de 500 000 habitants il faudrait au moins 4 établissements offrant des SOU de base et un établissement offrant des SOU complets.
2. Répartition géographique des établissements de SOU : Le niveau minimum de services de SOU (décrit à l'indicateur 1) est atteint dans les zones infranationales.
3. Proportion du total des naissances dans des établissements offrant des SOU : Au moins 15 % de toutes les naissances devraient intervenir dans des établissements offrant des SOU de base ou complets. Il ne s'agit pas nécessairement d'encourager l'accouchement dans les établissements sanitaires; il s'agit d'une mesure d'utilisation. En plus, ces données sont généralement disponibles.
4. Besoins satisfaits en termes de SOU : 100 % des femmes souffrant de complications obstétriques, selon les estimations, sont traitées dans des établissements offrant des SOU.
5. Césariennes en pourcentage du total des naissances : Les césariennes représentent 5-15 % du nombre total de naissances dans la population.
6. Taux de létalité : Le taux de décès des femmes souffrant de complications obstétriques traitées dans les établissements offrant des SOU est inférieur à 1%.

mauvaise santé chronique résultant de la mise au monde d'un enfant. Le Département britannique pour le développement international finance le projet sur 6 ans. Les fonds couvriront les dépenses de rénovation des établissements, d'équipement, d'achat de médicaments et de fournitures, d'IEC, de formation, de transport et de communication, ainsi que de suivi. En 1998, le projet a permis d'introduire les indicateurs de processus de l'ONU dans l'ensemble de la Région Sud du Malawi, qui regroupe 5 millions d'habitants, en appliquant un système de suivi systématique. Les données sont réunies chaque mois dans tous les établissements de santé et compilées tous les trois mois aux niveaux du district et de la région.

Pendant le projet, le personnel a constaté que cette utilisation des indicateurs de l'ONU constituait un nouveau concept et il a adopté un processus rigoureux d'évaluation des besoins, de mise au point d'outils, de recherche opérationnelle, d'expérimentation sur le terrain et de formation. Les utilisateurs d'informations sur la santé maternelle à tous les niveaux du système de santé ont participé à ces différentes étapes. Ils ont abouti à un accord sur la définition normative appropriée au niveau local des urgences et fonctions obstétriques, sur un

système de présentation des rapports et sur les populations à desservir.

Le nombre de cas obstétricaux non déclarés et de décès maternels classés sous une fausse rubrique ou comptés deux fois a pu être réduit en améliorant les outils statistiques. La présentation visuelle et l'utilisation de données au niveau de l'établissement ont été renforcées. Le personnel a aussi préparé un nouveau registre pour la maternité et il a adapté les registres des services accueillant des femmes pour s'assurer que toutes les femmes souffrant de complications liées à la grossesse étaient comptabilisées. Il a encore préparé des manuels de formation pour le personnel de l'établissement et pour les administrateurs au niveau du district. Parmi les considérations importantes on peut citer le temps, le coût, l'influence politique et les apports techniques. Il a fallu un an pour mettre au point ce système dont le coût s'est élevé à 100 000 dollars.

À la fin de l'an 2000, ce nouveau système regroupait des données portant sur trois années consécutives. En 1998, les données indiquaient que la disponibilité des SOU complets était satisfaisante, tandis que les SOU de base faisaient gravement défaut. Aucun établissement de niveau inférieur à l'hôpital n'assurait les six fonctions de base; 2,5 établissements pour 500 000 habitants assuraient trois fonctions, et 1,2 assurait quatre fonctions. En 2000, 3,8 établissements pour 500 000 habitants assuraient trois fonctions et 1,8 en assurait quatre. Toutefois, un seul établissement couvrait les six fonctions. Les fonctions manquantes étaient partout l'avortement par aspiration manuelle et par extraction. Ces conclusions révèlent que la création d'établissements totalement fonctionnels ne dépend pas uniquement des ressources disponibles et de la formation, mais aussi largement des traditions, de la politique, de la hiérarchie médicale et des contraintes professionnelles.

Les données ont aussi révélé que la proportion d'accouchements intervenant dans des établissements était de 32 % en 1998 et avait atteint 40 % en 2000. Le taux de césariennes avait aussi légèrement augmenté, passant de 1,6 en 1998 à 2 % en 2000, révélant des lacunes en termes d'interventions chirurgicales d'urgence. La disponibilité des SOU complets étant satisfaisante, ces statistiques semblent indiquer que les raisons pour lesquelles les femmes n'y ont pas accès sont probablement multiples : coût, problèmes de transport, obstacles socioculturels, problèmes de gestion des services. Le personnel continue à étudier ces facteurs et tous ceux qui peuvent avoir une incidence sur l'accès.

Dans l'ensemble de la région, les besoins satisfaits en termes de soins obstétricaux sont passés de 19,8 % à 33,1 % entre 1998 et 2000. Plusieurs districts ont affiché des augmentations très marquées. Il convient toutefois

1. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Organisation mondiale de la santé (OMS) et Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, UNICEF, New York, Octobre 1997.

2. Par injection ou par voie intraveineuse.

INDICATEURS DE PROCESSUS DE L'ONU

d'interpréter prudemment ces résultats qui s'expliquent peut-être davantage par les changements apportés au système de comptabilisation des cas obstétricaux que par une amélioration réelle des prestations. Ces mêmes facteurs peuvent également expliquer la diminution des taux de décès, qui dépassaient les 5% dans certains hôpitaux de district en 1998.

L'utilisation des indicateurs de processus de l'ONU dans un système de suivi systématique au Malawi a confirmé que la priorité accordée à l'amélioration des SOU était justifiée et que ces indicateurs pouvaient être introduits avec succès dans les pays en développement. Ce système de suivi a fourni des données immédiatement pertinentes pour les prestataires de services, les administrateurs et les décideurs, et il a permis de tirer des leçons pratiques qui pourront être utilisées dans des programmes similaires appliqués dans d'autres contextes.

Éviter les erreurs de calcul

Patricia Bailey, membre de l'équipe technique AMDD, maître de conférence à l'Université de Columbia et membre du personnel de Family Health International, nous fait part de ses observations sur l'usage des indicateurs après avoir visité des projets financés par l'AMDD.

Des évaluations récentes ont révélé que l'une des fonctions-signal qui manquait le plus souvent dans les établissements offrant des SOU de base était l'accouchement assisté par voie basse (l'utilisation de l'aspiration ou des forceps en cas de travail prolongé).

Un examen de la documentation sur l'utilisation des forceps par rapport à l'aspiration révèle que l'aspiration entraîne moins de complications, mais que, dans les deux cas, celles-ci ont tendance à disparaître dans les jours ou les semaines qui suivent l'intervention. La formation à l'utilisation correcte des forceps est aussi plus compliquée que la formation permettant de pratiquer l'aspiration. Dans les pays où l'accouchement assisté par voie basse est relativement courant, par exemple en Europe ou aux États-Unis, on a tendance à utiliser plus fréquemment l'aspiration que les forceps.

Dans un certain nombre de pays, l'accouchement assisté par voie basse est rarement pratiqué. Dans ces pays, les associations de professionnels de la santé ne l'encouragent plus et cette méthode ne figure plus dans les programmes des écoles de médecine. Très peu d'hôpitaux visités pendant l'évaluation des besoins au Pérou ou au Nicaragua par exemple disposaient d'un équipement complet ou opérationnel d'aspiration. En outre, seuls les médecins plus âgés avaient appris à utiliser ce type d'équipement. Leurs collègues ont expliqué que les forceps et l'aspiration avaient la réputation de provoquer des lésions aux nouveau-nés et qu'ils recommandaient plutôt la césarienne.

L'accès à la césarienne est indispensable pour sauver des vies et, partout où l'accouchement assisté par voie basse est pratiqué, la césarienne doit être disponible en cas d'échec de l'aspiration. Néanmoins, la majorité des femmes préfèrent accoucher à proximité de leur foyer et de leur famille. Les principaux avantages de l'accouchement assisté par voie basse sont les suivants :

- il peut être pratiqué dans les services de niveau intermédiaire, par des prestataires de niveau intermédiaire,

comme les sages-femmes qualifiées;

- les femmes se remettent plus rapidement d'un accouchement assisté par voie basse que d'une césarienne;
- les risques liés à l'anesthésie sont réduits au minimum; et
- les coûts à la charge de la patiente et du système de soins médicaux sont plus faibles.

Sur la base de ces observations, la question est de savoir si l'on considère que les SOU sont disponibles lorsqu'un pays n'encourage pas l'utilisation de l'une des fonctions-signal, comme dans le cas de l'accouchement assisté par voie basse décrit ci-dessus.

Pour les comparaisons entre divers pays, les projets respectent strictement la liste de fonctions-signal établie. Les conclusions relatives aux services locaux par rapport aux normes internationales peuvent également encourager les décideurs à discuter ou à examiner de plus près les données sur lesquelles ils fondent leurs politiques. Il va de soi que pendant la durée du projet, il peut s'avérer difficile d'apporter un tel changement d'orientation.

Les équipes de projets au Nicaragua et au Pérou ont trouvé une solution à cet aspect de l'évaluation des indicateurs dans le contexte national. Les équipes ont calculé la disponibilité et la répartition géographique des services de SOU de base et complets en utilisant à la fois les normes internationales et les normes locales qui n'intègrent pas l'accouchement assisté par voie basse en tant que fonction-signal. Au Malawi, le calcul du nombre d'établissements exécutant 4, 5 ou les 6 fonctions de base est utilisé pour évaluer les progrès accomplis.

En outre, un second indicateur mérite d'être examiné de plus près : la proportion de naissances intervenant dans des établissements dispensant des SOU. La tendance naturelle a été d'élargir cet indicateur pour y inclure tous les accouchements intervenant dans des établissements de santé plutôt que de se limiter aux naissances intervenant dans des établissements qui, en fait, remplissent les conditions requises en termes de SOU de base ou complets.

Il est probable que la proportion de naissances intervenant dans des établissements dispensant des SOU sera considérablement inférieure à la proportion de naissances intervenant dans l'ensemble des établissements. Par exemple, dans un pays donné, la proportion des naissances intervenant dans l'ensemble des établissements étudiés dans le cadre de l'évaluation était d'environ 40%. En se limitant aux établissements dispensant des SOU, la proportion tombait à environ 15%. Donc, le fait d'inclure les accouchements pratiqués dans des établissements qui ne satisfont pas aux conditions requises en termes de SOU produit une augmentation apparemment importante des résultats sans amélioration réelle des services octroyés aux femmes souffrant de complications qui mettent leur vie en danger. Il existe un moyen d'éviter cet écueil. Puisque chacun des indicateurs de processus fait partie d'une série, il est possible de vérifier les résultats en les recoupant avec les changements intervenus dans les autres indicateurs.

Pendant la durée des projets, nous espérons que les établissements de santé dispenseront peu à peu la gamme complète des SOU. En retour, le nombre de femmes accouchant dans des établissements capables de prendre en charge les complications obstétrique augmentera, ce dont on ne pourra que se féliciter.

GARANTIR LA QUALITÉ DES SOINS À DHOLPUR

Près de 1 million de personnes vivent dans le District de Dholpur dans l'État du Rajasthan (Inde). La directrice de l'AMDD, Deborah Maine, fait le point sur les résultats d'une enquête d'appréciation menée à l'hôpital du district, qui est le bénéficiaire d'un projet de l'UNICEF financé par l'AMDD. Les participants à l'Atelier sur le projet de l'AMDD organisé en février dernier se souviendront qu'un groupe de travail dirigé par le Dr Pritam Pal et Neelam Bhardwaj a consacré une séance à l'approche de l'enquête d'appréciation – « un outil de gestion pour un changement positif dans une organisation socialement active ».

L'hôpital du district de Dholpur est le seul établissement public assurant des SOU complets. Son personnel comprend trois obstétriciens/gynécologues, un chirurgien, un anesthésiste et huit généralistes.

Pendant l'enquête d'appréciation, le personnel hospitalier a constitué des « équipes de pointe » sur 10 thèmes : sang; électricité et eau; SOU; salle d'opération; sûreté et sécurité; réception et traitement d'urgence; transports; éducation sanitaire; fonds d'urgence pour les pauvres; propreté et stérilisation. Chaque équipe comprenait des membres du personnel de différents niveaux. Par exemple, l'équipe responsable du sang comprenait un pathologiste, des infirmières et des techniciens de laboratoire.

Chaque équipe poursuit une série d'objectifs soigneusement définis pour 2001 et commence à obtenir des résultats dans son secteur. Par exemple :

Équipe – sang : L'hôpital fournit aujourd'hui du sang aux patients qui ne sont pas accompagnés d'un donneur pour remplacer le sang transfusé.

Équipe – électricité et eau : Le projet a fourni deux générateurs. À court terme, l'administration répare les conduites et autres installations, le but étant d'installer un nouveau système de châteaux d'eau et de conduites à plus long terme. Ce système permet de moderniser ou d'installer un approvisionnement en eau sans trop de frais puisqu'il n'est pas nécessaire de creuser des tranchées dans le sol ou de percer les murs.

Équipe – SOU : L'hôpital a organisé les obstétriciens et les médecins en équipes. Cette mesure a réduit l'attente d'un traitement pour les patients. D'autres mesures ont également été adoptées : réparation de l'appareil d'aspiration; constitution d'une trousse de médicaments d'urgence; organisation de tests de laboratoire au lit du patient; achat de paravents mobiles pour protéger l'intimité; formation du personnel de la maternité en réanimation néonatale; et formation du personnel des urgences à l'identification et au traitement des complications. L'équipe s'est aussi assurée que des gants stériles étaient disponibles dans les laboratoires et dans les salles d'examen gynécologique ambulatoire.

Équipe – salle d'opération : l'équipe a estimé que la visite de David Potter (un architecte consultant identifié par le bureau régional de l'UNICEF en Asie du Sud et engagé par l'AMDD) avait été très utile. Bien que la salle ait besoin d'être rénovée, des améliorations ont déjà été apportées : les déchets sont séparés et éliminés plus efficacement, et l'autoclave a été réparé. Un climatiseur a également été installé en utilisant les ressources de l'hôpital.

Équipe – réception et traitement d'urgence : L'équipe a placé des écriteaux pour orienter les patients vers les urgences. Un interphone permettant d'atteindre les diverses ailes de l'hôpital ainsi que la résidence du personnel a été installé, ce qui réduit le temps nécessaire

pour constituer une équipe d'urgence. En cas d'urgence, l'hôpital fournit gratuitement les médicaments. Voici un exemple de mesure simple et peu coûteuse qui a permis d'accélérer le processus : le coût des services d'urgence de nuit est passé de 12 à 10 roupies. Les gens perdaient du temps à chercher de la monnaie, ce qui retardait le traitement. On peut sauver la vie d'une femme pour le coût minime de 2 roupies (soit 0,05 dollar).

Équipe – transports : L'équipe, qui comprend un agent de santé et des chauffeurs, a réparé l'ambulance, qui est aussi utilisée pour aller chercher les médecins et le personnel médical pendant la nuit.

Après discussion entre les membres des équipes et avec le représentant de l'UNICEF, les équipes ont préparé un plan d'action d'un an destiné à améliorer la qualité des soins.



Les chiffres sur la photo se réfèrent à (1) une trousse chirurgicale stérile complète; et des sacs pour

(2) le linge sale, (3) les aiguilles et lames usagées, et (4) le matériel jetable usagé, par exemple gants, éponges, tubes, etc.



Pritam Pal, assistant du responsable du projet, UNICEF/Rajasthan (Inde), explique que le personnel a institué un système de sacs chromocodés pour les déchets en salle d'opération. Cette suggestion avait été faite lors d'une séance de présentation d'affiches organisée par l'administratrice Edith Abreu de l'AMDD et le consultant en architecture David Potter lors du premier atelier sur les projets de l'AMDD tenu en février dernier au Maroc (voir photos ci-dessus). L'affiche traitait de la « modernisation des équipements » et présentait des sacs différents pour déposer le linge sale, les déchets biomédicaux et les articles jetables. Comme l'a fait remarquer Pritam Pal : « utiliser des sacs de couleurs différentes dans la salle d'opération et dans la salle d'accouchement permet d'éliminer rapidement les déchets et de traiter différemment le contenu des différents sacs.

RESSOURCES

Le premier numéro de Keystone, la section spéciale du *Journal international de gynécologie et d'obstétrique*, est disponible (se rendre sur le site <http://www.figo.org/default.asp?id=6123>). Cette section est éditée par Judith Fortney et le conseil de rédaction est composé d'Allan Rosenfield (États-Unis), Mahmoud Fathalla (Égypte), Angela Kamara (Ghana), Carine Ronsmans (Belgique) et Dileep Mavalankar (Inde). Le Conseil décide de l'orientation de la section, notamment en termes de contenu et d'éclairage géographique.

Les articles portent sur des programmes ou des interventions, surtout dans des pays en développement, qui ont pour but d'améliorer la disponibilité, l'utilisation et la qualité des SOU. Ces interventions peuvent traiter de thèmes aussi divers que les transports, la disponibilité des médicaments, le renforcement des qualifications professionnelles, la logistique et la gestion de la banque du sang.

Des instructions sont à la disposition des auteurs aux adresses suivantes : par courrier électronique keystone@columbia.edu ou par courrier postal : IJGO Editorial Assistant, AMDD Program, Center for Population and Family Health, Joseph Mailman School of Public Health, 60 Haven Avenue B-3, New York NY 10032, États-Unis d'Amérique.

* * * * *

Le JHPIEGO, dans le cadre de son Programme de santé maternelle et néonatale, a lancé le manuel **Managing Complications in Pregnancy and Childbirth** (MCPC), publié par l'Organisation mondiale de la santé à l'occasion de la Conférence du Conseil mondial de la santé qui s'est déroulée à Washington au cours de l'été.

Ce manuel est un outil de référence d'utilisation facile destiné aux médecins et aux sages-femmes. En outre, les ministères de la santé peuvent l'utiliser comme ligne directrice pour renforcer les politiques visant à promouvoir les services de santé maternelle et néonatale et à renforcer leur efficacité.

Le programme de santé maternelle et néonatale a généreusement mis 1 000 exemplaires en anglais du manuel MCPC à la disposition du Programme AMDD, qui prévoit de les distribuer aux équipes de projets et à ses homologues nationaux, avec la collaboration de ses partenaires. Le Programme AMDD contribue à la traduction en français du manuel.

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)