

CHERS COLLÈGUES

Le 2e atelier de l'AMDD, qui s'est déroulé en février dernier à Bangkok, fut une merveilleuse introduction aux travaux extraordinaires que l'AMDD et ses partenaires accomplissent pour améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence (SOU) partout dans le monde.

J'ai eu l'honneur de me joindre à vous, d'être présente à la réunion et de discuter en tête à tête avec plusieurs d'entre vous. En tant que présidente du département dont l'AMDD fait partie, je suis heureuse de participer à ce programme.

Le rapport annuel de l'AMDD sur sa troisième année fait état de résultats extraordinaires, révélant l'efficacité avec laquelle, en une période aussi courte, les projets ont pu attirer de nouveaux fonds pour élargir et renforcer les services; créer un élan en faveur d'un changement d'orientation et établir de nouveaux partenariats axés sur les SOU.

Les apports de l'AMDD – projets, évaluations, assistance technique, matériel et documents de formation – ont donné nombre de résultats fascinants qui font progresser les travaux visant à prévenir la mortalité et la morbidité maternelles. Ces apports sont un moyen d'élargir les projets, de les intégrer dans les systèmes organisationnels et gouvernementaux et de s'assurer qu'ils sont durables à long terme.

Ce numéro de Notebook donne des exemples de cette progression (page 6). À mesure que le programme évolue, cet effet prendra de l'ampleur et s'approfondira. Nous espérons que vous nous communiquerez d'autres expériences et des exemples de vos travaux afin que nous continuions à travailler ensemble pour améliorer la santé des femmes à l'échelle mondiale.

Leslie L. Davidson, MD, MSc (Epid)

Professeur de santé clinique de la population et de la famille

Présidente, Département Heilbrunn pour la santé de la population et de la famille

École Mailman de santé publique, Université de Columbia

DANS CE NUMÉRO . . .

Bonnes pratiques	2
L'art révolu de l'accouchement assisté par voie basse	3
Libérer du temps pour les nouveaux équipements	4
Q & R : Le suivi des services d'obstétrique	5
Services, orientations et connaissances	6
Une première à Gelemso	8
Le Prix FIGO-AMDD en Arménie	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

JHPIEGO

EngenderHealth (auparavant AVSC International).

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

BONNES PRATIQUES

Médicaments d'urgence : accès et contrôle

Dans les salles d'accouchement, les médicaments d'urgence devraient toujours être à portée de main même si on ne les utilise pas très fréquemment. Mais les médicaments ne sont souvent pas disponibles ou la date de péremption est dépassée lorsqu'on doit faire face à une urgence. Si on garde les médicaments sous clé pour en contrôler l'accès, il arrive qu'on ne puisse pas trouver les clés immédiatement, ce qui peut entraîner des délais fatals. Il est donc important de garantir un accès rapide aux médicaments d'urgence tout en contrôlant leur utilisation.

Au Presbyterian Hospital de New York (Pavillon Greenberg), les médicaments, fournitures et instruments d'urgence sont conservés dans un petit chariot à roulettes qui se ferme. Ce chariot à médicaments d'urgence est gardé dans la pharmacie située au centre du complexe obstétrique. Il peut être tiré sans peine (en 15 secondes environ) vers la salle de travail ou la salle d'accouchement, en cas d'urgence. Ce chariot comprend tous les médicaments, fournitures et instruments nécessaires en cas d'urgence, des masques Ambu, un laryngoscope, des cathéters IV etc.

Deux petites innovations rendent ce chariot spécial. Tout d'abord, on l'a doté d'une petite fermeture en matière plastique, une sorte de clip qui peut être pressé à travers la porte. Une fois fermé, on ne peut plus rouvrir le système. Pour avoir accès aux médicaments, il faut couper la fermeture en plastique avec de petits ciseaux ou la tordre jusqu'à ce qu'elle casse. Ainsi, l'accès au contenu est très facile puisqu'il n'est pas nécessaire d'avoir une clé.

Il est également possible d'exercer un contrôle sur l'utilisation des médicaments puisque chaque fermeture en matière plastique comporte un numéro unique qui est inscrit dans un registre conservé sur le chariot. Celui qui coupe la fermeture pour une utilisation d'urgence doit inscrire l'urgence dans le registre. Ensuite, les articles utilisés sont remplacés et une nouvelle fermeture est installée. Le numéro d'identification de la nouvelle fermeture est inscrit dans le registre. Chaque matin, l'infirmière de service doit vérifier si la fermeture est intacte et contresigner le registre pour prouver qu'elle a effectué cette vérification. Ce dispositif décourage l'utilisation sans autorisation des médicaments d'urgence.

La deuxième innovation est encore plus simple. Sur le devant du chariot, la date de péremption du médicament le plus ancien est inscrite en très grandes lettres (police de taille 48 environ) sur une feuille maintenue avec du papier collant. La date de péremption des médicaments est donc bien visible. Les infirmières doivent remplacer les médicaments au plus tard le jour où ils sont périmés et mettre une nouvelle étiquette sur le chariot. Cette pratique garantit que les médicaments qui se trouvent sur le chariot sont toujours frais.

Ces innovations peuvent facilement être appliquées dans les pays en développement. Écrire la date de péremption en grandes lettres ne coûte rien et peut être fait partout. Le

registre est très bon marché. Si le chariot fermé coûte un petit peu plus cher qu'un chariot ouvert, il s'agit d'un investissement unique qui permettra d'épargner de l'argent puisqu'il évitera l'emploi non autorisé des médicaments.

En ce qui concerne le système de fermeture, il ne coûte pas cher mais il se peut qu'il soit introuvable dans les pays en développement. Toutefois, un fil solide et épais peut servir de système de fermeture. On peut faire un nœud de sorte qu'il faille couper le fil pour ouvrir la porte du chariot. Le fil ne peut pas être numéroté, mais on peut ajouter une bande de papier comportant un numéro de série, la date et la signature de l'infirmière en chef devant la porte du chariot de sorte que



cette bande se déchire quand on ouvre la porte. Chaque fois que le chariot est ouvert, il faut l'inscrire dans le registre et fixer un nouveau sceau de papier après avoir remplacé les médicaments et les fournitures.

En résumé, cette méthode donne un accès facile aux médicaments, fournitures et instruments d'urgence tout en permettant d'exercer un contrôle serré sur les utilisations non autorisées.

Dr Dileep V. Mavalankar

*Conseiller administratif de haut niveau,
Programme AMDD
Institut indien de gestion, Ahmedabad*

L'ART RÉVOLU DE L'ACCOUCHEMENT ASSISTÉ PAR VOIE BASSE

Patsy Bailey, maître de conférence à l'Université de Columbia et spécialiste de l'évaluation de la santé maternelle et infantile pour Family Health International, a écrit cet article en se fondant sur ses observations lors des visites qu'elle a effectuées sur le terrain pour le compte du Programme AMDD.

Selon l'OMS, 8 % des décès maternels dans les pays en développement sont imputables à un travail prolongé et/ou à une dystocie d'obstacle (OMS, 1996). Sans prise en charge appropriée, la femme peut succomber à une rupture de l'utérus ou à une infection et l'enfant peut mourir asphyxié. La dystocie d'obstacle peut également provoquer des fistules vésico-vaginales et/ou recto-vaginales, un problème courant en Afrique subsaharienne.

L'un des principaux éléments des prestations de soins obstétricaux d'urgence est l'accouchement par voie basse avec recours à l'extraction pneumatique ou aux forceps (Maine et al., 1992; OMS, 1996). Toutefois, des évaluations récentes des besoins en matière de SOU dans certains pays d'Amérique latine, réalisées pour le Programme AMDD, révèlent que l'accouchement par voie basse est rarement pratiqué à quelque niveau que ce soit des soins médicaux et n'est même plus enseigné dans nombre d'écoles de médecine.

En fait, l'accouchement assisté par voie basse pourrait être assez limité dans plusieurs pays d'Amérique latine et d'Afrique de l'Ouest. Il ne semble pas que ce soit le cas aux États-Unis, en Europe ou en Australie (Learman, 1998; Read et al., 1994). La préférence accordée à la ventouse par rapport aux forceps domine depuis longtemps l'obstétrique européenne, tandis qu'aux États-Unis l'utilisation des forceps semble avoir diminué au cours des 10 dernières années, alors que le recours à l'extraction pneumatique augmentait. Toutefois, le taux d'accouchements par voie basse est resté stable, à 10-12 % des naissances vivantes (Learman, 1998).

Les statistiques révèlent que dans la plupart des pays, le taux d'accouchements par césarienne augmente tandis que le taux d'accouchements par voie basse diminue (Notzon 1990). Bien que nous ne disposions pas de statistiques sur les tendances en matière d'accouchements par voie basse dans les pays d'Amérique latine, les évaluations des

besoins financées par l'AMDD ont révélé que les équipements étaient obsolètes et n'étaient plus utilisés. Le personnel hospitalier a confirmé cette impression en déclarant que seuls les praticiens plus âgés ont de l'expérience en matière d'accouchements par voie basse et que les césariennes remplacent peu à peu les forceps et les ventouses.

Les raisons invoquées pour expliquer la réticence à pratiquer l'accouchement assisté par voie basse sont notamment les traumatismes dont le nouveau-né et la mère peuvent être victimes. Les complications pour la mère sont les déchirures possibles de l'appareil génital qui devront peut-être être recousues. Mais ces complications guérissent au bout de quelques heures ou de quelques semaines (OMS et al. 2000). Une étude portant sur l'aspiration pneumatique par rapport aux forceps a permis d'aboutir à la conclusion que la ventouse était moins souvent associée à des traumatismes maternels, ainsi qu'à une anesthésie générale ou locale. Elle est aussi liée à davantage d'accouchements par voie basse et moins de césariennes (Johanson et al 2001).

L'accouchement assisté par voie basse ne peut en aucun cas se substituer à une césarienne mais il peut contribuer à faire baisser un nombre de césariennes en progression constante, en particulier en Amérique latine, le continent dont les taux sont parmi les plus élevés de la planète (Notzon 1990). Ce n'est pas une coïncidence si l'incidence des césariennes augmente là où ces procédures sont rarement utilisées; cette tendance est surtout observée dans les établissements urbains et privés. En 1998, à Managua, le taux d'accouchements par césarienne était de 25 %; en 1996, le taux dans l'agglomération de Lima était de 16 % (données des systèmes de santé par district). Selon les recommandations de l'OMS, la proportion de césariennes par rapport au nombre total de naissances se situe entre 5 et 15%.

Continued on next page

Accouchements par voie basse (suite)

L'accouchement assisté par voie basse réduit la morbidité et les risques associés à la césarienne, ainsi que les coûts des soins obstétriques. L'extraction pneumatique peut être enseignée aux praticiens de niveau intermédiaire comme les sages-femmes, ce qui élargit la couverture. Par ailleurs, l'accouchement assisté par voie basse permet aux femmes

d'accoucher plus près de leur domicile, dans des établissements de niveau intermédiaire lorsque les hôpitaux sont d'un accès difficile ou surchargés. Tous ces arguments plaident en faveur de l'accouchement assisté par voie basse, qui devrait recevoir davantage d'attention dans les pays où il a tendance à disparaître. ■

Johanson RB, Menon BKV. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 2, 2001. Oxford: Update Software.

Learman L. Regional differences in operative obstetrics: a look to the South. *Obstet Gynecol* 1998; 92(4, Part I):514-519.

Maine D, McCarthy J, Ward VM. Guidelines for Monitoring Progress in the Reduction of Maternal Mortality: En cours de rédaction. 1992. New York: UNICEF.

Notzon F. International differences in the use of obstetric interventions. *JAMA* 1990; 263(24): 3286-3291.

Read A, Prendiville W, Dawes V, Stanley F. Cesarean section and operative vaginal delivery in low-risk primiparous women, Western Australia. *Am J Public Health* 1994; 84(1): 37-42.

OMS, FNUAP, UNICEF, Banque mondiale. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: a guide for midwives and doctors. WHO/RHR/00.7, 2000. Genève, Suisse.

WHO. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. Programme de santé maternelle et de maternité sans risque, Division de la santé familiale, Organisation mondiale de la Santé, Genève. WHO/FHE/MSM/94.11, 1996.

Libérer du temps pour les nouveaux équipements

Le Rwanda a un territoire très accidenté, de mauvaises routes et peu de véhicules. En fait, dans certains endroits, on ne voit de véhicules que les jours de marché. Comme dans d'autres pays d'Afrique et d'Asie, le transport est particulièrement onéreux en cas d'urgence médicale. Les gens sont si pauvres qu'ils n'ont pas les moyens de payer l'ambulance. Ils transportent fréquemment les femmes de leurs familles qui souffrent de complications obstétriques dans un hamac suspendu dans leur dos, escaladant les collines pour arriver jusqu'à l'hôpital central.

Les problèmes de transport sont l'une des raisons pour lesquelles il est important de s'assurer que les SOU sont suffisamment proches pour que les femmes qui souffrent de complications obstétriques puissent y avoir accès. Dans le cadre du projet mis en œuvre par CARE-AMDD, les établissements remettent à niveau les services de SOU dans les districts de Gitwe, Kabgayi et Remera-Rukoma dans la région de Gitarama. Ces trois établissements sont des hôpitaux centraux gouvernementaux qui fonctionnaient dans le passé.

Des visites effectuées sur le terrain au printemps 2002 ont révélé que dans plusieurs établissements, les ventouses pour pratiquer l'extraction pneumatique étaient abandonnées dans un coin. Les femmes souffrant de rétention du placenta étaient aiguillées vers un autre hôpital, passant ainsi plusieurs heures sur une civière lors d'un transport difficile. Lorsqu'on a demandé au personnel ce qui était arrivé à ces ventouses, il a répondu que personne ne savait comment les utiliser

« par manque de temps pour la formation ».

Cette question a été discutée avec le Directeur régional de la santé qui a admis qu'aucune directive n'interdisait aux infirmières et aux sages-femmes de pratiquer l'extraction pneumatique. Mais il y avait une pénurie d'infirmières qualifiées dans ce domaine. Le Directeur a reconnu la nécessité de permettre à des sages-femmes/infirmières d'acquérir ces compétences qui peuvent sauver des vies. Des plans de formation ont été élaborés; on a même envisagé d'envoyer un obstétricien de Kigali dans l'un des établissements pendant trois mois pour qu'il puisse organiser une formation pratique.

Pendant la visite, on a aussi constaté que les cas de rupture de l'utérus étaient fréquents dans la région à cause d'une pratique traditionnelle dans les familles qui consiste à administrer des plantes médicinales oxytociques aux femmes. Ces plantes ont pour but d'accélérer l'accouchement, mais elles peuvent provoquer une rupture de l'utérus. Ce problème peut être partiellement éliminé dans l'hôpital de Kabgayi, où un projet CARE-AMDD a permis de construire une salle d'attente confortable pour les familles des femmes qui accouchent. Les parentes n'ont donc plus de contacts directs avec les femmes pendant le travail et ne peuvent donc plus leur administrer ces plantes oxytociques aux effets potentiellement dangereux.

Dans l'intervalle, l'un des établissements a également aiguillé vers l'hôpital tous les cas de rupture de l'utérus malgré de graves problèmes de transport. L'obstétricien de Kigali enseignera également au médecin des urgences comment intervenir en cas de rupture de l'utérus.

Dr Grace Kodindo
Chef du service d'obstétrique-gynécologie
Hôpital central de N'Djamena, Tchad
Équipe technique de l'AMDD

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

Q: Sur quelle base s'appuie-t-on pour affirmer que, dans une population donnée de femmes enceintes, au moins 15 % d'entre elles souffriront de complications pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum?

R: Plusieurs des Indicateurs de Processus de l'ONU utilisés pour évaluer la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux d'urgence (SOU) sont calculés en se fondant sur l'estimation suivante : dans toute population de femmes enceintes, au moins 15 % d'entre elles souffriront de complications obstétriques directes graves.

Par exemple, l'indicateur 3 – la proportion de toutes les naissances qui devraient intervenir dans des établissements prodiguant des SOU – est fixé à un seuil minimum de 15 %. L'indicateur 4 – besoin satisfait – est calculé en se fondant sur une estimation de 15 % de complications probables dans le dénominateur. Beaucoup de personnes se sont demandées d'où venait cette estimation de 15 % de complications maternelles et si elle était applicable à toutes les situations.

L'estimation de 15 % a été proposée dans une version antérieure des Indicateurs de Processus et adoptée par la suite par un groupe de travail technique réuni par l'Organisation mondiale de la santé en 1993. Lors de cette réunion, il a été convenu de fixer à 15 %, comme seuil minimum découlant des estimations, la proportion des femmes enceintes qui ont besoin de soins médicaux pour éviter un décès ou une infirmité.

En termes épidémiologiques, ces 15 % peuvent être considérés comme l'incidence combinée des causes principales de décès obstétricaux directs. La gravité de la plupart des complications obstétriques comme l'hémorragie, la septicémie, les complications à la suite d'un avortement, le travail prolongé/dystocie d'obstacle et l'éclampsie/prééclampsie aiguë peut être faible ou aller jusqu'à mettre la vie en danger.

La mortalité maternelle est très difficile à mesurer. C'est l'une des raisons pour lesquelles on a décidé d'une estimation globale. Tout d'abord, des difficultés pratiques sont associées aux recherches menées en milieu hospitalier et aux enquêtes. Par exemple, beaucoup de femmes saignent après l'accouchement. Certaines saignent même abondamment. Dans les manuels, l'hémorragie est souvent définie comme une perte de sang de plus de 500 ml. Mais il n'est ni facile ni pratique de mesurer la perte de sang en

milieu hospitalier. Et encore faut-il que la femme soit hospitalisée dès le début du saignement et non pas plusieurs heures plus tard. Les méthodes d'enquête permettant de faire des estimations sur la morbidité maternelle ne sont pas utilisées pour des questions de validité. Étonnamment, la méthode de collecte des informations sur le sujet qui semble la plus évidente et la plus directe – à savoir poser directement la question aux femmes – donne des résultats très peu fiables.

En outre, le regroupement exact des complications obstétriques figurant dans une étude et la manière dont elles sont définies opérationnellement influencent les résultats de l'étude. Par exemple, une étude réalisée dans six pays d'Afrique de l'Ouest au milieu des années 90 ne comprenait que les complications obstétriques ayant entraîné une hospitalisation, la mort ou une intervention médicale (par exemple césarienne, hystérectomie ou transfusion sanguine). Les complications à la suite d'un avortement n'étaient pas incluses dans l'étude. L'incidence de la morbidité maternelle grave dans cette étude tournait autour de 6 % des grossesses. Le seul fait d'inclure le traitement médical dans la définition de la complication dans des pays où une grande proportion des femmes n'ont pas accès aux soins médicaux peut expliquer pourquoi cette estimation est si faible.

Une autre série d'études coordonnées incluait le paludisme, l'hémorragie, l'éclampsie (« crises/convulsions ») et la rupture de l'utérus à quelque moment que ce soit pendant la grossesse et pendant la période post-partum dans la définition de la morbidité mettant la vie en danger. La morbidité mettant la vie en danger touchait 4,7 % des grossesses dans l'échantillon indien, 10,7 % dans l'échantillon égyptien et 32 % dans l'échantillon bangladais.

Il ne faut pas oublier que ces 15 % ne sont qu'une estimation et que la morbidité maternelle peut être très différente d'un endroit à l'autre. Il est clair que la fréquence des complications à la suite d'un avortement dépendra des politiques et pratiques appliquées en matière d'avortement sans risque. Quoi qu'il en soit, en utilisant les Indicateurs de Processus nous ne cherchons pas à mesurer la morbidité ou la mortalité dans une population, mais plutôt le niveau des services de SOU dont les femmes sont si souvent privées. Cette estimation est utile dans la mesure où elle sert d'étalon pour mesurer les changements et améliorer l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence. ■

1. Maine D. et al. Guidelines for Monitoring Progress in the Reduction of Maternal Mortality, AWork in Progress. 1992, Section du suivi et des statistiques (UNICEF). Voir également Hibbart, L.T. « Complications of Pregnancy and Delivery » in Current Obstetric and Gynecological Diagnosis and Treatment, Lange, ed. Los Altos, CA: R.C. Benson; 1978; pp. 664-86. Hartfield, V.J. « Maternal Mortality in Nigeria Compared with Earlier International Experience ». Journal international de gynécologie et d'obstétrique; 1980; 18: 70-75.

2. OMS, Indicators to Monitor Maternal Health Goals, rapport d'un Groupe de travail technique, Genève, 8-12 novembre 1993, Genève, 1994.

3. Stewart K., M. Festin. Validation study of women's reporting and recall of major obstetric complications treated at the Philippines General Hospital. Journal international de gynécologie et d'obstétrique, 1995, 48 Suppl:S53-66.

4. Prual A. et al. Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, 2000, 78(5):593-602.

5. Fortney J.A. et J.B. Smith, éditeurs. The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries. Family Health International, 1997.

TIRER PARTI DES RESSOURCES

ÉLARGIR LES SERVICES, PROMOUVOIR DES CHANGEMENTS D'ORIENTATION, DIFFUSER LES CONNAISSANCES

Les partenaires des projets AMDD ont utilisé des fonds, des conseils techniques et du matériel AMDD pour élargir les services de SOU, promouvoir des changements d'orientation et diffuser des connaissances grâce à un réseau mondial en pleine expansion visant à prévenir la mortalité et la morbidité maternelles. Lucille Pilling de Lucena, infirmière diplômée, ministère de la Santé publique, et administratrice du Programme AMDD, Katrina Stamas, coordonnatrice du Programme AMDD, et Nadia Hijab, consultante responsable de la documentation auprès de l'AMDD, ont évalué les progrès dans ces différents secteurs. Cet article décrit les faits les plus importants, tandis que le tableau donne un aperçu général de la situation.

Élargir les services

L'UNICEF, le FNUAP, CARE et Save the Children incorporent aujourd'hui les SOU dans leurs programmes en cours sur la santé maternelle, élargissant ainsi avec succès l'accès aux SOU dans différentes parties du monde. Les travaux de l'UNICEF en Afghanistan ne sont qu'un exemple de cette tendance. L'ancien représentant régional de l'UNICEF pour l'Asie du Sud occupe aujourd'hui le poste de représentant spécial adjoint de l'ONU en Afghanistan. Il a contribué à faire des SOU l'une des trois priorités du programme de l'UNICEF dans le pays. L'Afghanistan fait aujourd'hui partie du réseau de SOU de l'UNICEF-AMDD en Asie du Sud.

L'UNICEF fait aujourd'hui preuve d'un engagement vigoureux envers les SOU au niveau mondial. En mars 2002, Carol Bellamy a lancé un appel en faveur de la réduction de la mortalité maternelle partout dans le monde. Elle a déclaré que les efforts de l'UNICEF « visant à faire reculer la mortalité maternelle dans la région [Asie du Sud] privilégient l'accès à des soins obstétricaux d'urgence pour toutes les femmes. »

Dans l'État du Rajasthan, Inde, grâce aux activités de sensibilisation et aux discussions dans le cadre du projet FNUAP/AMDD avec le secrétaire d'État à la santé, le budget adopté cette année comporte une disposition en faveur de l'appui aux services de chirurgie et d'obstétrique d'urgence dans tous les hôpitaux de sous-district des 32 districts du Rajasthan (le projet FNUAP/AMDD couvre 7 districts). Au niveau local, le personnel de l'AMDD et du FNUAP coopère avec le gouvernement, les médecins hospitaliers et l'équipe responsable de la santé au niveau du district afin d'obtenir un soutien financier suffisant de la part du secteur privé pour rénover un hôpital et résoudre des problèmes de gestion pré-existants.

Save the Children élargit ses services à de nouveaux sites au Mali et au Vietnam, des pays qui bénéficient de projets financés par l'AMDD. Save the Children lance de nouveaux programmes de SOU au Pakistan et en Guinée.

Promouvoir des changements d'orientation

Le Gouvernement bhoutanais avait adopté une politique selon laquelle seuls les médecins pouvaient administrer des anesthésies. Ainsi, les populations des zones rurales, où les médecins ne veulent pas aller travailler, n'avaient pratiquement pas d'accès aux services d'urgence. Prenant acte des suggestions faites lors des conférences et des réunions de l'AMDD, le Gouvernement bhoutanais a lancé un programme de formation pour les infirmiers/infirmières anesthésistes. Après le stage ce personnel a travaillé pendant un an avec un anesthésiste et aujourd'hui il administre des anesthésies dans des hôpitaux ruraux. En outre, les centres de santé périphériques ont reçu l'autorisation de pratiquer les groupages sanguins. Grâce à

Expériences personnelles sur l'élargissement des SOU

Au début de ce projet, il était difficile et frustrant d'essayer de visualiser les changements qui intervenaient dans un milieu hospitalier complexe lorsque les établissements étaient en mauvais état, le personnel peu motivé, les intérêts personnels différents et les problèmes de gestion innombrables. Mais au bout d'un an et demi de mise en œuvre du projet, les choses évoluent :

Le personnel des services d'obstétrique montre beaucoup plus de respect pour les patientes et traite les cas avec compétence. L'esprit d'équipe est très fort entre les différents niveaux de personnel dans les services d'obstétrique. Aujourd'hui, quand nous nous rendons dans ces établissements, les sages-femmes veulent nous parler des changements qu'elles constatent. Les obstétriciens chevronnés donnent des informations importantes aux médias sur l'amélioration des soins et la nécessité d'appliquer des programmes semblables dans d'autres régions du pays. Aujourd'hui, le personnel fait une bonne publicité au programme.

Au cours des mois écoulés, nous avons partagé ce que nous avons appris et les documents que nous avons reçus avec le ministère de la Santé. Il était difficile au début de retenir leur attention, mais aujourd'hui, ils nous considèrent comme un acteur important des SOU, représenté dans le groupe national d'experts sur la reproduction. Nous avons pu exercer notre influence sur certaines approches programmatiques en partageant les leçons tirées de la mise en œuvre des programmes, ainsi que de l'assistance technique et du matériel reçu de l'AMDD.

Nous avons participé activement aux activités du groupe responsable du programme national d'enseignement/des lignes directrices relatifs aux SOU. Ce groupe comprend le ministère de la Santé, l'UNICEF, l'OMS, la société éthiopienne d'obstétrique et le département d'obstétrique de la faculté de médecine. Nous avons contribué à combler les lacunes en matière de compréhension de la substance de ces documents. Aujourd'hui, le ministère nous demande des compte-rendus et des documents. Nous avons aussi présenté le projet lors des réunions des sociétés d'obstétrique d'Afrique orientale, centrale et australe, ce qui a fait naître des débats intéressants entre les participants. Des donateurs comme USAID, la Banque mondiale et les Pays-Bas ont pris contact avec nous pour discuter de nos travaux et les bailleurs de fonds désirent participer à nos activités.

Solomon Tesfaye, MD
Directeur de projet, CARE Éthiopie

un personnel technique compétent et à la disponibilité de sang pour les transfusions, les centres de santé de provinces peuvent prendre en charge les urgences

obstétriques dans des régions retirées. (Résultat inattendu : le Gouvernement bhoutanais a été tellement enthousiasmé par le mécanisme AMDD d'évaluation des besoins qu'il a institué des mécanismes similaires d'évaluation et de planification dans d'autres ministères).

Le Réseau régional pour la prévention de la mortalité maternelle (RPMM) a préconisé un changement d'orientation en matière de SOU par l'intermédiaire de son réseau qui couvre 10 pays d'Afrique subsaharienne. En plus des exemples donnés dans le tableau, il faut mentionner que le directeur du RPMM a dirigé un comité du Groupe interinstitutions sur la maternité sans risque chargé de mettre au point des lignes directrices pour un soutien au

niveau national dans les pays en développement. Le réseau RPMM fait aussi équipe avec l'IPAS afin de mettre en œuvre des stratégies de lutte contre les complications liées à l'avortement en Afrique, ainsi qu'avec l'OMS-AFRO en participant à un groupe d'experts sur les stratégies visant à faire reculer la mortalité maternelle.

Diffusion de connaissances

Le FNUAP a contribué à la diffusion d'informations sur les SOU en organisant les activités suivantes : production d'un cours d'enseignement à distance sur la réduction des décès maternels; création de pages avec d'excellents hyperliens

par Voir page suivante

EXEMPLES D'ÉLARGISSEMENT DES SERVICES, DE CHANGEMENTS D'ORIENTATION, D'ÉCHANGES DE CONNAISSANCES

	Élargissement des services
Bangladesh	L'organisme d'aide japonais JICA a accepté de fournir 47 équipements complets de SOU, ainsi que des fournitures supplémentaires, par l'intermédiaire du projet Gouvernement-UNICEF appuyé par l'AMDD.
Éthiopie	La formation sur des compétences essentielles appuyée par CARE, l'AMDD et l'ACNM a attiré l'attention sur l'importance de ce type de stages, qui a été soulignée dans la presse et à la télévision. Ainsi, la demande de stages a progressé dans les autres hôpitaux. Le Gouvernement néerlandais s'est déclaré prêt à reprendre cette formation dans un projet qu'il finance dans une autre région d'Éthiopie.
Pakistan	Le Projet sur la santé des femmes à hauteur de \$75 millions lancé en janvier 2002 par le gouvernement, la Banque asiatique de développement et l'Organisation des pays exportateurs de pétrole, a incorporé le modèle AMDD en faveur des SOU dans la conception des programmes. Deux des établissements financés par l'UNICEF-AMDD ont ouvert des écoles pour sages-femmes en mobilisant des ressources auprès du secteur privé et d'autres sources.
Guinée	Le ministère de la Santé dirige l'équipe locale du RPMM, qui a pour but d'améliorer la qualité des SOU et l'accès à ces soins. Le ministère a modernisé des établissements dans quatre districts et il prévoit d'élargir le projet à 10 districts; le ministère de la Défense a offert une ambulance.
Sri Lanka	Le Gouvernement a convaincu la Banque asiatique de développement de fournir environ \$20 000 pour procéder à des évaluations des besoins en termes de SOU dans des zones qui sont devenues accessibles récemment grâce aux accords de paix.
Sénégal	L'UNICEF a financé un stage sur les compétences essentielles organisé par le RPMM; une ONG espagnole a fait don d'une ambulance au projet.
Tanzanie	L'UNICEF fournit des ambulances au projet CARE-AMDD. Elles viennent compléter l'installation de communications par radio entre les centres de santé et l'hôpital central dans deux districts et facilitent l'accès aux services d'urgence dans les régions retirées.
Vietnam	Une partie du projet de Save the Children-AMDD a porté sur le recyclage des formateurs aux SOU dans les écoles de médecine de Hanoi et de Hue. Ainsi, non seulement les prestataires de soins des établissements financés par le projet sont plus compétents, mais il en va de même pour tout le personnel formé dans ces institutions, soit les deux-tiers des praticiens du pays.
Afrique de l'Ouest	Les évaluations des besoins nationaux appuyées par l'AMDD et réalisées par le FNUAP ont permis d'élaborer des projets et d'améliorer les services de SOU en Mauritanie et au Sénégal. Elles ont aussi permis d'entreprendre d'autres évaluations au Gabon, en Guinée-Bissau et en Guinée, toujours financées par le FNUAP.
Changements d'orientation	
Bangladesh	L'initiative de l'UNICEF appuyée par l'AMDD a permis de mettre en lumière certaines lacunes et de modifier les pratiques d'achats. Il existe aujourd'hui une liste nationale standardisée et un système logistique pour les fournitures et les équipements relatifs aux services de SOU. Les fournitures et les équipements seront donc commandés et distribués régulièrement, ce qui réduira les dépenses et évitera les pénuries.
Sierra Leone	Grâce aux efforts du RPMM, le ministère de la Santé accorde la priorité à l'amélioration de la qualité des SOU et à l'accès à ces soins dans sa politique sur la santé de la reproduction. La majorité des décideurs sont membres du RPMM et le vice-président du pays a accepté de patronner l'équipe locale du RPMM. Des mesures sont prises dans l'ensemble du pays pour équiper l'hôpital du district et renforcer les compétences du personnel avec l'aide du FNUAP de l'UNICEF et de l'OMS.
Zambie	Le ministre de la santé et d'autres décideurs, grâce aux interventions du RPMM, ont approuvé des stratégies visant à réduire la mortalité maternelle en améliorant la qualité des SOU et l'accès à ces soins.
Diffusion des connaissances	
Inde	Des ateliers d'audit basé sur des critères, organisés par le personnel de l'AMDD à l'intention des responsables au niveau du district de projet soutenus par l'UNICEF et le FNUAP, ont créé une demande de la part des professeurs des écoles de médecine. Ceux-ci désirent avoir accès à une formation similaire afin d'incorporer cette méthodologie dans leurs hôpitaux et dans le programme d'étude des internes. Autre exemple d'évolution : le Groupe hospitalier Emmanuel en Inde, lauréat du Programme AMDD du Leadership, a invité une équipe composée de 1 médecins et de 2 infirmières du Fistula Hospital d'Addis Ababa à se rendre en Inde pour former des médecins aux techniques de réparation de la fistule et aux soins aux patientes atteintes de fistule. La Fondation Coryell a financé le voyage.
Région Afrique	Le RPMM a organisé un atelier régional en Côte d'Ivoire, financé en partie par l'AMDD, destiné à des équipes nationales de médecins, sages-femmes, anesthésistes, chercheurs sociaux, médecins communautaires et juristes sur la « Prévention des décès maternels en tant que droit fondamental ». Le RPMM a organisé un autre atelier régional au Zimbabwe sur la méthodologie des SOU pour 19 équipes nationales multidisciplinaires.

LEVERAGING RESOURCES (continued)

sur la Toile afin de promouvoir les SOU et les Indicateurs de Processus de l'ONU; coordination d'un rapport et d'une réunion sur la fistule obstétrique; mention des projets relatifs aux SOU dans le rapport du FNUAP pour 2001.

L'AMDD est l'une des 12 institutions partenaires qui coopèrent avec le FNUAP et la Development Gateway Foundation au Portail POP/RH, une initiative sur Internet axée sur la population et la santé de la reproduction. Par ailleurs, trois centres régionaux du FNUAP ont demandé à recevoir des modules d'enseignement à distance pour une formation en matière de SOU : la Thaïlande, le Botswana et l'Ouganda; le projet AMDD/FNUAP au Mozambique a traduit en portugais le Module 2 « Utiliser les indicateurs pour évaluer les progrès accomplis en matière de réduction des décès maternels » du cours d'enseignement à distance pour le distribuer dans tous les pays lusophones.

Au Pérou, CARE a organisé des réunions au ministère de la Santé à Lima en mai 2002 pour donner des informations aux fonctionnaires sur ses programmes visant à améliorer la santé maternelle dans les zones rurales. Les représentants du ministère se sont intéressés en particulier aux stratégies de gestion utilisées dans un projet de CARE appuyé par l'AMDD (Fondations pour appuyer la prise en charge des urgences maternelles – FEMME) visant à améliorer l'accès aux SOU et leur utilisation à Ayacucho; ils ont étudié en particulier les protocoles cliniques, les diagrammes muraux qui synthétisent les étapes de la prise en charge clinique, et

les Indicateurs de Processus de l'ONU. Ils ont aussi voulu savoir comment le personnel sanitaire avait simplifié la tenue des registres dans les établissements prodiguant des SOU, surtout au niveau des admissions, de l'hospitalisation et du suivi des patientes traitées dans ces établissements. L'autre question importante a été la collaboration entre le projet, le Directeur régional de la santé à Ayacucho et l'Institut national maternel et périnatal, afin d'organiser une formation sur les SOU pour les médecins et les sages-femmes.

Grâce à l'intérêt dont le ministère a fait preuve, le personnel de projet et les partenaires de CARE ont été invités à participer à un Atelier national sur l'échange d'expériences pour une maternité saine et sans risque qui s'est déroulé à Lima en mai dernier. Des administrateurs de haut niveau du ministère, des représentants de l'Organisation panaméricaine de la santé, du FNUAP et de l'UNICEF, ainsi que des représentants de programmes de santé maternelle et infantile de 34 Directorats régionaux de la santé venus de l'ensemble du pays ont participé à l'atelier. Le directeur régional de la santé de Ayacucho a présenté le projet FEMME. Le ministère a demandé qu'un exemplaire des lignes directrices et des diagrammes du protocole soit distribué à chaque représentant régional du Directeur. ■

UNE PREMIÈRE À GELEMSO



Au début de l'été 2002, l'AMDD a reçu la photo du premier bébé né par césarienne à l'hôpital de Gelemso, en Éthiopie. Lorsque le projet CARE-AMDD a débuté, ce district ne possédait qu'un petit établissement de santé qui ne pouvait administrer que des services minimums. En 2000, un hôpital de district a bien été construit mais il était en proie à des problèmes d'effectifs et de gestion qui interdisaient son utilisation. Les visites sur le site effectuées par le personnel technique de CARE et de l'AMDD ont eu pour but essentiel de résoudre ces problèmes en consultation avec le personnel de l'hôpital et le ministère de la Santé. Cette première césarienne prouve que l'établissement fonctionne et administre toute la gamme de soins. Mais c'est encore le seul établissement pour une population de 1,6 million d'habitants qui affiche environ 72 000 naissances par an. ■

LE PRIX FIGO-AMDD EN ARMÉNIE

Le Prix du Service communautaire décerné par la FIGO-AMDD a été créé en 2001 pour rendre hommage aux professionnels de la santé qui ont déployé des efforts particuliers pour éviter des décès inutiles de femmes pendant la grossesse et l'accouchement. Une partie des fonds finance une réception au cours de laquelle un hommage est rendu au lauréat pour sa contribution. Le montant total, soit 5 000 dollars, va à l'établissement du lauréat, et sert à améliorer les services.

Le Dr Lilit Poghossian, lauréat du prix décerné en 2002, a consacré ces 5 000 dollars à réparer le toit de la maternité de Gumri, dans la ville de Gumri, en Arménie. Cette maternité, qui compte 50 lits, pratique environ 1 500 accouchements par an, desservant non seulement la région, mais aussi la population arménienne de Géorgie, un pays voisin. Les césariennes représentent 10 % des naissances dans cet hôpital; et le taux de létalité était compris entre 1,2 % et 1,7 % au cours des quatre dernières années. La subvention a couvert une bonne partie des rénovations. Cependant, des fonds supplémentaires sont nécessaires pour achever de réparer la toiture et le Dr Poghossian est en train de prendre contact avec des donateurs.

La réception donnée en l'honneur du Dr Poghossian au mois de juin était la première fête organisée après le séisme qui a frappé cette région très déshéritée. Les 109 personnes présentes comprenaient le personnel de la maternité de Gumri, des représentants de la mairie, d'autres professionnels du milieu médical et des dignitaires. La cérémonie a été diffusée par la télévision arménienne. ■

AVERTING MATERNAL DEATH AND DISABILITY (AMDD)

HEILBRUNN DEPARTMENT OF POPULATION AND FAMILY HEALTH, MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, UNIVERSITÉ DE COLUMBIA

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)