

Relever des défis, apporter des changements, sauver des vies

Numéro 6

Février 2003

CHERS COLLÈGUES

Ce numéro de l'AMDD Notebook est consacré à la formation. Nous avons tous donné et suivi des cours tout au long de notre carrière, soit dans des établissements pédagogiques, soit en cours d'emploi. Si les expériences réussies sont nombreuses, je sais que nous gardons tous en mémoire plusieurs projets pour lesquels le temps et l'argent dépensés semblent avoir eu peu, voire aucun impact.

Comment pouvons-nous être sûrs que notre investissement dans la formation fait la différence et contribue à prodiguer des soins d'urgence de qualité aux femmes dont la vie est menacée par des complications obstétriques? À l'AMDD, nous préférons ne pas réinventer la roue et faire appel aux experts pour forger avec eux des relations de travail étroites.

L'AMDD a privilégié la collaboration dès le début en concluant des partenariats avec des organisations qui avaient déjà créé des réseaux sur le terrain : l'UNICEF, le FNUAP, Save the Children, CARE, le Réseau régional pour la prévention de la mortalité maternelle et le Consortium Reproductive Health for Refugees.

Ces partenaires apportent la grande expérience qu'ils ont acquise aux niveaux international et national, en particulier les relations de confiance qu'ils ont établies avec les gouvernements et les communautés. De son côté, l'AMDD apporte un modèle de programme qui a été testé et les capacités techniques pour continuer à le développer grâce à l'expérience accumulée sur le terrain. Les deux côtés rassemblent leurs ressources pour le bien commun.

Concernant la formation, l'AMDD coopère étroitement avec le JHPIEGO, affilié à l'Université Johns Hopkins, pour abaisser les barrières faisant obstacle à des services de santé de qualité. Ils s'appuient sur la sensibilisation, l'éducation et l'amélioration des prestations. Notre action la plus ambitieuse jusqu'ici est la stratégie de formation mise au point avec des experts d'Asie et en partenariat avec l'OMS et l'UNICEF qui est actuellement appliquée en Asie du Sud (voir pages 7 à 10). Nous avons également produit et testé un programme d'enseignement des SOU et nous mettons la dernière main à un module destiné aux anesthésistes.

Nous avons aussi collaboré avec EngenderHealth à la préparation d'un module sur la Prévention des infections, qui sera largement distribué. Dans ce cas, comme dans celui des autres ressources décrites à la page 8, nous avons investi dans l'adaptation du matériel existant ou utilisé des moyens préexistants. Cette approche présente de nombreux avantages – le moindre n'étant pas que nous ayons largement accéléré les progrès vers notre objectif commun : prévenir la mortalité et la morbidité maternelles.

Enfin, nous ne devons pas oublier dans notre formation aux SOU la dimension communication interpersonnelle. L'expérience m'a appris que quand les gens ne sont pas traités avec respect, leurs performances ne sont pas optimales, quelle que soit leur formation. Après avoir suivi une formation en communication interpersonnelle au Nigeria, une sage-femme a déclaré, «Ces connaissances qui peuvent sauver des vies sont inutiles sans compétences en communication interpersonnelle.»

Barbara Kwast, PhD, FRCOG, MTD, MCommH

Chargée de cours, Université de Columbia

Conseillère de haut niveau du Programme AMDD

DANS CE NUMÉRO . . .

Bonnes pratiques	2
Le droit à l'information : un hôpital péruvien montre le chemin	3
Formation aux SOU : Investir pour sauver des femmes	4
Q&R : Suivi des services obstétriques	6
Porter les SOU à l'attention de la communauté du développement	7
Ressources disponibles	8

LE PROGRAMME AMDD

Le Programme AMDD (Prévenir la mortalité et le morbidité maternelles) a été lancé en 1999 par le Centre Heilbrunn pour la santé de la population et de la famille de l'École Mailman de santé publique de l'Université de Columbia pour aider les pays en développement à améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence (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 : la médecine, la gestion et le respect des droits fondamentaux.

L'AMDD a conclu des partenariats avec des organisations qui menaient déjà des opérations sur le terrain. Ces partenaires mettent actuellement en œuvre 55 projets appuyés par l'AMDD dans 39 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)

JHPIEGO

EngenderHealth (auparavant AVSC International).

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

BONNES PRATIQUES

Région rurale du Maharashtra : des transferts réussis

L'un des grands problèmes auxquels sont confrontés tant les pays en développement que les pays développés consiste à envoyer du personnel de santé qualifié dans les régions isolées et dans les zones rurales. Il n'est pas rare que les obstétriciens et les chirurgiens soient concentrés dans des hôpitaux de district ou dans les grandes villes et que des postes soient vacants dans les villes secondaires. Ce problème peut être réglé de deux manières : la manière habituelle, et une autre approche qui a été testée dans le Maharashtra.

En général, les fonctionnaires du gouvernement donnent un ordre de transfert de spécialistes. Dans des pays comme l'Inde, un professionnel de la santé transféré contre son gré préférera souvent être mis en disponibilité. Puis, il s'efforcera de faire annuler le transfert en utilisant ses relations politiques, familiales ou autres, ce qui peut prendre plusieurs semaines, voire des mois. Il est clair que pendant ce temps-là, les services sont perturbés. Par ailleurs, bien que les femmes en Inde préfèrent être soignées par des femmes, il est encore plus difficile de transférer des femmes médecins vers des hôpitaux périphériques en raison des responsabilités familiales supplémentaires qui leur incombent.

Les fonctionnaires de l'État indien du Maharashtra ont réussi à transférer une femme obstétricienne/gynécologue d'un hôpital de district vers l'hôpital rural de Washi (30 lits) dans le district d'Osmanabad en évitant tous ces problèmes. L'hôpital de Washi possédait déjà une salle d'opération, un anesthésiste y travaillait et le personnel soignant nécessaire était en poste, mais comme il n'y avait pas d'obstétricien/gynécologue, les femmes qui avaient besoin d'une césarienne étaient transférées vers l'hôpital de district.

Dans le cadre du projet de l'UNICEF, soutenu par l'AMDD, Le droit des femmes à la vie et à la santé, l'hôpital de Washi avait reçu des équipements, une formation sur « l'enquête appréciative » et d'autres apports, mais il n'était toujours pas en mesure d'administrer des soins obstétricaux d'urgence (SOU) complets. Le docteur Karnataki, directeur d'un groupe de districts comprenant Osmanabad, a décidé de s'attaquer au problème du personnel des hôpitaux ruraux de sa région. Il aurait pu appliquer les méthodes habituelles mais, conscient des réalités sociopolitiques, il a pris un autre chemin.

Le docteur Madusudan Karnataki, avec l'aide du docteur Neelam Bharadwaj, administrateur de programme (adjoint) à l'UNICEF, ont commencé par identifier une jeune obstétricienne travaillant dans l'hôpital de district. Ils lui ont parlé, ainsi qu'à son mari, du transfert proposé. Ils ont décrit aux deux conjoints les avantages qu'il y a à travailler et à vivre dans une zone rurale, surtout avec des enfants en bas âge. Le coût de la vie est faible dans les zones rurales et ils auraient droit à un logement sur le campus de l'hôpital. Il est facile de trouver de l'aide pour les tâches ménagères et de s'occuper des enfants.

Ils ont également promis à la jeune femme de tout faire pour que son mari, médecin dans un centre de santé primaire, trouve un poste à proximité. En outre, ils lui ont dit qu'ils l'aideraient à rentrer à Osmanabad où les écoles sont meilleures, quand ses enfants seraient en scolaire. Puisqu'on leur offrait des conditions aussi favorables, le

docteur Usha Barate et sa famille ont accepté de partir pour l'hôpital rural de Washi. Ce n'est qu'alors que le gouvernement a officiellement donné les ordres officiels de transfert. Le docteur Barate a rejoint l'hôpital de Washi quelques jours plus tard.

Sur place, le directeur adjoint a continué à lui apporter tout le soutien nécessaire. Il lui a demandé de faire la liste des instruments dont elle avait besoin pour pratiquer une césarienne. Le jour suivant, la liste était faite et on lui a immédiatement remis un nouveau jeu d'instruments. Cette attitude l'a encore encouragée à collaborer avec ses collègues de l'équipe des SOU, notamment avec le docteur Akash Kulkarni, superintendant et anesthésiste, qui l'a aussi beaucoup soutenue. Le jour suivant, un cas de dystocie d'obstacle s'est présenté et elle a pratiqué la première césarienne dans cet hôpital depuis plusieurs années. La

mère et l'enfant ont tous deux survécu. La famille de la patiente était si heureuse qu'elle a fait don de six ventilateurs de plafond à l'hôpital. Au cours des six derniers mois, le docteur Barate a pratiqué neuf césariennes qui ont permis de sauver autant de vies.

Dans une usine, le directeur peut déplacer les machines sans trop de problèmes. Le transfert du personnel est une autre histoire et les responsables de la santé doivent comprendre que quand le personnel n'est pas heureux, son travail s'en ressent. ■

Dileep V. Mavalankar, MD, DrPh

Conseiller administratif de haut niveau, Programme AMDD

Neelam Bhardwaj, MD,

administrateur de programme (adjoint), UNICEF Inde

LE DROIT À L'INFORMATION : UN HÔPITAL PÉRUVIEN MONTRE LE CHEMIN

Le docteur Jorge Rodríguez Rivas, chef du département de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital d'Huamanga, le docteur Luis Vega Centeno, titulaire d'une maîtrise en gestion des services de santé, coordonnateur national du projet FEMME mis en œuvre par CARE Pérou et le docteur Guillermo Frías-Martinelli, titulaire d'une maîtrise es science, conseiller technique du projet FEMME de CARE Pérou, ont fait parvenir cette contribution à l'AMDD Notebook

L'hôpital d'Huamanga dessert une région de 520 000 habitants. C'est aussi le seul établissement public à offrir des prestations de SOU complètes dans le département d'Ayacucho, situé sur les hauts plateaux du centre du Pérou. L'hôpital effectue en moyenne 2 400 accouchements par an et il accueille toutes les femmes souffrant de complications obstétriques graves de la région. Les routes qui mènent à l'hôpital central sont sinueuses, étroites, et parfois elles ne sont pas goudronnées.

La direction et le personnel du service d'ob/gyn se sont rendus sur place avec l'aide de leurs partenaires de CARE pour s'assurer que leurs services répondaient bien aux besoins des femmes et de leurs familles. Il est apparu que l'hôpital devait encore promouvoir le droit des patientes et de leurs familles à l'information sur des services obstétriques spécifiques. Il est apparu que :

- L'information sur les équipes de jour et de nuit était incomplète.
- La description des différentes salles de traitements réguliers et d'urgence – obstétrique, observation, dilatation et accouchement, petites interventions et aspiration pneumatique – n'était pas assez claire et que l'information sur le service de maternité et les autres secteurs de l'hôpital était insuffisante.
- Les familles obtenaient avec peine des informations sur les patientes hospitalisées ou qui avaient quitté l'hôpital.

Le personnel des services d'ob/gyn a décidé d'élaborer un système de signalisation pour guider les patientes et le public à travers le processus de soins obstétriques. Il fallait que l'information soit simple, visible, facile à comprendre,

tout en faisant preuve de considération et de respect pour les patientes et leurs familles. Le système a été installé en mai 2000 avec l'appui du projet FEMME pour un coût total de US\$1 100.



Les différentes salles de traitement et les bureaux sont clairement affichés grâce à des pancartes de couleurs différentes, des descriptions et des schémas pour les analphabètes. La description des salles d'hospitalisation couvre les secteurs réservés au personnel, les médicaments et fournitures d'urgence, ainsi que les secteurs réservés au matériel stérile et contaminé.

Les salles d'attente à la disposition de la famille ou des personnes qui accompagnent les patientes admises aux urgences obstétriques sont clairement indiquées. Un panneau, placé à l'entrée, donne le nom des membres de l'équipe d'obstétrique. Le nom de chaque médecin de service aux soins ambulatoires est indiqué sur la porte correspondante. On y trouve également des informations sur toutes les femmes admises à l'hôpital, notamment leur numéro de chambre. Les listes sont tenues à jour pour la famille et les amis sur toutes les admissions et toutes les sorties.

Ce nouveau système de signalisation permet aux utilisateurs d'être plus indépendants. Il encourage également le personnel à accorder davantage d'attention aux bonnes pratiques et à redoubler d'effort pour établir des relations plus étroites avec les patientes, considérant que cet élément fait partie intégrante de la qualité des soins et du respect de leurs droits. Les membres de l'équipe ont même discuté d'un manuel de bonnes pratiques concernant les relations avec les patientes. ■

FORMATION AUX SOU : INVESTIR POUR SAUVER DES FEMMES

Pratiquement tous les 55 projets appuyés par le Programme AMDD dans 39 pays possèdent un volet formation. Mais l'expérience a prouvé que pour sauver des vies et améliorer la santé des femmes grâce à ces nouvelles compétences, il faut aussi investir pour créer un contexte favorable et apporter un soutien à plus long terme. Nadia Hijab, consultante AMDD en documentation, décrit le système de formation mis au point en collaboration avec des projets UNICEF soutenus par l'AMDD en Asie du Sud. Elle fait référence à un document stratégique préparé par le docteur Harshad Sanghvi, directeur médical du Programme de santé maternelle et néonatale auprès du JHPIEGO. La coordonnatrice de programmes auprès de l'AMDD Rebecca Brodsky, a entrepris des recherches supplémentaires.

La formation en cours d'emploi dans quelque secteur que ce soit exige un investissement considérable de la part des organisations et des services individuels, allant des ressources allouées au temps que le personnel passe loin de son travail. Au cours des dernières années, il est devenu de plus en plus clair qu'une meilleure planification s'impose pour que cet investissement en vaille la peine. Sans cela, même si les cours de formation sont bien conçus et bien menés, on n'obtient pas toujours les résultats escomptés. Ce point est particulièrement important lorsque les ressources sont limitées.¹

Par conséquent, les activités de formation isolées ont peu à peu été abandonnées au profit de l'amélioration de la performance professionnelle et plusieurs organisations parlent aujourd'hui de formation basée sur les compétences². Pour appliquer cette méthode aux SOU, il faut concevoir un programme de formation se fondant sur une évaluation précise des lacunes des prestations de services ainsi que des systèmes avec lesquels les prestataires de santé fonctionnent.

Selon Harshad Sanghvi, les évaluations des services de SOU dans les hôpitaux de district révèlent souvent de sérieuses lacunes dans l'organisation et la gestion des services, des ruptures des stocks de fournitures et de médicaments essentiels, des pénuries de personnel et un manque de motivation, sans compter l'absence de préparation à traiter des urgences, une prévention des infections qui laisse à désirer, une formation inappropriée des médecins et des sages-femmes, ainsi que des pratiques surannées et dangereuses.³

Il s'ensuit que la stratégie de formation ne doit pas se limiter à la formation des équipes hospitalières: «Elle exige la participation et l'approbation des parties prenantes, l'élaboration du matériel de formation (ou l'adaptation et l'adoption de matériels utilisés au niveau mondial), la préparation des sites de formation et du corps enseignant qui se chargera de la formation et, enfin, la mise en œuvre et l'évaluation de la formation. Le processus prend du temps et exige beaucoup de

ressources, mais il est nécessaire pour répondre au besoin de mise à niveau et pour répartir équitablement des services de qualité, tout en recherchant la durabilité.»

Formation en SOU pour les hôpitaux de district

Le docteur Sanghvi propose une approche en 11 points de la formation des équipes travaillant dans des hôpitaux de district. Une seule des étapes couvre la formation des équipes. Les 10 autres portent sur l'étude des évaluations par pays, visent à aboutir à un consensus avec les parties prenantes (y compris le ministre de la Santé et les directeurs d'hôpitaux), à identifier et mettre à niveau des sites de formation, à former des formateurs, à organiser la supervision, un soutien sur place, ainsi que l'évaluation.

Sur la base de cette stratégie, le Bureau régional UNICEF en Asie du Sud (UNICEF/ROSA) et l'AMDD ont coopéré très étroitement avec le JHPIEGO sur une formation complète des équipes de SOU, en commençant par des stages pour les formateurs. Le cours lui-même est un stage clinique de cinq

semaines qui a pour but de préparer les participants à prendre en charge les urgences obstétriques et à travailler efficacement dans une équipe de SOU. Les deux premières semaines se déroulent en classe et le reste du temps est passé dans des zones cliniques désignées proches de la salle de classe. Cette formation qui s'étend sur cinq semaines est suivie d'un stage pratique de trois mois sur le lieu de travail de chacun des participants et de deux visites d'encadrement au cours desquelles les formateurs donnent des conseils et procèdent à une évaluation.

Le matériel utilisé pour préparer ce cours comprend l'ouvrage *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors* (publié par l'OMS en mars 2001), *Infection Prevention: A reference booklet for health care providers* (publié par EngenderHealth en 2000) et du matériel produit par le JHPIEGO.



¹ Voir par exemple «Amélioration de la performance : Développer une stratégie pour les services de santé de la reproduction» par Nancy Caiola, MPH, Conseillère en amélioration de la performance et Richard L. Sullivan, PhD, Directeur, Bureau pour l'apprentissage et le soutien à la performance, Document stratégique du JHPIEGO, mai 2000. <http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6pi/pistrat/pistrat1.htm>

² Par «compétences» on entend un ensemble de qualifications, de connaissances, d'attitudes et de comportements observables liés à la profession. Voir par exemple «Integrating Performance and Learning Using Competencies», par David A. Williams, Éditeur, <http://www.humancapitalmanagement.biz/>

³ «Training District EmOC Teams: Strategy for Maximizing Investment in Training», préparé pour le Programme AMDD.

Préparation pour la formation

En juin 2002, l'UNICEF, le JHPIEGO, l'OMS et d'autres partenaires ont commencé à préparer le terrain pour un stage de formation des formateurs. Le personnel du JHPIEGO a procédé à l'évaluation des deux hôpitaux au Bangladesh qui avaient été choisis pour accueillir la formation régionale – l'Hôpital universitaire de Dhaka et l'Institut de formation à la santé maternelle et infantile.⁴

Au nombre des secteurs à améliorer, on peut citer la prise en charge active pendant la troisième étape du travail, l'utilisation de partographes et la communication avec les patientes. Certaines interventions inappropriées ayant été observées, elles ont été incluses dans les recommandations qui portaient également sur les rôles et les responsabilités, la préparation aux urgences, ainsi que les pratiques respectueuses de la mère et de l'enfant. Les visites du mois de juin ont également comporté des réunions avec le personnel du ministère de la Santé pour s'assurer de sa participation et de son soutien.

Une réunion de suivi au mois de juillet a permis d'examiner les progrès accomplis en faveur de l'application des changements convenus⁵. Les discussions ont notamment porté sur le transfert des services de césarienne et des salles de travail dans un hôpital, les moyens d'encourager les meilleures pratiques, et les protocoles à suivre pour des problèmes courants. Une liste de problèmes et de recommandations permettant de les résoudre avant la formation régionale a été communiquée aux deux hôpitaux. L'UNICEF a également organisé des réunions sur la prévention des infections avec EngenderHealth.

Formation des formateurs

Au moins d'août, les deux hôpitaux de Dhaka étaient prêts à accueillir la formation régionale destinée aux participants d'Asie du Sud. Sur les 24 participants au cours qui s'est déroulé entre le 1er et le 24 août on comptait 7 obstétriciens, 10 infirmières-sages-femmes et 7 anesthésistes. Ils venaient d'Afghanistan, du Bangladesh, du Bhoutan, d'Inde, du Népal et du Pakistan. Les enseignants étaient des membres du personnel du JHPIEGO: Emmanuel 'Dipo Tolorin, Harshad Sanghvi et Jeffrey M. Smith, et des consultants auprès du JHPIEGO, à savoir S. Tipu Sultan, Sharen Blake, Ann Davenport et Grace Korula.

Les exposés en classe ont porté sur les pratiques reposant sur des données factuelles lors de la prise en charge des cinq causes les plus courantes de mortalité maternelle. Les participants ont également reconnu la nécessité d'abandonner l'approche fondée sur la notion de risque des soins de maternité et les pratiques néfastes telles que l'administration de lavements pendant le travail, le rasage des poils pubiens, la pression fundique pour l'éjection du placenta, les épisiotomies inutiles, l'amniotomie dans la phase latente du travail et l'encouragement aux femmes à pousser avant qu'elles n'en ressentent le besoin.

La deuxième et la troisième semaine ont porté sur la standardisation des compétences cliniques dans les deux hôpitaux de Dhaka. Seuls les participants ayant achevé leur stage pratique sur des modèles anatomiques ont été autorisés à passer à la pratique clinique dans les deux hôpitaux. Bien que

Buts du cours sur les SOU

- * Influencer positivement les attitudes des participants en faveur du travail en équipe et leur capacité de prendre en charge et d'assurer des services obstétriques d'urgence.
- * Fournir aux participants les connaissances et compétences cliniques nécessaires pour prendre en charge les urgences obstétriques.
- * Aider les participants à acquérir des compétences en matière de prises des décisions pour prendre en charge les urgences obstétriques.

les cas qui se sont présentés n'ont pas permis à tous les participants de mettre en pratique leurs nouvelles compétences, ils ont pu traiter : un choc hémorragique, un choc septicémique, une grossesse ectopique, une rupture de l'utérus, une éclampsie, un accouchement par le siège et l'accouchement de jumeaux, ainsi qu'une hémorragie post-partum qui a été traitée par compression bimanuelle, un retrait manuel du placenta et une suture de lacérations vaginales et cervicales. Les participants et les formateurs ont évité à plusieurs patientes une césarienne inutile.

Un questionnaire distribué au milieu du cours et des listes récapitulatives des procédures ont permis d'évaluer les connaissances et les compétences des participants. Ceux qui n'avaient pas obtenu 85 % de réponses correctes la première fois qu'ils ont reçu un complément d'information et ont pu refaire le test. Tous les participants ont atteint le score minimum obligatoire de 85 % à la première ou à la deuxième tentative. Le dernier jour de l'atelier, les participants se sont engagés à appliquer au moins trois des meilleures pratiques en matière de SOU.

L'atelier d'août 2002 fut une occasion de tester le nouveau module d'anesthésie lors des SOU (un programme d'étude des SOU avait déjà été élaboré et présenté lors d'une réunion régionale en Asie du Sud en novembre 2001). D'après les commentaires, il semble que le matériel s'adresse plutôt à des médecins et qu'il n'est pas à la portée de tous.

En octobre 2002, les mêmes participants sont retournés à Dhaka pour acquérir des compétences de formateurs cliniques. Ils ont notamment fait un exposé illustré pour faire montre de leurs nouvelles compétences de formateurs et ils ont participé à une séance de démonstration/conseils personnalisés. À la fin de ce cours, les docteurs Deborah Maine et Ahmed Al-Kabir de l'AMDD, et Mme Dale Davis de l'UNICEF/ROSAles ont rejoints pour discuter des difficultés et des contraintes qui s'opposent à la mise en œuvre de ces activités, ainsi que des stratégies permettant de relever les défis. ■

⁴ Le personnel du JHPIEGO et les consultants ayant participé à la visite du mois de juin étaient : Emmanuel 'Dipo Otolorin, Jeanne-Marie Crowe, Harshad Sanghvi et S. Tipu Sultan.

⁵ Conduite par S. Tipu Sultan, Matthews Mathai et Diana R. Beck.

Cette chronique porte sur les questions qui surgissent lors de l'utilisation des Indicateurs de Processus de l'ONU pour surveiller les progrès accomplis en termes de prestations de services obstétricaux essentiels¹. Anne Paxton est épidémiologiste et elle a travaillé en Asie et en Afrique. Elle est responsable de programmes hors classe pour le suivi et l'évaluation au Programme AMDD

Q: Je ne comprends pas le troisième Indicateur de Processus de l'ONU. Pourquoi faut-il que 15 % des accouchements interviennent dans des établissements capables d'administrer des SOU?

R: C'est une question que les partenaires et les prestataires de SOU posent souvent. Le troisième des six Indicateurs de Processus de l'ONU est formulé comme suit : «Proportion des naissances dans des établissements prodiguant des SOU». Le but est qu'au moins 15 % du nombre estimatif de naissances dans une population interviennent dans un établissement prodiguant des SOU. Ensemble, les six Indicateurs de Processus de l'ONU mesurent la disponibilité, l'utilisation et la qualité des SOU.

L'Indicateur 3, qui mesure l'utilisation des services de SOU, repose sur l'hypothèse selon laquelle au moins 15 % de toutes les femmes enceintes d'une population souffriront de complications obstétriques directes graves². On peut donc en déduire que si, dans une population, moins de 15 % des naissances interviennent dans un établissement prodiguant des SOU, certaines complications ne sont pas traitées et entraînent des incapacités ou le décès de ces femmes. Toutefois, l'inverse n'est pas vrai. Si 15 % au moins des naissances dans une population interviennent dans des établissements prodiguant des SOU, cela ne signifie pas que toutes les complications sont diagnostiquées et traitées. Ces accouchements peuvent être normaux, sans complication.

L'Indicateur 3 est l'une des trois mesures d'utilisation des prestations de SOU. Les deux autres indicateurs d'utilisation sont les Besoins satisfaits (la proportion de complications prévues qui sont traitées dans un établissement prodiguant des SOU – Indicateur 4) et le taux de césariennes (la proportion de naissances prévues dans une population qui exige une césarienne – Indicateur 5). Il est important considérer ces trois indicateurs d'utilisation ensemble pour se faire une idée précise des schémas d'utilisation. Il est peu probable que les besoins satisfaits ou les taux de césariennes augmentent si la proportion de naissances intervenant dans des établissements prodiguant des SOU

n'augmente pas aussi. Et si la proportion de naissances intervenant dans des établissements prodiguant des SOU augmente mais que les besoins satisfaits et le taux de césariennes n'augmentent pas, nous pouvons en déduire que la majorité des accouchements sont normaux et que les établissements devraient s'efforcer d'attirer les femmes souffrant d'urgences obstétriques.

Certains pays, comme le Maroc et Sri Lanka, encouragent les accouchements en milieu hospitalier. Par exemple, le ministère de la Santé marocain s'est fixé comme objectif national un taux de 52 % des naissances intervenant dans des établissements de santé³. Toutefois, les programmes AMDD ne poursuivent pas nécessairement ce but. L'AMDD est d'avis que si les complications obstétriques d'urgence sont prises en charge, les pays peuvent faire reculer les taux de mortalité maternelle même si les accouchements à domicile sont courants.

Il n'est pas inutile de noter qu'il existe deux autres indicateurs de la prévention de la mortalité maternelle qui ressemblent au troisième Indicateur de Processus de l'ONU sans toutefois être identiques. Le premier est la proportion d'accouchements en milieu hospitalier, qui représente la proportion de naissances attendues intervenant dans l'ensemble des établissements, qu'ils soient capables ou non de prodiguer des soins obstétriques d'urgence. L'autre indicateur similaire a trait à la qualification du personnel lors de l'accouchement, à savoir la proportion de naissances intervenant sous la surveillance d'une personne qualifiée en obstétrique, que cet accouchement intervienne dans un établissement de santé ou non.

Ces indicateurs sont une bonne source d'informations mais le facteur qui compte le plus pour lutter contre la mortalité et la morbidité maternelles est la possibilité pour les femmes d'avoir accès à des soins de qualité en cas d'urgence obstétrique. En effet, la grande majorité des décès maternels (près de 75 %) sont dus à des complications obstétriques pendant la grossesse, la naissance ou la période qui suit l'accouchement. Les trois indicateurs d'utilisation sont directement liés à cette question. ■

1. Les Indicateurs de Processus de l'ONU sont définis dans les *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux* élaboré en 1991 par l'Université de Columbia et l'UNICEF et publié en 1997 par l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP.

2. L'estimation de 15 % était proposée dans une version antérieure des Indicateurs de Processus et adoptée par la suite par un groupe de travail technique par l'Organisation mondiale de la santé en 1993. Voir OMS, *Indicators to Monitor Maternal Health Goals*, Rapport d'un groupe de travail technique, Genève, 8-12 novembre 1993, 1994.

3. Il faut noter que les établissements de santé ne sont pas tous en mesure de prodiguer des SOU. Les lignes directrices relatives aux Indicateurs de Processus de l'ONU donnent une définition claire de ce qu'on entend par établissement prodiguant des SOU, en se fondant sur la disponibilité et l'utilisation régulière de fonctions obstétriques d'urgence spécifiques.

PORTER LES SOU À L'ATTENTION DE LA COMMUNAUTÉ DU DÉVELOPPEMENT

Le 9e Forum international organisé par l'Association for Women's Rights in Development (www.awid.org) sur le thème «Comment réinventer la mondialisation» a attiré 1 300 femmes et hommes de 105 pays du monde. Ce forum, qui s'est déroulé à Guadalajara au Mexique en octobre dernier, a été une bonne occasion pour le programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles de diffuser des informations sur les soins obstétricaux d'urgence aux communautés du développement et aux défenseurs des droits de l'homme.

Quarante-cinq femmes ont participé à l'atelier sur la santé, les droits de l'homme et le développement dirigé par nos collègues de l'AMDD : Lynn P. Freedman (JD, MPH, professeur associé de santé publique clinique et directrice du projet Loi et politique à l'Université de Columbia), Martha de la Fuente (MD, MPH, chercheuse associée pour le Programme AMDD) et Nadia Hijab (consultante en documentation auprès de l'AMDD). L'atelier a permis à chacun des orateurs, venant de disciplines différentes du développement, de la santé et des droits de l'homme, de donner son opinion sur la question de savoir si l'attention particulière accordée aux SOU permettait réellement de réfléchir à certaines des limitations rencontrées dans ces domaines.

Nadia Hijab a fait valoir que la communauté du développement avait un problème avec ce qu'on appelle «le focus» (ou accent mis sur un point particulier) dans les divers secteurs, en identifiant cinq causes possibles : une mauvaise compréhension de ce que l'on entend par «focus», l'action en se fondant sur des hypothèses qui n'ont pas été testées, l'absence d'indicateurs mesurables, la pression pour que les résultats arrivent rapidement et la culture de l'organisation. Elle a indiqué que les programmes de maternité sans risques devaient généralement faire face à tout un éventail de problèmes – faible statut social, pauvreté, éducation, nutrition et santé générale – des questions importantes mais qui n'expliquent pas vraiment pourquoi les femmes meurent.

Elle a fait valoir que «focus n'est pas synonyme d'étroit, le terme signifie plutôt : s'atteler au problème réel». Le «focus» peut entrer dans un cadre global et, en fait, nous savons aujourd'hui que l'administration de soins obstétricaux d'urgence pour éviter des décès maternels dépend d'un éventail bien intégré d'interventions.» L'accent mis sur les SOU «vous donne également une ouverture et vous permet de vous atteler à une gamme beaucoup plus large de problèmes, y compris des questions d'orientation.»

Martha de la Fuente a évoqué les expériences tirées de plusieurs projets AMDD qui remettent en question les problèmes de pouvoir, les systèmes de santé et les droits fondamentaux. Elle a expliqué que les projets AMDD vont plus loin que les aspects techniques et que les actions sociales reposent sur la participation tant locale que nationale. En effet, l'approche confirme des points essentiels que le mouvement en faveur de la santé des femmes défend depuis des années: la mortalité maternelle

est une question politique, un problème de santé publique et un problème qui reflète l'injustice sociale.

La difficulté, a-t-elle fait remarquer, est «de concentrer nos efforts (focus) sans toutefois nous isoler; de résoudre des aspects simples des situations, de les lier entre eux et de les intégrer à des questions plus globales, et de renforcer l'engagement des prestataires de santé; de poursuivre aussi ce qui a déjà été couronné de succès.»

Lynn Freedman a estimé que l'approche habituelle fondée sur les droits fondamentaux d'un problème comme la mortalité maternelle est centrée sur les droits qui sont violés. Cela «vous aide à voir l'ensemble du tableau à travers la lunette des droits fondamentaux. Mais cela ne vous dit pas nécessairement ce qu'il faut faire», ce qui fait que les praticiens et les communautés se sentent démunis.

Elle a souligné, que «les droits de l'homme servent plutôt à identifier les modes de fonctionnement du pouvoir qui font que les choses inacceptables n'évoluent pas et à utiliser une vision différente du bien-être humain pour faire évoluer les situations. Pour ce faire, dans le domaine de la santé en général, et certainement dans celui de la mortalité maternelle spécifiquement, nous devons avoir 1) un modèle causal qui soit bon et solide : les interventions ne sont pas toutes égales; et 2) une analyse vigoureuse du pouvoir et de son fonctionnement. Nous savons que les changements à apporter au système de santé pour que les SOU soient accessibles à toutes les femmes – et pas seulement aux femmes riches – seront le fruit d'une confrontation avec le pouvoir. Nous avons besoin d'approches nouvelles et constructives de la responsabilité tant de la part de la communauté internationale que des systèmes de santé locaux. Tout cela exige profondeur et «focus» de la part des défenseurs des droits de l'homme.»

Outre l'atelier sur les SOU, Lynn Freedman a présenté les leçons tirées de la mortalité maternelle à une bonne centaine de femmes lors d'un atelier important de la conférence intitulée «Droits des femmes, mondialisation et rencontres stratégiques internationales». Elle a souligné comment le système de santé public était décimé et comment, par voie de conséquence, la stratégie principale pour s'attaquer à la mortalité maternelle – les SOU – était gardée dans l'ombre lors des conférences mondiales et dans les indicateurs utilisés pour les objectifs mondiaux. Et pourtant «ce que nous comptons donne corps à ce que nous faisons et définit l'affectation de nos ressources».

Elle a fait valoir que le fait de définir «la proportion de naissances intervenant sous la surveillance d'un personnel de santé qualifié» laisse de côté «toutes les questions entourant la réforme du secteur de la santé, le paiement des soins, la privatisation, la décentralisation, l'équité en matière de santé – en bref, les politiques économiques associées à la mondialisation.» Plusieurs femmes sont venues la voir à la fin de la réunion pour lui dire qu'elle avait évoqué ces questions sous un angle nouveau et très intéressant. ■

RESSOURCES DISPONIBLES

La Nouvelle Année est l'époque du renouvellement des stocks. Plusieurs publications essentielles pour améliorer les SOU sont à votre disposition au bureau AMDD de New York :

- * *Améliorer les soins obstétricaux d'urgence grâce à l'audit reposant sur des critères*, Université de Columbia 2002 (anglais, espagnol et français)
- * *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*, OMS, 2002 (anglais et espagnol)
- * *Reducing Maternal Deaths: Selecting Priorities, Tracking Progress*, Enseignement à distance sur des questions de population, FNUAP et université de Columbia, 2002 (anglais)
- * *Infection Prevention Multimedia Package: Training CD-ROM and Reference Booklet*, EngenderHealth 2000, (anglais),
- * *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux*, UNICEF/OMS/FNUAP, 1997 (anglais, espagnol et français),
- * *Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs*, Université de Columbia, 1997 (anglais, espagnol et français)
- * *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*, Université de Columbia, 1991 (anglais, espagnol et français)
- * *Prevention of Maternal Mortality Network Abstracts*, Université de Columbia 1996 (anglais et français)
- * *Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO/UNICEF/UNFPA* WHO 2001 (anglais)
- * *Setting Priorities in International Reproductive Health Programs* Université de Columbia 1996 (anglais)

Les *Lignes directrices*, *l'Audit reposant sur des critères* (anglais, espagnol et français) et le manuel *Design and Evaluation Manual* (anglais et espagnol) peuvent également être consultés sur le site de l'AMDD (<http://www.amdd.hs.columbia.edu>). Ce site comporte aussi un lien avec Keystone, une section spéciale créée récemment dans le Journal international d'obstétrique et de gynécologie traitant de l'expérience sur le terrain concernant les actions visant à prévenir la mortalité et la morbidité maternelles. ■

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)