

Relever des défis, apporter des changements, sauver des vies

Numéro 7

Juin 2003

CHERS COLLÈGUES:

Tout comme un lien physique et affectif unit les femmes à leurs bébés, des liens programmatiques unissent la santé maternelle à la santé périnatale. L'Initiative pour une maternité sans risques contribue à définir ces liens programmatiques depuis qu'elle existe. Il a été démontré aujourd'hui que la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles passe par l'accès des femmes à des structures sanitaires capables d'administrer des soins obstétricaux d'urgence (SOU). Par contre, une grande proportion des décès périnatals peut être évitée grâce à des services fournis dans des établissements de santé et à domicile. Ce numéro de l'AMDD Notebook porte sur ces liens programmatiques essentiels, tels qu'ils ont été définis par les experts de diverses institutions partenaires.

Les programmes appuyés par l'UNICEF dans plus de 160 pays, territoires et régions reflètent son engagement de longue date envers les nourrissons et les enfants. Depuis les années 1960, les programmes de l'UNICEF encourageant la vaccination, l'administration de sels de réhydratation orale, la surveillance de la croissance et l'allaitement maternel ont permis de sauver plusieurs millions de vies d'enfants partout dans le monde.

Dans les années 1990, l'UNICEF a inscrit ses politiques et ses programmes dans le cadre des droits de l'homme, reconnaissant ainsi que le non-respect des droits fondamentaux a une incidence sur les conditions de vie des membres de plus vulnérables et les plus défavorisés de la société. Dans ce cadre, l'UNICEF prend acte des liens fondamentaux qui unissent les droits de l'homme et la santé; par conséquent, il préconise des interventions fondées sur des preuves et des changements structurels susceptibles de garantir leur durabilité.

Pour modifier les stratégies, il faut repenser de fond en comble l'établissement des priorités et la conception des programmes; ces changements, comme tous les changements, risquent d'être particulièrement difficiles à appliquer. Toutefois, l'UNICEF abandonne peu à peu la formation des accoucheuses traditionnelles et la fourniture de trousseaux d'accouchement pour une stratégie de base qui consiste à favoriser les SOU pour faire reculer la mortalité maternelle et, dans une certaine mesure, la mortalité périnatale. En s'assurant que les SOU sont accessibles, l'UNICEF agit conformément à son engagement à sauver des femmes de la mort et il respecte la promesse qu'il a faite aux nouveaux-nés de leur donner le meilleur départ possible dans la vie.

Dans ce numéro, Vincent Fauveau et Anne Paxton nous révèlent que les SOU permettent d'éviter certains décès périnatals. Par exemple, la prévention de la pré-éclampsie et de l'éclampsie, ainsi que la pratique de la césarienne, permettent d'éviter des décès maternels et périnatals.

Depuis 1991, l'Université de Columbia collabore avec l'UNICEF sur le problème de la mortalité maternelle, tout d'abord en Asie du Sud et aujourd'hui en Afrique subsaharienne. L'AMDD a fourni une assistance technique, des documents, des outils et, plus récemment, des fonds. Notre partenariat repose sur la poursuite d'objectifs communs et sur des liens programmatiques ancrés dans les principes relatifs aux droits de l'homme.

Nous sommes en effet convaincus que les femmes peuvent avoir une grossesse et un accouchement réussis, et que les bébés peuvent survivre après leur long séjour dans le ventre de leur mère, si les systèmes et les services de santé indispensables sont en place. L'argument le plus convaincant en faveur de cette approche est lié au respect des droits de l'homme, qui ont toujours été—et sont—la pierre angulaire de l'édifice.

Marilen J. Danguilan, MD

Conseillère principale, santé des femmes
UNICEF

DANS CE NUMÉRO . . .

Bonnes pratiques : Du bénévolat pour rendre les hôpitaux moins rébarbatifs	2
Q&R : Le suivi des services obstétricaux : Évaluer la mortalité périnatale	3
La lutte contre les décès maternels permet d'éviter des décès périnatals	4
Se Superposent p. 4, Décès périnatals p. 5, Les Expériences De Care p. 7, L'initiative Snl, p. 8	
Conférence sur la santé de la procréation, des catastrophes au développement	6
Conférence AMDD prévue pour octobre	7

LE PROGRAMME AMDD

Le Programme Prévenir la mortalité et le morbidité maternelles (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 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 86 projets appuyés par l'AMDD dans 51 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 (RPMM) : équipes et projets dans 19 pays d'Afrique subsaharienne.

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

Save the Children : projets au Mali et au Vietnam.

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

Les principaux outils utilisés dans le Programme sont notamment les Indicateurs de Processus mis au point par l'Université de Columbia et popularisés par l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le FNUAP.

Les partenaires techniques de l'AMDD sont, notamment :

Family Health International

John Snow International

Institut indien de gestion à Ahmedabad (IIMA)

JHPIEGO

EngenderHealth

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

BONNES PRATIQUES

Du bénévolat pour rendre les hôpitaux moins rébarbatifs

Lorsque les patients viennent à l'hôpital pour la première fois, ils ont peur. Le cadre est nouveau, ils sont malades, et la famille ne trouve pas toujours quelqu'un de rassurant pour la guider dans le dédale des services.

Pour les femmes qui souffrent de complications obstétricales, les hôpitaux semblent encore plus terrifiants puisqu'elles arrivent après de longues heures de souffrance à la maison. Dans les pays en développement, le personnel hospitalier n'est pas toujours très motivé et n'a pas forcément les compétences nécessaires pour leur offrir un soutien psychologique. En plus, les gouvernements, confrontés à des difficultés budgétaires, n'ont pas les moyens de renforcer les effectifs. Comment faire pour que les hôpitaux soient moins rébarbatifs dans de telles conditions? L'hôpital du Dr Hegdewar à Aurangabad, une capitale de district dans l'État du Maharashtra (Inde), a trouvé des solutions originales dont nous pouvons tirer quelques enseignements.

La direction de cet hôpital d'organisation non gouvernementale (ONG) de 150 lits créé en 1989 a introduit l'idée de « seva-vrati » (bénévolat). Ce concept simple s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle dans chaque communauté, il y a des gens qui ont du temps libre et qui sont prêts à aider les autres sans être rémunérés.

La direction de l'hôpital Hegdewar a identifié avec soin les bénévoles de la communauté, les a initiés à quelques tâches simples et leur a attribué un espace près de l'entrée de l'hôpital. Les bénévoles se chargent des tâches suivantes :

- Présence à la réception et au bureau d'information de l'hôpital pour donner des renseignements et répondre gentiment aux questions des patients qui arrivent.
- Lorsque le patient est emmené à la salle d'opération, un bénévole reste avec la famille pour la soutenir, la rassurer et l'informer, ce qui soulage un peu son anxiété.
- En cas de complications ou de décès, les bénévoles fournissent l'aide dont la famille pourrait avoir besoin : par exemple soutien affectif, fournitures, appels aux médecins et aux membres du personnel et aide pour organiser le transport du patient ou de la personne décédée. Dans les cas extrêmes, il est même arrivé qu'ils aident les patients financièrement.
- Les bénévoles-femmes apportent un soutien particulier aux patientes dont la famille est absente.
- Les bénévoles donnent également des conseils sanitaires simple, encouragent les dons de sang et conseillent à la famille et au patient de consentir à l'opération, si elle est nécessaire, pour éviter les interventions d'urgence.

Actuellement, l'hôpital compte 40 bénévoles qui se relayent toutes les quatre heures. Ils arrivent 5 minutes avant le début de leur travail et restent plus longtemps si nécessaire. Le système apporte non seulement une aide aux patients et à leurs familles, mais il améliore encore l'image de marque de l'hôpital dans la communauté, valorise les bénévoles aux yeux de la société et renforce leur estime de soi. L'investissement de l'hôpital est minime : la direction consacre un peu de temps à la sélection et à

la formation des bénévoles. L'hôpital ne rembourse même pas le transport. Ce sont les bénévoles qui paient de leur poche pour venir et fournir ce service gratuit.

Dans les pays développés, le concept de bénévoles hospitaliers est bien ancré et bien accepté, mais dans les pays en développement, les systèmes de ce type sont pratiquement inexistantes. Les hôpitaux des pays en développement manquent toujours de personnel paramédical et un groupe de volontaires

peut aider à résoudre ce problème en assumant une partie des tâches non cliniques. Les administrateurs doivent trouver des solutions à certains problèmes en dehors de l'hôpital. ■

Dileep V. Mavalankar, MD, DrPH

Conseiller administratif de haut niveau, programme AMDD
Institut indien de gestion, Ahmedabad



SUIVI DES SERVICES OBSTÉTRICAUX

Par Anne Paxton, DrPH

Cet article traite de l'utilisation des Indicateurs de Processus pour suivre les progrès accomplis en termes de prestations de services obstétricaux cruciaux.¹ 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.

P: Comment peut-on mesurer les progrès accomplis en matière de prévention de la mortalité périnatale dans les structures sanitaires administrant des SOU?

R: La prévention du décès des nouveau-nés et de la mortalité est déjà surveillée dans certains projets soutenus par l'AMDD.

Dans le projet Gouvernement marocain-FNUAP, la réanimation néonatale est considérée comme une fonction-signal supplémentaire s'ajoutant aux huit fonctions-signal utilisées pour déterminer si une structure sanitaire est capable ou non de prodiguer l'ensemble des SOU, selon les lignes directrices de l'ONU. Les registres obstétricaux utilisés pour obtenir les données nécessaires au calcul des Indicateurs de Processus de l'ONU comportent des colonnes supplémentaires regroupant d'autres données telles que le nombre de bébés mort-nés, les cas de complications néonatales et les décès néonataux intervenus au cours des premières 24 heures de la vie. Le taux de létalité néonatale—la proportion de décès néonataux par rapport à toutes les complications néonatales—se calcule à partir de ces données. Ces registres obstétricaux sont utilisés dans l'ensemble du pays au Maroc depuis plus de deux ans.

Un certain nombre d'évaluations des besoins appuyées par l'AMDD comportent aussi des données sur la mortalité. Au Sénégal, le ministère de la Santé et le FNUAP ont calculé un indicateur appelé «la mortalité», définie comme étant la proportion d'accouchements dans une structure sanitaire qui se solde par la mise au monde d'un bébé mort-né. Les informations sur le nombre de mort-nés apparaissent souvent dans les registres des structures sanitaires, ce qui facilite relativement la collecte de ces données.

Certains experts proposent un indicateur permettant de mesurer l'impact des SOU sur la mortalité périnatale—un taux modifié de mortalité périnatale défini comme étant les mort-nés frais + les décès néonataux précoces (dans les 24 heures) divisés par le nombre total d'accouchements dans l'établissement.² Cet indicateur pourrait mesurer l'impact des soins pendant

l'accouchement juste après la naissance sur la survie du nourrisson. L'idée qui sous-tend cet indicateur est que les activités de SOU visant à prévenir les décès maternels contribuent également à prévenir certains décès néonataux. Des interventions supplémentaires faites immédiatement après l'accouchement dans une structure sanitaire offrant des SOU, telles que la réanimation néonatale et la stabilisation thermique, contribueront également à faire reculer les décès néonataux. Ce taux modifié de mortalité périnatale a pour but de saisir l'impact de ces interventions.

Le numérateur de cet indicateur, mort-nés frais + décès néonataux précoces (dans les 24 heures) est choisi en se fondant sur des considérations physiologiques et pratiques. Les décès fœtaux plus anciens (mort-nés macérés) reflètent des pathologies intervenues pendant la grossesse, tandis que les mort-nés frais sont le reflet de la qualité des soins pendant l'accouchement et de la prise en charge des complications obstétricales maternelles, comme le travail prolongé/dystocie ou l'éclampsie.³ De même, les décès néonataux précoces (au cours de la première semaine) sont davantage liés au processus d'accouchement tandis que les décès néonataux plus tardifs (à partir de la deuxième jusqu'à la quatrième semaine de vie) sont dus à des causes autres que celles liées à l'accouchement. Cependant, les femmes et leurs nourrissons ne resteront généralement pas dans une structure sanitaire administrant des SOU pendant plus d'un jour, il n'est donc pas réaliste d'essayer de réunir des données sur une période plus longue, telle que la première semaine de la vie.

À mesure que la qualité des SOU administrés aux femmes souffrant de complications obstétricales s'améliorera, le taux de létalité maternelle diminuera. On s'attend à ce que l'amélioration du traitement des femmes souffrant de complications obstétricales améliore également la survie de leurs nourrissons. Le suivi des progrès en matière de survie périnatale dans les structures sanitaires administrant des SOU donnera aux soignants des informations concrètes sur la qualité tant des soins obstétricaux d'urgence que des soins aux nouveau-nés. ■

¹ Les indicateurs de processus de l'ONU sont présentés dans les Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux élaborées en 1991 par l'Université de Columbia et UNICEF, et publiée par l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP en 1997.

² Communication non officielle avec Vincent Fauveau, FNUAP.

³ Communication non officielle avec Isabelle Moreira, FNUAP.

LA LUTTE CONTRE LES DÉCÈS MATERNELS PERMET D'ÉVITER DES DÉCÈS PÉRINATALS

Chaque année, près de quatre millions de nourrissons meurent dans le mois qui suit leur naissance. Si les progrès accomplis grâce aux programmes de vaccination et de lutte contre les maladies infantiles ont permis de faire reculer la mortalité entre l'âge de 1 et 11 mois, les décès intervenant au cours du premier mois qui suit la naissance n'ont pas diminué dans nombre de pays. En effet, près de la moitié des décès néonataux interviennent dans les 24 heures qui suivent la naissance.

Les causes de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle sont très différentes, comme l'ont démontré clairement des études menées au fil des années.¹ La mortalité infantile peut souvent être attribuée à une mauvaise nutrition et à un milieu pollué, tandis que 80 % des décès maternels sont dus à des complications obstétricales exigeant un traitement médical. Cependant, dans le cas de la mortalité périnatale (entre la 28^e semaine de la grossesse et la première semaine qui suit la naissance), certaines causes sous-jacentes sont liées à des complications obstétricales. Par conséquent, les interventions visant à éviter la mortalité et la morbidité maternelles peuvent également réduire le nombre de décès et la morbidité périnatale.

Nombre de partenaires appartenant au réseau du programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles (AMDD) étudient les liens entre ces deux types de mortalité dans le cadre de leurs initiatives visant à fournir des soins obstétricaux d'urgence (SOU) et discutent de la manière de le faire plus systématiquement.

Cette section spéciale porte sur les liens entre les décès maternels et périnataux. Deborah Maine, DrPH, Directrice de l'AMDD, examine les aspects de la mortalité maternelle et périnatale qui se superposent. Vincent Fauveau (MD, MPH, PhD), conseiller technique auprès du FNUAP et de l'AMDD, et Anne Paxton (DrPH, MA), responsable de programmes hors classe pour le suivi et l'évaluation au programme AMDD, énoncent les problèmes et examinent la manière dont certains éléments spécifiques des SOU peuvent contribuer à éviter tant des décès périnataux que des décès maternels. Dans deux autres articles, CARE et Save the Children décrivent également leur approche et leurs expériences.

LES ÉLÉMENTS QUI SE SUPERPOSENT

Par Deborah Maine, DrPH, Directrice, AMDD

Cette section de l'AMDD Notebook est consacrée aux aspects de la mortalité maternelle et périnatale qui se superposent—pour voir notamment comment les programmes conçus pour améliorer le traitement des femmes souffrant de complications obstétricales peuvent également être bénéfiques aux nouveau-nés.

La définition de la relation qui unit la santé maternelle et infantile a toujours été à la base des travaux sur la mortalité maternelle menés à l'Université de Columbia. En 1985, nous avons publié un article dans *The Lancet*, dont le sous-titre était «Where is the M in MCH?»² Nous avons estimé qu'il fallait poser la question car les programmes internationaux de santé maternelle et infantile (SMI) ne tenaient pas compte de la cause principale de décès prématurés et d'incapacités chez les femmes, à savoir les complications obstétricales qui mettent leur vie en danger.

L'une des raisons pour lesquelles cet aspect avait été laissé de côté était l'hypothèse (peut-être inconsciente) selon laquelle les femmes et leurs bébés sont si proches qu'ils ont les mêmes besoins. Ce n'est toutefois pas le cas:

- Aux États-Unis, entre 1915 et 1929, la mortalité néonatale a reculé de 17 % tandis que la mortalité maternelle augmentait. Les chiffres sont similaires au Royaume-Uni et aux Pays-Bas.³

- Dans une étude portant sur les rapports de mortalité maternelle (RMM) et les rapports de mortalité périnatale (RMPN) au Matlab (Bangladesh) pendant la période 1976-1989, on a constaté une corrélation importante entre les changements intervenant dans les RMM et les RMPN au fil des années, en termes de grandeur et d'évolution.⁴

Comme la mortalité maternelle et périnatale ne varie pas de manière similaire au niveau de la population, il n'est pas possible de s'appuyer sur l'une pour concevoir un programme s'appliquant à l'autre ou lors du suivi et de l'évaluation. Il existe pourtant des plages où les deux coïncident. Par exemple, au Matlab, près de la moitié des décès maternels étaient dus à des complications susceptibles de provoquer des décès périnataux. Les plages communes décrites dans cette section permettent d'adopter des mesures favorables tant aux femmes qu'aux bébés.

¹ Irvine Loudon, « On Maternal and Infant Mortality 1900–1960 » *Social History of Medicine* April 1991, Vol. 4, No. 1, pp 29–73.

² Rosenfield, A., Maine, D. « Maternal Mortality – A Neglected Tragedy: Where is the M in MCH? » (Quand on parle de santé maternelle et infantile, où est la santé maternelle?), *The Lancet*, July 13, 1985, 2(8446):83-85.

³ Loudon, I. *Death in Childbirth: An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800-1950*. Oxford: Clarendon Press, 1992.

⁴ Akalin, M.Z., Maine, D., de Francisco, A., and Vaughn, R. «Why Perinatal Mortality Cannot Be a Proxy for Maternal Mortality», *Studies in Family Planning*, 28(4):330-335, 1997.

DÉCÈS PÉRINATALS : CAUSES, TRAITEMENT ET RÔLE DES SOU

Par Vincent Fauveau et Anne Paxton

La planète affiche près de quatre millions de décès dans le mois qui suit la naissance, soit 10 000 décès par jour dont 98 % interviennent dans des pays en développement. À ce bilan, il faut encore ajouter quatre millions de bébés mort-nés (décès intervenant entre la 28^e semaine de la grossesse et la naissance). Les infections, l'asphyxie à la naissance et les complications dues à une insuffisance pondérale à la naissance sont les principales causes de décès néonataux. Près de 70 % de ces décès interviennent au cours de la première semaine; en fait, la majorité d'entre eux est enregistrée au cours des premières 24 heures de vie. Nombre de ces décès sont évitables, selon le niveau des soins pendant la grossesse et l'accouchement.

Bien que les changements importants intervenus en

La mortalité périnatale est la somme des décès tardifs du fœtus (après 28 semaines de grossesse) plus les décès infantiles au cours des sept jours qui suivent la naissance (le terme périnatal a trait à la période qui entoure la naissance).

La mortalité néonatale est le nombre de décès de nourrissons de moins de 28 jours pour 1 000 naissances vivantes.

Source : Site Web du CDC (définitions du National Center for Health Statistics (NCHS))

matière de survie maternelle ne soient pas en corrélation avec les changements enregistrés dans la survie néonatale, plusieurs complications obstétricales peuvent potentiellement avoir un impact négatif sur le fœtus ou le nouveau-né. Il s'ensuit donc que la disponibilité de SOU de bonne qualité dans les structures sanitaires peut avoir un impact positif autant sur la santé du fœtus ou du nouveau-né que sur la santé de la mère.

Mortalité et morbidité maternelles et périnatales : les connexions

Les complications obstétricales directes qui ont une incidence sur le fœtus ou le nouveau-né sont les suivantes:⁵

- Travail prolongé/dystocie : le travail prolongé ou la dystocie entraîne l'asphyxie, la souffrance fœtale ou la mortinatalité.
- L'éclampsie et d'autres troubles hypertensifs : la plupart des cas de troubles hypertensifs sont nocifs pour le fœtus ainsi que pour la mère. Les troubles hypertensifs post-partum sont dangereux pour la mère mais pas pour l'enfant.
- L'hémorragie : le saignement pendant la grossesse peut nuire au fœtus. Toutefois, l'hémorragie ante partum

représente une minorité des cas d'hémorragies. L'hémorragie post-partum, qui n'a pas d'effet médical sur le nouveau-né, est responsable de la majorité des décès maternels.

- Les infections : les infections ante partum peuvent nuire au fœtus ou au nouveau-né. Là encore, il s'agit d'une cause de décès maternel relativement rare comparée à l'infection puerpérale.

Les fonctions de SOU susceptibles d'avoir un impact positif sur la santé du fœtus ou du nouveau-né sont notamment les suivantes :

- La césarienne, en particulier en cas de travail prolongé, de dystocie et d'autres conditions entraînant une souffrance fœtale.
- L'accouchement par voie basse instrumenté, particulièrement indiqué en cas de souffrance fœtale.
- Les médicaments ocytociques, lorsqu'ils sont administrés en cas de travail prolongé (mais pas s'ils sont administrés pour la délivrance du placenta après la naissance du bébé).
- La transfusion sanguine, si elle est administrée pour traiter un saignement grave pendant les dernières étapes de la grossesse.
- L'administration adéquate d'antibiotiques à la mère et au nouveau-né, par exemple en cas d'infection amniotique.
- L'administration d'anticonvulsants et de médicaments contre l'hypertension pour le traitement des troubles hypertensifs pendant la grossesse.

CAUSES DE MORTALITÉ PÉRINATALE

- Asphyxie à la naissance
- Traumatisme à la naissance
- Infection néonatale
- Naissance prématurée
- Retard de la croissance intra-utérine

En résumé, six des huit fonctions-signal des SOU peuvent potentiellement faire reculer la mortalité périnatale. Plus particulièrement, les trois premières causes de mortalité périnatale (voir encadré 2) sont traitées au moins dans une certaine mesure grâce aux SOU.

Il faut noter que seuls quelques décès néonataux dus à une naissance prématurée ou à un retard de la croissance intra-utérine peuvent être traités grâce aux SOU. En résumé, une part importante (mais pas la totalité) des décès périnataux peut être évitée grâce à une utilisation appropriée des SOU, à supposer qu'ils sont disponibles, accessibles et de bonne qualité.

Suite page 6

⁵ Certaines complications obstétricales indirectes peuvent également avoir des conséquences négatives sur le fœtus ou le nouveau-né. Il s'agit notamment des maladies sévissant pendant la grossesse comme la malaria, la tuberculose, le VIH, le diabète, l'hypertension et plusieurs carences nutritionnelles graves.

Décès Périnataux, Suite

Améliorer les chances au maximum

Quelques moments opportuns se présentent au cours desquels le soignant est en contact avec la mère et son fœtus ou son nouveau-né. Souvent, dans les régions les moins avancées de la planète, ces occasions ne durent pas plus de quelques heures, moins d'un jour dans la majorité des cas. C'est alors que des mesures peuvent être prises pour éviter la mortalité et la morbidité périnatales.

Certaines de ces mesures sont énoncées dans le programme d'enseignement fondé sur les compétences Emergency Obstetric Care for Doctors and Midwives, publié par l'AMDD et le Programme de santé maternelle et néonatale du JHPIEGO. Ce programme d'enseignement, dont l'élaboration touche à sa fin, a été utilisé l'an dernier lors d'un atelier de formation des formateurs destiné à des équipes travaillant dans des hôpitaux de district en Asie du Sud, en collaboration avec l'UNICEF (voir AMDD Notebook, No 6, février 2003). Il est aujourd'hui utilisé dans six pays. En plus du matériel sur les SOU, le programme présente une séance pratique couvrant étape par étape la réanimation du nouveau-né. Le cours décrit en détail les soins à administrer aux nouveau-nés normaux, notamment le maintien d'une température corporelle adéquate, la manière appropriée de clamber et de couper le cordon ombilical, ainsi que l'appui à l'allaitement maternel.

Le formulaire d'évaluation des besoins utilisé par l'AMDD et ses partenaires pour identifier les lacunes des prestations de SOU et pour élaborer des projets donne également la liste des fournitures et équipements nécessaires en cas de réanimation néonatale, par exemple l'extracteur de mucus, le masque facial pour nourrissons, etc. Ces formulaires sont largement utilisés aujourd'hui pour l'évaluation des besoins même dans des projets qui ne sont pas financés par l'AMDD.

Lors de la formation aux SOU, les soignants acquièrent des compétences et la motivation nécessaires pour mettre en œuvre des fonctions de soins néonataux à la fois simples, efficaces et d'un prix abordable pendant l'accouchement et immédiatement après la naissance, tout en gardant à l'esprit le principe qui consiste à améliorer l'issue de la naissance sans compromettre la santé de la mère.

Puisque les services de santé publique partout dans le monde ont négligé la santé de la mère, l'AMDD a privilégié la santé de la procréation et la survie de la femme. Il est tragique de voir que des complications obstétricales ont été surmontées mais que la grossesse se solde par la naissance d'un enfant mort-né, souffrant d'une infection ou handicapé qui constituera un fardeau supplémentaire pour la famille. En s'assurant que les services de SOU couvrent la santé et la survie de l'enfant pendant la période périnatale on contribue à éviter des handicaps ainsi que des décès maternels et infantiles. ■

⁶ Rosenfield A. & Maine D. Maternal mortality – A neglected tragedy: Where is the M in MCH? (Quand on parle de santé maternelle et infantile, où est la santé maternelle?), *Lancet* 1985;2 (8446):83-85.

CONFÉRENCE SUR LA SANTÉ DE LA PROCRÉATION: DES CATASTROPHES AU DÉVELOPPEMENT

Un des partenaires de projet AMDD, le Consortium Reproductive Health for Refugees (RHR), organise une conférence à Bruxelles (Belgique) les 7 et 8 octobre 2003 sur la recherche appliquée, les leçons à tirer des programmes et l'utilisation des données pour améliorer les programmes de santé de la procréation desservant des populations en crise partout dans le monde. La conférence est coparrainée par le FNUAP et le HCR, en collaboration avec le Centre international de santé de la procréation de l'Université de Gand.

Cette conférence de deux jours s'adressant à des professionnels réunira environ 300 personnes: personnel de terrain, administrateurs, chercheurs, décideurs et donateurs. Leur but sera de :

- Dans un contexte professionnel et stimulant sur le plan intellectuel, partager leurs conclusions, leçons et perspectives sur la santé de la procréation dans des situations de conflit et
- Discuter des conclusions préliminaires de l'évaluation des prestations de services de santé de la procréation mis à la disposition des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays réalisée par le Groupe de travail interinstitutions à l'échelon mondial.

La conférence portera sur trois grands thèmes :

- Recherche appliquée et leçons à tirer des programmes de planification familiale, IST/VIV/SIDA, violence fondée sur le sexe et maternité sans risques pour les femmes, hommes et adolescents frappés par un conflit armé.
- Présentation de modèles de prestations de services couronnés de succès pendant la phase d'urgence, dans des conditions stables, dans les interventions de reprise du développement au lendemain d'un conflit.
- Collecte et utilisation de données à des fins d'évaluation des besoins, de suivi et d'évaluation de programmes, ainsi que de gestion de programmes.

Le programme comprendra des séances plénières, présentations de groupes, expositions d'affiches et tables rondes. Après la conférence, une revue professionnelle publiera les procès-verbaux et certains exposés dans un numéro spécial.

L'inscription à la conférence est de 150 dollars des États-Unis et peut se faire en ligne à l'adresse <https://secure.entango.com/donate/CrciKnjpaD4>. Un nombre limité de bourses est disponible. De plus amples informations et des mises à jour sur Conférence 2003 sont disponibles sur le site www.rhrc.org. ■

LES EXPÉRIENCES DE CARE EN MATIÈRE DE SANTÉ DU NOUVEAU-NÉ

Par Milly Kayongo, MD, MPH, responsable technique de la santé de la procréation, CARE

CARE soutient les communautés ainsi que les systèmes officiels de soins de santé afin d'améliorer la santé de la mère et du nouveau-né. Dans le cadre du projet Initiative santé de CARE et des Centres for Disease Control and Prevention (CDC), CARE a mis au point une méthode systématique permettant d'identifier les problèmes maternels, périnataux et néonataux, d'analyser les données, de classer les problèmes par ordre de priorité et de choisir les interventions. Dans le cadre de ce partenariat, CARE et les CDC ont publié un manuel—The Healthy Newborn—destiné à soutenir les administrateurs lors de la programmation de la santé maternelle et néonatale.

CARE a acquis de l'expérience dans plusieurs pays en terme d'incorporation des aspects de la santé du nouveau-né dans les programmes de rénovation des établissements afin qu'ils puissent administrer des SOU et éviter la mortalité et la morbidité maternelles. Par exemple, CARE finance un projet intégré de santé de la procréation au Pérou. Ce projet consiste notamment à remettre en état des établissements pour qu'ils puissent prodiguer des SOU, organiser des transports vers les services de SOU, former les agents sanitaires, mobiliser la communauté et encourager un changement de comportement. Pour privilégier les interventions en faveur du nouveau-né, CARE Pérou a adopté l'approche BABIES de sensibilisation aux problèmes de santé spécifiquement responsables de la mortalité néonatale. La matrice BABIES comprend l'analyse de données sur le poids à la naissance et l'âge du nouveau-né au moment de son décès afin de mieux comprendre les causes de la mortalité néonatale et de déterminer les interventions appropriées tant aux niveaux de l'établissement que de la communauté.

Grâce à ce processus, davantage d'importance a été accordée aux soins aux nouveau-nés et aux initiatives visant

à standardiser les protocoles de soins à leur prodiguer. Le projet a permis d'élaborer un guide d'autoformation aux soins essentiels à administrer aux nouveau-nés à l'usage des médecins et des infirmières. Le ministère de la Santé a lancé ce manuel dans l'ensemble du pays en octobre 2002. Par ailleurs, le projet a permis de mettre au point des guides sur les soins essentiels aux nouveau-nés à l'usage du personnel hospitalier. Ce guide a également été présenté en 2002 par le ministère de la Santé.



CARE Nicaragua a coopéré avec les structures sanitaires sur l'utilisation de données pour améliorer la santé du nouveau-né. CARE Nicaragua a inclus un volet SOU dans sa nouvelle subvention en faveur de la survie de l'enfant. Comme ce pays avait peu d'expérience en la matière, CARE a organisé une visite à son projet de santé de la procréation au Pérou à des fins de partage d'informations et des leçons tirées lors de la création de services de SOU. Cette visite a aussi permis à l'équipe péruvienne de mieux comprendre comment mettre en œuvre des interventions en faveur du nouveau-né.

Au Bangladesh, CARE applique l'initiative Dinajpur SafeMother, dans le cadre d'une collaboration avec le gouvernement et l'UNICEF. Cette initiative a pour but d'améliorer la santé maternelle à Dinajpur. Lors de la mise en œuvre des activités en faveur de la santé maternelle, il s'est avéré nécessaire d'élargir ce projet pour y inclure la santé des nouveau-nés. Par conséquent, CARE prévoit de réaliser une enquête communautaire sur les soins aux nouveau-nés dans la région. Cette enquête fournira des informations pertinentes sur les tendances en matière de morbidité et de mortalité néonatales afin de soutenir le futur programme de santé néonatale. ■

Conférence AMDD prévue pour octobre

Le programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles (AMDD) a prévu d'organiser une conférence du 21 au 23 octobre 2003 à Kuala Lumpur, Malaisie. Ce sera la troisième réunion mondiale organisée par l'AMDD pour son réseau de partenaires. Mais la réunion de Kuala Lumpur sera différente des deux conférences précédentes tenues au Maroc en 2001 et en Thaïlande en 2002.

Les deux premières réunions étaient des ateliers au cours desquels les responsables de projets, homologues gouvernementaux et autres personnels participant à la mise en œuvre des soins obstétricaux d'urgence (SOU) s'étaient rassemblés pour discuter de l'évolution de leurs projets et échanger des idées. Ces réunions stimulantes et productives leur ont donné la possibilité de renforcer leurs connaissances dans des secteurs aussi divers que les droits de l'homme, les indicateurs, la mise en œuvre, l'approvisionnement et la documentation.

Cette année, comme la première phase du programme AMDD touche à sa fin, la réunion portera sur les résultats obtenus, avec présentation d'exposés sélectionnés sur la base de résumés envoyés par les représentants des projets appuyés par l'AMDD. La conférence sera l'occasion de discuter des enseignements tirés au cours des quatre dernières années et de décider des activités futures. Pour faire connaître plus largement les résultats du programme AMDD, des personnes qui ne sont pas directement concernées par les activités du programme mais qui œuvrent dans le secteur de la santé maternelle seront aussi invitées.

TIRER PROFIT DE L'INITIATIVE SNL DE SAVE THE CHILDREN

Par Anne Tinker, Directrice, et le Dr Stephen Wall, responsable principale de la recherche, Saving Newborn Lives, Save the Children

En 2000, Save the Children/États-Unis a lancé une initiative Saving Newborn Lives (SNL) (Sauver les nouveau-nés). L'initiative a pour but de prendre en charge les soins médicaux particuliers des nouveau-nés dans les pays en développement, une action qui vient compléter les travaux importants visant à éviter la mortalité et la morbidité maternelles. Tout comme l'AMDD, l'initiative SNL est financée par la Fondation Bill & Melinda Gates.

SNL a pour but d'intégrer les interventions essentielles de soins aux nouveau-nés dans les programmes existants, en privilégiant l'amélioration des soins de santé communautaires. Actuellement, l'initiative est appliquée dans six pays (Bangladesh, Bolivie, Malawi, Mali, Népal, Pakistan) et soutient des projets pilotes dans six autres pays (Éthiopie, Guatemala, Inde, Indonésie, Myanmar, Viet Nam).

En s'inspirant de l'AMDD et de SNL, plusieurs possibilités d'impact synergique sont envisageables.

- L'audit des décès périnataux, réalisé dans les établissements primaires et centraux de plusieurs pays en développement (par exemple Afrique du Sud, Bangladesh) donne des informations essentielles permettant aux établissements et autorités sanitaires de lutter contre les lacunes critiques qui portent atteinte à la qualité des soins aux mères et aux nouveau-nés. Cet aspect peut être intégré aux programmes de SOU.
- SNL coopère avec les gouvernements afin d'incorporer les compétences essentielles nécessaires pour prodiguer des soins aux nouveau-nés dans les programmes de formation avant et en cours d'emploi. Les soignants de l'établissement et de la communauté devraient être capables de reconnaître les signes de danger tant pour la mère que pour le bébé et d'éviter les délais de traitement et d'aiguillage de la patiente

vers la structure compétente; de reconnaître les signes d'asphyxie et de réanimer immédiatement les bébés qui en souffrent; de promouvoir l'allaitement maternel ainsi que de réchauffer et sécher les nouveau-nés en accordant une attention particulière aux bébés prématurés et souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance.



Photo: Czikus Carriere

- Les mesures communautaires de sensibilisation et d'éducation peuvent renforcer efficacement l'acceptation et la demande de services de SOU de qualité au niveau communautaire. L'autopsie verbale, un outil communautaire important introduit dans un certain nombre de pays en développement, offre des occasions uniques d'intégrer les besoins des mères et des nouveau-nés aux initiatives de résolution des problèmes et à l'action communautaires.

Bougouni, au Mali, offre un modèle de services complémentaires. SNL privilégie l'amélioration des soins aux nouveau-nés administrés par les familles et les agents sanitaires des collectivités, la sensibilisation aux complications et le renforcement de la demande de soins hospitaliers, si nécessaire. Cette initiative complète parfaitement le projet de SOU mis en œuvre par CARE avec l'appui de l'AMDD, qui consiste à améliorer les SOU au niveau de l'hôpital de district et à renforcer la capacité du système de santé à prendre en charge les urgences.

Les projets complémentaires de ce genre favorisent également la supervision et le suivi, et ils permettent de pallier les erreurs ou les échecs de l'aiguillage vers l'établissement approprié, tout en continuant à rechercher le moyen le plus efficace de traiter certaines complications comme l'asphyxie et les infections du nouveau-né.

Pour plus d'informations sur Saving Newborn Lives, visiter le site Save the Children à l'adresse www.savethechildren.org. ■

AVERTING MATERNAL DEATH AND DISABILITY (AMDD)

HEILBRUNN DEPARTMENT OF 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)