

Programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles  
(AMDD)

Bangkok 19-21 février 2002

Rapport de l'atelier

# Mise en oeuvre

1. Introduction
2. Mise en oeuvre : séances de travail
3. Questions politiques importantes et domaines nouveaux : plénières et tables rondes
4. L'AMDD : un mouvement mondial en expansion

**Annexe 1 Liste restreinte des organisations représentées**

**Annexe 2 Outils et ressources AMDD distribués**

## 1. Introduction

La deuxième conférence annuelle des partenaires du Programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles (AMDD) a réuni plus de 200 participants à Bangkok (Thaïlande). Ils se sont rencontrés pour partager des expériences et des méthodes permettant de réduire les décès et les handicaps provoqués par les complications pendant la grossesse.

Le thème de l'atelier, qui s'est déroulé après trois ans environ d'application de ce Programme de cinq ans, était la «Mise en œuvre». Les séances de travail ont permis d'aborder des questions médicales, administratives et relatives aux droits de l'homme liées à la mise en œuvre. Des questions politiques importantes et des domaines nouveaux ont été abordés lors des plénières et des tables rondes. Les équipes de projets appuyés par l'AMDD se sont également réunies séparément pour évaluer les progrès accomplis et trouver ensemble des moyens de surmonter les obstacles.

Les participants étaient tous d'avis que les femmes pouvaient avoir la vie sauve et que leur santé pouvait s'améliorer si elles avaient accès à de bons soins obstétricaux en cas de complications. La majorité d'entre eux participent à des projets visant à améliorer la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux d'urgence (SOU).

Bangkok a enregistré deux fois plus de participants que le premier atelier tenu à Marrakech (Maroc) en février 2001. Cette année, 21 pays d'Afrique, 12 pays d'Asie, 3 pays d'Amérique latine, 2 États arabes, 3 pays d'Europe et les États-Unis étaient représentés. Le plus grand nombre de participants est venu d'Asie; c'est pourquoi la conférence a été organisée à Bangkok bien que l'AMDD n'appuie aucun projet en Thaïlande.

Comme l'a déclaré le Dr Allan Rosenfield, doyen de l'École Mailman de santé publique, Université de Columbia, lors de son discours d'ouverture, «Avec l'aide de nos partenaires, nous nous efforçons de faire reculer le nombre de femmes qui meurent inutilement de complications pendant la grossesse. Nous n'avons que trop attendu.»

Les partenariats ont été le thème de la déclaration en plénière du Dr Perkin, Directeur exécutif du Programme sur la santé dans le monde de la Fondation Bill et Melinda Gates; il a fait valoir que «les partenariats, pour être couronnés de succès, doivent poursuivre un objectif clair et convaincant». Les gouvernements et les organisations non gouvernementales (ONG) partagent le même rêve : «Permettre à chaque femme d'accoucher sans danger et de mener une vie saine et productive au sein de sa famille.»

L'engagement à éviter la mortalité et la morbidité maternelles était évident en séance comme dans les couloirs. Un ministre et plusieurs chefs de départements de ministères de la santé; des doyens et des professeurs d'universités, des présidents d'associations

professionnelles, notamment le Président de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO); des prestataires de services et du personnel de projet étaient au nombre des participants. Une liste des participants a été distribuée lors de l'atelier pour favoriser les prises de contacts (pour l'obtenir, écrire à l'adresse suivante : [amdd@columbia.edu](mailto:amdd@columbia.edu)).

## 2. Mise en œuvre : réunions de travail

*«La mise en œuvre ne se limite pas à organiser des stages et à acheter des équipements. Encore faut-il fournir des services de bonne qualité, et faire preuve de fiabilité et de respect.»*

Professeur Deborah Maine  
Directrice, Programme AMDD

Les séances de travail ont permis de couvrir 14 thèmes : prestations de services; audits médicaux; prévention des infections; amélioration de la qualité; collecte et utilisation des données; administration des établissements; fournitures et équipements; rénovation; formation aux SOU; documentation et communication; et respect des droits de l'homme dans les établissements, dans les politiques gouvernementales et dans la communauté.

Si tous ces thèmes sont importants pour que la mise en œuvre d'un projet soit couronnée de succès, les participants ont identifié **prestations de services** et **la collecte de données** comme étant les deux points qui font toute la différence à cette étape du Programme de l'AMDD. Toutes les équipes de projets appuyés par l'AMDD étaient inscrites à ces deux séances. Les autres séances étaient facultatives et les participants s'y sont inscrits en fonction de leurs besoins et de leurs intérêts. Les séances ont eu lieu à plusieurs reprises pour que les participants puissent couvrir autant de thèmes que possible. Au total, 41 séances de travail ont été organisées pendant l'atelier. L'interprétation simultanée en français et en espagnol a été assurée pour la plupart des réunions.

**Prestations de services** Cinq séances ont été organisées à l'intention des équipes de projets appuyés par l'AMDD. Les séances ont été dirigées par le Dr Zafarullah Gill, chargé de recherches associé auprès de l'AMDD, qui a expliqué que les séances avaient porté sur les deux étapes de la mise en œuvre :

- L'étape des préparatifs, qui couvre la rénovation, la maintenance, les fournitures et les équipements, l'agencement des salles, la collecte de données, le placement du personnel; et
- Les prestations de services, qui couvrent le fonctionnement de l'hôpital, la préparation constante à recevoir les patientes, les services 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, l'amélioration de la qualité, la supervision, l'utilisation des services et l'analyse des données.

Les équipes se sont félicitées de l'approche structurée adoptée lors de ces sessions et elles ont examiné plus en détail certains aspects spécifiques. Elles ont rempli des questionnaires sur l'état actuel des établissements inclus dans leurs projets et elles ont défini les mesures qu'elles comptaient prendre pour régler les problèmes auxquels elles sont confrontées.

Jason Smith, chercheur chevronné après de Family Health International, a constaté qu'à plusieurs reprises, le personnel de projets et les membres du gouvernement d'un même pays avaient eu des échanges utiles. En effet, le climat neutre de l'atelier était propice à des discussions plus ouvertes, ce qui n'est pas toujours le cas sur place. Par exemple, lorsque le problème du manque de personnel ou de la rotation du personnel a été soulevé et qu'il a été établi qu'il constituait l'un des principaux obstacles à l'amélioration des services de SOU, les responsables ministériels ont promis de s'y consacrer dès leur retour dans leur pays.

**Collecte et utilisation des données** Tous les projets appuyés par l'AMDD utilisent les indicateurs de processus présentés en 1997 par l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP pour l'élaboration et la mise en œuvre de programmes destinés à prévenir la mortalité et la morbidité maternelles. Bien qu'il existe déjà des manuels, ces indicateurs n'ont jamais été appliqués aussi largement sur le terrain. En outre, plusieurs partenaires de projets et du gouvernement ont peu d'expérience de la collecte et de l'interprétation des données sur ce sujet.

Cinq séances sur la collecte de données ont été organisées à l'intention des équipes de projet. «Les questions étaient intelligentes et amorçaient souvent un débat», se souvient Anne Paxton, responsable principale du programme AMDD pour le suivi et l'évaluation, qui dirigeait les séances. «Parfois, un participant posait une question et un autre participant, d'un autre pays, y répondait. Les équipes du Pérou et du Mozambique ont eu un échange intéressant sur des exemples tirés de leurs projets; et les équipes de l'Inde et du Sri Lanka ont posé des questions et fait des observations qui donnaient matière à réflexion.»

Pendant ces séances, les équipes ont travaillé avec des facilitateurs expérimentés sur les données relatives aux projets, poursuivant souvent la discussion après la séance. Le manuel AMDD «(Almost) Everything You Want to Know about Using the UN Process Indicators of Emergency Obstetric Services: Questions and Answers» a largement été utilisé pendant cette séance. Plusieurs questions sur les indicateurs de processus ont pu être éclaircies lors des séances, par exemple, comment déterminer le dénominateur approprié. Les participants sont plus au clair aujourd'hui sur la manière d'utiliser les indicateurs pour s'assurer que leurs projets restent sur la bonne voie.

Pendant les deux séances «facultatives» sur l'utilisation des données, les participants ont pu travailler en groupes sur une étude de cas, sous la direction d'un facilitateur.

**Droits de l'homme** Six séances ont été organisées en tout, deux sur chacun de ces trois thèmes : les politiques relatives aux droits de l'homme, les droits de l'homme

dans les établissements et les droits de l'homme dans la communauté. Ces séances étaient interactives et souvent très animées.

Dans les séances sur les politiques, les participants ont évoqué diverses questions : les intérêts des groupes participants; qui a le pouvoir de changer les politiques; et le type de coalitions qui peuvent influencer les politiques. Ils ont aussi discuté des politiques qui sont appliquées même quand elles ne reposent pas sur des preuves réelles et se sont demandés pourquoi. Plusieurs politiques sont simplement transposées d'un pays à l'autre. Les participants se sont alors divisés en petits groupes et ils ont étudié une série de questions liées à la fourniture de SOU sur «Mars», un pays fictif avec une population nombreuse, un pénurie d'anesthésistes professionnels, mais un grand nombre de sages-femmes capables de fournir les mêmes services.

Lynn Freedman, professeur associé à l'Université de Columbia, qui dirigeait la séance, a exhorté les participants à considérer le débat sur les droits de l'homme sous l'angle de la fourniture du plus grand nombre de services au plus grand nombre possible de personnes. Dans cette optique, si les professionnels de la santé ne peuvent pas être formés pour fournir des services de bonne qualité et si les patients n'ont pas accès à ces services, on peut dire qu'il y a violation des droits de l'homme.

Certaines questions évoquées par les participants n'avaient jamais été considérées sous l'angle des droits de l'homme. Par exemple, pendant la séance sur les droits de l'homme dans les établissements, les participants ont soulevé la question de la responsabilité. Si une infirmière est renvoyée parce qu'une femme est décédée, peut-on parler de responsabilité? Des jeux de rôle ont aussi été organisés : les participants ont mis en scène des situations – deux cas idéaux et deux cas difficiles – dans lesquelles il y avait une femme enceinte et une sage-femme (dans l'un des groupes, c'est un homme qui a joué le rôle de la femme enceinte).

**Formation aux SOU** Le projet de programme d'enseignement des SOU distribué à Bangkok a suscité beaucoup d'intérêt; il a pour but de former des équipes composées d'obstétriciens, d'anesthésistes et de sages-femmes. Le JHPIEGO, dans le cadre de son Programme de santé maternelle et néonatale, a préparé ce module de formation, sur la base de projets préliminaires préparés par le Dr Sadiqua Jaffrey, Mme Imtiaz Kamal et le professeur Tipu Sultan. C'est le Dr Gill qui a facilité le processus. Les participants ont discuté de la manière d'utiliser ce programme dans leurs pays.

**Administration des établissements** L'administration des établissements a fait l'objet de trois séances. Les participants ont discuté de la manière de transformer les intrants (équipements, rénovation, approvisionnement, formation, etc.) en services. Nombre de directeurs d'hôpitaux, d'infirmières chefs et de médecins n'ont aucune formation administrative. Dileep Mavalankar, professeur à l'Institut indien de gestion, qui dirigeait le débat, a constaté que plusieurs équipes prévoient d'organiser des ateliers sur l'amélioration de la gestion dans le cadre de leurs projets. Ces séances ont eu beaucoup de succès.

**Amélioration de la qualité** Ce thème a fait l'objet de deux séances. Elles ont permis de présenter aux participants la matière et les processus traités dans le manuel produit conjointement par EngenderHealth et l'AMDD, *Emergency Obstetric Care: Leadership Manual for improving the Quality of Services* et le supplément qui l'accompagne *Toolbook for Improving the Quality of Services*. Les participants ont également eu la possibilité de faire un exercice sur la «préparation» à prendre en charge une urgence.

**Audit** Les deux sessions sur les audits médicaux ont suscité beaucoup d'intérêt, preuve en est que les participants ont rajouté des lignes au bas de la feuille d'inscription quand celle-ci était pleine. Après une rapide présentation, les participants ont pu se séparer en petits groupes pour travailler avec un facilitateur sur des sujets spécifiques qui peuvent faire l'objet d'une vérification. La responsable de la séance, Judith Fortney de Family Health International, et les autres facilitateurs ont encouragé les participants à «vérifier de petites choses» et à ne pas tenter de faire un audit des décès, qui exigerait un examen plus complet. Les participants ont pu prendre connaissance du projet AMDD intitulé *Audit Chartbook* (Judith Fortney, coordinatrice, avec des contributions de Patricia Bailey, Elizabeth Goodburn, Barbara Kwast, Bridget Money Penny).

**Documentation et communication** Les consultantes Nadia Hijab et Czikus Carriere ont organisé sept séances sur ce sujet. Après une courte présentation en PowerPoint, les participants ont choisi l'un des trois objectifs possibles – reproduction de leurs projets, communication des enseignements tirés ou influence sur les politiques. Ils ont expliqué les raisons qui les ont poussés à choisir un objectif, ce qui leur a permis de clarifier leurs buts. Ensuite, ils ont fait la liste du type de documentation nécessaire pour atteindre l'objectif choisi; ils ont dit si cette documentation était déjà préparée dans le cadre de leurs tâches quotidiennes ou s'ils avaient besoin de documentation supplémentaire. Puis, les participants ont identifié le public à cibler compte tenu de l'objectif choisi et le meilleur moyen de communication à utiliser pour atteindre ce public. Le plus difficile lors de ces séances a souvent été de définir clairement l'objectif et il y a eu beaucoup de tâtonnements entre l'objectif, le type de documentation nécessaire et le public visé.

**Fournitures et équipements** Deux séances ont été organisées pour débattre d'un problème courant, qui a un impact sur la mise en œuvre d'un projet – les difficultés à obtenir les fournitures et les équipements en temps voulu. Dans certains cas, les prestataires de services suivent une formation sur des procédures spécifiques mais l'équipement n'arrive que plusieurs mois plus tard. Entre-temps, les compétences acquises sont oubliées. Sous la direction de Lucille Pilling de Lucena, les participants ont travaillé sur des études de cas extraites de projets AMDD pour trouver des moyens d'éliminer les frustrations liées à la gestion de l'approvisionnement et de la logistique.

**Rénovation des établissements** Ces deux sessions interactives ont eu pour but de mieux comprendre le terme rénovation, qui ne se limite pas à donner un coup de peinture et à refaire les plâtres, mais qui comprend aussi, par exemple, l'agencement

des salles, le sens de la circulation entre les salles et le choix de la finition des surfaces. David Potter (Bureau de projets architecturaux au Népal) et Edith Abreu (administratrice auprès de l'AMDD) dirigeaient les débats. Ils ont invité les participants à discuter, en le considérant d'un œil critique, de l'agencement des salles dans un établissement de SOU qui envisageait de faire des rénovations. Puis, le même agencement a été présenté après apport de petits changements structurels, pour démontrer comment utiliser efficacement l'espace et comment améliorer les services.

**Prévention des infections** Ces deux séances ont permis de présenter le manuel sur la prévention des infections publié par EngenderHealth, le CD-ROM et le supplément sur les pratiques de prévention des infections lors des soins obstétricaux d'urgence. Les participants ont été invités à identifier les différences entre les pratiques en cours et les pratiques recommandées.

\*\*\*

Dans le cadre des mesures visant à faciliter la mise en œuvre, les équipes de projet ont pu se réunir et discuter avec le responsable du suivi de leur projet AMDD. Des représentantes d'associations féminines et des lauréats de subventions accordées par le Programme AMDD du Leadership se sont également réunis. En tout, 22 réunions de ce type ont été organisées à l'heure du petit-déjeuner et du déjeuner.

En outre, comme à Marrakech, les équipes ont exposé les progrès accomplis dans leurs pays. L'exposition, qui regroupait 27 présentations d'affiches, provoqua des discussions animées et des échanges de données d'expérience. Au nombre des partenaires AMDD qui ont présenté leurs travaux, on peut citer des équipes des organisations et des pays suivants : Bangladesh, Bhoutan, Consortium Reproductive Health for Refugees (RHR), Éthiopie, FNUAP Afrique de l'Ouest, FNUAP Inde, Groupe des femmes, Mali, Maroc, Mozambique, Népal, Nicaragua, Pakistan, Pérou, Réseau régional pour la prévention de la mortalité maternelle (RPMM), Rwanda, Sri Lanka, Tadjikistan, Tanzanie, UNICEF Inde et Viet Nam. Les lauréats des subventions du Programme du Leadership ont également présenté des affiches : hôpital Asha Kiran, Pakistan; Comprehensive Rural Health Project, Inde; hôpital Emmanuel, Inde; hôpital EPC de Metet, Cameroun; hôpital Kurni Christian, Pakistan; Shimantik, Bangladesh; et hôpital Solu, Népal.

### **3. Questions politiques importantes et domaines nouveaux : plénières et tables rondes**

*«La grossesse et la santé sont des droits fondamentaux et dans la situation actuelle, les femmes continueront à mourir si nous n'appliquons pas des stratégies et des solutions pratiques et réalistes.»*

Professeur Tipu Sultan  
Doyen, Faculté d'anesthésiologie

Des questions politiques importantes relatives aux SOU ont été abordées au cours de deux séances plénières : la question de savoir «qui peut faire quoi» en termes de prestations de services, et l'élargissement des projets. Deux tables rondes ont permis d'aborder le nouvel engagement international à traiter la fistule et à prodiguer des services de SOU aux réfugiés.

**Services de SOU : qui peut faire quoi** Quatre participants ont évoqué la question épineuse de savoir si des procédures médicales pouvaient être exécutées par un personnel qualifié autre que les obstétriciens et les anesthésistes lors de la plénière présidée par le Dr Rosenfield.

Le ministre mozambicain de la santé, le Dr Francisco Songane, qui est obstétricien-gynécologue, a décrit l'expérience couronnée de succès de son pays. Le Mozambique fait appel à des assistants médicaux comme les techniciens chirurgicaux pour pallier la pénurie de chirurgiens et d'obstétriciens. Le Mozambique a pu envoyer 41 techniciens chirurgicaux sur le terrain depuis 1984 contre 17 obstétriciens depuis 1975. Une étude comparative des césariennes effectuées par les techniciens chirurgicaux et par les obstétriciens a révélé que les complications après une grosse opération obstétrique étaient identiques pour les deux groupes.

Le Dr Tipu Sultan, doyen de la faculté d'anesthésiologie du Collège de médecine et de chirurgie (Pakistan), a parlé de la délégation des services d'anesthésie lors de l'administration des SOU à des médecins, sages-femmes et infirmières qualifiés, en avançant les raisons suivantes : «Il faut de 2 à 4 ans pour former un anesthésiste spécialisé; la majorité des pays qui ont des ressources limitées manquent d'anesthésistes; des gens qui ne sont pas des anesthésistes spécialisés peuvent sans danger administrer une anesthésie lors des SOU.» Le Pakistan, par exemple, compte un anesthésiste pour 160 000 personnes.

Lynn Freedman a parlé de la dimension «droits de l'homme» de la pénurie de SOU; elle a déclaré, «Nous devons abandonner la perspective clinique qui permet de se demander, 'quel sont les meilleures compétences que je peux réunir pour m'assurer que cette personne va survivre' pour faire face à la réalité du système de soins qui va desservir l'ensemble de la population – ceux qui sont hospitalisés et ceux qui ne le sont pas.»

Angela Kamara, Directrice du Réseau régional pour la prévention de la mortalité maternelle (RPMM), a discuté du rôle de la sage-femme dans le traitement des hémorragies post-partum, de la dystocie d'obstacle, de la septicémie, de l'éclampsie et de l'avortement. Elle a parlé du débat et de la controverse sur «qui fait quoi», ainsi que du rejet des sages-femmes par une profession médicale qui «protège son territoire». Cependant, en Afrique, lorsque des urgences se présentent, les médecins sont rarement présents, surtout dans les zones rurales. Ce débat porte spécifiquement sur l'élimination manuelle du placenta et sur l'aspiration. Les médecins oublient que ce sont souvent les sages-femmes qui leur enseignent ces procédures quand ils sont internes.

Pour elle, le problème est simple : «Une sage-femme peut faire le travail pour lequel elle a été formée.»

**Élargissement** Le Dr Adetokunbo Lucas, qui soutient depuis longtemps l'action visant à prévenir la mortalité maternelle et qui est membre du Conseil consultatif stratégique du Programme Bill et Melinda Gates de vaccins pour l'enfant et conseiller de haut niveau auprès de l'AMDD, a présidé la plénière sur les expériences nationales d'élargissement des initiatives.

Le Dr Georges Georgi, représentant du FNUAP au Mozambique, a passé en revue les efforts visant à fournir des soins obstétricaux dans la province du Zambezia en 1995 et le projet soutenu par l'AMDD lancé dans la province de Sofala en 2000. La vigueur de l'engagement national peut se mesurer à la stratégie nationale de lutte contre la mortalité maternelle, qui portera essentiellement sur les SOU, et à l'ampleur des recherches en cours sur le terrain. Les plans visant à étendre la couverture à trois autres provinces supposeront une coopération avec l'UNICEF, le DFID et d'autres donateurs.

Le Dr Edmund Browne, Coordonnateur de Programme du RPMM, a discuté de l'effet de ricochet du RPMM, qui a commencé par constituer des équipes dans trois pays d'Afrique de l'Ouest et compte aujourd'hui 20 équipes dans des pays d'Afrique subsaharienne. Le RPMM s'étend également à l'intérieur des pays. En Guinée, par exemple, l'initiative qui n'était appliquée que dans un seul district en couvre cinq aujourd'hui et il est prévu de l'étendre à cinq autres districts. Les leçons tirées en matière de consolidation et de durabilité révèlent «la nécessité d'avoir un groupe d'individus et d'experts motivés et dévoués pour que la flamme de la PMM reste vive dans le pays», d'exercer un suivi ininterrompu, sans quoi «la qualité et l'effet à long terme des interventions diminueront», et de maintenir le cap. En deux mots, «Voyez grand, commencez petit et agissez immédiatement pour progresser!»

Susan Otchere de Save the Children a fait la liste des éléments nécessaires pour reproduire les projets : «Bonne évaluation et documentation sur l'impact; évaluation des coûts/ressources nécessaires pour mettre en place des SOU de qualité; diffusion aux organes d'établissement des politiques et d'orientation des programmes et partage des expériences.» Elle a fait valoir que les premières activités du programme avaient ciblé la communauté et qu'aujourd'hui, la demande de services plus efficaces est bien réelle : «Notre expérience avec des collègues du terrain et l'AMDD indique que nous devons travailler sur la qualité [des soins] et pas seulement sur la demande – nous sommes bien placés pour explorer et garantir les liens entre la communauté et l'établissement.»

Agatha Pratt, qui dirige la Section de la santé à l'UNICEF Népal, a fait remarquer que l'élargissement à l'échelon national exigeait d'accorder de l'attention à la technologie (y compris aux systèmes d'établissement des rapports et aux audits), à la gestion et aux droits. L'élargissement à plusieurs pays repose sur l'investissement dans des partenariats et l'échange de connaissances et d'expériences.

**Personnes déplacées et SOU** Susan Purdin, qui travaille à l'Université de Columbia et est conseillère technique sur le suivi et l'évaluation auprès du Consortium RHR, a animé la table ronde du RHR, qui a regroupé six personnes, pour parler des problèmes douloureux et des difficultés d'accès aux SOU pendant les conflits. Sandra Krause, Directrice du Programme de santé de la reproduction du RHR, a examiné la situation actuelle des réfugiés et des personnes déplacées, la priorité du RHR, et le module sur les services minimums de départ qui a été préparé pour soutenir les travaux sur le terrain, en accordant une attention prioritaire à la mortalité et à la morbidité maternelles.

Henia Dakkak, conseillère technique sur les urgences obstétriques, a parlé de l'absence de coordination et de coopération entre les principaux acteurs, en particulier en termes de SOU, et du manque d'intégration de la santé de la reproduction dans les services fournis dans les zones en conflit. Elle a aussi examiné des questions liées à la sécurité, au personnel, à l'infrastructure, ainsi que les obstacles qui limitent l'accès.

*«J'étais seule. Je n'avais pas de famille et je suis une femme...*

*Je devais vivre à l'arrière du camp, là où c'est dangereux, loin des dispensaires et de la distribution. Personne ne me parlait.»*

Propos rapporté par le personnel du Comité international de secours

Yvonne Harding de la Marie Stopes Society en Sierra Leone et Cynthia Maung du dispensaire Me Tao situé à la frontière entre la Thaïlande et la Birmanie, ainsi que Mary Odhiambo de l'American Refugee Committee au Liberia, ont donné d'autres points de vue du terrain. Ensuite, Susan Rae Ross a parlé de l'expérience de CARE sur le terrain et elle a souligné les similarités et les différences entre les secours et les travaux de développement.

**Le défi de la réparation de la fistule vésico-vaginale** Une table ronde spéciale a été consacrée au problème de la fistule obstétrique, un passage anormal entre le vagin et la vessie ou le rectum, généralement provoqué par une dystocie d'obstacle prolongée et non traitée. France Donnay présidait la table ronde en sa qualité de chef par intérim du Service de santé en matière de reproduction, Division de l'appui technique, FNUAP. Ruth Kennedy, coordonnatrice de liaison à l'Addis-Abeba Fistula Hospital, a parlé de l'élargissement des services et des programmes de formation dans cet hôpital. Le Dr Festus Ilako, administrateur d'un Programme de sensibilisation des spécialistes auprès de la Fondation africaine sur la recherche médicale, a décrit l'aide technique fournie aux hôpitaux ruraux de plusieurs pays d'Afrique. L'AMDD coopère avec les trois organismes sur des programmes de réparation de la fistule.

#### **4. L'AMDD : un mouvement mondial en expansion**

Outre les partenaires techniques et de projets actuels de l'AMDD, des représentants de toute une gamme d'institutions et d'organisations ont participé à l'atelier, ce qui prouve que le mouvement mondial visant à éviter la mortalité et la morbidité maternelles grâce aux SOU est en pleine expansion. Ces participants représentaient des gouvernements,

des organismes de développement, des universités, des hôpitaux et des organisations non gouvernementales. Une liste restreinte des gouvernements et des organisations qui ont participé à l'atelier figure à l'annexe 1.

Les partenaires ont discuté des moyens d'élargir le Programme de SOU à l'avenir. Les points retenus sont les suivants :

- Aller de l'avant par rapport à la situation actuelle (mise en œuvre) pour décider ce que nous voulons (changement politique et diffusion des méthodes novatrices).
- Se fonder sur cette alliance comme moyen d'action politique et stratégique, d'autant plus que l'un des objectifs adoptés par l'ONU pour la décennie dans la Déclaration du Millénaire porte sur la réduction de la mortalité maternelle.
- Élargir l'utilisation des indicateurs de processus pour mesurer les progrès accomplis en termes de disponibilité, d'utilisation et de qualité des services de SOU.
- S'appuyer sur l'expérience des autres organisations en forgeant et en maintenant une alliance, par exemple en réglant les questions de représentation, même de distribution des crédits, pour s'assurer du succès, et en adoptant des objectifs communs.
- Renforcer l'action commune et parler d'une seule voix.

Le dernier point a été le suivant : la viabilité des programmes visant à éviter la mortalité et la morbidité maternelles doit être garantie. Autrement, «rien ne changera sur le terrain».

## Annexe 1

### Liste restreinte des gouvernements et des organisations représentés à l'atelier de Bangkok

#### *Représentants de ministères et de départements gouvernementaux de la santé*

Afghanistan, Bangladesh, Cameroun, Éthiopie, Inde, Mali, Maroc, Mozambique, Népal, Nicaragua, Niger, Pakistan, Rwanda, Sri Lanka, Tanzanie, Zimbabwe

#### *Directeurs d'hôpitaux ou personnel hospitalier*

Bangladesh, Bhoutan, Éthiopie, Inde, Mali, Népal, Pakistan, Pérou, Tchad

#### *Organisations de développement, fondations*

La Fondation Bill et Melinda Gates, CARE, DFID, EngenderHealth, Family Health International, Hesperian Foundation, John Snow International, Regional Prevention of Maternal Mortality Network, Consortium Reproductive Health for Refugees (RHR), PATH, Save the Children, FNUAP, UNICEF

#### *Universités, écoles de médecine*

Aga Khan University, Afghanistan; College of Physicians and Surgeons, Pakistan; Dhaka Medical College Hospital, Bangladesh; Dow Medical College, Pakistan; Hue University, Vietnam; John Hopkins University; London School of Hygiene and Tropical Medicine; N.R.S. Medical College, Bangladesh; FR des sciences médicales de Cocody, Côte d'Ivoire; University of Aberdeen, Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment, Royaume-Uni; Columbia University, États-Unis

#### *Associations professionnelles, instituts, ONG*

African Medical and Research Foundation, Kenya; Asha Kiran Hospital Association, Inde; Centre for Women's Health & Information (CEWHIN), Nigéria; Centro de la Mujer Peruana Flora Tristan, Pérou; Emmanuel Hospital Association, Inde; FIGO (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique); FOGSI, Inde; Indian Institute of Management; Jamkhed Maharashtra, Inde; Kunri Christian Hospital, Pakistan; Likhaan, Philippines; National Committee on Maternal Health, Pakistan; Société népalaise de gynécologie et d'obstétrique; Réseaux d'ONG pour la santé; Hôpital presbytérien, Cameroun; Shimantik Urban Primary Health Care Project, Bangladesh; SENDAS, Équateur; Shirkat Gah, Pakistan; Société d'obstétrique et de gynécologie du Bangladesh

## Annexe 2

### Outils et ressources AMDD distribués à Bangkok

Présentation en PowerPoint sur la *Documentation et communication* créée par Czikus Carriere et Nadia Hijab. Disponible en anglais, espagnol et français.

Manuel et CD-ROM sur la prévention des infections produits par EngenderHealth; et le supplément sur les pratiques de prévention des infections lors des soins obstétriques d'urgence (projet) produit conjointement par EngenderHealth et l'AMDD.

FNUAP et AMDD, *Réduire les décès maternels : choisir les priorités, suivre les progrès*, cours d'enseignement à distance sur des questions de population, Turin, École des cadres des Nations Unies, 2002.

#### Matériels en préparation distribués

*(Almost) Everything You Want to Know about Using the UN Process Indicators of Emergency Obstetric Services: Questions and Answers*, Anne Paxton, administratrice principale de programmes, suivi et évaluation, AMDD; Deborah Maine, directrice du programme AMDD; Nadia Hijab, consultante; 2002.

*Audit Chartbook*, Judith Fortney, coordonnatrice; avec des contributions de Patricia Bailey, Elizabeth Goodburn, Barbara Kwast, Bridget Money Penny.

*Emergency Obstetric Care: Leadership Manual for improving the Quality of Services* et le manuel qui l'accompagne *Toolbook for Improving the Quality of Services*, publié conjointement par l'AMDD et EngenderHealth.

*EmOC Curriculum*, préparé par le Programme de santé maternelle et néonatale du JHPIEGO. Module de formation sur des projets préliminaires préparés par le Dr Sadiqua Jaffrey, Mme Imtiaz Kamal et le professeur Tipu Sultan. Le Dr Gill a facilité le processus.

*AMDD Orientation du programme: Matériel d'autoformation*, présentation en PowerPoint créée par Nadia Hijab et Czikus Carriere (disponible en anglais à Bangkok, traductions française et espagnole commanditées).

Pour obtenir des exemplaires du matériel ci-dessus, prendre contact avec  
[amdd@columbia.edu](mailto:amdd@columbia.edu)

Les présentations lors des plénières et des tables rondes sont disponibles sur le site de l'AMDD à l'adresse suivante <http://www.amdd.hs.columbia.edu/>