



REPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE

DIRECTIVES TECHNIQUES DE LA SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET RÉPONSES (SDMR)

PORT-AU-PRINCE, HAÏTI

JUILLET 2018

**Adapté à partir du *Guide technique de Surveillance des décès maternels* de l'Organisation
Mondiale de la Santé (OMS). 2013.**

Production : Direction de la Santé de la Famille (DSF)
Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP)
Port-au-Prince, Haïti
Juillet 2018

Acronymes

ASCP	Agents de santé communautaire polyvalents
ASEC	Assemblée de la section communale
AV	Autopsie verbale
CASEC	Conseil d'administration de la section communale
CD	Coordonnateur départemental
CDC	Center for Diseases Control
CI	Coordonnateur institutionnel
CCS	Centre communautaire de santé
CS	Centre de santé
DELR	Direction d'Épidémiologie, de Laboratoires de Recherche
DSF	Direction de la Santé de la Famille
FAP	Femmes en âge de procréer
MSP	Ministère de la Santé publique et de la Population
OCB	Organisation communautaire de base
OPS/OMS	Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé
RDM	Revue des décès maternels
SDMR	Surveillance des décès maternels et Réponses
SHOG	Société Haïtienne d'Obstétrique et de Gynécologie
SIS	Système d'Information Sanitaire
UEP	Unité d'Études et de Programmation
UGP/PEPFAR	Unité de gestion des programmes/President's Emergency Plan for AIDS Relief
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development - Agence des États Unis pour le Développement International

Remerciements

Les **Directives techniques de la Surveillance des Décès Maternels et Réponses (SDMR)** ont été développées par la Direction de la Santé de la Famille (DSF) du Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) avec l'appui d'un Comité technique composé du personnel technique de la DSF, de la Direction d'Épidémiologie, de Laboratoires, de Recherche (DERL) et de l'Unité d'Études et de Programmation (UEP) du MSPP ; des représentants de : MCSP/Jhpiego, de l'Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé (OPS/OMS), de l'USAID, des Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies (CDC), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), de l'Unité de Gestion des Programmes/PEPFAR (UGP/PEPFAR), de la Société Haïtienne d'Obstétrique et de Gynécologie (SHOG). Le MSPP tient à manifester sa gratitude à tous les membres ayant participé à ce comité technique pour leur contribution et leur expertise.

Comité technique

1. Dr Reynold Grand Pierre : DSF /MSPP
2. Narcisse Thermidor : DSF/ MSPP
3. Mme Rose Florie Thelisma : DSF/MSPP
4. Dr Ephene Emmanuel : DSF/MSPP
5. Dr Jean Claude Fanfan : DSF/MSPP
6. Dr Joan Lysias : DSF/MSPP
7. Mme Gislhaine Desinor D'Alexis : DSF /MSPP
8. Dr Marc Henry Pierre François : DPDH /MSPP
9. Dr Paul Adrien : DERL/ MSPP
10. Mme Daniella Azor : DERL/MSPP
11. Dr Jean Patrick Alfred : UEP/MSPP
12. Dr Florence Placide : UEP/MSPP
13. M. Roody Thermidor : UEP/MSPP
14. M. Stanley Joseph : UEP/MSPP
15. Mme Martine Bernier : OPS/OMS
16. Dr Evelyne Degraff : OPS/OMS
17. Dr Iloko Fundi Maximilien : OPS/OMS
18. Dr Ceremy Fertil : USAID
19. Dr Daniel Lauture : UGP/PEPFAR
20. Dr Daniel Charles : UGP/PEPFAR
21. Dr Endang Handzel : CDC/ Atlanta
22. Mme Eve Brecker : CDC/Atlanta
23. Mme Erin Gower : CDC/Atlanta
24. Dr Reginald Jean Louis : CDC
25. Dr Stanley Juin : CDC
26. Dr Lucito Jeannis : Jhpiego
27. Dr Rachel Labbé Coq : MCSP/Jhpiego

- 28. Mme Marie Patrice Honoré : MCSP/Jhpiego
- 29. Dr Floris Nesi : MCSP/Jhpiego
- 30. Dr Yves Thermidor : UNFPA
- 31. M. Widner Moise : ONUSIDA
- 32. Dr Vladimir Larsen : SHOG
- 33. Dr Ronald Fouché : SHOG
- 34. Dr Gianni DeCastro : PROFAMIL
- 35. Dr Edvard Tassy : PROFAMIL
- 36. Dr Ronald Altidor : UNICEF

Des remerciements particuliers vont aussi aux directeurs médicaux et au personnel de soins des institutions qui ont facilité la collecte de données, et qui nous ont gentiment accueillis dans leurs structures de santé durant la phase pilote ayant conduit à l'élaboration de cet outil.

Table des matières

Acronymes	3
Remerciements	4
Préface	7
À qui s'adressent ces directives ?	8
Sommaire Exécutif	9
Introduction	10
1. Contexte.....	11
2. Aperçu général de la SDMR	13
3. Justification	15
4. But et objectifs.....	15
5. Mise en œuvre du Système de Surveillance de décès maternels et Réponse	17
5.1 NIVEAU COMMUNAUTAIRE.....	19
5.1.1 Ressources humaines impliquées et leurs rôles	19
5.1.2 Etapes de la SDMR au niveau communautaire.....	20
5.1.3 Outils pour réaliser la SDMR au niveau communautaire	21
5.2 NIVEAU INSTITUTIONNEL.....	22
5.2.1 Ressources humaines impliquées et leurs rôles	22
5.2.2 Etapes de la SDMR au niveau institutionnel.....	24
5.2.3 Outils pour réaliser la SDMR au niveau institutionnel.....	29
5.3 NIVEAU DÉPARTEMENTAL	30
5.3.1 Composition et mandat du Comité départemental	30
5.3.2 Réalisation de l'autopsie verbale	31
5.3.3 Réponse départementale	31
5.3.4 Outils pour réaliser la SDMR au niveau départemental	32
5.4 NIVEAU NATIONAL.....	33
5.4.1 Comité National	33
5.4.2 Comité de Revue Nationale	33
6. Prérequis à l'implantation de la SDMR	35
6.1 Formation.....	35
6.2 Matériels	35
6.3 Analyse Situationnelle et Evaluation des besoins	35
7. SUIVI ET EVALUATION DU SYSTEME SDMR	37
Bibliographie	38
Annexes - Formulaires	39
Niveau communautaire	40
Niveau institutionnel	44
Niveau départemental.....	59

Préface

La Santé de la femme et de la mère constitue l'une des priorités du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et elle représente un indice de développement socio-économique du pays. La grossesse est une étape importante de la vie de la mère, porteuse de grande joie et d'espérance. Mais pour certaines femmes, elle peut conduire à des issues non souhaitées allant de l'invalidité jusqu'à la mort. La majorité de ces décès enregistrés peut être évitée si les informations sont collectées et utilisées en temps réel pour une bonne prise de décisions. L'une des stratégies les plus efficaces reconnues mondialement pour l'atteinte des objectifs de réduction de la mortalité maternelle demeure la Surveillance des Décès Maternels et Réponses (SDMR). Le MSPP, dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique nationale de santé, priorise cette nouvelle approche; mais la réalisation effective de cette stratégie nécessite une participation multisectorielle incluant les autres secteurs du gouvernement et la société civile.

De par sa nature, la SDMR n'est ni un projet ni un programme. C'est une stratégie innovante qui permet d'enregistrer chaque décès maternel tant au niveau communautaire qu'au niveau institutionnel et d'en identifier les causes. Elle permet de combler les écarts existants pouvant nuire aux bonnes pratiques professionnelles. De ce fait, elle se veut un instrument d'évaluation permanente du continuum des soins et services en Santé Sexuelle et Reproductive.

Je souhaite que ces « directives techniques de la surveillance des décès maternels et réponses » puissent servir d'orientation aux prestataires œuvrant à tous les échelons du système sanitaire haïtien pour nous permettre de disposer en bout de ligne de données fiables permettant d'apporter les réponses adéquates pour réduire le taux élevé de mortalité maternelle évitable.


Dr Marie Gréta ROY CLEMENT

Ministre de la Santé Publique et de la Population



À qui s'adressent ces directives ?

Les Directives techniques de la Surveillance des décès maternels et Réponses (SDMR) sont destinées aux responsables de programme, aux gestionnaires, aux directeurs des institutions sanitaires, aux prestataires de soins et aux partenaires travaillant dans le secteur de la santé maternelle et néonatale qui s'efforcent d'améliorer la qualité des soins fournis. Pour l'adoption d'un tel système aux niveaux local et national, les différents groupes suscités devront avoir l'autorité et la volonté de prendre des mesures correctives en se basant sur des résultats issus des stratégies utilisées pour améliorer la santé maternelle. Pour ce faire, le Ministère doit pourvoir les professionnels en moyens d'évaluer de façon critique les pratiques en cours et le cas échéant de les changer. Il est important que les acteurs du système participent activement à la mise en œuvre des changements recommandés au cours du processus dont le but ultime est la réduction significative de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Sommaire Exécutif

Chaque année en Haïti, des centaines de femmes meurent suite aux complications évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. Le ratio national de mortalité maternelle nationale est cinq fois supérieur à celui prévu dans les Objectifs de développement durable des Nations Unies. Construire un système qui surveille ces décès en temps réel peut aider à identifier les facteurs sous-jacents qui conduisent à la mortalité maternelle, orienter les processus de prise de décision, formuler des recommandations et améliorer le système de soins de santé pour éviter les décès futurs. Le Système de Surveillance des décès maternels et Réponses (SDMR) est un modèle bien structuré ; il vise à prévenir des décès maternels et à assurer l'amélioration de la qualité des soins grâce à la diffusion et l'utilisation de l'information pour la prise de décisions appropriées.

L'objectif principal de la SDMR est d'éliminer la mortalité maternelle évitable en obtenant et en utilisant de manière stratégique les renseignements pour guider les mesures de santé publique et en contrôlant leur portée.

Les objectifs globaux de la SDMR visent à compter chaque décès maternel permettant d'évaluer la véritable ampleur de la mortalité maternelle. Ils visent aussi à identifier les déterminants de cette mortalité, orienter de manière efficace les mesures immédiates et à long terme, évaluer l'impact de ces mesures utilisées.

L'ampleur de la mortalité maternelle porte les décideurs politiques à lui accorder l'attention nécessaire en vue d'une réponse appropriée. Seul une collecte efficace des données permet de mesurer le problème, d'assurer le suivi évolutif et de comparer les résultats finaux. Les données statistiques fiables permettront de prendre des décisions basées sur l'évidence. Or, le concept « basé sur l'évidence » est actuellement la plus grande trouvaille pour le succès des procédures.

Comme point de départ, tous les décès maternels dans les établissements de santé doivent être identifiés, notifiés, rapportés, examinés et doivent également conduire à l'adoption de mesures conformes visant à prévenir les futurs décès. Le renforcement du contrôle de la mortalité maternelle en travaillant à l'identification de tous les cas de décès est impératif ; sans la mesure du ratio mortalité maternelle, on ne saura pas si les interventions menées sont justes et effectivement capables de réduire le nombre de décès.

Introduction

Le décès maternel est un problème de santé mondiale souvent évitable qui affecte à la fois les pays développés et ceux en voie de développement. Il constitue une préoccupation si importante que l'Organisation des Nations Unies (ONU) a renouvelé son engagement pour qu'aucun pays au monde n'ait un taux de mortalité maternelle supérieur à 70 pour 100,000 naissances vivantes d'ici 2030 (Nations Unies, 2015). Atteindre ce but est un défi particulier pour les pays à ressources limitées souvent gênés par le déficit dans leurs systèmes de transport et leurs ressources médicales inadéquates. Ces deux déterminants sont nécessaires pour fournir un accès adéquat aux services ainsi que des soins de qualité en général et des soins de santé obstétricaux et prénataux en particulier.

Mesurer la mortalité maternelle est une tâche difficile en raison de la faiblesse du système national d'enregistrement des naissances et des décès. Développer des stratégies basées sur des données fiables requiert un système fonctionnel et fiable d'information sur les mortalités et sur la cause de ces décès. La Surveillance des Décès Maternels et Réponses (SDMR) fournit des informations importantes pour motiver et guider les actions afin de prévenir les futurs décès maternels et améliorer le comptage des décès. La mise en œuvre du SDMR en Haïti peut aider l'Etat haïtien à atteindre l'objectif de l'ONU en fournissant des informations plus exhaustives à partir desquelles les décisions de santé au niveau national seront prises.

La SDMR est une forme de surveillance continue liant le système d'information de santé et le processus d'amélioration de la qualité au niveau local et au niveau national. Elle comprend l'identification de routine, la notification, la quantification et l'investigation des causes et les mesures de prévention de tous les décès maternels, ainsi que l'utilisation de ces informations afin de répondre par des actions préventives. L'élimination des décès maternels évitables est le but du SDMR.

Le "R" met l'accent sur la réponse – la composante action de la surveillance. La SDMR souligne le besoin crucial de répondre à chaque décès maternel. Chaque décès fournit des informations qui, si des actions sont prises, peuvent empêcher de futurs décès. La SDMR met l'accent sur la relation entre l'information et la réponse. De plus, la notification de chaque décès maternel permet de calculer le ratio de la mortalité maternelle et d'assurer le suivi de la tendance en temps réel tout en fournissant aux pays les informations relatives à l'efficacité de leurs interventions.

1. Contexte

La santé comme la mortalité dépendent de plusieurs déterminants aussi bien économiques, politiques, biologiques, environnementaux, culturels que sociaux. Les chercheurs et les responsables programmatiques essayent de classer et de relier les types de variables selon leur nature : sociale, économique, environnementale, biologique.

La situation en Haïti est particulièrement préoccupante puisque selon les statistiques du Système d'Information Sanitaire du MSPP, le taux de mortalité maternelle serait de 157/100,000 naissances vivantes (données institutionnelles, MSPP 2015) ou de 350 selon les indicateurs de base de l'OMS (2015), voire de 529/100,000 suivant l'EMMUS 2017. Il est à noter que le taux d'accouchements institutionnels avoisine les 39% (EMMUS VI 2017) et l'accès aux services de santé est toujours difficile.

La mortalité aux âges reproductifs des femmes est due en grande partie à la qualité, l'accessibilité, la disponibilité des soins qui entourent l'accouchement et les complications dues aux avortements. Les déterminants socio-culturels de la mortalité constituent aussi des facteurs favorisant et peuvent avoir un impact sur la mise en œuvre de la SDMR. En effet, cette dernière peut se heurter à des pratiques sociales et culturelles propres à certains milieux. Ces pratiques peuvent être liées à des coutumes dans la façon d'appréhender la mort, la gestion du cadavre et des funérailles et qui peuvent être difficiles à modifier (ex. refus de partager les informations sur les circonstances du décès en raison de craintes liées à la magie, et aux tabous). À titre d'exemple également, citons la résidence urbaine ou rurale, les revenus du ménage, l'instruction de la mère, le niveau d'instruction du partenaire, l'influence des parents. Outre ces facteurs contextuels, il est important de tenir compte de toute une série de caractéristiques individuelles, appelées souvent caractéristiques sociodémographiques ou caractéristiques de l'hôte dans les études de mortalité et de santé. Ces caractéristiques sont fréquemment, si ce n'est pas toujours, source de variations systématiques de mortalité.

La déclaration des décès maternels tant au niveau institutionnel que communautaire n'est pas effectuée. La raison est que les causes de décès maternels montrent souvent des faiblesses du système de soins que les responsables hésitent à dévoiler. La mise en œuvre de la surveillance des décès maternels et réponses (SDMR) est donc une nécessité. Elle débouchera sur l'amélioration des connaissances des décideurs et des communautés sur les mécanismes de prévention des décès maternels de causes évitables.

La SDMR ne jouit d'aucune loi spécifique qui la favorise et même, l'encourage. En effet, « la législation régissant la SDMR est l'une des composantes de la législation sanitaire. Elle s'alimente au décret organique du MSPP, au décret portant organisation de l'Administration Centrale de l'Etat, au Recueil de Législation de l'hygiène publique en Haïti, à la Politique nationale de santé du MSPP et aux dispositions relatives à la surveillance épidémique ainsi qu'à d'autres références légales et réglementaires d'hygiène publique et de police sanitaire. L'article 36 du décret organique du MSPP du 17 novembre 2005, cité plus haut, légitime les actions de la Direction d'épidémiologie des laboratoires et de la Recherche (DELR) en matière de surveillance. Le décret-

loi de 1982 sur l'organisation communale, et la Politique nationale de santé du MSPP prescrivent des dispositions qui ouvrent les voies de l'identification, de la notification et de la surveillance en ce qui concerne les femmes en âge de procréer. Les références à la Politique nationale de santé permettent à la DELR de la rendre opérationnelle¹.

Par contre, aucune loi spécifique ne définit le décès maternel comme événement à déclaration obligatoire en Haïti présentement. La notification obligatoire pourrait souligner le fait que la mortalité maternelle est une priorité nationale dans laquelle chaque décès compte. Ainsi, un événement à déclaration obligatoire comme le décès maternel signifierait qu'il doit être signalé aux autorités sanitaires dans les 24 heures s'il a eu lieu dans un établissement de santé et idéalement dans les 48 heures, s'il a eu lieu au sein des communautés. Mais malheureusement, cela n'est pas encore le cas et nécessiterait de le devenir.

Le MSPP ayant pour mission de garantir le droit à la santé de la population et à l'accès universel aux soins, ne peut s'engager dans la surveillance de la mortalité maternelle et apporter des solutions durables sans l'appui inconditionnel des autres entités de l'Etat haïtien et de ses partenaires. Bien des documents ont été élaborés et adoptés, relatifs aux droits des populations à bénéficier des soins de qualité sur tout le territoire national. Cette symbiose vise également à améliorer les conditions de l'accouchement dans les maternités tout en assurant une qualité et une sécurité optimum dans les soins maternels et néonataux.

¹ Jasmin Me Marie-Claude L. *Rapport de consultation juridique accordée au Jhpiego sur le mécanisme de la mise en œuvre du cadre légal et réglementaire de la SDMR*. Février 2016.

2. Aperçu général de la SDMR

Le système SDMR est un cycle continu d'action conçu pour fournir des données exploitables en temps réel sur les niveaux de mortalité maternelle, les causes et les facteurs sous-jacents, en mettant l'accent sur l'utilisation des résultats pour mettre en œuvre des actions appropriées et efficaces. Il vise à identifier, notifier et analyser tous les décès maternels dans les communautés et les établissements de santé, fournissant ainsi des informations servant à mettre au point des interventions efficaces et fondées sur des données qui permettront de réduire la mortalité maternelle tout en évaluant leur impact.

Le cycle de la SDMR se compose de quatre étapes :

1. **L'identification et la notification en temps réel** : Identification des décès maternels présumés dans les établissements de santé (maternité et autres unités) et au sein des communautés, et notification immédiate de ceux-ci dans les 24 à 48 heures aux autorités compétentes.
2. **La revue des décès maternels** : Examen des facteurs médicaux et non médicaux qui ont conduit à la mort par des comités de SDMR; évaluation du caractère évitable des décès et formulation de recommandations pour prévenir les décès à l'avenir ; mise en œuvre immédiate des recommandations pertinentes ;
3. **L'analyse et l'interprétation des résultats globaux** : étape effectuée au niveau de la communauté, de l'institution dans le but de partager les conclusions aux niveaux départemental et national, les recommandations prioritaires d'actions nationales en fonction de l'ensemble des données.
4. **La réponse et l'action** : la mise en œuvre des recommandations formulées par le Comité de revue et de celles provenant de l'analyse des données globales. Les actions peuvent porter sur les problèmes à résoudre dans la communauté, dans les établissements de santé et au niveau multisectoriel. S'assurer du suivi et de l'application adéquate des recommandations prévues.

Figure : 1

Le Système de Surveillance des Décès Maternels et Réponse (SDMR) : un cycle d'action continu



Le cycle se poursuit avec l'identification et l'analyse des cas, une attention particulière étant portée à la question de savoir si les actions recommandées ont été mises en œuvre et si elles sont efficaces. Le suivi et l'évaluation du système de SDMR ont lieu afin d'améliorer la qualité et l'exhaustivité de l'information.

2.1 Définitions des cas

La dixième Classification Internationale des Maladies (CIM-10)² définit la mort maternelle comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ». Les décès maternels peuvent être classés en décès par cause obstétricale directe et décès par cause obstétricale indirecte.

Un décès maternel présumé se définit ici comme : « **le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours suivant son terme** ». Dans de nombreux contextes, la grossesse n'est pas confirmée avant le deuxième trimestre, ou avant qu'elle soit physiquement visible. Tout décès pour lequel on pressent une grossesse doit être notifié comme décès maternel présumé. Étant donné que le concept de « 42 jours ou 6 semaines » peut ne pas être bien compris, cette période devrait être prolongée à 2 ou 3 mois lors de la mise en place du système de notification des décès maternels présumés.

Selon les circonstances entourant le décès, l'identification d'un décès comme étant maternel est parfois difficile – en particulier pour les décès maternels indirects. Le comité de revue de la mortalité maternelle examinera les circonstances et confirmera le décès maternel (c'est-à-dire si la mort était « liée à la grossesse et sa prise en charge ou aggravée par elles »).

2.2 Conditions critiques de la SDMR

Les informations fournies par la SDMR peuvent améliorer la prise de conscience sur la mortalité maternelle au niveau de la communauté, du système de santé et à l'échelle intersectorielle, et conduire à des changements dans les pratiques au sein du public et parmi les prestataires de santé, ainsi qu'à la réaffectation des ressources à des activités qui préviendraient plus efficacement les décès maternels. La SDMR a besoin d'un environnement favorable, et de collaboration plutôt que de condamnation, pour parvenir à des conclusions et s'en servir pour l'action. Pour que la SDMR réussisse, il faudrait tenir compte des principes et conditions préalables suivants :

- Identification des « champions » (leaders d'opinion) de la SDMR au niveau de chaque département et au niveau de chaque principale institution de santé afin de créer un esprit « SDMR » et de mieux soutenir le processus et la motivation.
- Apprentissage collectif continu en vue de l'action à tous les niveaux : promouvoir le partage des responsabilités et l'esprit d'équipe ; introduire les principes et orientations de la SDMR dans les programmes de formation ; favoriser un apprentissage collectif pour l'action à différents niveaux, de la communauté aux systèmes de délivrance de soins.

² <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr>

Un cas de décès doit être médicalement certifié par un prestataire médical. Il doit remplir le certificat de décès et déterminer les causes qui ont conduit à celui-ci. Il est extrêmement important que la cause principale soit déterminée et enregistrée de manière précise dans le formulaire de décès. En effet, les statistiques de la mortalité se basent sur la cause principale de décès qui est définie par la maladie ou les dommages qui ont provoqué la séquence des événements conduisant directement à la mort.

- Optimisation des opportunités pour de meilleurs résultats : mettre au point une culture de redevabilité et de qualité des soins centrée sur l'amélioration continue des soins et services de santé ; améliorer la tenue des archives, la circulation des données, leur qualité et le système d'information en matière de gestion sanitaire ; renforcer les systèmes existants, y compris la surveillance de la grossesse ; mettre l'accent sur une meilleure compréhension de l'ampleur/du niveau des décès maternels au sein de la population.

3. Justification

La SMDR est justifiée par son utilité à :

- Fournir des informations relatives aux facteurs évitables contribuant aux décès maternels. Les données de service sur les causes de décès serviront à mener des actions cruciales à la prévention de décès similaires aux niveaux communautaire et institutionnel.
- Établir le cadre pour une évaluation précise de l'ampleur de la mortalité maternelle. Ce cadre permettra aux évaluateurs de mesurer avec plus de précision l'efficacité des interventions visant à réduire la mortalité maternelle. L'évidence des résultats pourra stimuler la responsabilité des décideurs à accorder au problème l'attention et les réponses qu'elle mérite.

4. But et objectifs

But : Eliminer les décès maternels évitables en collectant et en utilisant les données sur chaque décès maternel pour développer des actions basées sur l'évidence afin de prévenir les futurs décès, et d'assurer le suivi de l'impact des actions.

Objectifs principaux :

1. Fournir des informations guidant de manière efficace l'action devant conduire à l'élimination des décès maternels évitables au niveau des institutions de santé et dans la communauté.
2. Compter *chaque décès maternel*, permettant ainsi une évaluation de son ampleur et de l'impact des actions prises pour en réduire le nombre.

Objectifs spécifiques :

1. Recueillir des informations fiables sur les décès maternels, ce qui inclut :
 - Le nombre : identification et notification de tous les décès maternels
 - Les causes du décès ou facteurs favorables : revue des décès maternels à partir des dossiers institutionnels, autopsie verbale
2. Analyser et interpréter les données collectées, ceci inclut :
 - Les causes (médicales) des décès et les facteurs contributifs (qualité des soins, facteurs non médicaux) ;
 - La possibilité d'éviter les décès en faisant ressortir les facteurs qui peuvent être corrigés ;
 - Les facteurs de risque, groupes à haut risque et la cartographie des décès maternels ;
 - Les tendances des décès et de la mortalité maternelle ;

- Le contexte démographique et sociopolitique.
- 3. Utiliser les données pour formuler des recommandations fondées sur des évidences et conduisant à prendre des actions pour réduire la mortalité maternelle. Les recommandations peuvent inclure :
 - L'éducation et la participation communautaire ;
 - La référence en temps réel ;
 - L'accès et la prestation de service ;
 - La qualité des soins ;
 - Les besoins en formation du personnel de santé/ l'établissement des protocoles ;
 - Les réglementations et politique.
- 4. S'assurer que des actions soient prises à chaque niveau tout en faisant le suivi de la mise en œuvre des recommandations.
- 5. Partager les résultats et les recommandations au personnel de santé, aux décideurs et à la population en général.
- 6. Eclairer les programmes sur l'efficacité des interventions et leur impact sur la mortalité maternelle.
- 7. Améliorer les statistiques sur la mortalité maternelle et procéder à l'enregistrement de l'état civil complet et aux données des statistiques vitales.

5. Mise en œuvre du Système de Surveillance de décès maternels et Réponses

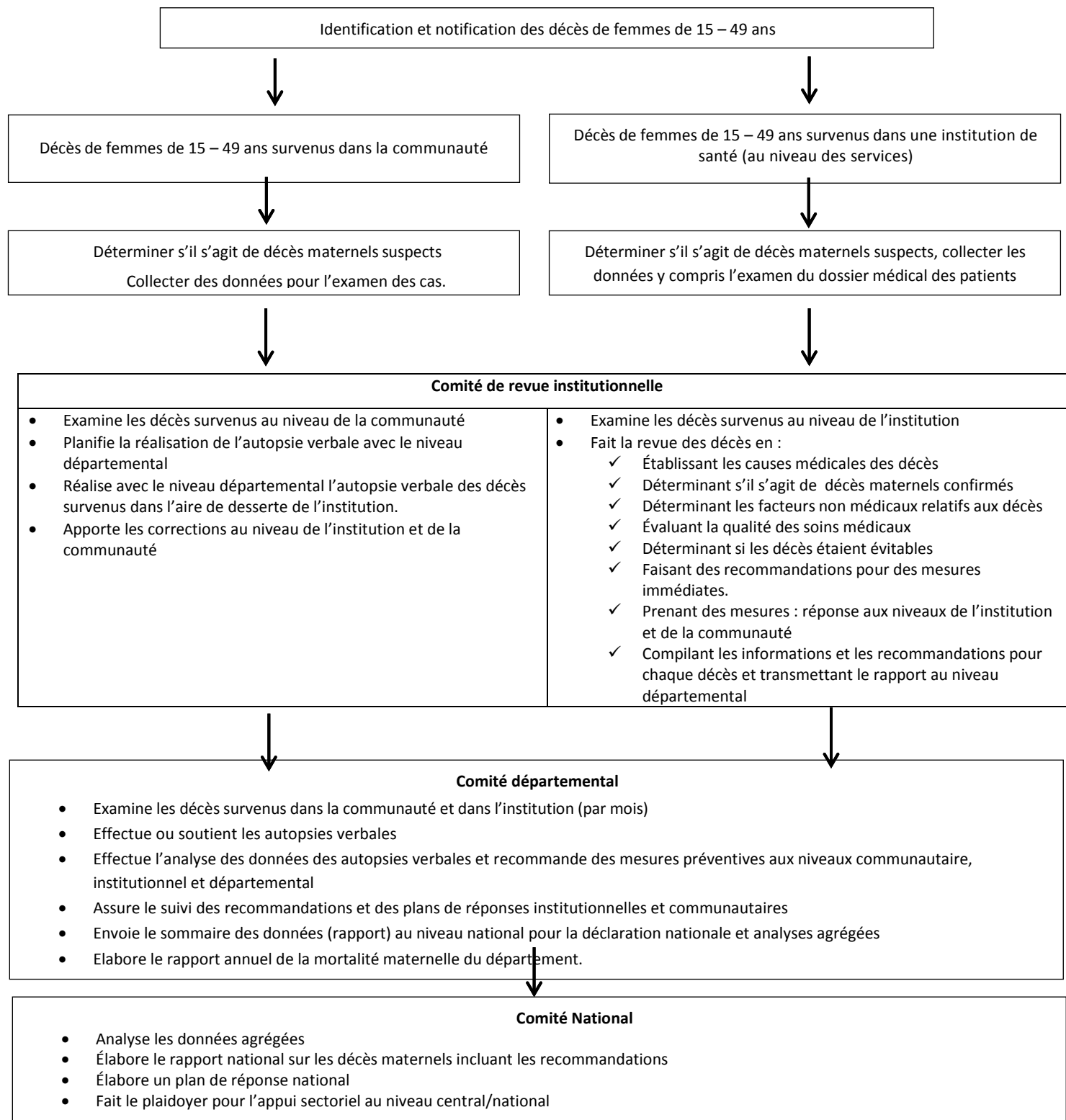
La mise en œuvre du Système de Surveillance des décès maternels efficace fait intervenir les différents niveaux, depuis la communauté, puis vers la structure de santé périphérique jusqu'au niveau national. L'expérience de l'utilisation de la surveillance a montré que pour une mise en œuvre réussie, il est important d'avoir des préalables nécessaires facilitant le déroulement harmonieux du processus. Ces préalables incluent les réponses aux questions suivantes :

- Quelles sont les étapes du système de surveillance des décès maternels et réponses qui doivent être réalisées ?
- Quels sont les acteurs impliqués ?
- Comment circule le flux de l'information ?

Cette partie du document est consacrée à la présentation du processus opérationnel, des ressources utilisées pour la mise en œuvre des différentes composantes du système de Surveillance des décès maternels, aux niveaux communautaire, institutionnel, départemental et national. Elle présente les modalités de mise en place du système de Surveillance des décès maternels. La figure suivante schématise le circuit de la SDMR.

Figure no. 1 - Circuit de la surveillance et réponse

Examen du décès maternel



5.1 NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Au niveau communautaire, tout décès maternel doit être identifié et notifié pour mettre en marche le cycle du système de surveillance et de réponse. Les supports d'information relatifs à l'identification des décès maternels sont disponibles en vue de retracer tous les décès particulièrement dans des zones peu accessibles. Ce niveau comprend 3 étapes du processus :

- a. L'identification
- b. La notification
- c. Les activités de réponse

5.1.1 Ressources humaines impliquées et leurs rôles

Les agents de santé communautaires polyvalents (ASCP) et leurs superviseurs sont les deux ressources humaines clés impliquées dans la surveillance des décès maternels.

- Rôles et responsabilités des ASCP

Les ASCP identifient les décès des Femmes en Âge de Procréer (FAP) dans la communauté, vérifient l'information relative aux décès signalés par les membres de la communauté, rapportent les décès communautaires à l'institution, participent à la réalisation des autopsies verbales³ et facilitent la mise en œuvre d'un plan de réponse communautaire. De ce fait, ils ont pour tâches de :

- Maintenir un contact étroit avec les Accoucheuses Traditionnelles (Matrones) et autres leaders communautaires pour s'informer des décès de femmes survenus dans la communauté.
- Collecter les informations à partir des visites domiciliaires lui permettant de remplir la forme individuelle de décès communautaire.
- Soumettre les formulaires individuels remplis à ses Superviseurs.
- Informer obligatoirement le Coordonnateur Institutionnel et ou ses superviseurs de tout décès maternel suspect par message texte ou téléphone dans les 48 heures ou à la découverte du décès.

- Rôle et responsabilités du superviseur des ASCP

Cette fonction est assurée par une auxiliaire-infirmière qui supervise une équipe d'Agents de Santé Communautaire Polyvalents. Elle assure et organise les activités de santé communautaire, coordonne les activités des ASCP, gère les informations recueillies et assure la complétude et la fiabilité des données fournies par les ASCP, et fait remonter l'information au niveau institutionnel. Elle gère aussi le lien entre la communauté et l'institution. De ce fait, les superviseurs ont pour tâches de :

- Faire la compilation des données des formulaires individuels et rechercher les informations manquantes en questionnant les agents ou en menant des investigations au besoin.
- Soumettre le formulaire de compilation au Coordonnateur SDMR de l'institution offrant les services SONU dans sa commune.

³ Voir plus de détails sur l'autopsie verbale au niveau départemental.

5.1.2 Étapes de la SDMR au niveau communautaire

a. Identification

La SDMR commence par l'identification de tous les décès qui sont survenus parmi les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) dans la communauté.

Le processus d'identification requiert l'engagement des agents de santé communautaire polyvalents (ASCP), des informateurs clés (exemples : accoucheuses traditionnelles/matrones, leaders communautaires, leaders religieux, etc.), des membres de la communauté, en vue d'échanger des informations sur les éventuels décès de Femmes en Âge de Procréer (FAP). Dans les zones où il n'existe pas encore d'agents santé communautaire polyvalents, la remontée de l'information pourra se faire à travers ces informateurs clés.

Certains cas de décès maternels suspects seront évidents par exemple si une femme meurt en donnant naissance ou semble être enceinte quand elle meurt. D'autres cas peuvent être moins évidents par exemple si la femme meurt des complications dues à un avortement (spontané ou provoqué), une grossesse ectopique, ou si elle meurt quelques semaines après l'accouchement.

Un décès maternel suspect au niveau communautaire est tout décès durant lequel la femme en âge de procréer est :

- Enceinte au moment du décès ou ;
- Morte dans les 42

b. Notification

En cas de décès maternel, suspect ou confirmé, l'ASCP fait la notification dans un délai ne dépassant pas 48 heures à son superviseur et/ou au Coordonnateur Institutionnel (CI). Puis, il remplit le formulaire de rapportage des décès communautaires des femmes de 15-49 ans (**Annexe – Formulaire C-1**) et fait le rapport à son superviseur lors des rencontres mensuelles/hebdomadaires.

Les décès ayant lieu au niveau des Centres communautaires de santé (CCS) doivent être considérés comme « décès communautaires ».

Le superviseur d'ASCP remplit au moment du décès ou chaque mois, le Registre des décès des femmes en âge de procréer au niveau communautaire (**Annexe – Formulaire C-2**) et le transmet au Coordonnateur Institutionnel.

c. Réponse

Au niveau communautaire, les ASCP et leurs superviseurs auront à participer aux activités de réponse. Ainsi, ils auront à contribuer à l'organisation de la communauté en répertoriant les organisations communautaires de base (OCB), les leaders (ASEC, CASEC, les leaders religieux, les membres de la société civile...), en réalisant pour eux des rencontres de plaidoyer sur les facteurs contribuant au décès maternel. Au cours de ces rencontres, l'accent sera aussi porté sur les recommandations faites par les niveaux départemental et institutionnel pour prévenir d'éventuels décès maternels. Cette étape est importante en vue d'impliquer les différents acteurs dans le processus SDMR, ce qui permet d'atteindre l'extrant final qui est la responsabilité partagée.

5.1.3 Outils pour réaliser la SDMR au niveau communautaire

Dans les **Annexes**, on peut retrouver les deux formulaires nécessaires à la réalisation de la SDMR au niveau communautaire :

- **C-1** : Formulaire de rapportage des décès communautaires des femmes de 15-49 ans.
- **C-2** : Registre de compilation des décès des femmes en âge de procréer au niveau communautaire.

5.2 NIVEAU INSTITUTIONNEL

Le développement du système SDMR au niveau institutionnel exige la réalisation de quatre étapes qui sont :

- a. L'identification
- b. La notification
- c. La revue des décès
- d. La réponse

5.2.1 Ressources humaines impliquées et leurs rôles

Les ressources humaines impliquées au niveau de la SDMR institutionnelle sont :

- Le Coordonnateur
- L'Officier Codeur
- Les membres du Comité de Revue.

- Rôles et responsabilités du Coordonnateur Institutionnel (CI)

Le Coordonnateur Institutionnel (CI) est choisi par les membres du Comité de Revue Institutionnelle.

Il a pour tâches de :

- Collecter les formulaires de rapports de décès de femmes en âge de procréer dans les différents services de l'institution
- Faire la triangulation des données institutionnelles et communautaires
- Organiser et présider les réunions mensuelles du Comité de Revue Institutionnelle.

- Rôles et responsabilités de l'Officier Codeur

Le rôle d'Officier Codeur est attribué à un technicien de l'institution qui a été orienté sur les règles de la Classification internationale des maladies (CIM) en cours, comme « la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de violence qui ont entraîné le traumatisme mortel ». Il est nécessaire de préciser l'enchaînement des événements, en distinguant la cause ayant déclenché le processus, ou cause initiale, des conséquences de celle-ci.

Il a pour tâches de :

- Vérifier que le diagnostic correspond au CIM10. En cas de désaccord, il se réfère au Comité de Revue institutionnelle pour décision finale.

- Rôles et responsabilités du Comité de Revue Institutionnelle (CRI)

Le Comité de Revue Institutionnelle est une équipe constituée de, mais qui ne se limite pas à :

- Coordonnateur institutionnel (CI)
- Directeur de l'institution
- Directeur médical
- Médecins Obstétriciens/Gynécologues
- Anesthésistes
- Officier de surveillance (OSE)

Directives techniques de la Surveillance des Décès Maternels et Réponses (SDMR)

- Sage-femme et/ou l'infirmière en chef de la maternité
- Pharmacien en chef
- Un représentant du Comité de qualité
- Officier codeur (médecin, infirmière, sage-femme, OSE)
- Représentant de l'administration de l'institution de santé
- Responsables de chaque service
- Représentant des Centres de santé satellites.

Les membres du Comité de Revue Institutionnelle (CRI), choisis sur une base diversifiée, seront déterminés en fonction de la structure sanitaire en question. Ils peuvent être des professionnels de la santé, des membres du personnel administratif et de gestion des institutions. Un CRI devra avoir 6-10 membres (12 au maximum).

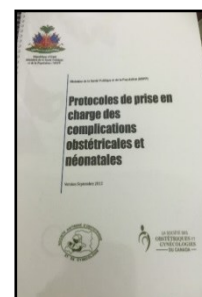
Il a pour tâches de :

- Faire la revue des décès institutionnels (autopsies verbales, revues des registres médicaux, des certificats de décès) dès qu'ils ont lieu (au moins dans les 24 heures) ou au minimum une fois par mois, même s'il n'y a pas de décès et compléter les différents formulaires en tenant compte de la codification internationale des maladies (CIM10).
- Confirmer la ou les causes du décès des FAP ; les catégoriser comme décès maternels.
- Planifier la réalisation de l'autopsie verbale avec le niveau départemental.
- Evaluer la qualité des soins médicaux.
- Déterminer si les décès étaient évitables.
- Elaborer un plan d'action au niveau de l'institution avec l'appui des chefs de services.
- Faire la mise en œuvre du plan d'action.
- Réévaluer les résultats des recommandations antérieures.
- Faire le suivi du progrès des activités de réponse et revoir les calendriers de mise en œuvre du plan (mensuel, trimestriel, etc.).
- Compléter et soumettre le formulaire de résumé du cas au niveau départemental pour des analyses additionnelles.

Le Coordonnateur institutionnel (CI) réunira le Comité de Revue Institutionnelle (CRI) pour une rencontre de revue des décès maternels (RDM) tous les mois et/ou chaque fois qu'un décès maternel a lieu dans l'institution.

Avant la rencontre du Comité de Revue, tous les membres du Comité devraient réviser les standards cliniques régissant la prestation de service dans une institution spécifique. Ces standards sont disponibles à travers une variété de ressources comme les fiches techniques, les protocoles nationaux (voir image à droite), les codes de conduites émis par des organisations professionnelles, et les guides internationaux tels que « *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement*

*Guide destiné à la sage-femme et au médecin.*⁴ » Dans les annexes, on retrouve un Échantillon d'agenda du processus de rencontre SDMR du CRI (**Annexe – Formulaire I-1**).



⁴ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/fr/

5.2.2 Étapes de la SDMR au niveau institutionnel

a. Identification

L'identification permet de rapporter les informations sur tous les décès maternels qui ont eu lieu au niveau des différents services de l'institution afin d'obtenir une image aussi complète que possible des causes et circonstances associées à ces décès.

À l'étape de l'Identification, le CI recueille des chefs de services existants dans l'institution (maternité, chirurgie, urgence, médecine interne, etc.), les formulaires de rapport de décès de femmes en âge de procréer. Puis, il fait la triangulation des données institutionnelles et communautaires avant la soumission des dossiers retenus au Comité de Revue Institutionnelle (CRI). Pour ce faire, il utilise le Formulaire d'identification des décès des femmes en âge de procréer (**Annexe - Formulaire I-2**).

Le processus d'identification et d'enregistrement devra être routinier en utilisant la stratégie « signalement zéro » où aucun cas ne sera rapporté lorsqu'aucun n'a lieu (ceci assurera des pratiques régulières de rapport).

Une fois identifié les cas de décès qui devront faire l'objet d'une Revue, le CI fait, à l'intention du processus de revue de décès maternel, le résumé du cas à l'aide du Formulaire Résumé du dossier médical de la défunte (**Annexe – Formulaire I-3**). Le formulaire remplacera le dossier de la défunte lors de la séance de revue.

b. Notification

Le CI doit notifier le Coordonnateur Départemental (CD) de tout cas de décès maternel suspect en utilisant le Formulaire de Notification de Décès Maternel déjà existant au niveau du MSPP, et ce, dans les 24 heures suivant le décès. La Notification est importante car elle est un événement à déclaration obligatoire.

c. Revue de Décès Maternel

La revue de cas de décès maternels ayant lieu dans une institution sont les audits les plus simples. La revue de décès maternels (RDM) est « **une revue qualitative approfondie des cas, et des circonstances entourant les décès maternels ayant lieu dans les institutions sanitaires.** »⁵

La revue se fait en deux étapes :

- Étape préliminaire
- Étape de revue de décès maternel proprement dite.

Étape préliminaire

Aidé des membres du CRI, le Coordonnateur Institutionnel détermine s'il s'agit d'un décès maternel suspect ou confirmé. Cette étape permet d'écarter généralement les décès non liés à une grossesse. Certaines fois, elle n'est pas concluante et exige des investigations plus poussées.

⁵ De Brouwere V., Zinnen V., Delvaux T. (2012) *Conduire des Revues des cas de Décès Maternels (RDM). Guide et outils pour les professionnels de la santé*. Londres, Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, FIGO LOGIC, <http://www.figo.org/projects/maternal-and-newborn-health/publications>. P.14.

Étape de revue de décès maternels proprement dite.

Le but de cette étape est d'identifier tout facteur évitable ou remédiable, afin d'améliorer les soins maternels dans le futur. Ces informations devraient être, préférablement, supportées par des données collectées dans la communauté, mais ceci n'est pas toujours possible. Les résultats des audits devront contribuer à l'évaluation et façonner les politiques visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale.

Les membres du CRI se réunissent une fois par mois au moins et dans les 24 heures suivant un cas de décès.

Ils utilisent les formulaires nécessaires pour faire l'analyse du cas et rapporter les conclusions et recommandations du Comité tels que présentés en annexe du présent document. Les résumés de cas à analyser doivent être fournis au début de la réunion ou à l'avance. Les membres discutent les cas et les événements qui peuvent entraîner la mort de la mère, et précisent tous les détails non inclus dans les résumés.

Un rapporteur enregistre les principaux points de la discussion sans faire référence à des personnes ou lieux précis pour préserver la confidentialité. La Feuille de travail du Comité (**Annexe – Formulaire I-5**) peut être utilisée pour veiller à ce que l'ensemble des problèmes potentiels soit pris en compte dans la discussion. Un rapport succinct basé sur cette fiche doit être rempli pour chaque décès examiné. Les conclusions et recommandations du Comité de Revue doivent ensuite être écrites avec le reste des informations relatives à ce cas de mort maternelle à l'aide de la Fiche de rapport de séance (**Annexe – Formulaire I-6**).

Les membres du CRI doivent être en mesure d'identifier à la fois les problèmes médicaux et non médicaux ayant contribué à ces décès. De plus, il est très important d'avoir la bonne combinaison d'expertise au sein du Comité au moment où il faudra agir sur les trouvailles de la revue et aider au développement et à la mise en œuvre des recommandations.

Tous les membres du Comité devront s'entendre sur l'importance de cette nouvelle pratique qu'est la SDMR et s'approprier du processus de revue des décès maternels. Ceci peut améliorer de manière significative la qualité des données et la constance des opérations de revues, ce qui sous-entend la transmission et l'utilisation de données au niveau des départements.

Ils doivent également avoir la garantie que le but unique du processus de revue des décès est de sauver des vies et non d'assigner les blâmes. « **Aucun nom, aucun blâme** » est un principe important de la revue de décès maternels. Les comités de revue préservent TOUJOURS l'anonymat des patients et du personnel à travers un Accord de confidentialité (**Annexe – Formulaire I-4**). Tous les membres du Comité doivent être convaincus que le processus de revue est un environnement sûr pour discuter des détails sensibles autour de leurs pratiques professionnelles sans crainte de sanctions administratives ou de poursuites. Les membres du

Un décès maternel suspect au niveau institutionnel est tout décès au cours duquel la FAP :

- était enceinte durant l'année précédente
- était enceinte au moment de la mort ou;
- est morte durant l'accouchement ou;
- n'était pas enceinte, mais meurt dans les 42 jours après l'accouchement (décès maternel) ou ;
- n'était pas enceinte mais meurt entre 43 jours et 1 an après accouchement (décès maternel tardif) ou ;
- a eu une fausse couche ou avortement dans les 2 mois avant le décès.

Comité proposent leurs idées objectivement et identifient des actions pour les plans de réponse à différents niveaux.

Les principes généraux suivants peuvent aider à rendre la revue plus efficace et plus efficiente :

1. **Réflexion globale** – Les problèmes conduisant au décès maternel ne sont pas toujours d'ordre médical.
2. **Revue ciblée** – Ne prendre en compte que les événements pouvant avoir contribué directement au décès maternel.
3. **Revue normative** – Comparer les soins reçus par la mère à des normes explicites fondées sur les pratiques locales et sur les meilleures pratiques médicales.
4. **Revue synthétique** – Regrouper les problèmes en catégories générales (ex. défaut de transport vers l'institution de santé) tout en gardant assez d'informations afin de développer une stratégie préventive spécifique.

Causes et facteurs à identifier lors de la revue des décès maternels

Au-delà des facteurs médicaux, il faut reconnaître que les décès maternels et les actions requises pour les prévenir sont complexes. Par exemple, l'accès à l'eau et les pratiques d'hygiène au sein du ménage peuvent empêcher les infections chez la mère et l'enfant ; l'éducation de la mère ou du ménage peut aider à prévenir la survenue de complications; la qualité des soins dans les collectivités peut réduire la nécessité de recourir à l'hospitalisation ; et des systèmes de référence adéquats vers des soins de santé primaire constituent un réel appui pour bénéficier de traitements appropriés et de qualité dans des institutions de santé en bon état de fonctionnement et bien équipés. Par conséquent, les interventions essentielles pour faire face aux problèmes qui touchent les femmes et les enfants doivent avoir lieu à tous les niveaux : famille, communauté et système de santé.

Figure no. 2 - Causes et facteurs associés que la RDM pourrait aider à identifier

- Les causes médicales des décès
- Les facteurs médicaux contribuant au décès
 - Problèmes de qualité des soins
 - Des actions cliniques remédiables, tel qu'un besoin en guides, en protocoles, etc.
 - Les failles du système de santé, comme l'insuffisance de sang et d'autres ressources, ou une carence en institutions ou en personnel qualifié.
- Des facteurs non médicaux contribuant aux décès
- Des croyances et attitudes culturelles
 - Des facteurs communautaires comme le transport, la communication, la géographie, ou les barrières financières.
- Le caractère évitable ou non du décès (possibilité d'ajouter une catégorie « peut-être »)

Figure no. 3 – Modèle des trois retards

1 ^{er} retard	2 ^e retard	3 ^e retard
Décider de chercher des soins	Identifier l'établissement de santé et s'y rendre	Recevoir le traitement approprié

La plupart des décès maternels surviennent pendant la période péri partum, et beaucoup d'entre eux ne sont pas liés à des facteurs de risque préexistants. Il est donc capital que les femmes comprennent les signes de danger de la grossesse et que le système de santé dispose de la capacité de diagnostiquer un problème et de transférer à temps les femmes dans les établissements de santé appropriés en cas d'urgence.

Déterminer le caractère évitable

Un décès maternel est évitable s'il a pu être évité par un changement de comportement du patient, dans la pratique du prestataire/institution, ou par les politiques du système de santé,

Le caractère évitable est un concept proactif et les leçons apprises pour chaque décès maternel confirmé devraient être appliquées pour prévenir des décès futurs de causes

Le CRI devra discuter en détail de tous les cas de décès présumés évitables ou potentiellement évitables. Pour déterminer le caractère évitable du décès, le Comité de Revue devrait identifier les différents facteurs qui ont contribué à ces décès et formuler les recommandations appropriées. Les facteurs ci-après doivent être pris en compte au moment de déterminer si le décès était évitable :

Niveau familial ou communautaire

Facteurs en rapport avec la Patiente/Famille – La femme et sa famille ont-elles eu connaissance de l'existence d'un problème, ont-elles cherché des soins médicaux – incluant les soins prénataux et postnataux et se sont-elles conformées aux conseils médicaux donnés ?

Facteurs en rapport aux Accoucheuses Traditionnelles (Matrones) – L'accoucheuse traditionnelle (matrone) a-t-elle adéquatement géré le travail et l'accouchement, réalisé qu'il existait un problème avec la grossesse et le déroulement du travail et a-t-elle référé la femme de manière appropriée et sans délai ?

Facteurs au niveau de liens communautaires – La femme ou sa famille avait-t-elle des interactions régulières avec les ASCP ou les matrones ?

Niveau de système de soin de santé formel

Facteurs liés aux soins prénataux – Déterminer si la femme a reçu des soins prénataux adéquats et à temps ; le nombre de visites effectuées ; le contenu de chaque visite selon les normes en vigueur ; vérifier si des informations relatives aux signes et symptômes de complications ont été fournies ; et déterminer les facteurs de risque ou les problèmes médicaux ayant été identifiés correctement et pris en charge ?

Facteurs liés aux soins postnataux – Déterminer si la femme a reçu des soins postnataux selon les normes en vigueur.

Facteurs liés aux Institutions de santé – Déterminer si l'infrastructure était adéquate ; si les fonctions obstétricales essentielles étaient disponibles au premier niveau de référence ; si les protocoles/normes appropriés étaient en place ; si les ressources, médicaments et équipements étaient adéquats et suffisants ; et si les soins pouvaient être dispensés, indépendamment de la capacité de payer.

Facteurs liés aux prestataires de soins de santé – Déterminer si le personnel de santé était disponible et qualifié ; si le traitement était opportun et bien administré ; et si les prestataires étaient sensibles aux valeurs culturelles et sociales de la patiente et de sa famille.

Niveau intersectoriel

Facteurs liés au transport – Déterminer si le transfert de la malade a été entravé par l'absence ou la mauvaise qualité des moyens de transport, l'état des routes, l'impossibilité de voyager la nuit, le manque d'argent pour couvrir les frais de transport.

Facteurs liés aux technologies de l'information et à la communication – Déterminer l'efficacité de la communication au niveau communautaire et des établissements de santé (disponibilité du téléphone, etc.).

Facteurs liés au genre

Facteurs liés aux barrières socioéconomiques : Déterminer les barrières socioéconomiques liées à la condition de la femme, à son niveau d'éducation, aux croyances et pratiques relatives au genre et qui pourraient constituer une cause majeure pour l'utilisation insuffisante des services.

Un guide est fourni en annexe tel qu'indiqué plus avant (Formulaire I-4) pour aider à mieux identifier les causes, les facteurs liés au décès et ainsi, le caractère évitable ou non du décès ainsi que les recommandations à formuler.

d. Réponse au niveau institutionnel

L'étape suivante de l'investigation menée pour identifier la cause et les circonstances exactes du décès est celle de la Réponse. Il est important de formuler des recommandations aux problèmes identifiés pour chaque décès maternel. Ces recommandations se traduisent dans un plan d'exécution et de suivi. Il est du mandat du Comité de Revue Institutionnelle (CRI) de revoir chaque mois le Plan de Réponse et les recommandations qui ont été faites les mois précédents afin d'assurer un suivi de leur mise en œuvre et d'en référer aux personnes en autorité au besoin. Un rapport de séance doit être rempli par le rapporteur identifié au cours de la séance selon le Formulaire Fiche de Rapport de séance déjà indiqué plus haut (**Annexe – Formulaire I-6**). À la fin de ce rapport, sont inscrites les recommandations formulées par le CRI ainsi que le Plan d'action y afférent.

Il sera également de la responsabilité du CI de transmettre sur une base mensuelle à la Direction départementale un Sommaire des cas audités, des causes et des recommandations identifiées, à l'aide du Formulaire Sommaire des données de la surveillance des décès maternels (**Annexe – Formulaire I-7**).

5.2.3 Outils pour réaliser la SDMR au niveau institutionnel

Dans les **Annexes**, on peut retrouver 6 formulaires :

- **I-1** : Échantillon d'agenda de rencontre SDMR du CRI
- **I-2** : Formulaire d'identification des décès des femmes en âge de procréer
- **I-3** : **Résumé** du dossier médical de la défunte
- **I-4** : Accord de confidentialité des membres du Comité de Revue Institutionnelle (CRI)
- **I-5** : Feuille de travail du Comité
- **I-6** : Fiche de Rapport de séance
- **I-7** : Sommaire des données de la surveillance des décès maternels

5.3 NIVEAU DÉPARTEMENTAL

Le niveau départemental a deux rôles principaux :

- Examiner toutes les données sur les décès maternels fournis par chaque institution du département, faire le suivi des recommandations et formuler des recommandations à l'égard du niveau central du MSPP.
- Réaliser les autopsies verbales de décès maternels avec l'appui des institutions SONU.

Pour réaliser ces mandats, chaque département doit avoir un Comité d'audit des décès maternels sous le leadership d'un Coordonnateur départemental (CD) choisi par les membres du Comité.

5.3.1 Composition et mandat du Comité départemental

Le Comité départemental est constitué au moins d'un membre de l'Unité de Surveillance, de l'Unité de Santé Maternelle, et de l'Unité de Santé Infantile de la Direction départementale, des représentations départementales des associations professionnelles d'obstétriciens, de sages-femmes et d'infirmières si présentes dans le département, ou tout autre professionnel ayant des compétences dans le domaine. Le Comité départemental ne devrait pas être composé de plus de neuf membres de façon à faciliter les échanges.

Le comité se réunira tous les 3 mois à une date prédéterminée.

Rôles et Responsabilités du Comité départemental

- Analyser les rapports des revues de décès institutionnels transmis à l'aide du Formulaire Sommaire par chaque institution de santé.
- Faire ou fournir un support technique dans le cadre de l'autopsie verbale sur une base mensuelle.
- Comparer les données des autopsies verbales aux informations des revues institutionnelles si nécessaire.
- Recommander des actions préventives au niveau départemental.
- Formuler, mettre en œuvre et évaluer les réponses (en cas de décès communautaire)
- Envoyer les données désagrégées au niveau national pour les rapports et analyses chaque trimestre.
- Rédiger un rapport annuel sur la mortalité maternelle départementale.

Rôles et Responsabilités du Délégué d'autopsie verbale

Le Comité départemental peut désigner un membre au sein du Comité qui joue le rôle de Délégué d'autopsie verbale pour une période donnée. Son rôle est de réaliser une autopsie verbale au niveau de la communauté. Toutefois, un membre du Comité institutionnel peut jouer ce rôle sur demande du Comité départemental. Plus spécifiquement, il doit :

- Recevoir les formulaires du Coordonnateur institutionnel si existant.
- Réaliser les entrevues d'Autopsies Verbales avec les membres de la famille, les ASCP, les membres de la communauté et les représentants de l'institution locale.
- Rédiger un rapport de l'Autopsie Verbale.
- Partager et discuter le rapport aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

5.3.2 Réalisation de l'autopsie verbale

Suite à la notification du décès communautaire, l'autopsie verbale doit être réalisée. L'autopsie verbale est considérée comme une recherche permettant de déterminer les causes médicales et non médicales des décès à partir d'un entretien avec la famille du défunt ou les voisins. Une autopsie verbale dans le cas de la surveillance de décès maternel est *une méthode permettant de déterminer non seulement la ou les causes médicales mais aussi de rechercher les facteurs personnels, familiaux et socioculturels*. Ces facteurs peuvent contribuer au décès qu'il ait lieu en milieu institutionnel ou communautaire. Au cours de l'entretien, l'équipe d'autopsie verbale interroge les personnes capables de fournir des renseignements relatifs aux événements qui ont conduit au décès, par exemple, les membres de la famille, les voisins, les ASCP, les matrones et les tradipraticiens. L'autopsie verbale aide à retracer le parcours des femmes qui meurent dans la communauté. Les rapports des autopsies verbales devront contribuer à l'évaluation et façonner les mesures visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale.

L'autopsie verbale peut être aussi utilisée pour compléter l'information obtenue au cours de la revue de décès institutionnel.

L'équipe chargée de réaliser l'autopsie verbale doit être en mesure d'identifier à la fois les problèmes médicaux et non médicaux ayant contribué à ces décès. L'autopsie verbale se fait à partir du Questionnaire d'Autopsie Verbale (**Annexe – Formulaire D-1**).

Détermination de l'évitabilité

A la lumière des informations collectées et des documents reçus des coordonnateurs institutionnels, le Comité départemental vérifiera les facteurs qui auraient pu être évités pour chaque décès.

Les décès revus peuvent être classés en trois catégories : 1) « Non évitables » 2) « Potentiellement évitables » ou 3) « Indéterminés ». Pour les décès potentiellement évitables, un plan d'action doit être envisagé pour éviter les décès futurs. Ce plan devra spécifier les actions devant être prises au niveau périnatal, prénatal, intra-partum et postnatal. Il devra comprendre des actions pour la communauté, les institutions de soins (*en rapport avec les soins prénataux, les soins d'urgence*), les niveaux départemental, central et les autres secteurs (problèmes liés au genre, de transport, de communication etc...)

5.3.3 Réponse départementale

Suite aux autopsies verbales et aux revues de décès institutionnels, le comité départemental intervient dans l'élaboration des plans de réponses. Il aura comme responsabilité de :

- Recommander des actions préventives au niveau départemental.
- Prioriser des actions préventives basées sur les faits, la faisabilité, les coûts, les ressources et la capacité du système de santé.
- Etablir un chronogramme pour les activités de réponse.
- Décider comment les activités de réponse seront suivies.
- Soumettre en retour les recommandations non personnalisées aux institutions et communautés pour déterminer leur faisabilité, confirmer les faiblesses et établir un plan d'action final.

- Disséminer les résultats.
- Soumettre les données agrégées au Coordonnateur National SDMR à l'aide du Sommaire des données de la surveillance des décès maternels au niveau départemental (**Annexe – Formulaire D-2**).
- Rédiger un rapport départemental chaque trimestre sur la mortalité maternelle, basé sur les données agrégées à l'aide du Rapport trimestriel sur la Surveillance des décès maternels (**Annexe – Formulaire D-3**).
- Partager les rapports départementaux trimestriels avec l'Unité d'Etudes et de Programmation (UEP) du MSPP.
- Mettre en œuvre les activités de réponses trimestrielles dans les institutions et les communautés.
- Suivre le progrès des activités de réponses et réviser les temps préétablis (mensuel, trimestriel, etc.) pour voir si ces activités ont un impact ou non sur la (les) cause (s) initial (es) du décès maternel.

5.3.4 Outils pour réaliser la SDMR au niveau départemental

Dans les annexes, on peut retrouver trois formulaires :

- **D-1** : Questionnaire d'Autopsie verbale
- **D-2** : Sommaire des données de la surveillance des décès maternels au niveau départemental
- **D-3** : Rapport trimestriels sur la Surveillance des décès maternels

5.4 NIVEAU NATIONAL

Au niveau national, il y aura un Comité National appuyé d'une cellule technique qui est le Comité de Revue National.

5.4.1 Composition et mandat du Comité National

Le Comité National a pour tâches d'appuyer les actions menant à la réalisation de la SDMR, d'élaborer les plans de redressement national et de faire des plaidoyers afin de mobiliser des ressources pour la mise en œuvre effective de ces plans. Par ces actions, ce comité traduira une volonté manifeste du gouvernement à la réduction de la mortalité maternelle.

Ce comité sera constitué des membres de différentes entités étatiques :

- Ministère de la Santé publique et de la Population
- Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales
- Ministère des Travaux Publics, Transports et Communication
- Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes
- Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle
- Ministère de la Justice et de la Sécurité Publique
- Ministère des Cultes
- Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement
- Et autres.

Ce comité se réunira au moins une fois l'an sous convocation du Premier Ministre.

5.4.2 Comité de Revue Nationale

Le comité de Revue Nationale est composé de représentants de :

- Direction de la Santé de la Famille (DSF/MSPP)
- Direction d'Epidémiologie, de Laboratoires de Recherche (DELR/MSPP)
- Unité d'Etudes et de Programmation (UEP/MSPP)
- Société Haïtienne d'Obstétrique et de Gynécologie (SHOG)
- Association Nationale des Sages-Femmes d'Haïti (ANSFH)
- Association des Infirmières Licenciées d'Haïti (ANILH)
- Partenaires œuvrant dans le domaine de la santé maternelle.

Le directeur de la DSF assure la coordination du comité qui se réunira trimestriellement.

Ses rôles et responsabilités sont de :

- Faire la revue des données de décès départementaux.
- Procéder au traitement et à l'analyse des données trimestrielles reçues des départements.
- Assurer le suivi de la mise en œuvre du plan de réponse.
- Déterminer comment les données interprétées devraient être transformées en changement de politiques.

- Présenter les principaux constats du rapport national de santé maternelle au Corps Législatif / Exécutif, lorsque/ou des changements ou mises à jour de politiques, lois ou règlements sont appropriés.

6. Prérequis à l'implantation de la SDMR

La mise en œuvre de la SDMR de manière efficace à tous les niveaux du système nécessite des investissements en termes de formation du personnel, de disponibilité de matériels et de compensation des coûts qui y sont associés. Il est important de bien comprendre ces facteurs en vue de l'implantation progressive de la SDMR dans le système de santé Haïtien.

6.1 Formation

La formation des personnes impliquées dans la SDMR commencera au niveau central. Par la suite, des sessions de formation seront organisées pour les niveaux départemental, institutionnel et communautaire.

Au niveau central, le MSPP, en collaboration avec ses partenaires, réalise la formation des personnes impliquées sur les principes et les directives techniques de la SDMR en vue de son implantation aux niveaux départemental, institutionnel et communautaire.

Au niveau départemental, le personnel déjà formé, assure la formation des coordonnateurs institutionnels SDMR. La séance de formation doit comprendre une séance pratique de revue de décès maternel.

Au niveau institutionnel, les Coordonnateurs SDMR institutionnels dispensent des séances de formation de base au personnel institutionnel et aux ASCP. Les séances de formation pour ce groupe doivent être essentiellement pratiques.

6.2 Matériels

Une attention sera accordée sur le coût des matériels, équipements, impressions et/ou copies des outils nécessaires pour la mise en œuvre de la SDMR :

- Les formations initiales et de recyclage (annuel),
- Les réunions de comité de revue (à tous les niveaux administratifs, communautaires).

6.3 Analyse Situationnelle et Evaluation des besoins

L'analyse situationnelle et l'évaluation des besoins constituent une démarche préliminaire à la mise en œuvre de la SDMR. Son objectif vise à conscientiser les différents acteurs sur les lacunes du système déjà en place et à les mobiliser autour de l'importance de réaliser la SDMR.

Le type d'information à collecter varie d'un niveau à l'autre. Les informations à analyser sont inscrites dans les outils en annexe. Par exemple les informations à collecter peuvent être :

Au niveau national :

- Lois, politiques et systèmes pour saisir et rapporter des informations sur les décès maternels ce qui inclut le processus d'enregistrement civil des décès ainsi que les formulaires.

Au niveau départemental :

- Cartographie sanitaire de la région, disponibilité d'un outil sur les délimitations des zones sanitaires, disponibilité des manuels de normes et des outils statistiques, processus de collecte d'information, capacité des ressources humaines pour l'accompagnement des institutions.

Au niveau institutionnel :

- Capacité des ressources humaines (ex. quantité d'agents de santé communautaire, professionnels en santé des institutions, officiers de surveillance au niveau des institutions).
- Qualité des données collectées sur les indicateurs de santé maternelle du Système d'Information Sanitaire (SIS)
- Forces et faiblesses des outils du SIS de collecte de données, gestion des données et l'entreposage des dossiers.
- Ressources physiques disponibles (ex. ordinateurs, tablettes, téléphones cellulaires, utilisation des dossiers électroniques de santé, espace pour tenir les réunions du comité).
- Connaissance, attitudes et pratiques du personnel de services de l'institution et de la communauté en rapport à la collecte de données et la soumission des données.
- Les acteurs clefs de la société civile et du gouvernement pouvant appuyer la SDMR.
- Existence et fonctionnement des systèmes de réponse et de référence.

En plus de l'analyse situationnelle, une évaluation des besoins devrait être faite une fois par an. La collecte des données comporte des informations comme :

- No. décès maternels qui ont eu lieu dans l'institution et la communauté.
- No. décès maternels dans les services des institutions (ex. OB/GYN, maladie infectieuses, chirurgie).
- No. décès maternels notifiés au niveau départemental comparés au no. de décès maternels identifiés à travers la revue rétrospective.

7. SUIVI ET EVALUATION DU SYSTEME SDMR

Le suivi et l'évaluation (S&E) du système SDMR sont nécessaires pour garantir que toutes les étapes du processus se déroulent convenablement et apportent une amélioration au fil du temps. Ces activités sont réalisées au niveau national. Les étapes du processus seront réalisées par le comité de revue national annuellement. On identifiera ainsi les domaines où les cibles sont atteintes et la diminution de la mortalité maternelle. Ces activités devraient évaluer l'acceptabilité, l'échéancier, la qualité des données et la stabilité du système dans son ensemble ainsi que l'efficacité de chaque étape du système.

Pour s'engager correctement dans les activités de suivi et d'évaluation du système, le Programme doit développer un outil de collecte des informations liées au suivi et l'évaluation. L'outil doit permettre de :

- Faire un bilan des décès notifiés et audités par département.
- Analyser le niveau d'appropriation de chaque département du mécanisme SDMR en lien entre autres avec le pourcentage de décès maternels institutionnels, le nombre de revues de décès réalisé.
- Évaluer les données de décès maternels par rapport aux causes et aux activités de réponse.
- Mesurer l'efficacité et la pertinence des outils SDMR utilisés afin d'apporter des modifications éventuelles.
- Faire des recommandations en vue d'améliorer le fonctionnement du mécanisme SDMR.

Bibliographie

Code Pénal Haïtien. Article 262. Haïti. 1985.

De Brouwere V., Zinnen V., Delvaux T. *Conduire des Revues des cas de Décès Maternels (RDM). Guide et outils pour les professionnels de la santé*. Londres, Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, FIGO LOGIC. 2012. <http://www.figo.org/projects/maternal-and-newborn-health/publications>.

Jasmin Marie Claude L. *Rapport de consultation juridique sur le mécanisme de la mise en œuvre du cadre légal et réglementaire de la SDMR en Haïti*. Février 2016.

Nations Unies. *Santé – Objectifs de Développement Durable (ODD)*. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Au-delà des nombres, examiner les morts maternelles et complications pour réduire les risques liés à la grossesse*. Genève, Suisse. 2004.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Produire des données fiables sur les causes des décès dans un système d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques de l'état civil*. Durban septembre 2012

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Surveillance des décès maternels et riposte : renseignement en vue des mesures à prendre pour empêcher les décès maternels*. Genève, Suisse. 2013. 140 p.

Walker, D., Campero, L., Espinoza, H., Hernandez, B., Anaya, L., Reynoso, S., & Langer, A. "Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths." in *Reprod Health Matters*. 12(24 Suppl). 2004. Pp. 27-38.

Annexes - Formulaires

Niveau communautaire :

- C-1 : Formulaire de rapportage des décès communautaires des femmes de 15-49 ans
- C-2 : Registre de compilation des décès des femmes en âge de procréer au niveau Communautaire.

Niveau institutionnel :

- I-1 : Échantillon d'agenda de rencontre SDMR du CRI
- I-2 : Formulaire d'identification des décès des femmes en âge de procréer
- I-3 : Résumé du dossier médical de la défunte
- I-4 : Accord de confidentialité des membres du Comité de Revue Institutionnelle (CRI)
- I-5 : Feuille de travail du Comité
- I-6 : Fiche de rapport de séance
- I-7 : Sommaire des données de la surveillance des décès maternels.

Niveau départemental :

- D-1 : Questionnaire d'Autopsie verbale
- D-2 : Sommaire des données de la surveillance des décès maternels au niveau départemental
- D-3 : Rapport trimestriel sur la Surveillance des décès maternels.

Niveau National :

- N-1 : la liste des indicateurs pour suivre la mise en place et l'évolution de la SDMR.

Niveau communautaire



Ministère de la Santé Publique et de la Population

SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR)

Formulaire C-1 : Formulaire de rapportage des décès communautaires des femmes de 15-49 ans

Fòm C-1 : Fèy pou rasanble enfòmasyon sou fanm 15 – 49 lane ki mouri

* Fèy sa dwe pou ranpli chak semen

NON AJAN SANTE _____

NIMEWO TELEFÒN AJAN SANTE A _____

SEMEN EPIDEMYOLOGIK (soti dimanch pou rive samdi) _____ SOTI _____ POU RIVE _____ ANE _____

DEPATMAN KOTE AJAN SANTE A AP TRAVAY _____ KOMIN KOTE AJAN SANTE A AP TRAVAY _____

KANTITE FANM 15-49 LANE KI MOURI: _____

Non ak siyati fanm nan	Laj li	Kote li te rete	Dat li mouri (Jou/Mwa/Lane) (aa/aa/aaaa)	Kote li mouri	Kondisyon lanmò fanm nan							Kòd rezilta	Non ak siyati moun ki bay enfòmasyon an ak tit li	Telefòn moun ki bay enfòmasyon an
					1	2	3	4	5	6	7			

KONDISYON LANMO FANM NAN

1. Te fè yon fos kouch oswa yon avotman 2 mwa anvan li mouri	5. Mouri ant 43 jou jiska yon lane apre akouchman
2. Mouri tou ansent	6. Pa konnen si li ansent nan lane ki pase a
3. Mouri pandan akouchman an	7. Pa gen enfòmasyon sou gwosès la
4. Mouri apre akouchman men anvan 42 jou	

KI KOTE FANM NAN MOURI :

1. Lakay	5. Lòt (ekri ki kote a)
2. Kay Matwon	
3. Nan wout pou ale lopital	
4. Sant Sante a (ekri non Sant Sante a)	

KÒD REZILTA: A. Pa ka verifye lanmò a B. Lanmò a te verifye



Ministère de la Santé Publique et de la Population

SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR)

Formulaire C-2 : Fiche de compilation des décès des femmes en âge de procréer au niveau communautaire (page 1)

Fòm C-2: Fiche de compilation des décès des femmes en âge de procréer au niveau communautaire (paj1)

DEPATMAN _____ KOMIN _____
MWA _____ ANE _____ LOKALITE _____
SEMENN _____

NON SIPEVIZE AJAN YO _____

Nan semenn sa a, eske te gen fanm nan laj pou fè pitit ki mouri nan zòn pa w? WI _____ NON _____ Si WI, mete enfomasyon pou fanm sa yo.

	NON AK SIYATI FANM NAN LAJ POU FÈ PITIT KI MOURI A	LOKALITE	LAJ	DAT LI MOURI (Jou/Mwa/Lane)	KI KOTE LI MOURI?				
					Lakay li	Kay Matwon	Nan wout pou ale lopiyal	Sant Sante a (ekri non Sant Sante a)	Lòt (ekri ki kote)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									



Ministère de la Santé Publique et de la Population

SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR)

Formulaire C- 2 : Fiche de compilation des décès des femmes en âge de procréer au niveau communautaire (page 2)

Fòm C-2 : Fich pou konte fanm nan laj pou fè pitit ki mouri (15-49 lane) nan kominote (paj 2)

#	Pa ansent na ane ki pase a	Mouri tou ansent	Li pa ansent men li te ansent 42 jou anvan li mouri	Pa ansent men te ansent 43 jou jiska yon lane anvan li mouri	Pa konnen si li ansent nan lane ki sòt pase a	Enfòmasyon sou gwosès manke	Non moun ki bay enfòmasyon sou mò a	Tit moun nan ki te bay ou enfòmasyon an	Nimewo telefòn moun ki te bay enfòmasyon an	Swivi pa Ajan Sante a			Enfòmasyon nan fòm sa tcheke ak enfòmasyon sant sante a
										Nesesè	Pa nesèsè	Swivi konplè	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													

Niveau institutionnel



Ministère de la Santé Publique et de la Population

ANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR) L : Échantillon d'agenda de rencontre SDMR du CRI

1. Introduction de la séance
2. Signature par tous les membres de l'Accord de Confidentialité (**Formulaire I-4**)
3. Présentation du résumé du dossier médical de la défunte
4. Discussion sur les informations contenues dans le Relevé détaillé et dans le résumé du cas à l'aide de la Feuille de travail du Comité (**Formulaire I-5**)
5. Clarification de tout détail non inclus dans le résumé
6. Détermination des événements qui peuvent avoir conduit au décès maternel
7. Élaboration de la Fiche de Rapport de Séance et des Recommandations formulées ainsi que des responsabilités dans la mise en œuvre de ces recommandations (**Formulaire I-6**)
8. Fin de la séance.



SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR)

Formulaire I - 2 : Formulaire d'identification des décès des femmes en âge de procréer

Ministère de la Santé Publique et de la Population

Nom du département _____

Nom de l'institution de santé _____

Service _____

Adresse de l'institution _____

No.	Nom de la femmes décédée	Localité	Commune	Âge	Date du décès (Jour/Mois/Année)	Remarque (nom de registre)	État de grossesse – Sélectionnez une colonne					L'information a été confirmée avec les données de la communauté
							Pas de grossesse durant l'année écoulée	Enceinte au moment du décès	N'est pas enceinte, mais était enceinte dans les 42 jours avant le décès.	N'est pas enceinte, mais était enceinte dans les 43 jours à un an avant le décès	Ne sait pas si elle était enceinte durant l'année écoulée	



PLANIFICATION DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR) Formulaire I-3 : Résumé du dossier médical de la défunte

Ministère de la Santé Publique et de la Population

DONNÉES ADMINISTRATIVES

Date : Nom de l'institution :
Numéro de cas Code de la patiente :
Principale cause du décès (CIM-10) Cause finale du décès (CIM-10)
Décès a eu lieu : Hôpital ☐ Centre de santé ☐ Centre communautaire de santé ☐ Domicile ☐
Précisez le nom de la localité où le décès a eu lieu
Cause ayant contribué (Antécédent) au décès #1 (CIM-10)
Cause ayant contribué (Antécédent) au décès #2 (CIM-10)
Cause ayant contribué (Antécédent) au décès #3 (CIM-10)
Date de réception par le Prestataire #1 Date Suivi par le Prestataire #1
Date de réception par le Prestataire #2 Prestataire #2 Signature

DONNÉES MATERNELLES

Date de naissance Âge Gravité Parité
État civil Naissances vivantes Mort-nés Avortements spontanés
Nationalité Avortements provoqués
Religion Grossesses extra-utérines
Niveau d'étude Césariennes précédentes
Alphabétisation Complications de la grossesse précédente
Métier Contraception utilisée juste avant la grossesse
Quel type de contraception (notamment pilule, injectable, implant, DIU)

PROBLÈMES MÉDICAUX PRÉEXISTANTS

Hypertension VIH positif
Diabète Tuberculose
Anémie Problème médical préexistant (autre)
Hépatite Problème cardiaque

RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉCÈS ET L'ADMISSION

Date d'admission Heure d'admission
Date de l'accouchement Heure de l'accouchement
Date du décès Heure du décès
Jour du décès (Jour de la semaine – L, M, Me, J, V, S, D)
Le décès a-t-il eu lieu un jour férié ?
Stade de la grossesse à l'admission
État à l'admission
Autre état, préciser
Stade de la grossesse au décès
Stade de gestation au décès ou à l'accouchement (semaine) si le décès s'est produit après l'accouchement
No. jours depuis que la grossesse s'est terminée (par l'accouchement, une fausse couche ou grossesse extra utérine)

Directives techniques de la Surveillance des Décès Maternels et Réponses (SDMR)

Raisons de l'admission

.....
.....
.....

Référence Si la mère a été référée, d'où était ce ?.....

Si elle a été référée, temps écoulé entre l'identification d'un problème et le transfert au centre de santé 1

Si elle a été référée d'un centre à un autre, temps du transfert planifié entre le centre 1 et le centre 2

Remarques sur le processus de référence – notamment observations sur la communication, le transport utilisé et tous les problèmes notés :

.....
.....
.....

SOINS PRÉNATALS

Soins prénatals reçus ☐ oui ☐ non Si oui, nombre de visites prénatales

Si oui, où a-t-elle reçu les soins ? (Faites une liste exhaustive) Clinique, centre communautaire de santé, centre de santé, hôpital de référence, hôpital départemental, établissement privé, autre :

.....
.....

Si oui, qui a donné les soins ? (Faites une liste exhaustive) Spécialiste, médecin généraliste, sage-femme ayant reçu une formation avancée, sage-femme, infirmière, autre :

.....
.....

FACTEURS DE RISQUES PRÉNATALS

Hypertension ☐ Placenta Praevia ☐ Césarienne précédente ☐ Multiple gestation ☐ Présentation anormale ☐

Protéinurie ☐ Glycosurie ☐ Anémie ☐ Infection des voies urinaires ☐ VIH positif ☐ Paludisme ☐

Grossesse non désirée ☐ Syphilis ☐

Hospitalisation antepartum ☐ Si hospitalisée, pourquoi ?

Autres facteurs de risque antepartum (préciser)

Remarques sur les soins prénatals – faites une liste des médicaments

.....
.....

EXAMENS DE LABORATOIRE

Groupe sanguin et rhésus ☐ Hématocrite ☐ Hémoglobine ☐ VDRL ☐ Chimie du sang ☐

RPR ☐ HIV ☐ Rubéole ☐

Analyse d'urine

.....
Autres

EXAMEN MÉDICAL À L'ADMISSION

EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL

.....
.....
.....
.....
.....

Directives techniques de la Surveillance des Décès Maternels et Réponses (SDMR)

SIGNES VITAUX

Rythme cardiaque Tension artérielle systolique Fréquence Respiratoire Toute anomalie
Température (Celsius) Tension artérielle diastolique.....
Taille Examen Systémique (toute anomalie constatée) :
Poids
.....
.....

EXAMEN ABDOMINAL

Hauteur utérine (cm) Contradiction entre la hauteur utérine et l'âge gestationnel :
Présentation
Autres anomalies abdominales :
.....
.....

EXAMEN PELVIEN

Stade du travail si le travail a commencé
Toute anomalie pelvienne observée
.....

COMPLICATIONS DE L'ADMISSION ANTEPARTUM

Rupture prématurée des membranes ☐ Avortement ☐ Placenta praevia ☐ Déclenchement du travail avant le terme ☐
Pré-éclampsie ☐ Éclampsie ☐ Décès foetal ☐ Pyélonéphrite ☐ Septicémie ☐ Paludisme ☐
Autres complications d'admission antepartum :
Diagnostic différentiel à l'admission :
.....

ACCOUCHEMENT, RETOUR DE COUCHE (PUERPERIUM) ET RENSEIGNEMENTS NÉONATALS

Le travail s'est-il déclenché ? Si le travail s'est déclenché, a-t-on utilisé un partogramme ?
Si le travail s'est déclenché, combien de temps a-t-il duré ? :
Stade du travail Phase active 2^{ème} phase 3^{ème} phase
Longueur des membranes rompues..... Le placenta était-il complet ?
.....

ACCOUCHEMENT

Âge gestationnel estimé lors de l'accouchement
Hémorragie intrapartum Infection intrapartum Pré-éclampsie/éclampsie intrapartum
Dystocie d'obstacle
Remarques sur le travail et l'accouchement :
.....
.....
Y-a-t-il eu une gestion active de la 3^{ème} phase du travail ? Le placenta est-il resté coincé ?
Hémorragie postpartum Infection postpartum Pré-éclampsie/éclampsie intrapartum
Remarques sur le retour de couche (puerperium) :
.....
.....

LE NOUVEAU-NÉ

Résultat Poids à la naissance (grammes) Score d'Apgar (1 min.) Score d'Apgar (5 min.)
.....

INTERVENTIONS (NOTER OUI/NON)

Début de grossesse

Évacuation Oui ☐ Non ☐

Laparotomie Oui ☐ Non ☐

Hystérotomie Oui ☐ Non ☐

Transfusion Oui ☐ Non ☐

Antibiotiques Oui ☐ Non ☐

Antepartum

Transfusion Oui ☐ Non ☐

Version Oui ☐ Non ☐

Travail provoqué Oui ☐ Non ☐

Sulfate de magnésium Oui ☐ Non ☐

Transfusion Oui ☐ Non ☐

Intrapartum

Accouchement avec instrument Oui ☐ Non ☐

Symphysiotomie Oui ☐ Non ☐

Césarienne Oui ☐ Non ☐

Hystérectomie Oui ☐ Non ☐

Sulfate de magnésium Oui ☐ Non ☐

Postpartum

Évacuation Oui ☐ Non ☐

Hystérectomie Oui ☐ Non ☐

Oxytocine Oui ☐ Non ☐

Laparotomie Oui ☐ Non ☐

Sulfate de magnésium Oui ☐ Non ☐

Misoprostol Oui ☐ Non ☐

Hystérotomie Oui ☐ Non ☐

Antibiotiques Oui ☐ Non ☐

Autre intervention

Anesthésie générale Oui ☐ Non ☐

Péridurale Oui ☐ Non ☐

Rachidienne Oui ☐ Non ☐

Locale Oui ☐ Non ☐

Ventilation de soins intensifs Oui ☐ Non ☐

Surveillance invasive Oui ☐ Non ☐

Autres interventions

.....

.....

.....

.....

CAUSE DU DÉCÈS

Principale cause du décès (CIM-10)

Dernière cause du décès (CIM-10)

Autopsie Si l'autopsie a été effectuée, prière de joindre le rapport

Est-ce que la dernière cause du décès a été confirmée par le pathologiste ?

Cause ayant contribué (Antécédent) au décès #1(CIM-10)

Cause ayant contribué (Antécédent) au décès #3(CIM-10)

Cause ayant contribué (Antécédent) au décès #3(CIM-10)

Résumé de cas (faire un bref résumé des événements entourant le décès) :

.....
.....
.....



Ministère de la Santé Publique et de la Population

NCE DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR)
Formulaire I-4 : Accord de confidentialité
membres du Comité de Revue Institutionnelle (CRI)

Nous, les membres du Comité de Revue Institutionnelle (CRI) de l'Institution située dans la commune de.....du Département sanitaire....., sommes d'accord pour garder l'anonymat et la confidentialité pour tous les décès maternels suspects ou confirmés examinés lors de la réunion tenue le

Nous nous engageons à ne pas raconter ou divulguer à quiconque n'ayant pris part à cette rencontre les détails des événements analysés ici. Nous nous engageons aussi à ne pas dévoiler ou publier les noms des personnes concernées au sein de l'institution ou à l'extérieur, y compris les membres de la famille ou les prestataires de soins. Si nécessaire, les conclusions pourront être partagées seulement aux prestataires concernés dans le but de les accompagner.

Ce présent accord de confidentialité prend effet à compter du/...../..... (date et heure de la rencontre). Nous acceptons de participer à cette réunion à la condition que les informations soient respectées.

Nous certifions qu'avoir lu et compris le présent accord de confidentialité en le signant :

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

N.B : Ce formulaire doit être signé par tous les membres du CRI à chaque rencontre.



Ministère de la Santé Publique et de la Population

CE DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR)
Formulaire I-5 : Feuille de travail du Comité

Numéro du cas

RÉSUMÉ DU CAS

1. Âge
 2. Nationalité
 3. Gravidité, parité, issue de la grossesse, âge gestationnel, poids à la naissance
 4. Date de naissance et date de décès
 5. Antécédents familiaux
 5. Synopsis des événements conduisant au décès
-

QUESTIONS À EXAMINER :

Avant la grossesse

6. Est-ce que la mère avait un état grave préexistant ?
7. Est-ce que la grossesse était programmée ?
8. Est-ce qu'elle prenait des contraceptifs ? Si non, pourquoi pas ?

Pendant la grossesse

9. Est-ce que la mère a reçu des soins prénatals appropriés et à temps ?
10. Si elle avait des problèmes, est-ce qu'ils ont été traités de façon appropriée ? A-t-elle suivi les conseils médicaux ? Si non, pourquoi ?

Intra partum

11. Est-ce que le travail de la mère a été contrôlé ? Prolongé ?
12. Si elle a eu des problèmes pendant le travail ou l'accouchement, a-t-elle reçu des soins convenables à temps ?
13. A-t-elle accouché avec l'aide d'un prestataire qualifié ? Dans une institution de santé ?
14. Avait-elle besoin d'être transférée avant le travail ? Pendant le travail ? Après le travail ?
Si oui, a-t-elle été transférée ? Si non, pourquoi ?

Postnatal

15. La mère a-t-elle été réanimée de manière appropriée ?
16. A-t-elle été soignée de façon appropriée pendant la période postnatale ?
17. Avait-elle besoin d'être transférée à un niveau de soins approprié ? Si oui, a-t-elle été transférée ? Si non, pourquoi ?
18. Lorsqu'elle est tombée malade, a-t-elle été emmenée à temps dans un lieu de soins ? A-t-elle été soignée ?

Point de vue du comité

19. Principale cause médicale du décès :

20. Le décès était-il évitable ?

21. Obstacles aux soins et facteurs remédiables (Est-ce que l'un de ces facteurs étaient présent ?)

Est-ce que les femmes et leur famille ont reconnu qu'il y avait un problème ?

Est-ce que le professionnel de santé a reconnu qu'il y avait un problème ?

- Y-avait-il du retard de la part des femmes recherchant des soins ?

S'il y a eu du retard, pourquoi ? Identifier les problèmes personnels, familiaux, et communautaires, notamment les sociaux et financiers.

- Y-a-t-il eu du retard dans le transport jusqu'au lieu de soins ou entre deux centres de santé ?

S'il y a eu du retard, pourquoi ? Identifier les problèmes de communication, d'accès, de transport jusqu'au centre et entre des centres :

- Y-a-il eu du retard dans la prestation des soins au niveau du centre de santé/hôpital ?

S'il y a eu du retard, pourquoi ? Identifier les faiblesses et barrières institutionnelles, compétences du prestataire, manque d'équipements et d'intrants

- Y-avait-il un problème dans les soins médicaux reçus dans l'institution de santé ?

Si oui, est-ce que le problème était antérieur à l'accouchement ?

Si oui, est-ce que le problème s'est posé au moment de l'accouchement ?

Si oui, est-ce que le problème était postérieur à l'accouchement ?

Si oui, est-ce que le problème était lié à la réanimation ?

Si oui, est-ce que le problème était lié à l'anesthésie ?

Si oui, est-ce que le problème était lié à un manque de professionnalisme ?

22. Quels facteurs auraient pu être modifiés pour réduire le risque de survenance du décès (les occasions manquées et les soins de qualité inférieure) ?

23. Comment ce que vous avez appris va-t-il changer votre pratique ?

24. Recommandations visant à réduire les décès pour des causes ou des circonstances similaires.



ANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR)
Formulaire I-6 - Fiche de rapport de séance (page 1)

Ministère de la Santé Publique et de la Population

Date de la revue

Numéro du cas :

Durée de la séance	Heure du début.....	Heure de fin
--------------------------	---------------------	--------------------

Synthèse du cas :

1. Points forts dans la prise en charge :

2. Points faibles dans la prise en charge :

3. Causes principales des dysfonctionnements identifiés :

4. Problèmes prioritaires identifiés :

5. Leçons tirées :

6. Résumé des actions priorisées et recommandations :

- a.
- b.
- c.



Ministère de la Santé Publique et de la Population

SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR)
Formulaire I-6 - Fiche de rapport de séance (page 2)

PLAN D' ACTIONS

Problème identifié	Interventions proposées	Par qui	Date	Suivi par qui	Résultats	Réévaluation/ date	Autres actions si nécessaire



Ministère de la Santé Publique et de la Population

SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR)

Formulaire: I-7 : Sommaire des données de la surveillance
des décès maternels (à envoyer au département sanitaire)

Date :	Période rapportée :		Nombre de décès :
Services	Nombre de cas	Causes	Recommandations
Salle de maternité			
Pathologie			
Morgue			
Service de médecine interne			
Salle d'opération			
Salle de post-chirurgie			
Autres			
		Certificat de décès :	
Préparé par (nom) :		Signature :	

Formulaire: I-7 : Sommaire des données de la surveillance
des décès maternels (page 2)

Liste des autopsies verbales

Année :

Mois :

Semaine :

Date de la soumission :

#	Non ak siyati fanm ki mouri	Laj li	Kote li te rete	Dat li mouri (Jou/Mwa/Lane)	Kote li mouri	Kondisyon lanmò fanm nan						Dat enfomasyon an kolekte (jou/mwa/Lane)	Non ak siyati sipevize ajan sante	Non ak siyati ajan sante a	Telefon ajan sante a
						1	2	3	4	5	6				
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

Kondisyon lanmò fanm nan

- | | |
|--|---|
| 1. Te fè yon fos kouch oswa yon avotman 2 mwa anvan li mouri | 5. Mouri ant 43 jou jiska yon lane apre akouchman |
| 2. Mouri tou ansent | 6. Pa konnen si li ansent nan ane ki pase a |
| 3. Mouri pandan akouchman an | 7. Pa gen enfomasyon sou gwosès la |
| 4. Mouri apre akouchman men anvan 42 jou | |

Niveau départemental



Ministère de la Santé Publique et de la Population

ANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR)

Formulaire D-1: Questionnaire d'Autopsie verbale

Fòm D-1: Kesyonè Otopsi vèbal

Nimewo

--	--	--	--	--	--

Bonjou. Mwen konnen w sot pèdi yon moun ki chè anpil pou ou. Mwen prezante w bon jan kondoleyans ki sòti nan fon kè m. Mwen ta renmen pose w de twa ti kesyon sou maladi ak lanmò moun ou sot pèdi a. Mwen pa konnen si sa ap deranje w. Eske ou ka rakonte m nan ki sikonstans li mouri?

1) INFOMASYON JENERAL

- Non moun ki mouri a: Non _____ Siyati _____
- Non moun kap reponn kesyon yo: _____
- Sa li ye pou moun ki mouri a: _____
- Depatman: _____ 5. Komin: _____
- Seksyon Kominal: _____ 7. Lokalite: _____
- Adrès kote li abite: _____
- Dat li mouri:

Jou	Mwa	Lane			
- Dat li te fèt:

Jou	Mwa	Lane			
- Date chita pale

Jou	Mwa	Lane			

2) ENFOMASYON PÈSONEL SOU MOUN KI MOURI AN

- Ki pi gwo klas li te fè ? _____
- Ki travay li tap fè poul viv ? _____
- Eske li te: ☐ Marye ☐ Plase ☐ Divòse ☐ Vèv ☐ Vivavek
- Konbyen timoun vivan madanm nan te fè ? _____ 16. Konbyen timoun tou mouri li te fè ? _____
- Konbyen fos kouch li te fè ? _____ 18. Konbyen avòtman li te fè ? _____
- Konbyen pitit vivan li kite ? _____ 20. Nan pitit li yo kap viv ki laj pi piti a ? _____

21. Lè li te fin fè timoun sila eske li te ansent ankò ? ☐ Wi ☐ Non

22. Ki dat dènye akouchman avan timoun sa a ____/____/____

23. Konbyen fwa li te ansent antou ? _____

24. Eske li te gen pwoblèm sante anvan li te ansent ?

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 26

☐ Wi

25. Si wi, ki pwoblèm li te genyen ?

26. Eske li te gen pwoblèm anemi ?

☐ Pa konnen

☐ Non

☐ Wi

27. Listwa moun nan: ☐ HTA ☐ Maladi sik ☐ Opresyon ☐ Tibèkiloz ☐ Maladi nan ke

28. Ki kote li mouri ? ☐ Lopital ☐ Sant sante ☐ Lakay ☐ Lòt kote (presize) _____

29. Ki sa ou panse ki fè l mouri (ou ki tyel) ?

30. Li mouri: ☐ Anvan akouchman ☐ Pandan akouchman ☐ Aprè akouchman

31. Eske li te rete yon lot kote nan lane anvan li te mouri ?

☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 37

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 37

☐ Wi

32. Eske li te ansent pandan li te lot kote sa a ? ☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi

33. Eske li te malad pandan li te lot kote sa a ?

☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 35

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 35

☐ Wi

34. Ki sa li te genyen le li tap viv lot kote sa a ?

35. Eske ou te lot kote sa a avèk li ? ☐ Non ☐ Wi

36. Si li pa te malad lot kote sa a, konbyen tan aprè li te retounen malad ?

3) SWEN PANDAN GWOSÈS LAN

37. Eske l te ale konsilte pandan gwasès la ?

- ☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 43
☐ Non → ale nan kesyon nimewo 43
☐ Wi

38. Si wi, ki kote li te ale ?

☐ Kay doktè ☐ Sant sante ☐ Lopital ☐ Matronn ☐ Dokte fèy ☐ Lot kote (ki kote) _____

39. Konbyen fwa li te al konsilte kote sa a pandan gwasès li ?

☐ Yon sel fwa ☐ 2-4 fwa ☐ 5-7 fwa ☐ Plis pase 7 fwa ☐ Pa konnen

40. Sou konbyen mwa gwasès li te ale konsilte premye fwa a ?

_____ Mwa ☐ Nan komansman ☐ Nan mitan ☐ Fen ☐ Pa konnen

41. Sou konbyen mwa gwasès li te ale konsilte dènye fwa a ?

_____ Mwa ☐ Nan komansman ☐ Nan mitan ☐ Fen ☐ Pa konnen

42. Lè li te ale konsilte, konbyen lajan li te depanse pou sa a ?

Konsiltasyon _____ Gdes
Medikaman _____ Gdes
Laboratwa _____ Gdes
Transpò _____ Gdes
Lòt depans _____ Gdes
Total lajan _____ Gdes

☐ Pa konnen konbyen li te peye

43. Ou ka montre m kat sante l ? ☐ Wi ☐ Non

44. Si li pat ale konsilte, eske ou ka di nou pou ki rezon ? _____

4) PWOBLEM PANDAN GWOSÈS LA

Eske _____ (non moun ki mouri a) te prezante pwoblèm ke nou pwal site la yo anvan li mouri :

45. Eske yo te di l li fè tansyon?

- ☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 46
☐ Non → ale nan kesyon nimewo 46
☐ Wi

a. Kiyès ki te di l sa ? ☐ Doktè ☐ Miss ☐ Lòt moun (kiyès) _____

- b. Depi konbyen tan ? _____
c. Ki mwa siy sa yo te parèt ? _____

46. Eske li tap senyen pa anba ?

- ☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 47
☐ Non → ale nan kesyon nimewo 47
☐ Wi

- a. Konbyen tan li te fè ap senyen anvan li mouri ? _____
b. Lè li te mouri a eske li tap senyen toujou ? ☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi
c. Eske san an te tache rad li ? ☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi

47. Eske l te gen kote lan ko l ki te anfle ?

- ☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 48
☐ Non → ale nan kesyon nimewo 48
☐ Wi

- a. Ki kote? ☐ Vant ☐ Figi ☐ Janm ☐ Pye ☐ Men ☐ Lòt kote (ki kote) _____
b. Depi ki le w te remake sa ?
c. Ki mwa siy sa yo te parèt ?

48. Eske w te wè souf li kout anvan li mouri ?

- ☐ Non → ale nan kesyon nimewo 49
☐ Wi

- a. Eske w ka di'n kilè w te remake sa premye fwa ? _____
b. Konbyen tan sa te dire sou li ? _____

49. Eske w te wè po l bay you ti koulè pal? ☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi

50. Eske li te gen gwo tèt fè mal anvan li mouri ?

- ☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 51
☐ Non → ale nan kesyon nimewo 51
☐ Wi

- a. Ki mwa siy sa yo te parèt ? _____

51. Eske l te kon pipi souvan e anpil ?

- ☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 52
☐ Non → ale nan kesyon nimewo 52
☐ Wi

- a. Eske w ka di'n kilè w te remake sa premye fwa ? _____
b. Konbyen tan sa te dire sou li ? _____

52. Eske li te gen lafyèv anvan li mouri ?

- ☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 53
☐ Non → ale nan kesyon nimewo 53
☐ Wi

- a. Eskew ka di'n kilè w te remake sa premye fwa ? _____
b. Konbyen tan sa te dire sou li ? _____

53. Eske li te konn bay dlo pa anba ?

☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 48

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 48

☐ Wi

a. Si wi, depi konbyen tan ? _____

54. Eske li te konn fè kriz anvan li mouri? ☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi

55. Eske gen lòt bagay ki gen rapò ak gwosès li te genyen an ke nou pa di ?

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 50

☐ Wi

a. Se kisa ? _____

56. Dapre ou menm kijan w te we pwoblèm sa yo ? _____

a. Eske pwoblèm sa yo te: ☐ Grav anpil ☐ Grav ☐ Pa tèlman grav ☐ Pa konnen

57. Kilès ki te wè pwoblèm sa yo anvan ? _____

58. Eske li te resevwa konsèy sou pwoblèm sa yo ? ☐ Wi ☐ Non

59. Kilès ki te bali konsèy yo ? _____

60. Eske _____ (non moun ki mouri a) te fè yon bagay pou bay pwoblèm nan yon solisyon ?

☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 63

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 63

☐ Wi

61. Ki kote li te ale ?

☐ Kay doktè ☐ Sant sante ☐ Lopital ☐ Matronn ☐ Doktè fèy ☐ Lòt kote (ki kote) _____

62. Konbyen li te depanse pou regle pwoblèm sa a pou :

Konsiltasyon _____ Gdes Medikaman _____ Gdes Laboratwa _____ Gdes Transpò _____ Gdes

Lòt depans _____ Gdes **Total lajan _____ Gdes** ☐ Pa konnen konbyen li te peye

63. Si li pat ale konsilte, eske ou ka di nou pou ki rezon ? _____

5) PWOBLEM PANDAN AKOUCHMAN

64. Tranche a te komanse ? ☐ Anvan lè ☐ A lè ☐ Apre lè ☐ Pa konnen

65. Ki kote tranche a te komanse ? _____

66. Konbyen tan tranche a dire anvan timoun nan fèt ? _____

67. Apre konbyen tan konpanie/ mè vant/ plasenta an tonbe ? _____

68. Ki moun ki te okipe l pandan tranche a ?

☐ Manman ☐ Sè ☐ Mari ☐ Matant ☐ Matronn ☐ Enfimyè ☐ Doktè ☐ Lot moun (kiyès) _____

69. Ki moun ki te okipe li lè timoun nan fèt la?

☐ Manman ☐ Matant ☐ Matronn ☐ Enfimyè ☐ Doktè ☐ Lot moun (kiyès) _____

70. Ki kote timoun-nan fèt ? _____

71. Dat akouchement

--	--	--	--	--	--

Jou Mwa Ane

Sitiyasyon timoun nan :

72. Li fèt : ☐ Anvi ☐ Li fèt mouri

73. Li fèt : ☐ Prezantasyon nomal ☐ Nan move prezantasyon

74. Si ti bebe a ap viv ki laj li genyen ? _____

75. Si li mouri, depi konbyen tan ke li mouri ? _____

76. Si ti bebe a te mouri ki kote sa rive ?

☐ La kay li ☐ Nan sant kominotè sante ☐ Nan sant sante ☐ Nan lopital ☐ Kay matronn ☐ Nan wout pou ale nan sant sante oswa lopital ☐ Doktè fey/ougan ☐ Lòt kote (ki kote) _____

Eske _____ (non moun ki mouri a) te prezante pwoblèm sa yo pandan akouchman :

77. Eske yo te di l ke li fè tansyon ?

☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 78

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 78

☐ Wi

a. Kiyès ki te di l sa ? ☐ Doktè ☐ Miss ☐ Lòt moun (kiyès) _____

b. Depi konbyen tan ? _____

c. Ki mwa siy sa yo te parèt ?

78. Eske li tap senyen pa anba ?

☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 79

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 79

☐ Wi

- a. Konbyen tan li te fè ap senyen anvan li mouri ? _____
b. Lè li te mouri a eske li tap senyen toujou ? ☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi
c. Eske san an te tache rad li ? ☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi

79. Eske l te gen kote lan ko l ki te anfle ?

- ☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 80
☐ Non → ale nan kesyon nimewo 80
☐ Wi

- a. Ki kote ? ☐ Vant ☐ Figui ☐ Janm ☐ Pye ☐ Men ☐ Lòt kote (ki kote)
b. Ki mwa siy sa yo te parèt ?

80. Eske w te wè souf li kout anvan li mouri ? ☐ Non ☐ Wi

- a. Eske w ka di'n kile w te remake sa premye fwa ? _____
b. Konbyen tan sa te dire sou li ? _____

81. Eske w te wè po l bay you ti koulè pal ? ☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi

82. Eske li te gen gwo tèt fè mal anvan li mouri ? ☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi

- a. Ki mwa siy sa yo te parèt ?

83. Eske l te konn pipi souvan ak anpil ?

- ☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 84
☐ Non → ale nan kesyon nimewo 84
☐ Wi

- a. Eske w ka di'n kile w te remake sa premye fwa ? _____
b. Konbyen tan sa te dire sou li ? _____

84. Eske li te gen lafyèv anvan li mouri ?

- ☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 85
☐ Non → ale nan kesyon nimewo 85
☐ Wi

- a. Eske w ka di'n kile w te remake sa premye fwa ? _____
b. Konbyen tan sa te dire sou li ? _____

85. Eske li te konn bay dlo pa anba ?

- ☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 86
☐ Non → ale nan kesyon nimewo 86
☐ Wi

- a. Si wi, depi konbyen tan ? _____

86. Eske li te konn fè kriz anvan li mouri ? ☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi

87. Eske gen lòt bagay ki gen rapò ak akouchman li te fè a ke nou pa di ?

- ☐ Non → ale nan kesyon nimewo 88
☐ Wi

- a. Se kisa ? _____

88. Dapre ou men m kijan w te wè pwoblèm sa yo ? _____

a. Eske pwoblèm sa yo te: ☐ Grav anpil ☐ Grav ☐ Pa tèlman grav ☐ Pa konnen

89. Kilès ki te wè pwoblèm sa yo anvan ? _____

90. Eske li te resevwa konsèy sou pwoblèm sa yo ? ☐ Wi ☐ Non

91. Kilès ki te bali konsèy yo ? _____

92. Eske _____ (non moun ki mouri a) te fè yon bagay pou rezoud pwoblèm nan ?

☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi

93. Ki kote li te ale ? ☐ Kay doktè ☐ Sant sante ☐ Lopital ☐ Matronn ☐ Doktè fèy ☐ Lot kot (ki kote) _____

94. Konbyen li te depanse pou regle pwoblèm sa a pou :

Konsiltasyon _____ Gdes Medikaman _____ Gdes Laboratwa _____ Gdes Transpò _____ Gdes

Lòt depans _____ Gdes **Total lajan _____ Gdes** ☐ Pa konnen konbyen li te

95. Si li pat ale konsilte, eske ou ka di nou pou ki rezon ?

6). PWOBLEM APRE AKOUCHMAN

Eske _____ (non moun ki mouri a) te prezante pwoblèm ke nou pwal site la yo pandan 42 jou ki swiv akouchman l :

96. Eske li te ale nan konsiltasyon postnatale ?

☐ Pa konnen

☐ Non

☐ Wi

97. Eske yo te di l ke li fè tansyon ?

☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 98

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 98

☐ Wi

a. Kiyès ki te di-l sa ? ☐ Doktè ☐ Miss ☐ Lòt moun (kiyès) _____

b. Depi konbyen tan ? _____

c. Ki mwa siy sa yo te parèt ? _____

98. Eske li tap senyen pa anba ?

☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 99

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 99

☐ Wi

a. Konbyen tan li te fè ap senyen anvan li mouri ? _____

b. Lè li te mouri a eske li tap senyen toujou ? ☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi

c. Eske san an te tache rad li ? ☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi

99. Eske l te gen kote nan ko l ki te anfle ?

☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 100

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 100

☐ Wi

a. Ki kote ? ☐ Vant ☐ Figi ☐ Janm ☐ Pye ☐ Men ☐ Lòt moun (kiyès) _____

b. Ki mwa siy sa yo te parèt?

100. Eske w te wè souf li kout anvan li mouri ?

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 101

☐ Wi

a. Eske w ka di'n kile w te remake sa premye fwa ? _____

b. Konbyen tan sa te dire sou li ? _____

101. Eske-w te wè po-l bay you ti koulè pal? ☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi

102. Eske li te gen gwo tèt fè mal anvan li mouri ?

☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 103

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 103

☐ Wi

a. Ki mwa siy sa yo te parèt ?

103. Eske l te kon pipi souvan ak anpil ?

☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 104

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 104

☐ Wi

a. Eske w ka di'n kile w te remake sa premye fwa ? _____

b. Konbyen tan sa te dire sou li ? _____

104. Eske li te gen lafyèv n li mouri ?

☐ Pa konnen → ale nan kesyon nimewo 105

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 105

☐ Wi

a. Eske w ka di'n kile w te remake sa premye fwa ? _____

b. Konbyen tan sa te dire sou li ? _____

105. Eske li te kon bay dlo pa anba ?

☐ Non → ale nan kesyon 106

☐ Wi

a. Si wi, depi konbyen tan ? _____

106. Eske li te kon fè kriz anvan li mouri ? ☐ Pa konnen ☐ Non ☐ Wi

107. Eske li te konn bay dlo pa anba ki genyen movèz odè ?

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 108

☐ Wi

a. Si wi, depi konbyen tan sa te dire ? _____

108. Konbyen jou apre akouchman an pwoblèm nan te kòmanse ? _____jou

109. Eske gen lòt bagay ki gen rapò ak lèl fin akouche a nou poko di ?

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 110

☐ Wi

a. Se kisa ?

110. Dapre ou menm kijan w te wè pwoblèm sa yo ? _____

a. Eske pwoblèm sa yo te: ☐ Grav anpil ☐ Grav ☐ Pa tèlman grav ☐ Pa konnen

111. Kilès ki te wè pwoblèm sa yo anvan ? _____

112. Eske li te resevwa konsèy sou pwoblèm sa yo ? ☐ Non ☐ Wi

113. Kilès ki te bali konsèy yo ? _____

114. Eske _____ (non moun ki mouri a) te fè yon bagay pou rezoud pwoblèm nan?

☐ Pa konnen ☐ Wi ☐ Non

115. Kisa li te fè ? _____

116. Ki kote li te ale ? ☐ Kay doktè ☐ Sant sante ☐ Lopital ☐ Matronn ☐ Doktè fèy ☐ Lot kot (ki kote)_____

117. Konbyen li te depanse pou regle pwoblèm sa a pou :

Konsiltasyon _____Gdes Medikaman _____Gdes Laboratwa _____Gdes Transpò _____Gdes

Lòt depans _____Gdes **Total lajan _____Gdes** ☐ Pa konnen konbyen li te depanse

118. Si li pat ale konsilte, eske ou ka di nou pou ki rezon ?

119. Eske gen diferans ant gwosès sa a ak lot fwa ke fanm sa a te konn ansent deja ke nou poko pale jodi a ?

☐ Non → ale nan kesyon nimewo 120

☐ Wi

a. Si se wi kisa ?

120. Eske fanm nan te gen pwoblèm lakay li ki ba l tèt chaje, lè li te ansent fwa sa a ? ☐ Wi ☐ Non

121. Eske ou ka di nou ki pwoblèm li te genyen ? _____

122. Eske _____ (non moun ki mouri a) te konn malad pandan lòt gwosès anvan sa ?

☐ Wi ☐ Non

123. Eske ou ka di nou ki sa li te konn genyen ?

124. Ki kote li te akouche anvan fwa sa a ? ☐ Lakay ☐ Sant sante ☐ Lopital ☐ Lot kot (ki kote) _____

125. Non moun ki tap poze keksyon yo

OBSEVASYON MOUN KAP POZE KEKSYON
PATI SA DWE RANPLI LE TOUT KEKSYON YO FINN POZE

Pote remak sou keksyon patikilye :

.....

Pote remak jeneral:

.....

Non ak Siyati delege a:

Non ak siyati ajan an :

Résumé de l'autopsie verbale

Nom de la personne complétant le formulaire : Téléphone :

Nom de la défunte : Age :..... date du décès :.....

Cause finale du décès :.....

Cause initiale du décès :

	Trouvailles
Résumé des symptômes	
Causes sous-jacentes	
Facteurs contributifs	
Intervalle entre l'apparition des symptômes et les complications	
Intervalle entre l'apparition des complications et le décès	
Intervalle entre l'apparition des symptômes et le décès	
Remarques :	

Date de la réalisation de l'autopsie :

Signature du délégué d'autopsie verbale :



Ministère de la Santé Publique et de la Population

SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR)
Formulaire: D-2 : Sommaire des données de la surveillance
des décès maternels au niveau départemental

Département :
Nombre d'institutions :
Population :
décès institutionnels :

Période :
Nombre SONUB :
Estimation de naissances annuelle :
décès communautaires :

Année :
Nombre SONUC :
d'autopsies verbales réalisées :

Causes des décès maternels	MOIS												
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
1. Avortement													
2. Pré-Eclampsie / Eclampsie													
3. Hémorragie post-partum													
4. Hémorragie pre-partum													
5. Infection													
6. Travail prolongé/dystocie													
Autres causes (toutes les autres)													
Total													

N.B : Mettre (0) s'il n'y a pas de décès au cours du mois.



Ministère de la Santé Publique et de la Population

SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR)
Formulaire D-3 – Rapport trimestriel sur la Surveillance
des décès maternels

Date (jour/mois/année):

Département :

Estimation de naissances annuelles :

d'institutions avec comité de revue SDMR fonctionnel :

décès institutionnels :

décès communautaires :

Trimestre rapporté (intervalle des mois/année):

Population :

Nombre d'institutions SONU:

de revue de décès maternels réalisée :

d'autopsies verbales réalisées :

Principales causes de décès identifiées	1). 2). 3). 4). 5).	
Causes directes identifiées		
Causes de décès indirectes identifiées		
% de cas compliqués :	No. de décès considérés comme étant évitables :	% de notification effectuée dans les 24 heures après le décès :
% de plan de recommandations élaborées et mis en application :		
Quels éléments auraient pu être changés de façon à avoir moins de décès ?		
Recommandations pour réduire le no. de décès	Responsables pour la mise en œuvre de chaque recommandation	État d'avancement dans la mise en œuvre des recommandations

SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET REPONSES (SDMR)

Formulaire - niveau national (N1)

Composantes	Situation (évolution)
Nombre d'institutions SONU B	
Nombre d'institutions SONU C	
Estimation annuelle de naissance	
Nombre total de décès maternels sur l'année (précisez la période)	
% Notification de tous les décès maternels institutionnels dans les 24heures	
Politique nationale de surveillance de décès maternels	
Normes et standard de soins (Précisez : développés, disponibles et mis à jour)	
Ressources financières	
Rapport trimestriel par département	
Rapport annuel (publié et disponible)	