



Organisation
mondiale de la Santé

unicef 
pour chaque enfant

Surveillance des décès maternels et périnataux et riposte : outils pour la mise en oeuvre



Surveillance des décès maternels et périnataux et riposte : outils pour la mise en oeuvre



Organisation
mondiale de la Santé

unicef 

pour chaque enfant

Surveillance des décès maternels et périnataux et riposte : outils pour la mise en oeuvre [Maternal and perinatal death surveillance and response: materials to support implementation]

ISBN 978-92-4-004111-0 (version électronique)

ISBN 978-92-4-004112-7 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2022

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Surveillance des décès maternels et périnataux et riposte : outils pour la mise en oeuvre [Maternal and perinatal death surveillance and response: materials to support implementation]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et mise en page : Inis Communication

Table des matières

Remerciements	iv
Abréviations	v
Introduction aux directives opérationnelles de la SDMPR	1
Module 1 : Définitions	5
Module 2 : L'établissement de soins de santé comme point de départ	11
Étape 1 : Évaluation de la situation actuelle	11
Étape 2 : Mise en place d'un comité de pilotage	11
Étape 3 : Identification des procédures et actions à mettre en œuvre	12
Module 3 : Le recensement des cas	15
Module 4 : La collecte des informations	19
Module 5 : L'étude conjointe des décès maternels et périnataux	25
Module 6 : L'analyse et la diffusion des informations	31
Module 7 : Les recommandations et les actions à mettre en œuvre	35
Module 8 : Suivi, évaluation et ajustement des processus de SDMPR et d'amélioration de la qualité des soins	45
Module 9 : La SDMPR dans un contexte humanitaire et/ou fragile	49
Module 10 : Surmonter la culture du blâme dans le cadre de la SDMPR	53
Liste des ressources	63
Annexes	69

Remerciements

Les outils développés dans le cadre de la mise en œuvre de la SDMPR sont le fruit du travail de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du groupe de travail technique de la SDMPR, et des représentants des organismes suivants (par ordre alphabétique) : Fédération d'obstétrique et de gynécologie d'Asie et d'Océanie (AOFOG), Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDCs), Initiative d'accès à la santé de Clinton (CHAI), Ministère des Affaires étrangères du Commonwealth et du Développement (FCDO) du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande, Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), Confédération internationale des sages-femmes (ICM), Programme Johns Hopkins d'éducation internationale en gynécologie et en obstétrique (Jhpiego), École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres (LSHTM), École de médecine tropicale de Liverpool (LSTM), MOMENTUM Leadership national et mondial (MCGL), Programme de survie de la mère et de l'enfant (MCSP), MSD for Mothers, Options Consultancy Services Ltd, Save the Children, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).

Ce document a été initialement rédigé par Kate Kerber, consultante pour l'OMS. Des contributions substantielles ont été apportées par Matthews Mathai et Subhasri Balakrishnan (LSTM), Kathleen Hill et Kusum Thapa (MCGL/ Jhpiego), Ank de Jong (ICM), Elaine Scudder (Save the Children), Endang Handzel et Florina Serbanescu (CDC), Louise Hulton (E4A), Robyn Churchill (CHAI), Mary Kinney (Université de Western Cape, Afrique du Sud), Debra Jackson, Louise Day, Mary Mbuo (LSHTM), Tedbabe Degefie Hailegabriel et Alex Manu (UNICEF). (UNICEF), Animesh Biswas et Michel Brun (UNFPA) et Temitayo Erogbogbo (MSD for Mothers).

Au niveau de l'OMS, Allisyn Moran et Francesca Palestra sont les membres du personnel responsables de cette édition. Blerta Maliqi, Maurice Bucagu, Anayda Gerarda Portela, Frances McConville, Doris Chou, Ann-Beth Moller, Bremen De Mucio, Nancy Kidula, Fatim Tall, Eric-Didier N'Dri, Sandra Dao Ramatou Sawadogo Windsouri, Assumpta Muriithi, Triphonie Nkurunziza, Nino Berdzuli, Anoma Jayathilaka Chandani, Jennifer Cresswell, Rajesh Metha et Neena Raina y ont contribué en qualité de membre du personnel.

Les versions préliminaires du guide opérationnel et des outils de mise en œuvre ont été testés dans quatre pays afin d'évaluer leur efficacité et leur facilité de prise en main.

L'OMS remercie, pour leur retour d'expérience dans les sites d'essais pilotes, les membres des établissements de santé suivants :

- Au Sri Lanka : merci à Kapila Jayaratne (responsable du programme national FHB) et au personnel de l'hôpital spécialisé dans la prise en charge des femmes, de quatre hôpitaux universitaires, trois hôpitaux généraux de districts, deux hôpitaux de base et d'un hôpital du secteur privé.
- Au Zimbabwe : remerciements à Stephen Munjanja, Sunhurai Mukwambu (Département d'obstétrique et de gynécologie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université du Zimbabwe) et aux membres des hôpitaux United Bulawayo, Mutare Provincial et Sally Mugabe.
- Au Burkina Faso : remerciements à René Pare et au personnel des HD de Boromo, Gourcy, Sindou, Bati, Sindou, Batié, Do, Léo, Pouytenga, Ouargaye, Ziniaré et du CHUR de Ouahigouya.
- En Côte d'Ivoire : merci à Seydou Kone, Marie Laurette Agbre Yace et au personnel des CHR d'Abengourou, de Gagnoa, de Guiglo et de Yamoussoukro, des HG d'Aboisso, d'Anyama, de Ferkessedougou, de Soubre, de Port-Bouët et du CHU de Bouaké.

Nous tenons également à remercier tout particulièrement le ministère des Affaires étrangères du Commonwealth et du Développement (FCDO) du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord pour les ressources et le soutien apportés à l'élaboration de ce document.

Abréviations

ALC	Agent de Liaison Communautaire
AQ	Amélioration de la Qualité
ASC	Agent de Santé Communautaire
AT	Anatoxine Tétanique
AVB	Accouchement par Voie Basse
AVC	Accouchement Vaginal Céphalique / accouchement par voie basse avec présentation de la tête (normal)
CARMMA	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CDC	Centre de prévention et de contrôle des maladies (Centers for Disease Control and Prevention)
CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision
CIM-MM	L'application par l'OMS de la CIM-10 aux décès survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité (ICD-Maternal Mortality) (publication de l'OMS, en anglais = ICD-MM)
CIM-MP	L'application par l'OMS de la CIM-10 aux décès survenant pendant la période périnatale (ICD-Perinatal Mortality) (publication de l'OMS, en anglais = ICD-PM)
CRVS	Système d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil (Civil Registration and Vital Statistics)
c/s	Césarienne
DHIS	Système d'Information Sanitaire du District (District Health Information Software)
DDR	Date des Dernières Règles
IPN	Insuffisance Pondérale à la Naissance
KMS	Soins Maternels Kangourou
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MCA	Département de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du vieillissement de l'OMS
MMEIG	Groupe inter-agences de l'ONU sur la mortalité infantile (Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group)
n/a	Non Applicable
PAB	Protégée À la Naissance
PEFN	Poids Extrêmement Faible à la Naissance

PFN	Poids Faible à la Naissance
PNV	Prophylaxie à la Névirapine
PTFN	Poids Très Faible à la Naissance
QdS	Qualité des Soins
RCP	Réanimation Cardio-Pulmonaire
RDP	Réunions de revue des Décès Périnataux
SIGL	Système d'Information et de Gestion Logistique
SIGS	Système d'Information de Gestion de Santé
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes
SRMNI	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale et Infantile
TAHA	Thérapie Antirétrovirale Hautement Active
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TMN	Taux de Mortalité Néonatale
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
VAT	Vaccination Anti Tétanique
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

Introduction aux directives opérationnelles de la SDMPR

Le présent guide opérationnel sert de feuille de route pour la surveillance et les interventions en matière de mortalité maternelle et périnatale dans les milieux cliniques et politiques, comme décrit dans les deux guides de référence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) intitulés : *Surveillance des décès maternels et riposte – Directives techniques – Prévention des décès maternels – Informations au service de l'action* (« Guide SDMR », 2013) et *Pour que chaque enfant compte : audit et examens des mortinaissances et des décès néonataux* (2016).

Ces deux guides proposent des approches fondées sur l'utilisation de données de qualité sur les soins de santé pour mettre un terme aux décès maternels, aux mortinaissances et aux décès néonataux évitables. En réunissant les différents acteurs du processus d'étude des décès, il est possible de promouvoir des partenariats fructueux à différents niveaux, susceptibles d'entraîner un réel changement pour les communautés et les pays.

La SDMPR comprend des enquêtes basées sur une méthode de recherche approfondie et qualitative des causes et circonstances entourant les décès maternels et périnataux. Ce processus fait partie intégrante des efforts d'amélioration de la qualité des soins visant à réduire les décès maternels, les mortinaissances et les décès néonataux évitables. Il repose sur l'identification des décès, leur notification et la détermination de leurs causes, ainsi que sur la définition d'interventions propres à prévenir de futurs décès. La désignation de groupes ou individus chargés de mener ces interventions, la mise en œuvre d'un programme et d'un mécanisme de suivi font également partie des activités de la SDMPR.

Certains lecteurs sont plus familiers avec le terme « audit » lorsqu'il est appliqué aux décès et à la mortalité, tandis que pour d'autres le sont davantage avec le terme « revue ». Dans ce guide, ces deux termes sont utilisés de manière interchangeable.

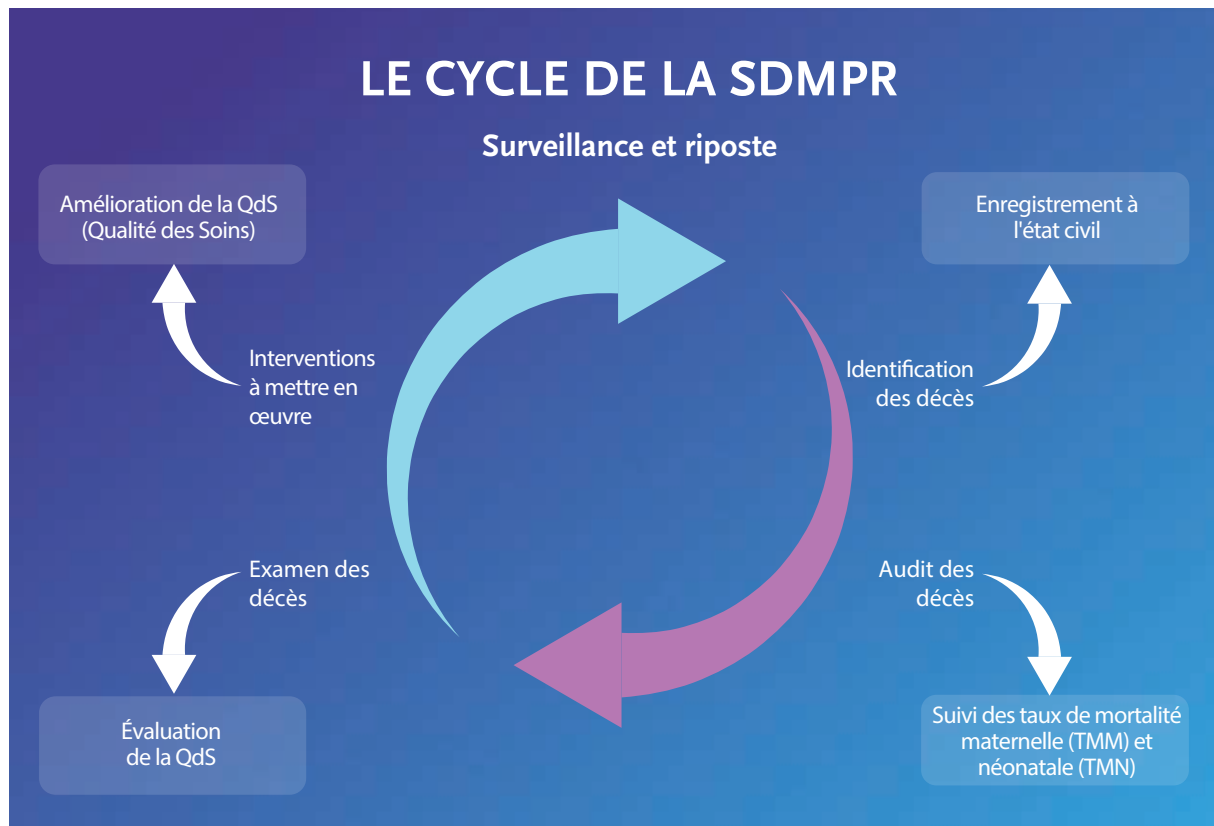
Ce guide opérationnel vise essentiellement à implanter la SDMPR au niveau du district et/ou de l'établissement de soins de santé, considéré comme point de départ pour sa mise en œuvre.

Le suivi et la collecte de données relatives aux décès, au niveau communautaire, sont également des composantes importantes de la SDMPR et peuvent être coordonnées avec les activités générales même si elles requièrent davantage de ressources matérielles et/ou humaines.

Quels sont les objectifs de la mise en œuvre de la SDMPR et du présent guide ?

- Établir un système d'évaluation des mortinaissances et des décès néonataux et notamment pour mesurer l'évolution de leur nombre et de leurs causes ;
- Produire des informations de qualité sur les facteurs modifiables qui contribuent aux mortinaissances et aux décès néonataux afin de pouvoir émettre des recommandations sur les actions à mettre en œuvre pour prévenir des futurs décès similaires ;
- Promouvoir la confidentialité et une culture du « pas de blâme ».
- Instituer la responsabilisation en matière de résultats et contraindre les décideurs à prendre en compte le problème des mortinaissances et des décès néonataux et à engager des actions ;
- Élaborer des modèles de formulaires et d'outils pouvant être adaptés au contexte local ;
- Compiler les données, outils et ressources et les relier à la base de données de la SDMPR.

Fig. 1. Le cycle de la SDMPR



À qui s'adresse ce guide ?

Ce guide opérationnel s'adresse à un large public, et notamment :

- Aux prestataires de soins de santé prodigués aux femmes et aux bébés et à tous les intervenants des processus d'audit des décès maternels et périnataux ;
- Aux responsables et aux dirigeants de la santé publique ;
- À tous les acteurs œuvrant à la réduction des décès maternels et périnataux, tels que les planificateurs et les gestionnaires, les formateurs, les épidémiologistes, les démographes, les décideurs, les agents de l'état civil, etc.

Quel est le lien entre l'audit des décès maternels et l'audit des décès périnataux ?

Dans certains pays, les processus d'audit des décès maternels et périnataux sont déjà intégrés au niveau régional ou national et niveau des établissements de santé. Dans d'autres pays, la revue des décès maternels ou celle des décès périnataux peut être menée, voire les deux simultanément, mais de façon indépendante.

Le présent guide s'adresse aux équipes chargées de l'amélioration de la qualité des soins au niveau des établissements de santé, aux responsables cliniques, aux décideurs dans le domaine de la santé, et à tout acteur, ayant la volonté de combiner et de renforcer ses interventions par la mise en place d'actions conjointes, permettant d'apprendre les uns des autres et de réduire les processus redondants. Ces actions conjointes pourront être, par exemple, dans le cadre d'un comité unique chargé de l'amélioration de la qualité des soins, l'organisation de réunions d'étude des décès maternels et périnataux conduisant à la mise en place de stratégies communes d'identification des décès, de collecte et diffusion des informations et au partage des comptes rendus et des recommandations entre les différentes parties prenantes.

Présentation des modules

Ce guide opérationnel comprend dix modules qui détaillent le processus d'audit des décès maternels et périnataux. Chaque module renvoie à des outils et ressources disponibles : instructions, modèles de formulaires, supports et outils de formation, vidéos et études de cas. Tous ces outils peuvent être adaptés à différents contextes. Les ressources disponibles sont mentionnées à la fin de chaque module. La majorité des outils et des ressources de ce document concernent les décès maternels et périnataux au niveau de l'établissement de santé et de la communauté. Des encadrés, tout au long du document, fournissent des exemples illustrant différents contextes et des ressources supplémentaires sont disponibles dans le module 7. Les outils inclus dans ce document sont indiqués en caractères gras tandis que les liens vers les ressources extérieures, disponibles en ligne, sont soulignés tels des hyperliens.

INTITULÉ DU MODULE	SUPPORTS ET Outils DE FORMATION [décès maternels]	SUPPORTS ET Outils DE FORMATION [décès périnataux]	ÉTUDES DE CAS	MODÈLES DE FORMULAIRES	AUTRES Outils ET RESSOURCES
1. Définitions	✓	✓			✓
2. L'établissement de soins de santé comme point de départ	✓	✓		✓	✓
3. Le recensement des cas	✓	✓		✓	✓
4. La collecte des informations	✓	✓	✓	✓	✓
5. L'étude conjointe des décès maternels et périnataux			✓	✓	✓
6. L'analyse et la diffusion des informations	✓	✓	✓	✓	✓
7. Les recommandations et les actions à mettre en œuvre	✓	✓	✓	✓	✓
8. Suivi, évaluation et ajustement des processus de SDMPR et d'amélioration de la qualité des soins	✓	✓			✓
9. La SDMPR dans un contexte humanitaire et/ou fragile					✓
10. Surmonter la culture du blâme dans le cadre de la SDMPR					✓

MODULE 1

Définitions



Module 1 : Définitions

L'usage incohérent de terminologies crée la confusion autour des données de mortalité maternelle et néonatale, et des mortinaissances. Les définitions suivantes, pour les audits de mortalité, déjà adoptées dans les guides *Surveillance des décès maternels et riposte – Directives techniques – Prévention des décès maternels – Informations au service de l'action* (« Guide SDMR », 2013) et *Pour que chaque enfant compte : audit et examens des mortinaissances et des décès néonataux* (2016), concernent certains des termes clés utilisés dans ce guide. Il convient de noter la différence de définition qui existe entre les décès liés à la grossesse et les décès maternels. Dans le cadre de la SDMR, c'est la notion de décès maternels qui est utilisée.



Décès lié à la grossesse

Décès lié à la grossesse : définition

Le décès d'une femme enceinte ou le décès survenu dans les 42 jours suivant l'interruption de grossesse, qu'elle qu'en soit la cause (obstétrique ou non-obstétrique) est considéré comme un décès lié à la grossesse; cette définition inclut les causes fortuites, non intentionnelles et accidentelles. *Normes et exigences de déclaration relatives à la mortalité maternelle, dans : Guide de référence de la CIM-11, Partie 2 [site web]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019, consulté le 12 juillet 2019).*



Décès maternel

Décès maternel : définition

Le décès maternel est le décès d'une femme enceinte ou le décès survenu dans les 42 jours suivant l'interruption de grossesse, lié à la grossesse ou à sa prise en charge, quels que soient l'âge gestationnel du fœtus et la position du bébé. Le décès maternel n'est pas lié à des causes accidentelles ou fortuites.

Mortalité maternelle : présentation des données

La mortalité maternelle est présentée sous forme de ratio pour 100 000 naissances vivantes, sur une période donnée.

Causes de décès maternels

Les causes de décès maternels sont définies selon la 10e révision de la Classification statistique Internationale des Maladies (CIM-10). L'OMS a élaboré des directives spécifiques à la mortalité maternelle, appelées *Application de la CIM-10 par l'OMS aux décès maternels pendant la grossesse, l'accouchement et la période puerpérale (CIM-MM)*. La CIM-MM vise à faciliter la collecte, l'analyse et l'interprétation cohérentes des informations sur les décès maternels. La CIM-MM sera mise à jour en fonction de la CIM-11.



Mortinaissance

Mortinaissance : définition

Selon la définition internationale de l'OMS, la mortinaissance renvoie au décès, avant la naissance, des fœtus qui, par ordre de priorité, pèsent au moins 1000 g, ont atteint au moins 28 semaines de gestation, et mesurent au moins 35 cm¹. En raison de la viabilité accrue des bébés nés avec un âge gestationnel inférieur dans certaines parties du monde et en raison des différents modes de mesure, certains groupes et certains individus définissent les mortinaissances différemment. Cela pourrait inclure des fœtus d'un âge gestationnel moindre, par exemple. La définition nationale devra être utilisée, le cas échéant.

¹ Voir Figure 2.1 du guide *Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux*

Mortinaissance : présentation des données

Les mortinaissances peuvent être regroupées en deux grandes catégories : (i) les mortinaissances antepartum, qui surviennent avant le début du travail, et (ii) les mortinaissances intrapartum, qui surviennent après le début du travail. Pour le diagnostic de la mortinaissance intrapartum, il est indispensable d'avoir entendu les battements du cœur fœtal à l'admission de la patiente. La mortinatalité intrapartum reflète en grande partie la qualité des soins dispensée pendant l'accouchement, tandis que la mortinatalité antepartum peut être un indicateur utile de la qualité des soins prénatals et du suivi de la croissance fœtale dans certains contextes, et notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Causes de mortinaissance

Il est très difficile d'identifier la cause des mortinaissances, même dans les pays à revenu élevé disposant de solides capacités de diagnostic. Le moment du décès est un indicateur, mais ne doit pas être utilisé pour attribuer une cause de décès. Environ la moitié des mortinaissances dans le monde surviennent pendant la période intrapartum, bien que la proportion puisse varier selon le niveau d'accès aux soins. Dans les régions où aucun suivi des battements du cœur fœtal n'est effectué, les mortinaissances peuvent être classées en deux catégories : (i) mortinaissance « macérée » ou (ii) mortinaissance « fraîche ». L'examen des restes fœtaux peut aider à déterminer si le fœtus est mort plus de 12 heures avant l'accouchement (mortinaissance macérée) ou moins de 12 heures avant (mortinaissance fraîche) mais, il demeure un potentiel d'erreur de classification entre ces catégories. Par exemple, dans les contextes où l'accès aux soins est très lent, la mortinaissance peut être antérieure au début du travail mais l'évacuation du fœtus ne se faisant que quelques jours plus tard, elle sera alors considérée comme « mortinaissance macérée ». Inversement, certaines mortinaissances intrapartum peuvent être liées à des infections ou à des causes congénitales et seront considérées comme « mortinaissances fraîches ». Selon le contexte, l'ampleur de cette erreur de classification peut être importante et doit être prise en compte dans la revue des décès périnataux.

Le taux de mortinaissance est défini par le nombre de mortinaissances pour 1000 naissances totales (naissances vivantes et mortinaissances).



Décès néonataux

Décès néonataux : définition

Les décès néonataux sont les décès qui surviennent après la naissance et dans les 28 premiers jours de la vie du nouveau-né.

Décès néonataux : présentation des données

La « période néonatale précoce » fait référence aux 7 premiers jours de vie (jours 1 à 7 après la naissance). La « période néonatale tardive » fait référence au reste de ce premier mois de vie (jours 8 à 28 après la naissance). Dans ce guide, le « Jour 1 » est considéré comme le premier jour de vie sur le plan clinique, mais sa définition peut être différente dans le cadre de la recherche.

La mortalité néonatale s'exprime en taux pour un ratio de 1000 naissances vivantes.



Mortalité périnatale

Mortalité périnatale : définition

La mortalité périnatale entend le nombre de décès de fœtus ayant atteint au moins 28 semaines d'âge gestationnel ou un poids de 1 000 g ou survenus dans les 7 premiers jours qui suivent la naissance.

Mortalité périnatale : présentation des données

La mortalité périnatale est présentée sous forme de ratio pour 100 000 naissances totales (mortinaissances et naissances vivantes).



Causes de décès des mort-nés et des nouveau-nés

Causes de décès des mort-nés et des nouveau-nés

Le codage des causes de décès est effectué selon la Classification internationale des maladies-10e révision (CIM-10). L'OMS a élaboré de nouvelles directives spécifiques à la mortalité périnatale, au sein de l'application de la CIM-10 aux décès survenant pendant la période périnatale : la CIM-PM. La CIM-PM est un système de classification de la mortalité périnatale applicable à l'échelle mondiale. Il permet de surmonter les limites posées par les nombreux systèmes de classification existants qui, en utilisant des approches différentes, limitent la comparabilité des données. Le document *“Pour que chaque enfant compte”* utilise la CIM-PM pour la classification des maladies afin de permettre le groupement des cas par programmes, et ainsi la comparaison des données dans des contextes à faible revenu, à revenu moyen ou à revenu élevé, tout en tenant compte des différentes capacités de diagnostic. La CIM-PM sera mise à jour sur la base de la CIM-11.

Facteurs modifiables

Un facteur modifiable est l'expression utilisée dans ce guide pour désigner tout élément lié aux soins sur lequel il est possible d'agir pour prévenir de futurs décès.

Par exemple, un retard dans l'administration de l'ocytocine (utérotonique), ou le fait de ne pas disposer de produits sanguins, peut être un facteur contributif ou évitable dans le cas d'un décès maternel lié à une hémorragie post-partum et survenue dans un établissement de santé.

Dans le cas d'un décès néonatal, le fait que l'accoucheur n'ait pas stimulé vigoureusement le bébé immédiatement après la naissance, ou qu'il n'ait pas procédé à une ventilation par ballon et masque, si la stimulation vigoureuse n'avait pas suffi à réanimer le bébé est un facteur modifiable.

Les facteurs modifiables peuvent être liés à des retards dans les soins (1e – retard à admettre que les soins sont nécessaires/à décider, 2e – retard à accéder aux soins, ou 3e – retard à recevoir des soins appropriés), et à des défaillances à différents niveaux du système (le patient lui-même, l'accompagnant/la famille, l'administration, le prestataire de soin). Une analyse des causes profondes peut aider à identifier tous les problèmes systémiques et leurs conséquences sur la revue des mortinaissances et des décès néonataux.

Systèmes d'information

Un processus fonctionnel de SDMPR implique la collecte et l'étude des données locales, via les systèmes d'information existants tels que :

Le Système d'Information sur la Gestion de la Santé (SIGS)

Le SIGS est un système de gestion de données conçu pour soutenir la collecte, la planification, la structuration et la prise de décision dans les établissements et structures de santé. Les données sont collectées, au sein l'établissement de santé, à l'aide d'outils standardisés, avant d'être agrégées à différents niveaux du système et utilisées pour appuyer la prise de décisions relatives à la santé.

Le Système d'Information Sanitaire du District (DHIS2 District Health Information Software)

Le DHIS2 est une plateforme de gestion de l'information sanitaire gratuite et open source utilisée par les gouvernements et les organisations du monde entier. Le DHIS2 est utilisé pour agréger, valider, analyser, gérer et présenter des informations aux niveaux national et sous-national. La plateforme est disponible en huit langues, et offre des fonctionnalités mobiles ainsi qu'un support disponible en ligne et hors connexion. Le DHIS2 propose également un certain nombre de services mobiles, disponibles via téléphone portable, grâce auxquels les utilisateurs peuvent enregistrer des cas et des événements, mener des enquêtes et collecter des données standardisées.

Système d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil (CRVS)

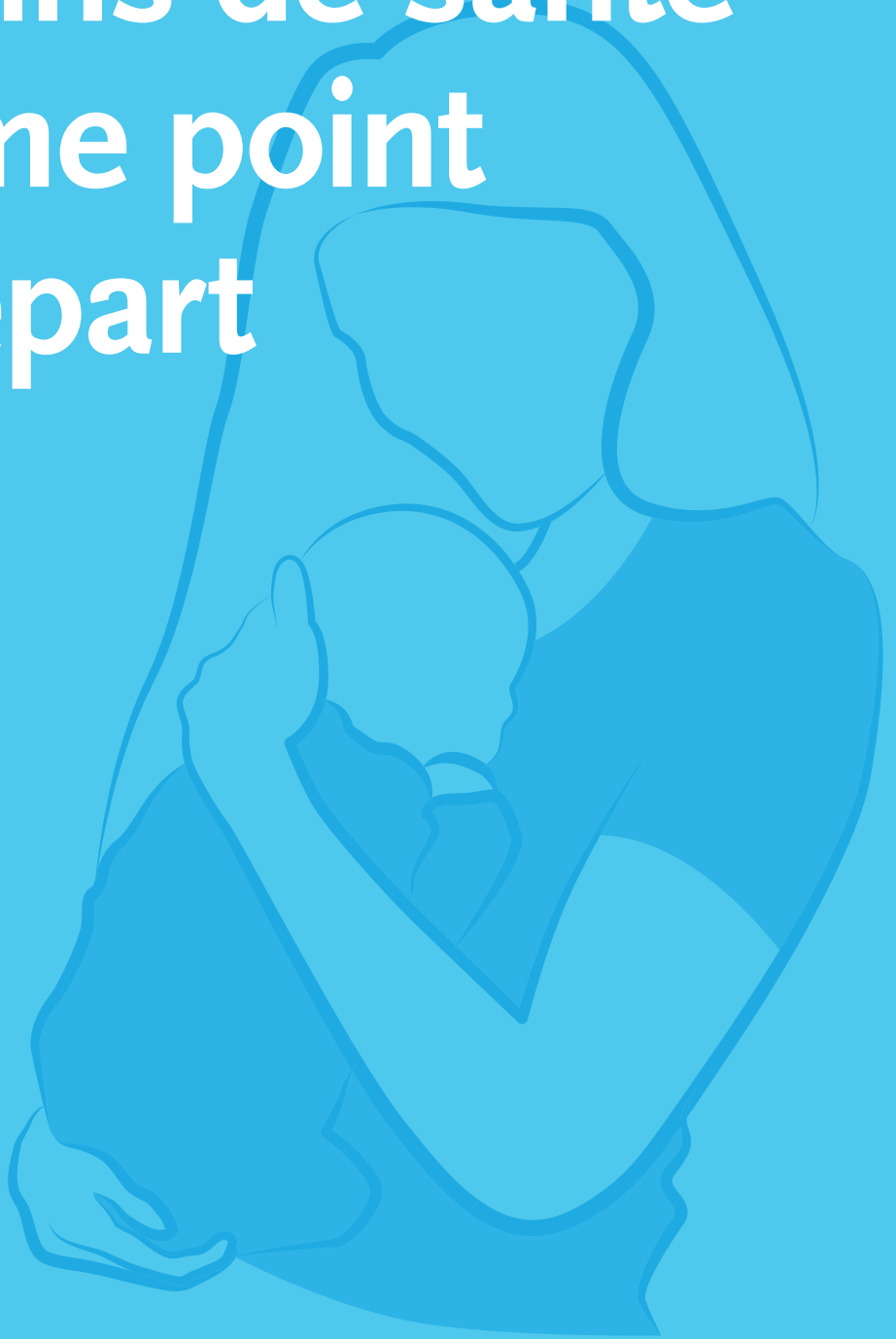
Un système opérationnel de CRVS (de l'anglais Civil Registration and Vital Statistics) enregistre toutes les naissances et tous les décès, délivre des certificats de naissance et de décès, et compile et diffuse les statistiques de l'état civil national et des informations sur les causes de décès. La déclaration des établissements de santé est un bon point de départ pour s'assurer que les naissances et les décès sont enregistrés au CRVS. Certains pays disposent, dans les principaux hôpitaux, d'un bureau de CRVS, où les naissances et les décès peuvent être enregistrés. Cependant, dans d'autres contextes, et en particulier là où les taux de mortalité maternelle, néonatale et les mortinaissances restent élevés, le CRVS n'enregistre pas toutes les naissances et tous les décès et/ou aucune cause de décès n'est identifiée. De nombreuses naissances ne sont pas enregistrées. La majorité des mortinaissances et la moitié des décès néonataux ne reçoivent pas de certificat de naissance et ne sont donc pas comptabilisés dans les statistiques officielles.

Outils, formulaires et conseils pertinents

- [SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Glossaire \(page 70\)](#)
- [Plateforme en ligne CIM-10 de l'OMS, décès maternels survenus durant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité : ICD-MM](#)
- [Plateforme en ligne CIM-10 de l'OMS, décès survenus durant la période prénatale : ICD-PM](#)
- [Normes et exigences en matière de rapports sur la mortalité maternelle. Plateforme en ligne CIM-11 de l'OMS, Guide de référence, Partie 2. OMS Genève, 2019](#)
- [Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 3, Session 2](#)
- [Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 1, Session 4](#)
- [Directives de l'OMS et de l'UNICEF sur l'analyse et l'utilisation des données des établissements de santé par les responsables de programmes de SRMNI](#)
- [Site Web du DHIS2](#)
- [Site Web du CRVS \(Registres et Statistiques d'État Civil\)](#)

MODULE 2

L'établissement de soins de santé comme point de départ



Module 2 : L'établissement de soins de santé comme point de départ

Étape 1 : Évaluation de la situation actuelle

Avant la mise en œuvre de la SDMPR, un état des lieux des processus d'étude des décès maternels et périnataux et de toute initiative d'amélioration de la qualité des soins, en phase d'exécution (au niveau des établissements, des districts, des régions ou au niveau national) est nécessaire. Il convient de réaliser une cartographie des collectes de données existantes, d'identifier les ressources potentielles pour la mise en place de réunions et de comités dédiés (par exemple, la création d'un comité dédié à l'amélioration de la qualité des soins), et de clarifier les réglementations et outils légaux. **L'outil de cartographie** doit être abordé comme une liste de contrôle, permettant d'identifier les systèmes et les ressources d'audit de la mortalité et d'amélioration de la qualité des soins actuels, déjà utilisés au niveau de l'établissement ou du district / de la région. Cette liste de contrôle ne précise pas les éléments essentiels préalables au démarrage du processus SDMPR, car ils varient en fonction du contexte. Néanmoins, elle permet de faire un état des lieux des données et des sources de données existantes et d'identifier les éventuelles lacunes.

Étape 2 : Mise en place d'un comité de pilotage

Le comité de pilotage, constitué au niveau de l'établissement, est chargé de l'organisation et de la supervision du processus d'audit, et de la mise en œuvre et du suivi des recommandations. Le comité de pilotage de la SDMPR est chargé de :

- Recueillir des informations sur toutes les grossesses, naissances et décès ;
- Étudier les décès signalés à l'établissement ;
- Établir les causes médicales des décès ;
- Déterminer s'il s'agit d'un décès maternel confirmé, d'une mortinaissance ou d'un décès néonatal ;
- Identifier les facteurs contributifs ou évitables dans le cas d'un décès ;
- Évaluer la qualité des soins médicaux prodigués ;
- Émettre des recommandations pour la mise en œuvre d'actions à court et moyen termes ;
- Assurer le suivi des actions entreprises ;
- Produire un rapport de synthèse et diffuser le compte rendu.

Si chaque membre de l'établissement de santé est concerné par la mise en œuvre des recommandations, le comité de pilotage est lui responsable, dans un contexte d'amélioration de la qualité des soins, du suivi de mise en œuvre des recommandations. Le SDMPR repose essentiellement sur l'action et, sans le soutien des principales parties prenantes, les recommandations ne peuvent se transformer en changements significatifs.

Afin d'éviter les activités faisant doublon, il est recommandé de n'avoir qu'une équipe globale dédiée à l'amélioration de la qualité des soins. Ainsi, les réunions d'amélioration de la qualité des soins et de SDMPR devraient être ouvertes à tous les acteurs, et les informations, données, plans d'action et rapports, partagés. L'harmonisation des processus d'audit et des mécanismes de rapport des structures

formelles doit servir aux processus de SDMPR et d'amélioration de la QdS. Le module 7 fournit de plus amples informations sur la qualité des soins et la SDMPR. L'équipe d'amélioration de la qualité des soins (AQ) peut désigner un comité de pilotage spécifique pour la SDMPR si les ressources humaines le permettent. Étant donné le défi que représente la coordination des horaires de réunions au sein des grands établissements et des établissements de référence, les réunions peuvent être tenues distinctement pour la revue des décès maternels et périnataux, mais dans le cadre de la SDMPR sous la supervision d'un même comité. Un comité de pilotage réduit chargé de la mise en œuvre et du suivi peut superviser deux sous-comités de travail, l'un pour les décès maternels et l'autre pour les décès périnataux. L'expertise en matière de revue des décès maternels devrait inclure des obstétriciens, des sages-femmes, des anesthésistes, des médecins et des pathologistes. D'autres compétences, utiles pour les cas à l'étude, peuvent être associées (experts en santé mentale, spécialistes des maladies infectieuses, représentants du service des urgences, etc.). Dans le cadre des décès périnataux, des obstétriciens, des pédiatres/spécialistes de la néonatalogie, des sages-femmes et des infirmières de néonatalogie devraient être impliqués. Les principaux gestionnaires et agents de liaison actifs au sein de la communauté devraient faire, autant que possible, partie du processus d'étude et être membres permanents du comité de pilotage. Des comités plus élargis peuvent être envisagés lorsque les études concernent plusieurs établissements ou se déroulent au niveau du district ou de la région. Dans les établissements plus petits, où les ressources humaines sont souvent plus limitées, le comité sera composé du personnel disponible et d'un quorum plus généraliste. S'il est composé de membres engagés, un comité de pilotage, même réduit, peut réussir les activités de SDMPR.

Les autres services de l'établissement qui n'ont pas de représentant permanent au comité de pilotage ou aux réunions de revue peuvent tout de même recevoir les informations relatives au calendrier et les comptes-rendus des réunions. Si les administrateurs de l'établissement ne font pas partie du comité de pilotage, ils devraient recevoir les comptes rendus et être invités systématiquement aux réunions afin de s'assurer que les recommandations nécessitant une meilleure implication des autorités sont prises en compte et mises en œuvre. Selon les circonstances, un agent de santé communautaire ou de santé publique, ou une personne représentant les établissements de santé primaires ou périphériques, peut également faire partie du comité de pilotage. En fonction de la structure de l'hôpital, le comité peut accueillir des membres sans implication clinique directe, par exemple, des accompagnateurs de patients ou du personnel de soutien.

Davantage d'informations sur les structures organisationnelles des comités de pilotage au niveau du district, de la région et du pays sont disponibles dans le module 5.

Étape 3 : Identification des procédures et actions à mettre en œuvre

Un document de référence devra être établi pour le comité de pilotage, il peut émaner de l'autorité sanitaire locale, des administrateurs de l'établissement, ou de l'équipe d'AQ. Ce document sert à définir la composition du comité de pilotage, la fréquence de ses réunions et la fréquence à laquelle il fera participer l'équipe élargie de praticiens, le personnel de l'établissement et les décideurs politiques concernés. Là encore, le comité de pilotage peut intégrer un comité de revue des décès maternels ou périnataux existant, ou une équipe d'audit autonome dont les membres appartiennent à plusieurs organisations.

Les **termes de référence** du comité de pilotage devraient inclure le pouvoir et la responsabilité de :

- Convoquer et organiser des réunions ;
- Identifier et collecter des informations sur les décès maternels, les mortinaissances et les décès néonataux survenus dans l'établissement ;
- Organiser des réunions régulières et périodiques aux différents niveaux de revue des décès (service, établissement, région, etc.) ;
- Adopter un code de conduite pour les réunions basé sur l'anonymat, la confidentialité, la bienveillance et l'autonomie des patients et des membres du personnel ;

- Promouvoir la confidentialité et la culture du “pas de blâme” ;
- Émettre des recommandations propres à réduire le nombre de décès évitables et assurer le suivi de leur mise en œuvre ;
- Produire un rapport de synthèse des données et de tendances des décès étudiés garantissant l’anonymat, et le diffuser au sein de l’établissement, du service de santé du district / de la région et auprès des autres parties prenantes.

La fréquence des réunions dépendra de la charge des décès dans l’établissement (et dans le district / la région) et du nombre de décès étudiés à chaque réunion. Les réunions de revue de la mortalité, qui présentent un aperçu général du nombre de naissances et de décès, peuvent avoir lieu fréquemment, comme chaque matin. Par contre, pour une étude détaillée de certains cas, une réunion élargie, regroupant plus d’acteurs, est nécessaire. Le « rapport zéro » consacre la tenue de réunions, même en l’absence de décès sur une période donnée, afin de poursuivre l’étude des données globales et la mise en œuvre des plans d’action. Les comités tendent souvent à se réunir de manière ponctuelle et rapide (dans la semaine) lorsque survient un décès maternel. Pour l’étude plus détaillée des décès, ils se rencontrent généralement chaque mois ou chaque trimestre. Dans les zones où la mortalité est élevée, les décès périnataux sont évalués lors de réunions de routine et non de manière systématique après chaque décès. Selon la charge des décès et la disponibilité du personnel, les comités de pilotage peuvent choisir de tenir des réunions hebdomadaires assez courtes (de 45 à 60 minutes) ou des réunions plus détaillées de 2 à 4 heures mais moins fréquentes. Le comité de pilotage devra établir au préalable un calendrier organisationnel, et modulable au besoin.

Outils, formulaires, conseils pertinents et ressources supplémentaires

- [Outil d’analyse des systèmes et ressources disponibles pour l’audit des décès et l’amélioration de la qualité des soins \(Annexe 1 de ce guide\)](#)
- [Modèle de mandat d’un comité de pilotage de la SDMPR \(Annexe 2 de ce guide\)](#)
- [Modèle de code de pratique pour la tenue des réunions d’audit des décès \(Annexe 3 de ce guide\)](#)
- [Les différents niveaux de collecte de données pour l’audit des mortinaissances et des décès néonataux \(Annexe 4 de ce guide\)](#)
- [Compte rendu type d’une réunion de suivi de la SDMPR et des actions à mettre en œuvre \(Annexe 5 de ce guide\)](#)
- [SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l’action, Chapitre 10 « Élaboration et plan de mise en œuvre de la SDMR »](#)
- [SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l’action, Annexe 6 « Exemple de fiche utilisée par le comité de revue »](#)
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 6 « Déclaration type d’adhésion au code de pratique des réunions d’audit de la mortalité »](#)
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 8 « Audit de la mortinatalité et de la mortalité néonatale – Formulaire de compte rendu de réunion et plan d’action »](#)
- [Guide de l’animateur de l’atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l’enfant, Jour 2, Session 2](#)
- [Guide et présentation de l’UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 1, Session 6; and 7](#)
- [Clip vidéo : Mise en place d’un comité d’audit.](#)

MODULE 3

Le recensement des cas



Module 3 : Le recensement des cas

Objectif

Recenser chaque grossesse, naissance, décès maternel, mortinaissance et décès néonatal, même si seuls quelques évènements peuvent être étudiés.

Méthode de recensement

Les questions suivantes peuvent aider à sélectionner les sources d'informations à considérer et à utiliser dans le processus d'audit.

- Où les décès sont-ils susceptibles de se produire dans l'établissement ?
- Quels sont les types de données disponibles ? (registres prénatals, registres d'accouchement et de naissance, registres de suivi postnatal, registres des unités de soins néonataux et/ou intensifs, registres des salles d'opération ou d'urgence, registres de sortie d'hôpital indiquant l'état du patient, registres de pédiatrie, etc.)
- Les données sont-elles disponibles en support papier ou en fichier électronique ?
- Les données recueillies sont-elles conservées au même endroit ou dispersées ?

La première étape du recensement des décès maternels consiste à identifier tous les décès des femmes en âge de procréer et ceux qui interviennent chez les femmes enceintes ou dans les 42 jours suivant la fin d'une grossesse (soupçonnés d'être des décès maternels). Tout décès, dans un établissement de santé, d'une femme en âge de procréer devrait déclencher une étude du décès et l'organisation rapide d'une réunion du comité.

Bien que de nombreux décès maternels et périnataux surviennent en salle d'accouchement ou au sein du service de soins postnatals, les décès qui ont lieu dans d'autres espaces de l'établissement demeurent importants et devraient être comptabilisés et étudiés dans le processus SDMPR. Une revue des décès qui se concentre sur les décès néonataux doit tenter d'identifier tous les décès néonataux, que ce soit au sein du service postnatal, de l'unité de néonatalogie, ou après une réadmission dans le service pédiatrique, dans le service d'hospitalisation générale ou en ambulatoire. Comme le nombre de décès périnataux et néonataux peut être élevé, en particulier dans les grands établissements, si cela est matériellement possible, désigner un prestataire de santé chargé d'enregistrer ces décès peut être nécessaire. Le prestataire, engagé auprès du personnel et des équipes d'amélioration de la QdS, pourra identifier les lacunes à la prodigation de soins de qualité.

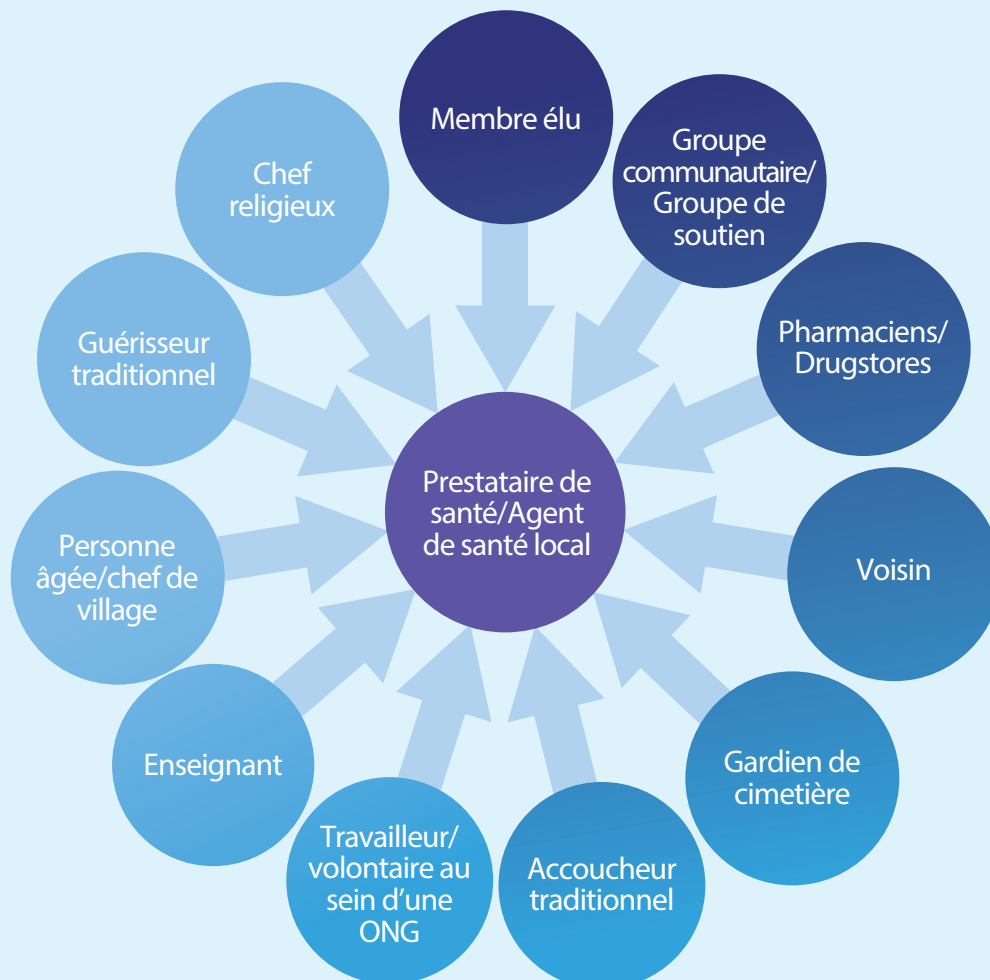
Une fois le recensement des sources potentielles de données terminé, le comité de pilotage devra mettre en place un plan d'étude systématique de ces lieux potentiels de décès maternels et périnataux, avec notamment l'établissement d'un programme pour communiquer entre les différents départements et contrôler l'ensemble des registres. L'outil présentant les « sources de données à considérer pour une approche systématique d'identification des décès » est accessible à l'annexe 7.

Les décès peuvent également survenir au sein de la communauté. Il existe différentes sources de données permettant d'identifier les décès survenus au sein de la communauté (foyers, morgue, salon funéraire, poste de police, hôpital pour enfants et autres). L'encadré ci-dessous aide à identifier les décès survenus dans la communauté.

Importance de la notification des décès communautaires et de la classification des décès maternels et des décès périnataux

L'identification et la notification des décès au sein de la communauté est un élément clé du système de SDMPR. Dans certains contextes, les décès survenant dans la communauté ou sur le chemin vers l'établissement de santé représentent la majorité des décès et sont difficiles à saisir sans un système fonctionnel. L'identification et la notification de tous les décès (survenus dans l'établissement de santé et dans la communauté) fourniront des données plus complètes sur les décès maternels et périnataux, et permettront de documenter davantage les facteurs contribuant à ces décès pour y apporter des solutions pertinentes. Les décès maternels suspectés au sein de la communauté peuvent être signalés par les Agents de Santé Communautaire (ASC), les accoucheuses traditionnelles et/ou tout autre relais communautaire. Des autopsies verbales doivent être pratiquées pour déterminer la cause probable du décès. Les décès survenus dans les établissements de santé doivent être identifiés et notifiés aux autorités compétentes dans les 24 heures, et ceux survenus dans les communautés, dans les 48 heures.

Fig.2. Réseau communautaire de collecte d'informations sur les décès survenus au sein de la communauté



Résultat

La collecte systématique de données sur toutes les naissances et tous les décès et sur les différents types d'évènements ou causes et l'identification des services ou lieux concernés par les décès.

Outils, formulaires, conseils pertinents et ressources supplémentaires

- [Sources de données à considérer pour une approche systématique d'identification des décès \(Annexe 7 de ce guide\)](#)
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 4 « Identification et notification des décès maternels »
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Annexe 7 « Identification au niveau de la communauté des décès maternels suspectés »
- [Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 1, Session 5](#)
- [Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 1, Session 5](#)
- Ayele B, Gebretnsae H, Hadgu T, Negash D, G/silassie F, Alemu T, et al. Maternal and perinatal death surveillance and response in Ethiopia: Achievements, challenges and prospects. Biswas A, editor. PLoS One [Internet]. 2019 Oct 11;14(10):e0223540. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0223540>

MODULE 4

La collecte des informations



Module 4 : La collecte des informations

Objectif

Recueillir une quantité suffisante de données pour aider à une meilleure compréhension des événements, et en particulier des données qui contribuent à la mise en œuvre de la SDMPR et à l'élaboration de solutions.

Méthode de collecte

Afin d'achever rapidement la préparation des dossiers de réunion, la planification des tâches et d'assurer la pérennité du processus, deux personnes au moins devraient être affectées à la collecte des données et à la préparation des documents de travail en amont de la réunion de SDMPR. Il est probable que le processus de collecte de données et de préparation des documents de travail soit effectué séparément pour les événements maternels et pour les événements périnataux.

Un bref résumé écrit de chaque décès examiné est généralement préparé pour la présentation au comité d'audit. Ce résumé utilise des données provenant de toutes les sources et, bien que concis, il inclut toutes les informations pertinentes, médicales et non médicales, ainsi que les données démographiques standards. Le résumé peut renseigner certaines variables communes définies, telles que l'âge de la mère, son origine ethnique, son niveau d'éducation, ou donner des informations sur son accouchement, le cas échéant, en indiquant, par exemple, l'âge gestationnel du fœtus, le jour du décès. Un récit des événements qui ont conduit au décès devrait accompagner ces informations. Les résumés de cas doivent présenter des informations objectives et anonymes. Même si les identités du patient et du personnel soignant sont évidentes dans une petite structure, le principe de confidentialité doit être respecté autant que possible. Tout le personnel doit être informé qu'un résumé incomplet de l'histoire de la patiente peut nuire à la bonne qualité et à la continuité des soins et qu'il est important de bien décrire la situation.

Au tout début du processus de SDMPR, les principaux membres du comité de pilotage pourront conduire le processus. Et, au fur et à mesure que le processus se met en place, ce rôle pourra être attribué à tout autre membre du personnel (sage-femme ou médecin), bien formé à la saisie de données. Les tâches et responsabilités spécifiques devront être décrites par le responsable et, faire l'objet d'une fiche de poste établie au niveau institutionnel, afin d'assurer la continuité des activités si certaines personnes étaient amenées à quitter le processus. La formation à ce poste pourrait inclure des exercices pratiques mettant l'accent sur le remplissage des formulaires et le contrôle des données. L'utilisation de formulaires papier ou électroniques formatés exigera moins de compétences/facultés au collecteur de données qu'avec des outils non structurés/standardisés.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la SDMPR, trois nouveaux outils pratiques de renforcement des compétences des agents/prestataires de santé actifs dans des environnements à faibles ressources, ont été créés. Le premier, le « MDSR Capacity-Building Materials », développé dans le cadre du projet de survie de la mère et de l'enfant (MCSP) financé par l'USAID, est conçu pour renforcer les capacités de SDMPR des responsables de district et des établissements de santé dans un contexte local. Le deuxième est un matériel de renforcement des capacités de SDMPR développé par l'UNICEF et, le troisième est un cours virtuel de santé publique sur la SDMPR, développé par le Centre latino-américain de périnatalogie/unité de santé féminine et reproductive (CLAP/WR). De plus, en s'appuyant sur ces ressources, MOMENTUM Country and Global Leadership (MCGL), en collaboration avec d'autres partenaires, a développé un ensemble d'outils dédiés à la formation de formateurs en SDMPR afin de soutenir sa mise en œuvre, telle que décrite dans ce document.

Les décès maternels

Comme décrit dans le module 2, le comité de pilotage doit collecter les rapports de tous les décès maternels probables. Les données provenant de sources multiples, y compris des dossiers des patientes, doivent être vérifiées et comparées. Par exemple, les données initialement extraites du registre d'entrées et de sorties du service de gynéco-obstétrique, peuvent être complétées par les données des registres des salles de travail et d'accouchement, des salles d'opération et de petite chirurgie. Les rapports de cas, les dossiers des patients, y compris les prescriptions, les comptes-rendus postopératoires et les résultats de laboratoire, lorsqu'ils sont disponibles, peuvent également constituer des sources d'information précieuses. Ces informations peuvent être comparées aux informations du SIGS et/ou du CRVS local, si elles sont disponibles. Les décès survenus au sein de la communauté, ayant été notifiés à l'établissement ou au district, doivent également être agrégés.

L'approche la plus simple consisterait à baser l'audit sur un seul établissement, et à ne collecter que les données du site où le décès a eu lieu. Cependant, si la défunte a reçu des soins dans n'importe quel autre établissement, l'idéal voudrait que ces données soient également collectées. Bien que plus difficiles à obtenir, il serait également utile de recueillir des informations supplémentaires auprès de la famille de la défunte. Les informations recueillies devraient inclure un résumé des événements qui ont conduit au décès maternel, rédigé à partir d'informations corroborées par toutes les sources disponibles.

Il existe un certain nombre de modèles de formulaires, notamment le « formulaire récapitulatif pour les décès maternels survenus dans un établissement de santé, contenu dans le guide technique SDMR » et le « **formulaire mensuel de suivi des activités de SDMPR dans un établissement de santé** » ici, en annexe 8.

Les décès périnataux

Une fois collectées, les informations sur tous les événements, à savoir les naissances et les décès, doivent être documentées et comptabilisées à l'aide de critères cohérents et de définitions liées aux systèmes nationaux tels que définis le SIGS et/ou le CRVS. Un « **ensemble d'indicateurs périnataux essentiels** » à collecter pour chaque naissance et décès est disponible en annexe. Il comprend des éléments périnataux clés tels que la date de naissance et/ou de décès et le poids à la naissance. De nombreux établissements collectent déjà ces indicateurs dans le SIGS. Cette liste d'indicateurs n'est pas exhaustive, elle prend en compte uniquement les données les plus élémentaires. Dans certains contextes, il sera possible de collecter et d'analyser plus d'informations relatives à la santé, au statut sociodémographique de la mère et aux soins qu'elle et son bébé ont reçus.

Les données et les tendances, au niveau de l'établissement de santé, pourront être régulièrement étudiées lors des réunions de revue des décès périnataux (RDP). Un outil tel que le « **formulaire mensuel de suivi des activités de SDMPR dans un établissement de santé** » permettra d'organiser ces informations. Les instructions qui accompagnent ce formulaire comprennent une liste d'éléments à prendre en compte pour le recensement de toutes les naissances et de tous les décès survenus dans l'établissement.

Le « **formulaire d'audit des mortinaissances et des décès néonataux** » est la principale source d'informations pour la revue des décès périnataux. Le comité de pilotage peut choisir de remplir ce formulaire pour chaque décès, ou seulement pour les cas qu'il envisage d'examiner lors des réunions. Ce formulaire permet également la collecte de données additionnelles qui peuvent s'avérer précieuses pour comprendre le cas, la cause du décès et les facteurs contributifs évitables sous-jacents.

Bien qu'il soit plus efficace pour une personne ou un petit groupe désigné de remplir, pour chaque cas, le formulaire complet avant la réunion de SDMPR, les sections qu'il contient peuvent également être

discutées et complétées pendant la réunion elle-même, jusqu'à ce que les personnes désignées soient à l'aise pour compléter le formulaire de façon autonome.

Au début du processus, il peut être particulièrement utile de traiter en groupe la section sur les retards critiques et les facteurs modifiables.

Il existe plusieurs grands principes à garder à l'esprit lors du remplissage de ces formulaires :

- Le premier principe consiste à éviter les suppositions. Si une information est manquante, comme les résultats d'un test médical classique par exemple, il convient de marquer « inconnu », et non pas d'imaginer une réponse ou de laisser vierge.
- Le deuxième principe exige de pouvoir vérifier la source d'information. Pour l'âge gestationnel, par exemple, il est important de noter la source d'information (estimation par la mère des dernières règles, échographie précoce ou tardive, etc.)
- Le troisième principe requiert de prendre en compte qu'entre les formulaires et les registres, certaines informations peuvent être contradictoires. Il est important de mettre en évidence ces contradictions lors de l'audit, de les corriger et d'harmoniser les données pertinentes, dans la mesure du possible, avant de les communiquer aux niveaux supérieurs du système de santé.

La sélection des cas à étudier

Pour identifier les différents niveaux et facteurs de mortalité maternelle et sensibiliser sur le fait qu'aucun décès maternel n'est acceptable, tous les décès maternels doivent être considérés. Dans les établissements où les décès maternels sont relativement peu nombreux (ou lorsqu'il n'y a pas eu de décès pendant une période de référence), le comité peut aussi envisager d'examiner les cas de décès par quasi-accidents.

Pour les décès périnataux, qui sont plus fréquents que les décès maternels, la situation peut être différente. Dans les petites structures, il peut être possible d'examiner chaque décès, mais dans les grands hôpitaux où le nombre de cas est plus élevé, généralement, seul un échantillon peut être étudié. Les données de base peuvent être collectées pour tous les événements, mais le comité de pilotage peut choisir de n'examiner que des cas spécifiques. En fonction des effectifs et de la charge de travail de l'établissement, un examen approfondi de 2 ou 3 cas par réunion pourra être envisagé, bien que les nouveaux comités puissent vouloir commencer par seulement 1 ou 2 cas, et privilégier la qualité de l'examen.

L'étude des mortinaissances intrapartum et des décès néonataux précoces requiert généralement plus de temps, surtout si les bébés ne présentent pas de malformation et ont un poids de naissance normal. Le nombre de cas pouvant être étudiés en une seule séance varie selon le type de cas et la connaissance, par l'équipe, du processus d'étude.

Différentes approches peuvent être utilisées pour sélectionner un échantillon de cas. La méthode la plus simple consiste à sélectionner les décès de manière aléatoire, par exemple un décès sur cinq. Au fur et à mesure que les équipes acquièrent de l'expérience, cette approche pourra évoluer. Il pourra aussi être décidé de n'examiner, dans un premier temps, que les cas plus facilement évitables, tels que les décès néonataux à terme et les mortinaissances intrapartum, et pour lesquels la riposte est susceptible d'entraîner de réels changements dans la qualité des soins fournis, les procédures de référence et les pratiques communautaires.

L'encadré ci-dessous renseigne sur la manière de recueillir des informations sur les décès au niveau communautaire.

L'autopsie verbale communautaire

L'autopsie verbale pour l'étude des décès maternels au niveau communautaire est une méthode permettant de déterminer les causes médicales du décès et de vérifier les facteurs personnels, familiaux ou communautaires qui ont pu contribuer à ce que le décès ait lieu hors d'un établissement de santé. Ces informations pourront être combinées à celles provenant des examens du décès, effectués dans l'établissement de santé. Les autopsies verbales peuvent être sensibles et il est important de le considérer pour la planification des activités et le choix de l'équipe qui les mènera. Les décès maternels survenus au sein de la communauté sont généralement signalés aux autorités compétentes, par un agent de santé communautaire ou par un représentant de la communauté, dans les 48 heures.

Résultat

Un ensemble minimum d'informations pour chaque événement survenu dans un contexte où les capacités de collecte et d'analyse des données sont limitées, et un ensemble d'informations plus denses lorsque les capacités le permettent, et notamment pour l'étude, plus en détails, des décès.

Outils, formulaires, conseils pertinents et ressources supplémentaires

- [Formulaire mensuel de suivi des activités de SDMPR dans un établissement de santé et instructions pour le remplissage \(Annexes 8 et 9 de ce guide\)](#)
- [Formulaire d'audit des décès maternels et instructions pour le remplissage \(Annexes 10 et 11 de ce guide\)](#)
- [Formulaire d'audit des mortinaissances et des décès néonataux et instructions pour le remplissage \(Annexes 12 et 13 de ce guide\)](#)
- [Ensemble d'indicateurs périnataux essentiels \(Annexe 14 de ce guide\)](#)
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 4 « Identification et notification des décès maternels »
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Annexe 3 « Données à recueillir auprès des établissements de santé »
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Annexe 4 « Projet d'instrument d'autopsie au sein de la communauté après décès maternel (Ouganda) »
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 1 « Formulaire d'étude des cas de mortinaissance et de décès néonatal »](#)
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 2 « Formulaire récapitulatif des naissances et des décès »](#)
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 3 « Ensemble minimum d'indicateurs périnataux à recueillir pour toutes les naissances et tous les décès périnataux »](#)
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 4 « Méthodes de classement des facteurs modifiables »](#)
- [Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 2, Session 3](#)

- [Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 1, Session 5](#)
- [Campus virtuel de santé publique sur SDMPR](#)
- [Paquet pour la formation des formateurs en SDMPR](#)

MODULE 5

L'étude conjointe des décès maternels et périnataux



Module 5 : L'étude conjointe des décès maternels et périnataux

Objectif

Appréhender conjointement les processus d'étude des décès maternels et d'étude des décès périnataux et coordonner les activités, lorsque cela est possible, sans perdre les caractéristiques propres à chaque domaine (maternel et périnatal).

Approche

Il est important que les processus d'audit des décès maternels et périnataux soient coordonnés et liés, plutôt que de fonctionner en parallèle. Dans certains contextes, la mise en œuvre de l'étude des décès maternels et/ou périnataux peut être plus avancée. Il sera plus aisé d'évoluer vers un système intégré de SDMPR et de coordonner le processus d'audit des décès maternels et périnataux avec les outils existants, s'il existe une politique nationale de santé maternelle, néonatale et infantile favorable.

Si des réunions de revue des décès maternels et néonataux se tiennent déjà dans un établissement de santé et que tous les décès maternels sont examinés à chaque réunion, les équipes multidisciplinaires pourront envisager d'examiner, au minimum, une sélection de cas de mortinaissances et de décès néonataux précoces. Si seul un sous-ensemble de tous les cas de mortinatalité et de décès néonataux est examiné lors des réunions de revue, les informations essentielles devraient quand même être enregistrées pour chaque patient, conformément à l' « **ensemble d'indicateurs périnataux essentiels** ». Étant donné qu'il y a davantage de mortinaissances et de décès néonataux que de décès maternels, il pourra être judicieux de formaliser des réunions dédiées aux questions périnatales. Il convient, pour se faire, que le processus d'étude soit fonctionnel, et en particulier dans les grands établissements. Si la SDMPR est mise en œuvre à différents niveaux du système de santé, les informations devraient être systématiquement partagées.

Étape 1 : Planification et préparation des réunions d'audit

Le comité de pilotage doit établir un « **code de pratique** » pour les réunions, un document que tous les participants signeront, stipulant qu'ils s'engagent à travailler de manière aussi collaborative et constructive que possible. Les participants devront être rassurés sur le fait que le seul objectif du processus de revue est de sauver des vies futures et d'améliorer la qualité des services de santé, et non de blâmer ou de sanctionner les prestataires. Pour garantir la communication des chiffres et des causes des décès, à quelque stade que ce soit du processus d'examen, aucun acteur juridique ne doit être impliqué. Il convient de rappeler que l'audit vise à améliorer le système, et non à blâmer des individus, qu'il s'agisse de professionnels de la santé, de patients, de membres de la famille ou de toute autre personne impliquée (le module 10 donne de plus amples informations sur cette partie).

Afin d'assurer le remplissage, en temps voulu, des dossiers, la préparation des réunions, ainsi que la planification des tâches et la pérennité du processus de revue des décès, au moins deux personnes doivent être désignées pour la collecte des données et le résumé des cas à discuter. Il peut s'agir de tout membre du personnel, bien formé à la saisie de données, sage-femme ou médecin. Le responsable devra élaborer des fiches de poste afin d'établir, au niveau institutionnel, des rôles spécifiques, liés à des responsabilités et des tâches déterminées et non à un individu en particulier.

Étape 2 : Organisation des réunions d'audit

Un président de réunion compétent, indépendant et consensuel est nécessaire pour guider les discussions. Bien que la tendance soit à désigner un clinicien de « haut niveau », tel qu'un médecin, il est important d'envisager de confier ce rôle aux infirmières et aux sages-femmes et de les impliquer dans le processus.

Au moins un participant doit être chargé de prendre des notes, rédiger le compte rendu de la réunion, et remplir tous les formulaires, au fur et à mesure de l'audit. Cette personne doit disposer d'au moins un suppléant pour, en cas d'absence, assurer la pérennité du processus sur le long terme. Afin d'optimiser le temps de réunion dédié aux recommandations et aux actions, les formulaires doivent être remplis en amont et non pendant la réunion. Le participant chargé de la rédaction du compte rendu devra noter (au moins) : les données discutées, les cas étudiés (y compris les causes de décès et les facteurs modifiables identifiés), et les plans d'actions envisagés pour la mise en œuvre des recommandations. Un certain nombre d'outils pour soutenir ce processus, sont disponibles dans le présent guide, comme le « **Compte rendu type d'une réunion de suivi de la SDMPR et des actions à mettre en œuvre** » ou le « **Formulaire mensuel de suivi des activités de SDMPR dans un établissement de santé** ».

Étape 3 : Finalisation des formulaires et diffusion de l'information

Pour attribuer des responsabilités, tout au long du processus de collecte des données, le comité de pilotage devra identifier « **les différents niveaux de collecte de données pour l'audit des mortinaissances et des décès néonataux** » selon le schéma inclus en annexe 4. Des modèles de formulaires pour la collecte et l'agrégation des données et des instructions relatives au remplissage de ces formulaires, sont également inclus dans ce guide.

Étape 4 : Préparation des comptes rendus de réunion

Un rapport de synthèse peut être utile pour documenter la tendance des données, et les mécanismes de suivi des recommandations. La portée du rapport peut varier en fonction du public, de la fréquence et de l'approche.

Différents exemples de comptes rendus de réunion sont donnés ci-dessous. Le comité de pilotage doit décider de la fréquence et du contenu du rapport et désigner un responsable.

Un rapport de synthèse peut être produit trimestriellement au niveau d'un établissement de santé ou du district, et annuellement ou tous les deux ans au niveau national. Un rapport d'audit n'a pas besoin d'être exhaustif, mais il doit contenir les principales tendances en matière de résultats et de mise en œuvre des recommandations. Il constitue une bonne occasion de mettre en exergue les résultats positifs et les réussites. Un « **exemple de plan de rapport des activités de SDMPR** » est joint en annexe.

Les différents types de comptes rendus de réunion et de rapports de synthèse

Rapport de revue des décès au niveau d'un établissement de santé ou compilation des recommandations dans les comptes rendus de réunions

Public cible : document interne, copié et distribué à tout le personnel.

Objectif : partager les données et les recommandations en privilégiant les résultats positifs plutôt qu'en cherchant à désigner des coupables. Ceci est particulièrement important si le processus SDMPR ne concerne qu'un seul établissement et qu'il n'existe pas de revue au niveau du district ou au niveau national.

Rapport au niveau du district/de la région ou au niveau d'un groupement d'établissements

Public cible : toutes les structures impliquées dans la revue des décès et l'analyse des données, les autres établissements de la zone non impliqués dans l'audit et les décideurs des différents niveaux.

Objectif : dresser un tableau plus général des tendances en matière de naissances et de décès, en intégrant éventuellement les données issues de la communauté, ainsi que celles concernant la répartition des décès par lieu et type d'établissement, au SIGS et/ou au CRVS. Le rapport peut présenter des recommandations et un suivi des actions qui ne relèvent pas de la compétence d'un seul établissement.

Rapport national

Public cible : de manière générale les autorités nationales et supranationales, et plus largement toutes les parties prenantes du processus. Les ministères ou départements extérieurs à la santé dans des domaines tels que l'éducation ou les infrastructures, ainsi que le grand public et les médias peuvent être inclus dans la diffusion du rapport.

Objectif : un rapport complet axé sur la responsabilisation des acteurs, détaillant les efforts locaux, régionaux et nationaux engagés pour suivre les tendances, identifier et combler les lacunes en matière de soins, et élaborer, de façon plus générale, des recommandations et des plans d'actions nécessitant une collaboration interministérielle.

Prise en compte des « quasi-accidents » dans l'audit des décès maternels et périnataux

La SDMPR peut éventuellement être élargie et inclure la revue des cas de quasi-accidents, lorsque le patient a survécu de peu, comme dans le cas d'hémorragie obstétrique grave, ou d'éclampsie pour la mère, et d'asphyxie ou d'infection grave pour le bébé. L'étude des quasi-accidents devrait permettre d'enrichir la collecte de données, et de mieux orienter les stratégies d'amélioration de la QdS, tel que décrit dans d'autres ressources, et notamment dans les documents « *Au-delà des chiffres : Examiner les décès et les complications maternels pour rendre la grossesse plus sûre (2004)* » et « *L'approche « quasi-accident » de l'OMS pour la santé maternelle* ».

Résultat

Une approche progressiste d'étude intégrée et pluridisciplinaire des décès maternels et périnataux.

La SDMPR est un ensemble d'activités continu, et non un programme ponctuel, qui pour être pérenne se doit de :

- Désigner et soutenir les coordinateurs de SDMPR, et s'assurer que leurs missions puissent être exécutées de façon autonome, et/ou en adéquation avec leurs responsabilités au niveau des établissements, des districts ou du pays ;
- Promouvoir une culture sans blâme via le mentorat, la parole ouverte, et l'adhésion à un code de pratique durant les réunions ;
- Institutionnaliser la revue conjointe des décès maternels et néonataux par la mise en place de réunions régulières, et la recherche de transparence dans la composition des comités et le suivi des recommandations ;
- Renforcer les compétences du personnel de santé en incluant la SDMPR dans la formation initiale et continue, en mettant en place des interventions cliniques de proximité et assurant une supervision aux différents niveaux de soins ;
- Responsabiliser les acteurs à tous les niveaux ;
- Améliorer la communication et le travail en réseau entre les différents établissements, acteurs et niveaux du système de santé.

Idées pour étendre l'audit des décès maternels et périnataux

Le comité de pilotage est composé de membres d'une seule équipe ou d'un seul service ...

- Envisager d'élargir le comité pour inclure des membres pluridisciplinaires.

Les décès maternels sont rares ...

- Très bien ! Prévoir alors d'analyser régulièrement les cas de décès maternels évités de justesse.

Passer en revue tous les décès périnataux semble trop ambitieux...

- Enregistrer et étudier uniquement les indicateurs quantitatifs de niveau national pour tous les décès périnataux.
- Ajouter une étude qualitative des cas directement liés aux soins obstétricaux, sur les mortinaissances intrapartum, par exemple.

Le comité de pilotage est prêt à entreprendre davantage de revues des décès périnataux ...

- Introduire l'étude d'un plus grand nombre de cas et d'un éventail plus large de causes de décès.
- Surveiller davantage la tendance des données quantitatives relatives aux causes de décès selon l'âge gestationnel ou le poids à la naissance, par exemple.

L'encadré ci-dessous renseigne sur la façon d'impliquer la communauté à la revue des décès qui surviennent dans les établissements de santé.

Participation de la communauté à la revue des décès qui surviennent dans les établissements de santé

L'implication des membres de la communauté dans les réunions de revue des décès survenus au sein des établissements de santé est une composante importante du processus de SDMPR. En leur permettant de participer aux discussions, ils s'assurent que leurs voix sont entendues et leurs points de vue pris en compte.

Il existe plusieurs façons d'intégrer les membres de la communauté à la revue des décès survenus dans les établissements de santé. On peut citer : 1) l'ouverture des comités de pilotage aux membres influents de la communauté comme les chefs religieux ; 2) l'organisation avec les membres de la communauté d'assemblés sur la qualité des soins pour élaborer des recommandations SMART. Il convient de noter que l'engagement des communautés et la diversité, pour chaque cas, des sources de données, créent un climat de confiance autour des soins de santé maternelle et périnatale et peuvent permettre d'éviter le blâme des prestataires de santé.

Outils, formulaires, conseils pertinents et ressources supplémentaires

- [Compte rendu type d'une réunion de suivi de la SDMPR et des actions à mettre en œuvre \(Annexe 5 de ce guide\)](#)
- [Formulaire mensuel de suivi des activités de SDMPR dans un établissement de santé et instructions pour le remplissage \(Annexes 8 et 9 de ce guide\)](#)
- [Les différents niveaux de collecte de données pour l'audit des mortinaissances et des décès néonataux \(Annexe 4 de ce guide\)](#)
- [Exemple de plan de rapport des activités de SDMPR au sein d'un seul établissement \(Annexe 6 de ce guide\)](#)
- [Cadre de suivi des activités de la SDMPR \(Annexe 15 de ce guide\)](#)
- [SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Annexe 6, « Exemple de fiche utilisée par le comité de revue »](#)
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 6 « Déclaration type d'adhésion au code de pratique des réunions d'audit de la mortalité »](#)
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 8 « Audit de la mortinatalité et de la mortalité néonatale – Formulaire de compte rendu de réunion et plan d'action »](#)
- [Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 2, Session 2](#)
- [Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 1, Session 6 and 7](#)

MODULE 6

L'analyse et la diffusion des informations



Module 6 : L'analyse et la diffusion des informations

Objectif

Utiliser des données quantitatives et qualitatives afin d'identifier les modèles et les tendances capables de fournir des solutions concrètes.

Méthodologie

La SDMPR n'est pas à proprement parlé un processus de production de données, mais elle permet au responsable du comité de pilotage ou au personnel désigné, d'entreprendre la collecte d'un certain nombre d'informations qui pourront être présentées lors de réunions régulières, et/ou affichées publiquement dans les services ou unités concernés.

Les analyses menées au sein de l'établissement auront des objectifs et des recommandations différentes de celles menées au niveau du district et du pays. Tous les établissements devraient connaître le nombre de décès maternels et périnatals qui leur est propre, et être en mesure de calculer les indicateurs et d'identifier les causes de décès et les éléments connexes à saisir dans l'ensemble des indicateurs périnatals essentiels.

L'analyse des données ne doit pas se baser sur des hypothèses. Les informations manquantes et/ou contradictoires doivent être identifiées, résumées, et communiquées au groupe. Même si elles peuvent créer une certaine frustration, ces informations manquantes doivent être appréhendées comme une source supplémentaire d'analyse, et non comme une lacune.

Pour la revue des décès, le comité de pilotage pourra choisir de ne sélectionner que quelques indicateurs sur lesquels il se concentrera, sur une période donnée, pour constater les améliorations engendrées par les recommandations mises en œuvre. Les indicateurs issus de la revue au sein de l'établissement pourront, sur une même échelle, être comparés aux données des systèmes SIGS, DHIS2 et CRVS. L'équipe chargée de la revue devra rester ouverte à l'étude de tout problème éventuel révélé par les données et de ses conséquences.

Pour les décès maternels et périnatals, les données doivent être présentées au comité de pilotage de manière qualitative, il convient de décrire le déroulement de la grossesse en incluant la description du lieu et de la manière dont les soins ont été prodigués. Les interventions essentielles qui ont eu lieu ou qui ont été manquées, à tous les niveaux, doivent être décrites, ainsi que tout problème ayant pu contribuer au décès. Les causes primaire et finale du décès doivent être détaillée, ainsi que les facteurs modifiables qui y ont contribué.

L'analyse quantitative et qualitative combinée permettra d'identifier le type et les causes des problèmes qui conduisent aux décès, qu'ils soient médicaux ou non. La comparaison des indicateurs dans le temps est simple et rapide à préparer, mais une cartographie plus précise pourrait être obtenue en mettant l'accent, selon les établissements ou les régions, sur des indicateurs précis. Par exemple, si un certain nombre de femmes venant de la même zone, présentent un travail prolongé, il peut y avoir un problème lié au transport ou qui perturbe l'accès à l'hôpital. La cartographie des cas peut prendre beaucoup de temps pour le comité de pilotage, mais elle peut fournir de bonnes informations sur le comportement de la population en matière de recherche de soins, sur les services sociaux et sanitaires disponibles et sur l'environnement naturel.

Afin d'améliorer l'utilisation et la communication des données, des programmes en ligne peuvent être conçus pour aider à l'analyse des données et la conception de tableaux, graphiques et cartes standardisés. Le **programme sud-africain d'identification des problèmes périnataux** qui est un logiciel libre est un bon exemple d'outil pertinent de saisie et d'analyse des décès périnataux et des facteurs modifiables.

Résultat

Des indicateurs de tendances fiables et périodiques, comprenant des tableaux, graphiques et présentations visuelles de données, pouvant être comparés et/ou compilés avec ceux des systèmes d'information existants : SIGS, DHIS2, CRVS, etc.

Outils, formulaires, conseils pertinents et ressources supplémentaires

- [Cadre de suivi des activités de la SDMPR \(Annexe 15 de ce guide\)](#)
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 6 « Analyse – agrégation et interprétation des données »
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 6 « Analyse »
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Annexe 6 « Exemple de fiche utilisée par le comité de revue »
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux](#), Annexe 7 « Calculs types aux fins de la notification »
- [Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 3, Session 3](#)
- [Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux](#), Jour 2, Session 3
- [Outil de suivi des actions de SDMPR](#), Options Consultancy Services ltd
- [Logiciel open source : programme sud-africain d'identification des problèmes périnataux](#)

MODULE 7

Les recommandations
et les actions à mettre
en œuvre



Module 7: Les recommandations et les actions à mettre en œuvre

Objectif

Utiliser les données collectées pour parvenir à un consensus sur les problèmes à traiter en priorité et formuler des recommandations concrètes.

Méthodologie

L'objectif principal d'une réunion de SDMPR est de trouver des solutions aux lacunes de gestion du ou des cas examiné(s). L'une des parties les plus difficiles du processus est la formulation de recommandations appropriées, mais cette étape demeure cruciale. Les recommandations liées à l'examen des décès peuvent conduire à des actions immédiates permettant de prévenir des décès similaires, et en particulier dans les établissements de santé, où l'on peut identifier les lacunes qui doivent être comblées au niveau des soins. D'autres recommandations nécessiteront elles, l'implication de parties prenantes, plus éloignées. Si des processus appropriés sont mis en place pour le partage de l'information, les décès liés à un facteur modifiable, au sein de la communauté ou lors du transfert du patient, peuvent également donner lieu à des actions concrètes et rapides, même à l'extérieur de la sphère d'action du comité de pilotage. Il n'est pas nécessaire d'attendre des données agrégées dans le temps, ou compilées de plusieurs établissements, pour commencer à mettre en œuvre des actions.

Le président de la réunion doit orienter une discussion autour de la chaîne d'événements qui ont mené au décès, et inviter les participants à réfléchir, d'une réunion à l'autre, aux facteurs modifiables et à tout changement de tendance. Le comité doit contrôler la fiabilité des informations disponibles, le respect des normes et directives cliniques dans la prestation de soins, et la qualité de la surveillance de l'état du patient. Le comité devra, en se basant sur des données probantes, tenter de parvenir à un consensus sur les stratégies à adopter pour combler les principales lacunes identifiées lors de la prodigation de soins. L'implication du point focal ou de l'équipe chargée de la qualité des soins dans l'élaboration des recommandations et des actions permettra de garantir que les réponses soient traitées dans le cadre d'un processus global d'amélioration de la qualité des soins. Il convient de rédiger un compte rendu des recommandations et des actions suggérées et d'identifier la personne responsable de la mise en œuvre et/ou du suivi de chacune d'elles. Le comité pourra utiliser le « **compte rendu type d'une réunion de suivi de la SDMPR et des actions à mettre en œuvre** » disponible en annexe 5.

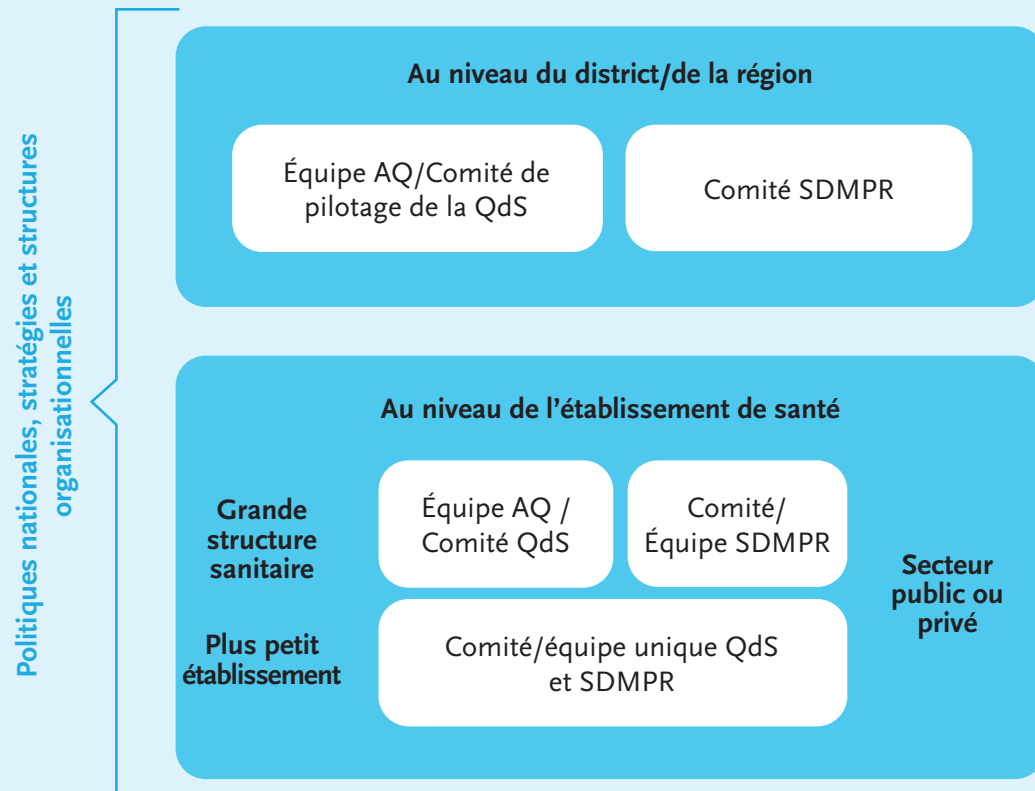
Faciliter les interactions entre les processus d'amélioration de la qualité des soins et la SDMPR

Une revue des décès menée de manière efficace génère des informations de haute qualité sur les principales causes locales et les facteurs communs qui contribuent aux décès. Ces informations peuvent aider à prioriser les interventions susceptibles d'avoir un réel impact sur l'amélioration de la qualité des soins. Elles peuvent également favoriser la compréhension des facteurs importants et des changements à entreprendre aux différents niveaux du système de santé afin de combler les lacunes identifiées dans la prestation de soins.

Les processus d'amélioration de la qualité des soins s'attachent à définir des objectifs mesurables sur une période donnée, en fonction de la charge de décès à traiter et des difficultés de gestion et de transparence.

L'absence ou la faiblesse du suivi de la mise en œuvre des recommandations émanant du cycle d'audit de SDMPR, ne permet pas de déterminer si les recommandations mises en œuvre produisent les effets escomptés. Les recommandations de la SDMPR pourraient bénéficier d'un meilleur suivi si elles étaient intégrées dans des processus plus larges d'amélioration de la qualité des soins, au niveau de l'établissement de santé ou du district. Même si les structures qui soutiennent les processus d'amélioration de la qualité des soins et de SDMPR sont différentes selon le contexte et le niveau, l'alignement de ces structures, ou au moins, la formalisation du partage d'information et des outils de communication entre elles, serait susceptible d'entraîner des changements importants liés aux activités menées dans le cadre de la SDMPR.

Fig. 3. Alignement possible, à différents niveaux du système de santé, du processus d'amélioration de la QdS de la SMNI avec celui de la SDMPR



Les comités d'audit pourront déterminer, à partir des résultats de leurs propres analyses, quelle combinaison de stratégies conviendrait le mieux à leur situation, en tenant compte des ressources disponibles. Une recommandation doit toujours être « SMART » : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporellement définie (voir encadré ci-dessous). Pour chaque recommandation, une personne doit être désignée responsable, même si elle n'est pas seule responsable de l'étude, l'attribution individuelle de tâches opérationnelles et de suivi contribue à la réussite du processus.

Formuler des recommandations «SMART»

La recommandation est SPÉCIFIQUE

Elle énonce clairement les actions à mettre en œuvre pour résoudre les problèmes et s'attaquer aux causes des décès.

La recommandation est MESURABLE

Elle fait l'objet d'un suivi mensuel et/ou annuel.

La recommandation est ATTEIGNABLE

Elle peut être mise en œuvre au niveau des établissements de santé (si ce n'est pas le cas, il convient de faire suivre la recommandation aux autres niveaux du système de santé, et de désigner une personne chargée du suivi).

La recommandation est RÉALISTE

Elle contribue à traiter un problème, un facteur, une cause principale ou secondaire spécifique.

La recommandation est TEMPORELLEMENT définie

Elle vise une période déterminée et une personne responsable de sa mise en œuvre.

Exemple de revue de décès maternel, de recommandations, et d'actions ayant entraîné un changement significatif

Résumé du cas : Une femme de 23 ans a été admise à l'hôpital à 12 semaines de grossesse, dans un mauvais état général de santé. En état de tachycardie (120 battements/min), sa tension artérielle était de 49/25 mmHg, et sa température corporelle de 36,6 °C. Elle a déclaré qu'une femme du village lui avait donné des herbes à introduire dans son vagin pour mettre un terme à sa grossesse étant donné qu'elle n'était pas mariée. Elle a été mise sous solution isotonique pendant que d'autres examens étaient effectués. Son taux d'hémoglobine était de 6 grammes/dl. L'échographie a révélé une masse opaque dans l'utérus et dans la cavité pelvienne suggérant la présence de produits de conception et de liquide. Elle a été emmenée au bloc opératoire où une évacuation du contenu de l'utérus a été effectuée. Les produits de conception malodorants ont été retirés. Elle a été mise sous perfusion et sous antibiotiques. Malgré une thérapie d'hydratation agressive et la mise en place d'un cathéter veineux central incluant le traitement du sang, elle présentait une bradycardie et une hypotension persistantes. Cette femme est décédée au bout de cinq heures, malgré tous les efforts déployés.

Facteurs modifiables identifiés

Liés au patient : La patiente a eu accès, au sein de sa communauté, à des soins potentiellement dangereux. Elle a utilisé des herbes censées mettre un terme à sa grossesse.

RECOMMANDATION SMART : L'Agent de Liaison Communautaire (ALC) et le Dr X (tous deux présents à la réunion de revue) demandent à l'administrateur de l'établissement (absent, avec regrets) d'assurer le suivi, auprès de l'équipe de gestion de santé du district, de la mise en place de réunions de sensibilisation communautaires, et proposent de les diriger. Ces rassemblements permettent d'aborder l'usage de médecines traditionnelles, et le danger de cette herbe en particulier dans le cadre d'une grossesse. En raison de la nature sensible de ces échanges, l'ALC s'assure du soutien des leaders de la communauté et des chefs religieux. L'ALC rend compte des progrès réalisés au comité SDMPR lors de la réunion suivante.

MESURE PRISE : Au cours du trimestre suivant, après avoir reçu l'approbation et le soutien financier symbolique de l'équipe de gestion de santé du district, six séances de sensibilisation sont organisées par l'ALC et le Dr X avec des groupes de femmes, des chefs religieux et des guérisseurs traditionnels.

Liés aux prestataires de soins : Les recommandations concernant la prise en charge des avortements septiques ou incomplets n'ont pas été suivies.

RECOMMANDATION SMART : L'infirmier(ère) en chef met en place une formation interne de renforcement des compétences pour la prise en charge de l'avortement septique ou incomplet, d'ici le prochain trimestre. Tous les services et le personnel qui s'occupent des femmes (gynécologie, obstétrique, maternité, chirurgie, etc.) y participent. L'administration de l'hôpital s'assure que les directives de prise en charge de l'hémorragie post-partum sont disponibles, visibles dans les services, et accessibles pour tout le personnel impliqué dans les soins obstétricaux d'urgence.

MESURES PRISES : La formation pour la prise en charge de l'avortement septique ou incomplet est devenue obligatoire pour tout le personnel de la maternité ; des brochures contenant des recommandations pour la prise en charge ont été mises à la disposition de tout le personnel et des affiches sur la prise en charge de l'avortement septique ou incomplet ont été placées dans toutes les salles d'accouchement et dans les zones réservées au personnel. Ainsi, les décès dus à la septicémie maternelle sont suivis et une diminution de leur nombre a été constatée. Au niveau de l'administration, il convient de noter que malgré une surcharge de travail, le personnel infirmier de la maternité n'est pas soutenu par un médecin, et notamment les matins de week-end, comme ce fut le cas lors de l'admission de cette patiente.

RECOMMANDATION SMART : Le docteur X (présent à la réunion d'examen) demande à l'administrateur de l'établissement (absent, avec regrets) de veiller, d'ici à la fin du prochain trimestre, à ce que le personnel soignant soit toujours au complet, y compris les week-ends.

Exemple d'examen d'un décès périnatal, de recommandations et d'actions ayant conduit à un changement significatif

Résumé du cas : Une femme de 21 ans a commencé, à 20 semaines de grossesse, les visites prénatales au centre de soins de santé prénatale voisin. Aucune anomalie n'a été constatée. Elle s'est présentée à la seconde visite à 28 semaines de grossesse, puis à la troisième à 32 semaines. À 33 semaines de grossesse, ses membranes se sont rompues et du liquide amniotique d'aspect normal a commencé à s'écouler à 9 heures, pourtant elle n'avait pas de contractions et se disait que le bébé était encore trop petit pour naître. Lorsque son mari est rentré du travail à 16 heures, elle l'a informé de la situation. Le lendemain, il a organisé le transport et l'a emmenée à l'hôpital général. À l'hôpital, elle a été admise à la maternité. Un risque d'accouchement prématuré fut diagnostiqué et elle fut placée au lit, en repos complet. Les contrôles furent peu fréquents.

L'écoulement du liquide a diminué, mais il est devenu légèrement taché de méconium au deuxième jour d'hospitalisation. Après quatre jours, de légères contractions ont commencé à se faire sentir. On lui a alors prescrit une perfusion intraveineuse de salbutamol à raison de 10 mg par litre de solution saline normale, mais le travail a, malgré tout, commencé le jour suivant. Pendant l'admission, les signes vitaux de cette femme et le rythme cardiaque du fœtus n'ont été contrôlés que toutes les 12 heures, et pendant le travail, la surveillance du rythme cardiaque fœtal fut rare. Le jour où elle a commencé le travail, elle présentait une température de 38° le matin. À 15 heures, elle a donné naissance à un enfant prématuré de sexe masculin pesant 1800 g, avec un score d'Apgar de 4, 1 minute après l'expulsion, et de 7 après 5 minutes. Le cordon a été clampé après 3 minutes. Le bébé a alors été nettoyé et enveloppé dans un linge et on lui a administré 1 mg de vitamine K₁ par voie intramusculaire, avant de le placer à côté de sa mère. La mère, elle, a reçu 10 U d'ocytocine et le placenta a été délivré par traction contrôlée du cordon. Le nouveau-né, incapable de téter, a été alimenté, chaque 3 heures, par sonde nasogastrique avec du lait maternel précédemment recueilli et a reçu par voie orale, 100 mg d'ampicilline et 5 mg de gentamycine. Le bébé présentait une poitrine enfoncée, respirait plus rapidement que la normale et émettait des grognements.

Malheureusement, la maternité n'avait plus de bouteilles d'oxygène, et il ne fut donc pas possible de lui en donner. La nuit, le bébé a cessé de respirer. Il n'y avait ni oxygène, ni insufflateur disponible et quoi qu'il en soit, aucun membre du personnel n'était formé pour pratiquer la réanimation avec insufflateur.

Facteurs modifiables identifiés

Liés au patient : La patiente s'est présentée tardivement au suivi prénatal, uniquement au deuxième trimestre et a eu un très mauvais suivi. L'âge gestationnel n'était pas exact, puisque l'échographie pour la datation n'avait pas été réalisée. Ainsi, soit l'âge gestationnel, estimé à la naissance, de 33 semaines, était beaucoup trop bas et la patiente aurait dû recevoir un traitement aux corticostéroïdes, soit le bébé avait un retard de croissance le rendant plus susceptible d'être asphyxié pendant le travail. Malheureusement, les visites de soins prénatals n'ont pas permis d'émettre ce diagnostic.

Liés au prestataire de soins : Les directives relatives à la surveillance des patientes hospitalisées en période prénatale n'ont pas été suivies.

MESURE PRISE : Le responsable a diffusé auprès du personnel, une circulaire rappelant l'importance de la surveillance des signes vitaux, des contractions et du rythme cardiaque fœtal chaque 4 heures, pour toutes les patientes admises en prénatal.

Liés au prestataire de soins : Le dossier des patientes n'est pas correctement rempli, notamment en ce qui concerne les signes vitaux et le rythme cardiaque fœtal.

RECOMMANDATION SMART : Le chef de service doit organiser, d'ici la fin du mois, une formation interne et mettre en place un mentorat sur la façon de remplir et de tenir les dossiers. Le comité devra évaluer la qualité des dossiers des patients lors de la prochaine réunion.

MESURE PRISE : La formation interne sur l'importance de la collecte de ces données et les contrôles aléatoires de qualité des dossiers des patients, mise en place par le responsable est suivie par le comité et une augmentation des taux de remplissage a été constatée.

Liés au prestataire de soins : Pas d'utilisation d'insufflateur pour la réanimation.

RECOMMANDATION SMART : Le pédiatre X dispensera une série de formations à la réanimation, à l'heure du déjeuner et pour tout le personnel, d'ici la fin du mois prochain. Le responsable de la maternité et le responsable de l'unité de soins néonatale doivent s'assurer de la disponibilité d'un insufflateur néonatal dans les salles d'accouchement et de soins, et établir un état des lieux pour la prochaine réunion.

MESURES PRISES : Les insufflateurs néonataux ont été sortis d'armoires fermées à clé pour être mis à disposition dans les espaces où ils sont nécessaires, une formation interne sur la réanimation néonatale est dispensée à l'ensemble du personnel ; le nombre de bébés réanimés à l'aide d'insufflateurs est suivi et une augmentation de leur usage est constatée.

Liés à l'administration : Pas d'oxygène disponible.

RECOMMANDATION SMART : L'administrateur de l'hôpital doit réviser le processus de gestion et d'approvisionnement des stocks et notamment en ce qui concerne l'oxygène et les produits essentiels, et en rendre compte lors de la prochaine réunion.

MESURE PRISE : Révision du processus de gestion et d'approvisionnement des stocks et mise en place de procédures d'urgence et de recours, si possible, en cas d'indisponibilité de produits essentiels, d'oxygène ou d'oxymètre de pouls dans l'établissement.

Liés aux administrateurs : Pas de politique de « contact peau à peau » à la naissance ou d'unité de Soins Maternels Kangourou (SMK) dans l'établissement.

RECOMMANDATION SMART : Le chef de service doit publier, dans les deux semaines, une circulaire destinée au personnel de la maternité pour informer sur l'importance de procéder au contact peau à peau immédiatement après l'accouchement, et pour tous les bébés.

Le pédiatre Y et l'infirmière de la maternité B doivent élaborer un plan de création d'une unité de SMK dans les six prochains mois et rendre compte de leurs avancées lors des prochaines réunions.

MESURE PRISE : Adoption immédiate de la prodigation du « contact peau à peau » après l'accouchement et élaboration d'un plan pour la création d'une unité de SMK.

Consulter l'encadré ci-dessous concernant la participation de la communauté au suivi des recommandations SMART en matière de SDMPR.

Participation de la communauté au suivi des recommandations de la SDMPR

Les membres de la communauté peuvent être engagés dans le processus de suivi de la mise en œuvre des recommandations en collaboration avec les prestataires de soins, les gestionnaires de santé et tout autre acteur engagé. Un processus de suivi efficace repose sur une définition précise des rôles et des responsabilités qu'impliquent chaque recommandation du processus de SDMPR (Bandali et al., 2019). Les rassemblements communautaires peuvent être l'occasion de mettre en avant les progrès obtenus et d'identifier les obstacles à la mise en œuvre de la SDMPR. La réussite de la SDMPR implique un dialogue et un partenariat continu entre toutes les parties prenantes.

Résultat

Documentation des principaux problèmes, causes profondes et facteurs modifiables et des recommandations à mettre en œuvre pour les traiter ; désignation des responsables et établissement du calendrier de mise en œuvre de la SDMPR.

Outils, formulaires, conseils pertinents et ressources supplémentaires

- [Compte rendu type d'une réunion de suivi de la SDMPR et des actions à mettre en œuvre \(Annexe 5 de ce guide\)](#)
- [SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 7 « Riposte »](#)
- [SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 8 « Diffusion des résultats, des recommandations et des interventions »](#)
- [SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 10 « Élaboration et plan de mise en œuvre de la SDMR »](#)
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 9 « Étapes de la mise en place d'un audit de la mortalité pour les mortinaissances et les décès néonataux »](#)
- [Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 3, Session 2](#)
- [Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 2, Session 4](#)
- [Résumé de connaissances : Mise en œuvre de la surveillance des décès maternels et périnataux et de la riposte, dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins de santé maternelle et néonatale, considérations pour la synergie et l'alignement.](#)
- Bandali, S., Thomas, C., Wamalwa, P., Mahendra, S., Kaimenyi, P., Warfa, O., & Fulton, N. (2019). Strengthening the « p » in Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response in Bungoma county, Kenya: Implications for scale-up. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4431-4>
- Marston, C., Hinton, R., Kean, S., Baral, S., Ahuja, A., Costello, A., & Portela, A. (2016). Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 376-382. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.168492>
- Melberg, A., Mirkuzie, A. H., Sisay, T. A., Sisay, M. M., & Moland, K. M. (2019). « Maternal deaths should simply be 0 »: Politicization of maternal death reporting and review processes in Ethiopia. In *Health Policy and Planning* (Vol. 34, Issue 7). <https://doi.org/10.1093/heapol/czz075>
- Renedo, A., Komporozos-Athanasiou, A., & Marston, C. (2018). Experience as Evidence: The Dialogic Construction of Health Professional Knowledge through Patient Involvement. *Sociology*, 52(4), 778-795. <https://doi.org/10.1177/0038038516682457>
- [Cadre de mobilisation de l'OMS pour la mise en place de services de santé communautaires, centrés sur la personne, OMS 2017](#)
- Bandali, S., Thomas, C., Wamalwa, P., Mahendra, S., Kaimenyi, P., Warfa, O., & Fulton, N. (2019). Strengthening the « p » in Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response in Bungoma county, Kenya: Implications for scale-up. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4431-4>
- Marston, C., Hinton, R., Kean, S., Baral, S., Ahuja, A., Costello, A., & Portela, A. (2016). Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 376-382. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.168492>

- Melberg, A., Mirkuzie, A. H., Sisay, T. A., Sisay, M. M., & Moland, K. M. (2019). « Maternal deaths should simply be 0”: Politicization of maternal death reporting and review processes in Ethiopia. In *Health Policy and Planning* (Vol. 34, Issue 7). <https://doi.org/10.1093/heapol/czz075>
- Renedo, A., Komporozos-Athanasiou, A., & Marston, C. (2018). Experience as Evidence: The Dialogic Construction of Health Professional Knowledge through Patient Involvement. *Sociology*, 52(4), 778-795. <https://doi.org/10.1177/0038038516682457>
- Cadre de mobilisation de l’OMS pour la mise en place de services de santé communautaires intégrés, centrés sur la personne, OMS 2017

MODULE 8

Suivi, évaluation
et ajustement des
processus de SDMPR
et d'amélioration
de la qualité
des soins



Module 8 : Suivi, évaluation et ajustement des processus de SDMPR et d'amélioration de la qualité des soins

Objectif

Garantir la pérennité de la SDMPR et de son suivi en :

- Documentant le processus de mise en œuvre de la SDMPR, y compris les recommandations apportées par le comité de pilotage;
- Contribuant à apporter des améliorations dans la qualité des soins dispensés.

Méthodologie

Le suivi doit contrôler :

- Le fonctionnement de la SDMPR et des recommandations mises en place ; et
- Les indicateurs de santé maternelle et périnatale, témoins des résultats.

Suivi du système de SDMPR

Un bon processus de suivi devrait évaluer :

- si les recommandations ont été mises en œuvre ;
- si les recommandations ont été mises en œuvre selon le calendrier proposé ;
- si les recommandations engendrent les résultats escomptés et ;
- dans le cas contraire, où se situent les problèmes qui empêchent l'atteinte des résultats souhaités.

L'analyse des indicateurs et des tendances peuvent fournir un aperçu rapide de l'impact du système SDMPR sur l'amélioration de la qualité des soins et révéler les domaines qui présentent des lacunes ou pour lesquels des efforts supplémentaires doivent être fournis. Les acteurs du processus de SDMPR seront davantage motivés à renseigner les données et à appliquer les recommandations, s'ils sont périodiquement informés de l'évolution des tendances, et notamment de celles à long terme, comme la réduction des mortalités intrapartum sur une période de cinq ans.

Le suivi s'effectue en collectant et en communiquant en permanence des informations sur les indicateurs de mise en œuvre et de résultats, tels que :

- le nombre et le pourcentage de décès maternels et périnataux notifiés et étudiés (indicateur de résultat) ;
- le nombre et le pourcentage de recommandations mises en œuvre (indicateur de résultat) ;
- le nombre de réunions du comité de pilotage menées à bien (indicateur de mise en œuvre) ;
- l'exhaustivité des rapports de SDMPR (indicateur de mise en œuvre) ;

- la présentation adéquate des recommandations et l'évaluation de leur mise en œuvre (indicateur de mise en œuvre).

En plus de superviser le système de SDMPR en tant que tel, il est nécessaire d'observer également les résultats et les tendances sur la réduction des décès maternels et périnataux, au niveau du district/de la région et au niveau national. Ces résultats sont mesurés à l'aide **d'indicateurs d'impact** tels que :

- Le nombre de décès maternels et périnatals, classifiés par cause de décès ;
- Le taux de mortalité maternelle ;
- Le taux de mortalité néonatale.

Les outils du suivi de la SDMPR seront adaptés selon qu'il soit réalisé, au niveau de l'établissement de santé, du district/de la région ou du pays. L'approche variera également en fonction de la structuration et de l'administration de chaque établissement.

Néanmoins, un ensemble d'indicateurs de base, témoignant des progrès globaux liés à la mise en œuvre de la SDMPR, devraient être surveillés et agrégés au niveau national, par tous les pays. À savoir :

- Le taux de mortalité maternelle ;
- Le taux de mortalité périnatale ;
- Le nombre de décès maternels et périnatals, classifiés par cause de décès ;
- Le nombre de décès maternels et périnatals notifiés et étudiés ;
- Le nombre de réunions du comité de pilotage de la SDMPR ;
- La qualité et disponibilité des rapports annuels ;
- La liste des recommandations de la SDMPR mises en œuvre.

L'annexe 15, le « cadre de suivi des activités de la SDMPR » fournit des détails sur la supervision de la SDMPR ; l'annexe 16 présente un « ensemble d'indicateurs communs pour le suivi de la SDMPR aux niveaux national et supranational » et l'annexe 17 propose un « ensemble d'indicateurs pour le suivi des activités de la SDMPR aux niveaux de l'établissement de santé, du district/ de la région et du pays/national ».

Évaluation du processus de SDMPR

En plus du suivi, il est parfois nécessaire d'évaluer plus précisément le système pour déterminer s'il pourrait fonctionner de manière plus efficace. Cette évaluation est utile si les indicateurs communs de suivi démontrent notamment que :

- Une ou plusieurs des recommandations de la SDMPR n'atteignent pas les résultats escomptés ;
- Les tendances en matière de santé ne s'améliorent pas malgré les actions entreprises ;
- Les ratios/taux de mortalité maternelle et/ou périnatale ne diminuent pas.

Bien qu'il soit important d'examiner la diminution des taux de mortalité au sein des établissements de santé, ces tendances ne sont pas toujours les meilleures illustrations des améliorations en matière de soins. En effet, au sein d'un seul établissement, de nombreux facteurs influencent sur le taux/ratio de mortalité, un faible nombre de décès peut rendre les estimations incertaines. Aussi, il peut être utile de mener une évaluation au sein de la communauté, du système de national de santé et de la société en général (par exemple, les progrès en matière d'éducation des femmes) pour apprécier les améliorations. Les changements apparus au niveau des causes de retards d'intervention ou des facteurs modifiables peuvent également être identifiés. Une évaluation plus détaillée peut également permettre de déterminer si le système peut fonctionner plus efficacement. Des outils ont été développés et peuvent être utilisés pour aider les gestionnaires, les partenaires de mise en œuvre et toute partie prenante à évaluer, périodiquement, les structures et les activités qui composent la SDMPR.

Résultat

Des mesures de performances appropriées, fondées sur des résultats tangibles, et des indicateurs clés de suivi de la SDMPR, pour chaque niveau du système de santé.

Outils, formulaires et ressources supplémentaires pertinents

- [Cadre de suivi des activités de la SDMPR \(Annexe 15 de ce guide\)](#)
- [Ensemble d'indicateurs communs pour le suivi de la SDMPR au niveau international \(Annexe 16 de ce guide\)](#)
- [Ensemble d'indicateurs pour le suivi des activités de la SDMPR aux niveaux de l'établissement de santé, du district/ de la région et du pays \(Annexe 17 de ce guide\)](#)
- [SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 9 « Suivi et évaluation du système SDMR »](#)
- [Outils du MCSP \(Maternal and Child Survival Program\) pour l'évaluation des processus SDMPR dans les établissements de santé et au niveau infranational.](#)
- [Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 3, Session 3](#)
- [Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 2, Session 5](#)

MODULE 9

La SDMPR dans un contexte humanitaire et/ou fragile



Module 9 : La SDMPR dans un contexte humanitaire et/ou fragile

Objectif

Saisir et renforcer les données sur les décès maternels et périnataux, et fournir des informations sur les interventions visant à améliorer la qualité des soins dans les contextes humanitaires et/ou fragiles.

Méthodologie

Le processus de collecte d'informations sur le nombre et les causes des décès est essentiel pour développer des interventions visant à prévenir de futurs décès similaires, en particulier dans les contextes humanitaires, où le système de santé est mis à rude épreuve et où les besoins de la population touchée peuvent changer constamment.

Dans les contextes humanitaires et/ou fragiles, la surveillance de la mortalité est cruciale, mais l'affaiblissement des systèmes de santé lié au contexte, provoque une pénurie de données. La SDMPR peut être utilisée pour collecter et suivre les informations sur les décès, mais il est alors essentiel de l'adapter au contexte.

En octobre 2019, l'OMS, l'UNICEF, le HCR, l'UNFPA, les CDC et Save the Children ont organisé une réunion d'experts rassemblant les principaux acteurs de la SDMPR, de l'aide au développement et de l'action humanitaire. Une série de recommandations a été établie pour la mise en œuvre de la SDMPR dans ces contextes.

Dans un contexte humanitaire et/ou fragile, différents scénarios ont été identifiés :

<p>Crise humanitaire en phase aigüe</p> <p>Définition : les 6 premiers mois de crise</p>	<p>La SDMPR ne devrait PAS être mise en œuvre. Le suivi des décès est crucial, et l'accent doit être mis sur la surveillance rapide, le comptage des décès et la mise en place de services de santé essentiels.</p> <p>Une analyse de la situation doit être effectuée pour identifier les systèmes et les infrastructures de santé toujours aptes à comptabiliser les décès.</p>
<p>Crise humanitaire stabilisée</p>	<p>Une fois que les services de santé essentiels sont en place, la mise en œuvre de la SDMPR doit être envisagée mais il faut en premier lieu, privilégier le renforcement des systèmes de santé et la qualité des soins. Lorsque la SDMPR est fonctionnelle, il est essentiel d'instituer à la fois le suivi du nombre de décès et de la qualité des données.</p> <p>Le déploiement du système de SDMPR, doit en premier lieu considérer les établissements de santé et intégrer ensuite l'étude des décès au niveau de la communauté.</p>

<p>Crise humanitaire dans un contexte de populations déplacées et/ou réfugiées</p>	<p>La SDMPR pourrait être mise en œuvre pour renforcer le système général de surveillance de la mortalité, la qualité des soins et les réseaux de référence, si l'on tient compte que : la collaboration entre tous les acteurs et en particulier avec le gouvernement est un élément clé de la réussite de la SDMPR ; l'engagement et la sensibilisation au niveau communautaire sont fondamentaux pour accroître l'accès aux soins ; la SDMPR doit être intégrée dans les systèmes de santé nationaux et soutenue par les services de proximité ; la documentation de SDMPR du gouvernement hôte devrait être utilisée, lorsqu'elle est disponible, pour permettre une gestion intégrée des données et si les ressources ne sont pas disponibles, d'autres formulaires standardisés, comme ceux du HCR, devraient être utilisés pour la revue des décès maternels.</p>
--	--

Il convient de considérer dans un contexte humanitaire et/ou fragile que :

- 1) La SDMPR ne peut pas être appliquée uniformément. Elle doit être adaptée selon les contextes et les différentes phases de la crise humanitaire.
- 2) La SDMPR doit être flexible, simple, rentable et facile à mettre en œuvre.
- 3) Le renforcement des systèmes de santé est crucial. La qualité de la SDMPR dépend de la qualité des soins et de la fiabilité du système de santé national. Une bonne gestion et une supervision par mentorat sont nécessaires pour instaurer un système de santé robuste.
- 4) Le système de collecte doit être simplifié. Le personnel doit être bien formé à la gestion et à l'analyse de données.
- 5) La SDMPR devrait être mise en œuvre par étapes, en partenariat avec le gouvernement hôte, les responsables des établissements, les parties prenantes du processus de SDMPR et les organisations opérant pendant la crise humanitaire.
- 6) Un système SDMPR ne réussit que si des recommandations peuvent être mises en œuvre. Par conséquent, dans les situations humanitaires, l'accent devra être mis sur l'action. Si les ressources le permettent, la SDMPR pourra être utilisée pour renforcer les capacités d'interventions.

Résultats

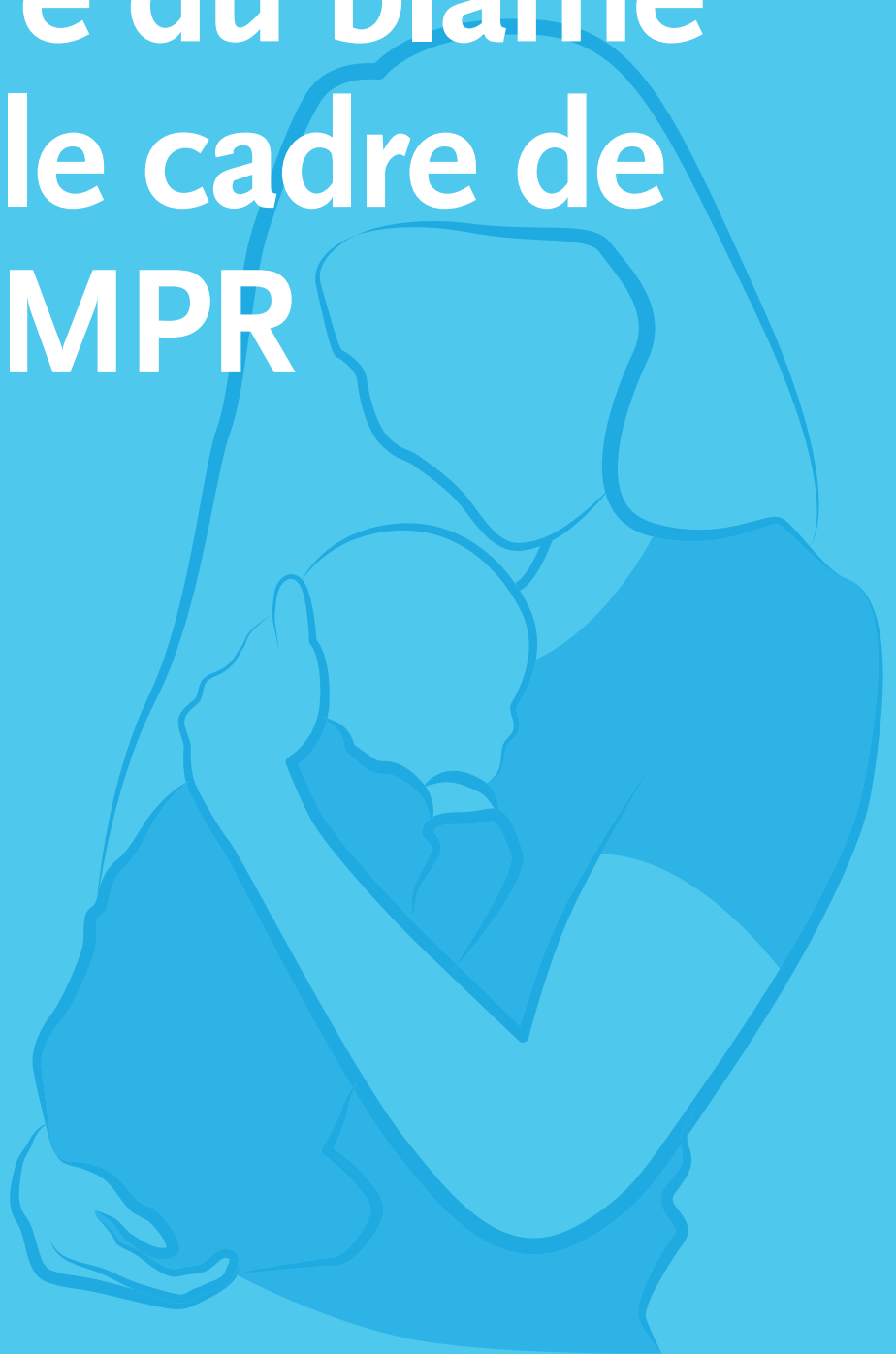
Un plus grand engagement et une meilleure qualité dans les soins prodigués aux femmes et aux nouveau-nés, dans un contexte humanitaire et/ou fragile.

Outils, formulaires et ressources supplémentaires pertinents

- [Blanche Greene-Cramer et al. Systematic Identification of Facility-Based Stillbirths and Neonatal Deaths Through the Piloted Use of an Adapted RAPID Tool in Liberia and Nepal. Plos One 2019](#)
- [Andrew T. Boyd et al. Use of Rapid Ascertainment Process for Institutional Deaths \(RAPID\) to identify pregnancy-related deaths in tertiary-care obstetric hospitals in three departments in Haiti. BMC, 2017](#)
- [Formulaire et guide d'examen des décès maternels de l'UNHCR, 2020.](#)
- [Tappis, H., Ramadan, M., Vargas, J. et al. Neonatal mortality burden and trends in UNHCR refugee camps, 2006-2017: a retrospective analysis. BMC Public Health 21, 390 \(2021\)](#)

MODULE 10

Surmonter la
culture du blâme
dans le cadre de
la SDMPR



Module 10 : Surmonter la culture du blâme dans le cadre de la SDMPR

Objectif

Concevoir une approche d'audit permettant d'appréhender et de surpasser la culture du blâme et d'identifier et de promouvoir, dans le cadre de la SDMPR, des stratégies et ressources clés pour y parvenir.

Méthodologie

Comprendre la culture du blâme

Le concept de « pas de nom, pas de blâme et pas de honte » est considéré comme essentiel pour une mise en œuvre réussie de la SDMPR. Il se rapporte aux principes éthiques de base qui doivent être appliqués pour que le système fonctionne efficacement. Ces principes comprennent la **confidentialité, l'anonymat et le respect**. La mise en œuvre de la SDMPR dans un environnement où la culture du « pas de nom, pas de blâme et pas de honte » n'est pas adoptée peut avoir diverses conséquences et notamment lorsque la confidentialité et l'anonymat sont violés. Par exemple, si le nom des prestataires de santé et des patients impliqués dans les études sont révélés, ils pourraient être démoralisés et démotivés à poursuivre les activités. L'absence d'anonymat peut entraîner des sanctions à l'encontre des prestataires de santé concernés, des poursuites judiciaires, des peines d'emprisonnement et même des violences de la part de la communauté. Si les prestataires de santé craignent des représailles, un manque de transparence se fera sentir, les classifications seront erronées, les décès sous-déclarés, et les recommandations inadéquates. Les examens des cas pourraient aussi ne pas être menés correctement afin d'éviter collectivement toute possibilité de blâme. Le personnel de santé des établissements peut craindre que les gestionnaires et responsables des niveaux supérieurs du système de santé appliquent des mesures punitives voire qu'ils amoindrissent leur soutien ou réduisent les subventions allouées à l'établissement. L'existence d'une culture du blâme peut conduire à l'affaiblissement des systèmes de santé et à une perte de confiance de la communauté envers le système de santé.

Une structuration institutionnelle du processus et la prise en compte de la culture du blâme, ont été identifiés, dans une récente étude sur l'impact de la SDMPR dans les pays à revenu faible et intermédiaire,¹ comme des éléments essentiels à la mise en œuvre de la SDMPR. Les résultats de l'étude ont révélé la complexité du blâme, les différentes raisons qui le motive, et les différentes formes qu'il peut revêtir. L'étude témoigne également du manque d'évolution des mentalités, ces des deux dernières décennies. Le climat autour de la mise en œuvre de la SDMPR a peu changé, la culture du blâme est toujours répandue. Ainsi, ce module propose des stratégies et des recommandations pour renforcer la SDMPR et promouvoir une culture du « pas de nom, pas de blâme et pas de honte ».

En 2014, Lewis² a identifié plusieurs facteurs, à différents niveaux du système de santé qu'il convient de prendre en considération pour comprendre le concept « pas de nom, pas de blâme et pas de honte » de la SDMPR :

1. **Un cadre stratégique, juridique et politique favorable (niveau macro).** Des politiques nationales, des cadres juridiques et des systèmes de protection sont nécessaires pour initier et soutenir la mise en œuvre de la SDMPR. Si la priorité politique en matière de santé est accordée à la survie et à la santé

de la mère et du nouveau-né, l'environnement politique sera plus bénéfique, et les investissements, pour fournir des ressources nécessaires à la dispense de services de qualité, plus importants.

2. **Une structuration institutionnelle du processus de SDMPR (niveau méso).** Un environnement de travail structuré aide à la mise en œuvre de la SDMPR. Un cadre professionnel éthique et dynamique, où l'apprentissage est une composante essentielle à l'amélioration de la qualité des soins, peut permettre d'agir sur la structure organisationnelle de l'établissement de santé. Lewis appelle cela un comportement institutionnel favorable.²
3. **Une responsabilisation et une adhésion des acteurs (niveau micro).** Les prestataires de santé prennent conscience que l'apprentissage en continu et une attitude positive pour impulser le changement de comportement et améliorer leurs compétences et leur pratique.² Le succès de la SDMPR dépend en partie de l'implication du personnel soignant dans le processus d'amélioration de la santé maternelle et périnatale. Il doit être prêt à mener lui-même l'audit, à échanger librement avec ses pairs sur les différentes composantes à mettre en œuvre et à « s'autocorriger »³⁻⁵ si nécessaire.

Aux niveaux méso et micro, l'existence de la culture du blâme révèle souvent un manque de clarté lors de la mise en œuvre initiale du processus.^{3,6,7} Les questions sur la tenue des dossiers, la structure organisationnelle, les modes de communication, etc.¹ peuvent être mal perçues. En effet, si le personnel n'a pas conscience de participer à une démarche plus globale d'amélioration de la qualité des soins, il risque d'être suspicieux. Au niveau micro, la sensation de menace ressentie par le personnel pendant les réunions et la crainte de répercussions punitives¹ voire juridiques sont les deux problèmes les plus courants. Les difficultés de gestion, de communication et de coordination entre les équipes (y compris avec l'administration), alliées à la fatigue émotionnelle et à l'épuisement ressentis par les prestataires de santé, souvent en manque de reconnaissance, peuvent contribuer à la culture du blâme. Le poids du système hiérarchique au sein des établissements de santé peut engendrer des difficultés de communication entre les cadres et le personnel soignant, et notamment avec les infirmières et les sages-femmes,^{8,9} qui, si elles sont peu motivées, pourront être réfractaires à participer à la SDMPR. La structuration hiérarchique de l'établissement peut également entraver le processus de SDMPR. Si la direction ou les membres seniors de l'équipe n'adhèrent pas à la SDMPR ou ne s'engagent pas dans le processus, le personnel plus jeune aura du mal à faire avancer les choses. Au niveau de la communauté, la sensibilisation et l'engagement de ses membres renforcent l'appropriation du processus et la responsabilité collective, et contribuent ainsi à l'amélioration de la qualité des soins.¹⁰ La communication régulière des résultats aux niveaux communautaire et infranational garantit une meilleure implication des acteurs et favorise la pérennité^{1,8} de la SDMPR.

Au niveau macro, les craintes ressenties par les prestataires de santé^{7,11,12} peuvent être contenues par la mise en place d'un cadre juridique solide autour de la SDMPR.

L'engagement politique national et l'appropriation par le gouvernement de la mise en œuvre de la SDMPR peuvent entraîner une pression accrue sur le système de santé, alors que le pays ne cherche qu'à respecter ses engagements régionaux et/ou mondiaux et les objectifs de développement.^{8,13,14} Il est à noter que, la recherche autour de la mise en œuvre de la SDMPR décrit la peur du litige comme une composante à la fois positive car responsabilisante,¹⁵⁻¹⁸ et à la fois négative car elle engendre une augmentation des interventions médicales évitables.¹⁹

Stratégies pour minimiser la culture du blâme

La SDMPR fonctionne mieux dans les milieux où la responsabilité, l'apprentissage, la capacité d'amélioration et la culture du « pas de nom, pas de blâme et pas de honte »^{6,8,20,21} sont érigés comme principes éthiques. Un leadership fort et la pratique d'une culture sans blâme permettent d'installer un climat de confiance. Les environnements ouverts et positifs, encouragent la participation de tous les membres aux réunions, et sont réputés pour contribuer efficacement à la mise en œuvre²²⁻²⁴ de la SDMPR.

Ce module présente « **dix stratégies pour promouvoir une culture du « pas de nom, pas de blâme et pas de honte»**. Ces stratégies sont extraites de publications et de retours d'expériences. L'annexe 10 détaille chacune de ces stratégies, propose des sources d'informations utiles et relate des expériences pays.

10 stratégies clés

1. **S'assurer que la structuration et la planification de la SDMPR** sont soutenues par des directives nationales explicites, intégrant le concept du « pas de nom, pas de blâme et pas de honte », une politique exigeante en matière de notification des décès et de protection juridique du personnel et des départements de santé. Les outils de mise en œuvre de la SDMPR décrivant les directives et les politiques nationales doivent être disponibles à tous les niveaux du système de santé. Ils doivent définir clairement les distinctions existantes entre le processus SDMPR et les mesures disciplinaires pour permettre de prévenir des éventuels litiges que pourraient engendrer des informations générées dans le cadre du processus SDMPR. Pour en savoir plus, consulter l'expérience du Kenya (Smith et al., 2017).²⁵
2. **Veiller à ce que la prévention des décès maternels et périnataux** soit considérée comme une priorité nationale, afin de contribuer à la promotion et à l'utilisation de la SDMPR. Les engagements mondiaux, nationaux et régionaux en faveur de la réduction de la mortalité, y compris les objectifs inscrits aux plans de santé nationaux, peuvent amener les autorités nationales à exercer une pression accrue sur le système de santé. Les agents de santé peuvent alors craindre d'être blâmés si un décès survient. Aussi, il convient d'être prudent car la pression du système peut compromettre l'exactitude des rapports et la volonté individuelle de participer au processus de vérification. Des efforts doivent être faits pour prendre en compte le contexte politique lors de la mise en œuvre de la SDMPR et des stratégies doivent être mises en place pour protéger les prestataires de santé. De plus, dans un contexte où la politique de santé maternelle et néonatale est renforcée, les recommandations et les interventions mises en place dans le cadre de la SDMPR peuvent conduire à une augmentation des financements alloués à l'amélioration de la QdS. L'expérience de l'Éthiopie (Melberg et al., 2019 ; Tura et al., 2020) permet d'en apprendre davantage.^{26,27}
3. **Intégrer la SDMPR aux systèmes réguliers d'audit** pour soutenir la standardisation du processus et renforcer l'implication des acteurs. L'adaptation ou l'intégration de la SDMPR aux systèmes de surveillance systémiques permet de disposer de données en temps réel, d'évaluer les problèmes et ainsi d'éviter les reproches. De plus, l'alignement des différents processus de saisie de données renforce la responsabilisation des acteurs, le volume et la qualité des données et réduit la charge de travail. Découvrir l'expérience du Bangladesh²⁸ (Biswas, 2017) et de l'Inde²⁹ (Purandare et al., 2014).
4. **Concevoir et plaider en faveur d'un environnement favorable à la mise en œuvre de la SDMPR** où la culture du « pas de nom, pas de blâme et pas de honte », la structuration organisationnelle, les capacités d'apprentissage, la responsabilisation et la transparence sont des composantes essentielles. Un environnement favorable nécessite des ressources humaines et matérielles adéquates à tous les niveaux du système de santé et la création de mécanismes de coordination fonctionnels. Un environnement ouvert et favorable encourage la participation active de tous les membres aux réunions et améliore la mise en œuvre de la SDMPR. Les stratégies d'amélioration de la qualité, y compris d'évaluation de la qualité des données, favorisent l'utilisation des données pour la prise de décision. La promotion de la SDMPR en tant qu'expérience d'apprentissage et la garantie de l'anonymat atténuent la culture du blâme. Le fait de communiquer sur les résultats, et particulièrement sur les positifs, peut permettre de renforcer la volonté de l'équipe. Apprendre des expériences sud-africaine²⁰ (Belizan et al., 2011) et sénégalaise³⁰ (Dumont et al., 2009).
5. **Renforcer, à tous les niveaux du système, le leadership au sein des groupes de travail et s'assurer de la volonté et des compétences du point focal de la SDMPR**, pour mener les réunions et encadrer les autres membres. Un bon président de réunion d'audit est capable d'orienter une conversation sans reproches et productive. Le leadership doit également influencer sur la participation des cadres supérieurs aux réunions et à l'analyse des données afin d'identifier, de façon consensuelle, les priorités et les actions à mettre en œuvre. Les référents ou les leaders engagés doivent être très motivés et assurer également un rôle de mentor, de superviseur et de soutien. Pour en savoir plus, se référer aux expériences en Afrique du Sud³¹ (Rhoda et al., 2014) et au Malawi¹⁶ (Bakker et al., 2011).

6. **Entretien une mobilisation continue des équipes d'audit** grâce à une approche de travail en équipe basée sur le soutien de la direction de l'hôpital, le mentorat et la définition de stratégies et d'actions probantes. Dans les contextes où une approche de travail en équipe est adoptée pour la mise en œuvre de la SDMPR, il doit y avoir consensus, inclusion, suivi des performances et délégation des responsabilités. Une communication forte, l'implication et le soutien de la direction de l'hôpital renforcent également les relations des équipes chargées de la SDMPR. L'expérience du Ghana²⁴ (Dartey, 2012) et de l'Inde²⁹ (Purandare et al., 2014) permettent d'en apprendre davantage.
7. **Assurer la tenue régulière des réunions d'audit et une participation multidisciplinaire du personnel.** La tenue de réunions régulières est un élément important de l'institutionnalisation de la SDMPR. Plus les membres assistent aux réunions de révision, plus ils ont de la pratique, plus le processus est intégré et moins il y a de reproches. La participation au processus de SDMPR de tous les agents de santé, impliqués dans les soins prodigués aux femmes et aux nouveau-nés, qu'ils soient juniors ou seniors, engendre l'appropriation du processus à tous les niveaux de l'établissement, réduit le poids des hiérarchies, améliore l'analyse de l'information et nihilise la culture du blâme. Les gratifications telles que des rafraîchissements lors des réunions, des formations supplémentaires ou des revenus financiers peuvent renforcer les efforts globaux de mise en œuvre. L'encadré 1 contient quelques principes directeurs pour la conduite des réunions de revue. Pour en savoir plus, consulter les expériences du Rwanda³² (Tayebwa et al., 2020) et du Zimbabwe¹⁷ (MCSP, 2017).
8. **Mettre en place un code de conduite ou une charte définissant clairement l'objectif des réunions,** le comportement attendu pendant les réunions et la confidentialité requise. Les codes de conduite ou les chartes d'audit officiels peuvent minimiser l'acrimonie et prévenir (ou réduire) les reproches et les récriminations. Dans certains cas, un code de conduite peut prendre la forme d'un accord de non-divulgaration et de confidentialité signé ou convenu verbalement (voir l'encadré 2 pour des exemples). Les expériences du Burkina Faso^{33,34} (Richard et al., 2009 ; Congo et al., 2017) et du Ghana²⁴ (Dartey, 2012) à ce sujet, sont intéressantes.
9. **Promouvoir l'engagement, la responsabilisation, l'apprentissage et le renforcement des compétences sur le lieu de travail, pour mener à bien, dans un contexte sans blâme, la mise en œuvre du processus de SDMPR.** Le personnel engagé doit être conscient de son rôle dans la mise en œuvre d'une culture du « pas de nom, pas de blâme et pas de honte » au sein de la SDMPR et comprendre les objectifs. Dans certains contextes, la nature hiérarchique des réunions peut démotiver le personnel à participer au processus. Également, le manque d'implication dans un processus institutionnalisé peut conduire à un transfert de responsabilité vers d'autres membres du personnel, et conduire au blâme ou à la honte. En apprendre davantage à travers l'expérience de la Tanzanie³⁵ (Armstrong et al., 2014), du Maroc³⁶ (Muffler et al., 2007) et de l'Afrique du Sud²⁰ (Belizan et al., 2011).
10. **Sensibiliser les communautés pour qu'elles s'engagent dans l'audit et participent aux autopsies verbales et sociales de la SDMPR.** Une sensibilisation et une mobilisation accrue de la communauté autour du processus de SDMPR permet de diminuer les éventuels reproches et de créer un environnement favorable à la mise en œuvre de la SDMPR au niveau communautaire (encadré 3). Consulter l'expérience du Bangladesh^{37,38} (Biswas et al., 2016 ; Biswas et al., 2015).

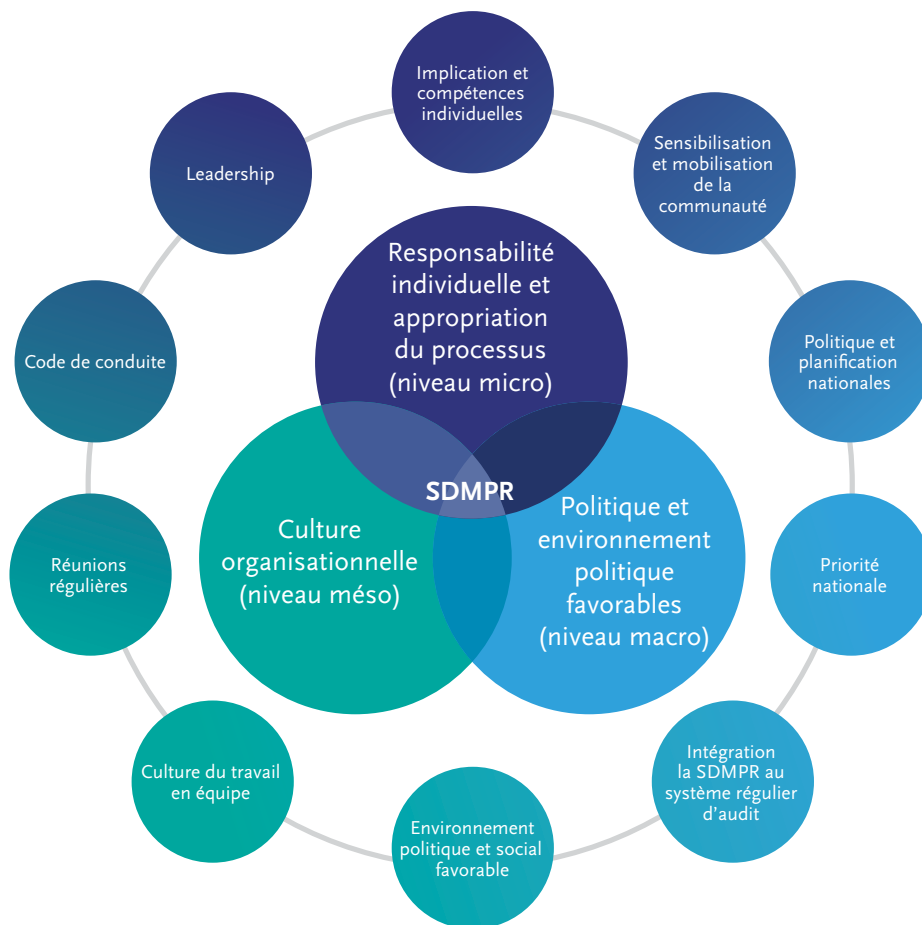
Un cadre pour la promotion d'une culture positive de mise en œuvre de la SDMPR

Pour aider à mettre en œuvre la SDMPR dans un contexte où règne le « pas de nom, pas de blâme et pas de honte », ce module présente un cadre adapté à l'étude de l'environnement culturel de la SDMPR et des nombreux éléments du système de santé. Ce cadre est une adaptation du cadre original de l'environnement culturel des examens de décès maternels et de quasi-accidents présenté par Lewis en 2014.² Il a été examiné^{39,40} et approuvé par des experts de la SDMPR.

La figure 4 propose donc un cadre pour la promotion d'une culture positive de mise en œuvre de la SDMPR. Comme le montre cette figure, la lutte contre le blâme exige d'agir à tous les niveaux du système de santé. Les 10 stratégies précitées peuvent être mises en œuvre à différents niveaux et entourent donc

les trois principales composantes d'un système de santé. Les questions de blâme et de honte traversent les trois composantes et les stratégies sont liées entre elles.

Fig. 4. Cadre pour la promotion d'une culture positive de mise en œuvre de la SDMPR



Les futures recherches devraient dépasser la culture du blâme pour comprendre, tout en tenant compte du contexte, comment créer une culture de la responsabilité, de l'apprentissage et de l'amélioration, et renforcer le leadership, le travail en équipe, la communication et la motivation sans être freinées par la compréhension des perspectives individuelles.

L'objectif de l'audit d'un décès maternel ou périnatal est de donner une valeur à cette vie et de tirer, collectivement, des enseignements de cet événement, et NON de blâmer des individus ou des structures.

Résultat

Des stratégies pertinentes pour une mise en œuvre de la SDMPR dans un environnement sans blâme, où les professionnels de la santé se sentent en confiance et ont envie de participer au processus d'identification des obstacles aux soins pour contribuer à la réduction des décès maternels et périnataux évitables et plus globalement à l'amélioration de la qualité des soins.

Remerciements

Ce module a été préparé par le sous-groupe technique de travail de la SDMPR, chargé des recherches sur la culture du blâme. Le contenu est tiré d'une revue des facteurs de mise en œuvre de la SDMPR dans les pays à revenu faible et moyen, regroupant des études sur la structuration organisationnelle de la mise en œuvre de la SDMPR, et des différents aspects du blâme. Merci aux auteurs de la revue de cadrage publiée dans *Health Policy and Planning* (Kinney et al 2021) d'avoir extrait les données de 42 études identifiées utiles pour l'analyse du climat et la culture de mise en œuvre de la SDMPR et de permettre d'utiliser ces informations dans ce module. Mary Kinney, Louise Tina Jour, Debra Jackson, Animesh Biswas, Mary Mbuo, Patricia Doherty, Ank de Jonge, Nathalie Roos, Alex Manu, Francesca Palestra, LoveJour Penn-Kekana et Sylvia Alford ont également contribué à ce module.

Exemple de principes à adopter pour la tenue de réunions d'audit dans les établissements sans recours au blâme

Principes clés :

- Les réunions doivent être multidisciplinaires et interactives. Elles ne doivent pas être didactiques. Pour faciliter la communication, il est préférable que les participants soient assis en cercle.
- Les réunions doivent être organisées régulièrement et sur des périodes réservées au personnel.
- Les administrateurs et les autres personnes qui peuvent donner suite aux recommandations doivent être présents.

Exemple d'ordre du jour d'une réunion :

1. Lire et accepter le code de conduite.
2. Réévaluer les recommandations des sessions précédentes et assurer un bref suivi des actions décidées lors de la dernière réunion. Identifier toute autre action nécessaire.
3. Présenter le résumé clinique du ou des cas.
4. Réaliser une étude de cas systématique, en utilisant un modèle commun et en se référant à toute directive ou norme clinique disponible.
5. Préparer une analyse de cas et des recommandations locales.
6. Planifier leurs mises en œuvre.
7. Préparer une analyse de cas et un rapport à envoyer au comité de pilotage du ou des niveau(x) supérieur(s).
8. Diffuser les résultats et les recommandations aux administrateurs de l'hôpital et au personnel qui n'a pas pu participer.

Source : Lewis G. Emerging lessons from the FIGO LOGIC initiative on maternal death and near-miss reviews. Int J Gynaecol Obstet. 2014;127(Suppl 1):S17-20.

Exemples de charte d'audit ou d'accords de non-divulgation

A) Exemple générique

Accord de confidentialité de non-divulgation

Nous, membres du comité d'examen ----, acceptons de préserver l'anonymat et la confidentialité pour tous les cas discutés lors de cette réunion, tenue le [DATE]. Nous nous engageons à ne parler à personne en dehors de cette réunion des détails des événements analysés ici, et nous ne divulguons pas les noms des personnes impliquées, que ce soient les membres de la famille ou les prestataires de soins de santé.

B) Exemple du Burkina Faso

Charte d'audit de la maternité de l'hôpital de district Secteur 30

L'audit médical consiste en une analyse systématique et critique de la qualité des soins selon des standards définis (normes et protocoles de soins). Il permet aux membres d'une équipe de discuter, de remettre en cause et d'améliorer certaines pratiques. L'audit ne doit jamais être utilisé pour sanctionner un membre du personnel. Son but est de proposer des recommandations et des actions visant à éviter, à l'avenir, les déficiences ou les erreurs observées.

Nous, personnel de la maternité de l'hôpital Secteur 30, nous engageons à respecter les règles de bonnes pratiques qui suivent :

1. Arriver à l'heure aux séances d'audit.
2. Respecter les propos et les idées de chacun.
3. Respecter la confidentialité des discussions de l'équipe. Les informations et les problèmes soulevés au cours de l'audit ne doivent pas être communiqués en dehors de l'équipe (amis, parents, collègues d'autres départements de santé, etc.)
4. Participer activement aux discussions.
5. Accepter la discussion et le débat entre les participants sans violence verbale.
6. S'abstenir de cacher ou de falsifier des informations qui pourraient être utiles à la compréhension du cas audité.
7. Essayer autant que possible – car ce n'est pas facile – d'accepter la remise en question de ses propres actions.

Personnel du service de la maternité, Ouagadougou, 25 février 2004

Source : Richard F, Ouedraogo C, Zongo V, Ouattara F, Zongo S, Grue'nais M, De Brouwere V. La difficulté de remettre en question la pratique clinique : l'expérience des examens de cas dans les établissements de soins de santé de l'Union européenne. Ouagadougou, Burkina Faso. BJOG. 2009;116:38-44.

Engager la communauté pour éviter les reproches

L'acceptation, la sensibilisation et la mobilisation de la communauté autour du processus du SDMPR peuvent permettre de réduire les reproches et d'améliorer sa mise en œuvre. La culture du blâme au niveau de la communauté peut apparaître de différentes façons. Les prestataires de santé peuvent être blâmés par les femmes, leurs familles et la communauté après un décès; de même, les femmes, leurs familles ou même les communautés peuvent être blâmées pour les décès liés aux retards dans les soins.^{26,41} La promotion d'une approche collaborative dans le processus SDMPR peut être établie en encourageant le dialogue entre les membres de la communauté, les prestataires de santé et les gestionnaires, pour créer un climat de confiance et former des communautés d'apprentissage. Il a été démontré qu'une implication et une mobilisation réussies de la communauté dans la riposte, améliorent, dans certains contextes, la mise en œuvre des actions.^{8,15,42,43} L'élimination des barrières associées au blâme est particulièrement importante pour renforcer l'engagement de la communauté autour de la collecte de données sur les décès survenus en son sein.^{7,44,45} Ceux qui mettent en œuvre la SDMPR doivent également considérer les émotions fortes associées à la mort, comme le chagrin et la colère. En qualité d'acteurs de la SDMPR, les membres de la communauté et les prestataires de soins de santé doivent faire preuve d'empathie en gérant soigneusement les émotions et en apportant un soutien aux familles endeuillées, comme un soutien psychosocial, par exemple.

Outils, formulaires et ressources supplémentaires pertinents

- [Dix stratégies pour promouvoir une culture du « pas de nom, pas de blâme et pas de honte » et informations complémentaires \(Annexe 18 de ce guide\)](#)

Références

1. Kinney MV, Walugembe DR, Wanduru P, Waiswa P, George A. Maternal and perinatal death surveillance and response in low- and middle-income countries: a scoping review of implementation factors. *Health policy and planning* 2021; 36(6): 955-973.
2. Lewis G. The cultural environment behind successful maternal death and morbidity reviews. *Bjog* 2014; 121 Suppl 4: 24-31.
3. Van Hamersveld KT, den Bakker E, Nyamtema AS, et al. Barriers to conducting effective obstetric audit in Ifakara: a qualitative assessment in an under-resourced setting in Tanzania. *Trop Med Int Health* 2012; 17(5): 652-7.
4. Pattinson RC, Say L, Makin JD, Bastos MH. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (4): CD002961.
5. Johnston G, Crombie IK, Davies HT, Alder EM, Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Qual Health Care* 2000; 9(1): 23-36.
6. Du Châtelet A, Zamboni K, Fornah F, Yilla M, Nam S. Barriers and enablers to the implementation of Maternal Death Reviews to improve quality of care in Sierra Leone. *draft paper* 2019 [unpublished].
7. Agaro C, Beyeza-Kashesya J, Waiswa P, et al. The conduct of maternal and perinatal death reviews in Oyam District, Uganda: a descriptive cross-sectional study. *BMC Women's Health* 2016; 16: 38.
8. Kerber KJ, Mathai M, Lewis G, et al. Counting every stillbirth and neonatal death through mortality audit to improve quality of care for every pregnant woman and her baby. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15 Suppl 2: S9.
9. De Kok B, Imamura M, Kanguru L, Owolabi O, Okonofua F, Hussein J. Achieving accountability through maternal death reviews in Nigeria: a process analysis. *Health policy and planning* 2017.

10. Martin Hilber A, Blake C, Bohle LF, Bandali S, Agbon E, Hulton L. Strengthening accountability for improved maternal and newborn health: A mapping of studies in Sub-Saharan Africa. *Int J Gynaecol Obstet* 2016; 135(3): 345-57.
11. Koblinsky M, Kaptiningsih A, Fitriyani. Indonesia: Reducing maternal & perinatal deaths through SDMPR – mapping the possibilities: Draft report for USAID prepared by Management Systems International, 2017.
12. WHO. Study on the implementation of maternal death review in five countries in the South-East Asia Region of the World Health Organization. New Dehli, India: World Health Organization for South-East Asia, 2014.
13. Bandali S, Thomas C, Hukin E, et al. Maternal Death Surveillance and Response Systems in driving accountability and influencing change. *Int J Gynaecol Obstet* 2016; 135(3): 365-71.
14. WHO. Summary report on the regional meeting on maternal death surveillance and response, Rabat, Morocco, 7-9 October 2013. Rabat, Morocco: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2013.
15. Abebe B, Busza J, Hadush A, et al. 'We identify, discuss, act and promise to prevent similar deaths': a qualitative study of Ethiopia's Maternal Death Surveillance and Response system. *BMJ global health* 2017; 2(2): e000199.
16. Bakker W, van den Akker T, Mwagomba B, Khukulu R, van Elteren M, van Roosmalen J. Health workers' perceptions of obstetric critical incident audit in Thyolo District, Malawi. *Trop Med Int Health* 2011; 16(10): 1243-50.
17. MCSP. Assessment of Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Implementation in Zimbabwe. Washington, DC: Maternal Child Survival Program, 2017.
18. Melberg A, Teklemariam L, Moland KM, Aasen HS, Sisay MM. Juridification of maternal deaths in Ethiopia: a study of the Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (SDMPR) system. *Health policy and planning* 2020; 35(8): 900-5.
19. Betran AP, Temmerman M, Kingdon C, et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet* 2018; 392(10155): 1358-68.
20. Belizan M, Bergh AM, Cilliers C, Pattinson RC, Voce A, Synergy G. Stages of change: A qualitative study on the implementation of a perinatal audit programme in South Africa. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 243.
21. Grellier R, Shome P. FIGO Saving mothers and newborn project: Summary evaluation: Options, 2011.
22. MCSP. Assessment of Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Implementation in Nigeria. Washington, DC: Maternal Child Survival Program, 2017.
23. Kinney MV, Ajayi G, de Graft-Johnson J, et al. «It might be a statistic to me, but every death matters.": An assessment of facility-level maternal and perinatal death surveillance and response systems in four sub-Saharan African countries. *PloS one* 2020; 15(12): e0243722.
24. Dartey AF. The role of midwives in the implementation of maternal death review (MDR) in health facilities in Ashanti region, Ghana. Cape Town: University of the Western Cape; 2012.
25. Smith H, Ameh C, Godia P, et al. Implementing Maternal Death Surveillance and Response in Kenya: Incremental Progress and Lessons Learned. *Global health, science and practice* 2017; 5(3): 345-54.
26. Melberg A, Mirkuzie AH, Sisay TA, Sisay MM, Moland KM. 'Maternal deaths should simply be 0': politicization of maternal death reporting and review processes in Ethiopia. *Health policy and planning* 2019; 34(7): 492-8.
27. Tura AK, Fage SG, Ibrahim AM, et al. Beyond No Blame: Practical Challenges of Conducting Maternal and Perinatal Death Reviews in Eastern Ethiopia. *Global health, science and practice* 2020; 8(2): 150-4.
28. Biswas A. Shifting paradigm of maternal and perinatal death review system in Bangladesh: A real time approach to address sustainable developmental goal 3 by 2030. *F1000Res* 2017; 6: 1120.
29. Purandare C, Bhardwaj A, Malhotra M, Bhushan H, Shah PK. Every death counts: electronic tracking systems for maternal death review in India. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 127 Suppl 1: S35-9.

30. Dumont A, Tourigny C, Fournier P. Improving obstetric care in low-resource settings: implementation of facility-based maternal death reviews in five pilot hospitals in Senegal. *Hum Resour Health* 2009; 7: 61.
31. Rhoda NR, Greenfield D, Muller M, et al. Experiences with perinatal death reviews in South Africa--the Perinatal Problem Identification Programme: scaling up from programme to province to country. *Bjog* 2014; 121 Suppl 4: 160–6.
32. Tayebwa E, Sayinzoga F, Umunyana J, et al. Assessing Implementation of Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response in Rwanda. *International journal of environmental research and public health* 2020; 17(12).
33. Richard F, Ouedraogo C, Zongo V, et al. The difficulty of questioning clinical practice: experience of facility-based case reviews in Ouagadougou, Burkina Faso. *Bjog* 2009; 116(1): 38–44.
34. Congo B, Sanon D, Millogo T, et al. Inadequate programming, insufficient communication and non-compliance with the basic principles of maternal death audits in health districts in Burkina Faso: a qualitative study. *Reprod Health* 2017; 14(1): 121.
35. Armstrong CE, Lange IL, Magoma M, Ferla C, Filippi V, Ronsmans C. Strengths and weaknesses in the implementation of maternal and perinatal death reviews in Tanzania: perceptions, processes and practice. *Trop Med Int Health* 2014; 19(9): 1087–95.
36. Muffler N, Trabelssi Mel H, De Brouwere V. Scaling up clinical audits of obstetric cases in Morocco. *Trop Med Int Health* 2007; 12(10): 1248–57.
37. Biswas A, Rahman F, Eriksson C, Halim A, Dalal K. Facility Death Review of Maternal and Neonatal Deaths in Bangladesh. *PloS one* 2015; 10(11): e0141902.
38. Biswas A, Halim MA, Dalal K, Rahman F. Exploration of social factors associated to maternal deaths due to haemorrhage and convulsions: Analysis of 28 social autopsies in rural Bangladesh. *BMC Health Serv Res* 2016; 16(1): 659.
39. George A, al. e. Lenses and levels: the why, what and how of measuring health system drivers of women's, children's and adolescents' health with a governance focus. *BMJ global health* 2019 4(Suppl 4).
40. Kinney MV, Walugembe DR, Wanduru P, Waiswa P, George AS. Implementation of maternal and perinatal death reviews: a scoping review protocol. *BMJ open* 2019; 9(11): e031328.
41. E4A. 2012. Maternal death surveillance and response systems: overcoming legal challenges and creating an enabling environment. MDSR Action Network. Presented during 'Interactive MDSR Resource Room' at XXFIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, Rome, Italy, 7-12 October 2012.
42. Hofman JJ, Mohammed H. Experiences with facility-based maternal death reviews in northern Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 126(2): 111–4.
43. Kongnyuy EJ, Leigh B, van den Broek N. Effect of audit and feedback on the availability, utilisation and quality of emergency obstetric care in three districts in Malawi. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives* 2008; 21(4): 149–55.
44. Kerber KJ, Mathai M, Lewis G, et al. Counting every stillbirth and neonatal death to improve quality of care for every pregnant woman and her baby. *BMC Preg Childbirth* 2015; 15(Suppl 2)(S9).
45. Mogobe KD, Tshiamo W, Bowelo M. Monitoring maternity mortality in Botswana. *Reprod Health Matters* 2007; 15(30): 163–71.

Liste des ressources

Les liens sont fournis lorsqu'ils sont disponibles.

Module 1

- [SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Glossaire \(page 70\)](#)
- [Plateforme en ligne CIM-10 de l'OMS, décès maternels survenus durant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité : ICD-MM](#)
- [Plateforme en ligne CIM-10 de l'OMS, décès survenus durant la période prénatale : ICD-PM](#)
- [Normes et exigences en matière de rapports sur la mortalité maternelle. Plateforme en ligne CIM-11 de l'OMS, Guide de référence, Partie 2. OMS Genève, 2019](#)
- [Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 3, Session 2](#)
- [Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 1, Session 4](#)
- [Directives de l'OMS et de l'UNICEF sur l'analyse et l'utilisation des données des établissements de santé par les responsables de programmes de SRMNI](#)
- [Site Web du DHIS2](#)
- [Site Web du CRVS \(Registres et Statistiques d'État Civil\)](#)

Module 2

- [Outil d'analyse des systèmes et ressources disponibles pour l'audit des décès et l'amélioration de la qualité des soins \(Annexe 1 de ce guide\)](#)
- [Modèle de mandat d'un comité de pilotage de la SDMPR \(Annexe 2 de ce guide\)](#)
- [Modèle de code de pratique pour la tenue des réunions d'audit des décès \(Annexe 3 de ce guide\)](#)
- [Les différents niveaux de collecte de données pour l'audit des mortinaissances et des décès néonataux \(Annexe 4 de ce guide\)](#)
- [Compte rendu type d'une réunion de suivi de la SDMPR et des actions à mettre en œuvre \(Annexe 5 de ce guide\)](#)
- [SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 10 « Élaboration et plan de mise en œuvre de la SDMR »](#)
- [SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Annexe 6 « Exemple de fiche utilisée par le comité de revue »](#)
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 6 « Déclaration type d'adhésion au code de pratique des réunions d'audit de la mortalité »](#)
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 8 « Audit de la mortinatalité et de la mortalité néonatale – Formulaire de compte rendu de réunion et plan d'action »](#)
- [Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 2, Session 2](#)
- [Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 1, Session 6; and 7](#)
- [Clip vidéo : Mise en place d'un comité d'audit.](#)

Module 3

- [Sources de données à considérer pour une approche systématique d'identification des décès \(Annexe 7 de ce guide\)](#)
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 4 « Identification et notification des décès maternels »
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Annexe 7 « Identification au niveau de la communauté des décès maternels suspectés »
- [Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 1, Session 5](#)
- [Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 1, Session 5](#)
- Ayele B, Gebretnsae H, Hadgu T, Negash D, G/silassie F, Alemu T, et al. Maternal and perinatal death surveillance and response in Ethiopia: Achievements, challenges and prospects. Biswas A, editor. PLoS One [Internet]. 2019 Oct 11;14(10):e0223540. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0223540>

Module 4

- [Formulaire mensuel de suivi des activités de SDMPR dans un établissement de santé et instructions pour le remplissage \(Annexes 8 et 9 de ce guide\)](#)
- [Formulaire d'audit des décès maternels et instructions pour le remplissage \(Annexes 10 et 11 de ce guide\)](#)
- [Formulaire d'audit des mortinaissances et des décès néonataux et instructions pour le remplissage \(Annexes 12 et 13 de ce guide\)](#)
- [Ensemble d'indicateurs périnataux essentiels \(Annexe 14 de ce guide\)](#)
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 4 « Identification et notification des décès maternels »
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Annexe 3 « Données à recueillir auprès des établissements de santé »
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Annexe 4 « Projet d'instrument d'autopsie au sein de la communauté après décès maternel (Ouganda) »
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 1 « Formulaire d'étude des cas de mortinaissance et de décès néonatal »](#)
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 2 « Formulaire récapitulatif des naissances et des décès »](#)
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 3 « Ensemble minimum d'indicateurs périnataux à recueillir pour toutes les naissances et tous les décès périnataux »](#)
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 4 « Méthodes de classement des facteurs modifiables »](#)
- [Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 2, Session 3](#)
- [Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 1, Session 5](#)
- [Campus virtuel de santé publique sur SDMPR](#)
- [Paquet pour la formation des formateurs en SDMPR](#)

Module 5

- [Compte rendu type d'une réunion de suivi de la SDMPR et des actions à mettre en œuvre \(Annexe 5 de ce guide\)](#)
- [Formulaire mensuel de suivi des activités de SDMPR dans un établissement de santé et instructions pour le remplissage \(Annexes 8 et 9 de ce guide\)](#)
- [Les différents niveaux de collecte de données pour l'audit des mortinaissances et des décès néonataux \(Annexe 4 de ce guide\)](#)
- [Exemple de plan de rapport des activités de SDMPR au sein d'un seul établissement \(Annexe 6 de ce guide\)](#)
- [Cadre de suivi des activités de la SDMPR \(Annexe 15 de ce guide\)](#)
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Annexe 6, « Exemple de fiche utilisée par le comité de revue »
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 6 « Déclaration type d'adhésion au code de pratique des réunions d'audit de la mortalité »](#)
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 8 « Audit de la mortinatalité et de la mortalité néonatale – Formulaire de compte rendu de réunion et plan d'action »](#)
- [Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 2, Session 2](#)
- [Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 1, Session 6 and 7](#)

Module 6

- [Cadre de suivi des activités de la SDMPR \(Annexe 15 de ce guide\)](#)
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 6 « Analyse – agrégation et interprétation des données »
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 6 « Analyse »
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Annexe 6 « Exemple de fiche utilisée par le comité de revue »
- [Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 7 « Calculs types aux fins de la notification »](#)
- [Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 3, Session 3](#)
- [Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 2, Session 3](#)
- [Outil de suivi des actions de SDMPR, Options Consultancy Services Ltd](#)
- [Logiciel open source : programme sud-africain d'identification des problèmes périnataux](#)

Module 7

- [Compte rendu type d'une réunion de suivi de la SDMPR et des actions à mettre en œuvre \(Annexe 5 de ce guide\)](#)
- SDMR, [Directives techniques](#), Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 7 « Riposte »

- SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 8 « Diffusion des résultats, des recommandations et des interventions »
- SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 10 « Élaboration et plan de mise en œuvre de la SDMR »
- Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Annexe 9 « Étapes de la mise en place d'un audit de la mortalité pour les mortinaissances et les décès néonataux »
- Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 3, Session 2
- Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 2, Session 4
- Résumé de connaissances : Mise en œuvre de la surveillance des décès maternels et périnataux et de la riposte, dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins de santé maternelle et néonatale, considérations pour la synergie et l'alignement.
- Bandali, S., Thomas, C., Wamalwa, P., Mahendra, S., Kaimenyi, P., Warfa, O., & Fulton, N. (2019). Strengthening the « p » in Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response in Bungoma county, Kenya: Implications for scale-up. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4431-4>
- Marston, C., Hinton, R., Kean, S., Baral, S., Ahuja, A., Costello, A., & Portela, A. (2016). Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 376-382. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.168492>
- Melberg, A., Mirkuzie, A. H., Sisay, T. A., Sisay, M. M., & Moland, K. M. (2019). « Maternal deaths should simply be 0 »: Politicization of maternal death reporting and review processes in Ethiopia. In *Health Policy and Planning* (Vol. 34, Issue 7). <https://doi.org/10.1093/heapol/czz075>
- Renedo, A., Komporozos-Athanasiou, A., & Marston, C. (2018). Experience as Evidence: The Dialogic Construction of Health Professional Knowledge through Patient Involvement. *Sociology*, 52(4), 778-795. <https://doi.org/10.1177/0038038516682457>
- Cadre de mobilisation de l'OMS pour la mise en place de services de santé communautaires, centrés sur la personne, OMS 2017
- Bandali, S., Thomas, C., Wamalwa, P., Mahendra, S., Kaimenyi, P., Warfa, O., & Fulton, N. (2019). Strengthening the « p » in Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response in Bungoma county, Kenya: Implications for scale-up. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4431-4>
- Marston, C., Hinton, R., Kean, S., Baral, S., Ahuja, A., Costello, A., & Portela, A. (2016). Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 376-382. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.168492>
- Melberg, A., Mirkuzie, A. H., Sisay, T. A., Sisay, M. M., & Moland, K. M. (2019). « Maternal deaths should simply be 0 »: Politicization of maternal death reporting and review processes in Ethiopia. In *Health Policy and Planning* (Vol. 34, Issue 7). <https://doi.org/10.1093/heapol/czz075>
- Renedo, A., Komporozos-Athanasiou, A., & Marston, C. (2018). Experience as Evidence: The Dialogic Construction of Health Professional Knowledge through Patient Involvement. *Sociology*, 52(4), 778-795. <https://doi.org/10.1177/0038038516682457>
- Cadre de mobilisation de l'OMS pour la mise en place de services de santé communautaires intégrés, centrés sur la personne, OMS 2017

Module 8

- [Cadre de suivi des activités de la SDMPR \(Annexe 15 de ce guide\)](#)
- [Ensemble d'indicateurs communs pour le suivi de la SDMPR au niveau international \(Annexe 16 de ce guide\)](#)
- [Ensemble d'indicateurs pour le suivi des activités de la SDMPR aux niveaux de l'établissement de santé, du district/ de la région et du pays \(Annexe 17 de ce guide\)](#)
- [SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action, Chapitre 9 « Suivi et évaluation du système SDMR »](#)
- [Outils du MCSP \(Maternal and Child Survival Program\) pour l'évaluation des processus SDMPR dans les établissements de santé et au niveau infranational.](#)
- [Guide de l'animateur de l'atelier SDMR du programme de survie de la mère et de l'enfant, Jour 3, Session 3](#)
- [Guide et présentation de l'UNICEF sur les examens de décès périnataux, Jour 2, Session 5](#)

Module 9

- [Blanche Greene-Cramer et al. Systematic Identification of Facility-Based Stillbirths and Neonatal Deaths Through the Piloted Use of an Adapted RAPID Tool in Liberia and Nepal. Plos One 2019](#)
- [Andrew T. Boyd et al. Use of Rapid Ascertainment Process for Institutional Deaths \(RAPID\) to identify pregnancy-related deaths in tertiary-care obstetric hospitals in three departments in Haiti. BMC, 2017](#)
- [Formulaire et guide d'examen des décès maternels de l'UNHCR, 2020.](#)
- [Tappis, H., Ramadan, M., Vargas, J. et al. Neonatal mortality burden and trends in UNHCR refugee camps, 2006-2017: a retrospective analysis. BMC Public Health 21, 390 \(2021\)](#)

Module 10

- [Dix stratégies pour promouvoir une culture du « pas de nom, pas de blâme et pas de honte » et informations complémentaires \(Annexe 18 de ce guide\)](#)

Annexes



Liste des Annexes

Annexe 1 : Outil d'analyse des systèmes et ressources disponibles pour l'audit des décès et l'amélioration de la qualité des soins	71
Annexe 2 : Modèle de mandat d'un comité de pilotage de la SDMPR	73
Annexe 3 : Modèle de code de pratique pour la tenue des réunions d'audit des décès	74
Annexe 4 : Les différents niveaux de collecte de données pour l'audit des mortinaissances et des décès néonataux	75
Annexe 5 : Compte rendu type d'une réunion de suivi de la SDMPR et des actions à mettre en œuvre	76
Annexe 6 : Exemple de plan pour l'élaboration d'un rapport de suivi de mise en œuvre intégrée de la SDMPR au sein d'un établissement de santé	79
Annexe 7 : Sources de données à considérer pour une approche systématique d'identification des décès	83
Annexe 8 : Formulaire mensuel de suivi des activités de SDMPR dans un établissement de santé	84
Annexe 9 : Instructions pour le remplissage du formulaire mensuel de suivi des activités de SDMPR	86
Annexe 10 : Formulaire d'audit des décès maternels	89
Annexe 11 : Instructions pour le remplissage du formulaire d'audit des décès maternels	94
Annexe 12 : Formulaire d'audit des mortinaissances et des décès néonataux	102
Annexe 13 : Instructions pour le remplissage du formulaire d'audit des mortinaissances et des décès néonataux	106
Annexe 14 : Ensemble d'indicateurs périnataux essentiels	113
Annexe 15 : Cadre de suivi des activités de la SDMPR	114
Annexe 16 : Ensemble d'indicateurs communs pour le suivi de la SDMPR aux niveaux national et supranational	119
Annexe 17 : Ensemble d'indicateurs pour le suivi des activités de la SDMPR aux niveaux de l'établissement de santé, du district/de la région et du pays/national	120
Annexe 18 : Dix stratégies pour promouvoir une culture du « pas de nom, pas de blâme et pas de honte » et informations complémentaires	140

Annexe 1 : Outil d'analyse des systèmes et ressources disponibles pour l'audit des décès et l'amélioration de la qualité des soins

Avant d'entreprendre la mise en œuvre de la SDMPR, compléter cet outil permettra d'établir un état des lieux des systèmes et outils existants d'audit des décès et d'amélioration de la qualité des soins, au niveau de l'établissement de santé et/ou du district /de la région.

Éléments	Oui	Non	Ne sait pas	Nom du responsable et/ou niveau de responsabilité	Description
<i>Comités ou équipes dédiés</i>					
Amélioration de la qualité des soins					
Audit des décès maternels (fréquence des réunions, disponibilité des rapports et des registres)					
Audit des décès périnataux (fréquence des réunions, disponibilité des rapports et des registres)					
Autre(s) (enfance, quasi-accidents, etc.)					
<i>Documentation pour l'audit</i>					
Certificat de décès					
Notification de décès maternels Si oui, délai de notification :					
Notification de décès périnataux Si oui, délai de notification :					
Certificat de décès périnatal					
Certificat de naissance					
Registre papier d'enregistrement des naissances					
Registre électronique d'enregistrement des naissances					
Registre papier pour les soins postnatals					
Registre électronique pour les soins postnatals					
Formulaire d'audit des décès maternels					
Formulaire d'audit des décès périnataux					
Naissances et décès enregistrés dans le SIGS					
Naissances et décès notifiés à l'état civil (CRVS)					
Autorisation d'enterrement					
Autre(s) formulaire(s), préciser					
<i>Activités de surveillance à base communautaire</i>					
Activités de sensibilisation menées par la structure sanitaire de référence					
Existence d'un registre des naissances					
Collecte des données de décès maternels					
Collecte des données de mortinaissances					
Collecte des données de décès néonataux					
Outils disponibles pour les entretiens individuels (autopsie verbale)					

Outils disponibles pour les entretiens de groupe					
<i>Autres ressources</i>					
Cadre de protection légale du personnel					
Accord de confidentialité					
Autre(s), préciser					
...					
...					

Annexe 2 : Modèle de mandat d'un comité de pilotage de la SDMPR

Objectif

La réduction des décès maternels et périnataux est, pour tout centre de santé, une priorité répondant aux objectifs locaux, nationaux et mondiaux. Reconnaisant que l'objectif principal de la SDMPR est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, son comité de pilotage a pour mission de coordonner un audit efficace des décès maternels, des mortinaissances et des décès néonataux, et de superviser la mise en œuvre des recommandations découlant des résultats obtenus.

Missions

Le comité de pilotage de la SDMPR peut décider de mesures correctives et/ou appropriées et conseiller sur les interventions à mener pour réduire la mortalité et améliorer la qualité des soins.

Membres

Les principaux membres, les membres ad hoc et autres membres du comité de pilotage de la SDMPR doivent être cités. Souligner l'importance d'une participation multidisciplinaire.

Rôles et responsabilités

- Coordonner les réunions à une fréquence régulière ;
- S'assurer que toutes les informations et données pertinentes sur la santé soient disponibles pour ces réunions ;
- Suivre la tendance des naissances, des décès et de toute donnée pertinente ;
- Veiller à ce que les actions découlant des recommandations soient mises en œuvre et partagées ;
- Collaborer avec les autres processus d'amélioration de la qualité des soins et avec les partenaires clés, au sein de l'établissement ;
- Promouvoir une culture sans blâme pour l'audit de la mortalité ;
- Examiner la pertinence des activités de la SDMPR dans les autres niveaux du système de santé et partager les résultats selon le processus en place ;
- Garantir la présence des principales parties prenantes ;
- Assurer la confidentialité ;
- Coordonner l'élaboration et la diffusion des rapports de synthèse.

Activités

Il convient de détailler les décisions prises concernant :

- la fréquence des réunions,
- le rôle des participants aux réunions (président, secrétaire, etc.),
- le quorum,
- le code de conduite à adopter lors des réunions, et
- la rédaction et la distribution des comptes-rendus de réunion (dans un délai maximum 3 jours ouvrables).

Révision du comité

Le mandat et l'organisation du comité seront revus chaque année ou plus tôt, si besoin.

Annexe 3 : Modèle de code de pratique pour la tenue des réunions d'audit des décès

(Adapté du Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, *Audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux*». Annexe 6 (OMS, 2017))

Code de conduite

Par respect pour les enfants et les familles dont nous sommes chargés de nous occuper, nous, les membres du personnel de _____ [nom de l'établissement], acceptons de respecter les règles de bonne conduite pendant les réunions où sont étudiés les cas de décès survenus dans notre établissement. Nous comprenons et apprécions le fait que les résultats de ces réunions n'entraîneront pas de mesures punitives. Les règles qui régissent nos réunions d'audit sur les mortinaissances et la mortalité néonatale sont notamment les suivantes :

- arriver à l'heure aux réunions d'audit ;
- participer activement aux discussions ;
- respecter les idées de chacun et sa manière de les exprimer ;
- accepter la discussion et les désaccords en restant courtois ;
- respecter la confidentialité des discussions qui ont lieu pendant les réunions ;
- ne pas dissimuler d'informations utiles ou falsifier des informations qui permettraient de mieux comprendre le/les cas étudié(s) ; et
- essayer autant que possible – même si c'est difficile- d'accepter que ses propres actions puissent être remises en question.

Signature : _____ Date : _____

Signature : _____ Date : _____

Signature : _____ Date : _____

Signature : _____ Date : _____

Signature : _____ Date : _____

Signature : _____ Date : _____

Annexe 4 : Les différents niveaux de collecte de données pour l'audit des mortinaissances et des décès néonataux

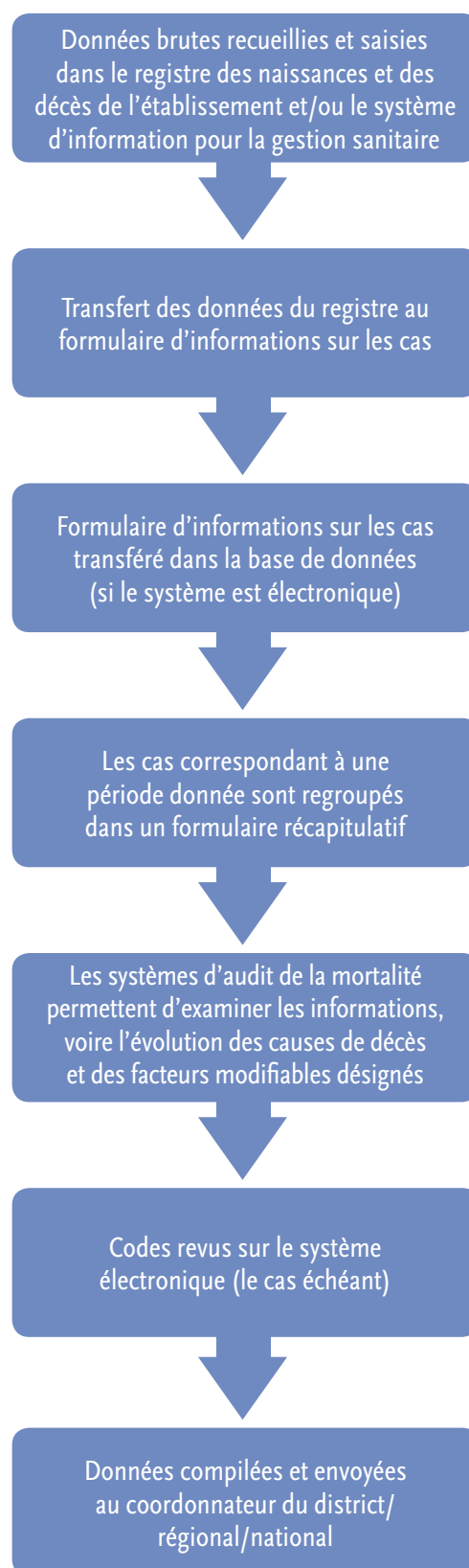
Le comité SDMPR doit établir un système de collecte et de traitement des données, qui permet d'attribuer, tout au long du processus d'audit, des responsabilités à des personnes désignées.

Les données provenant des registres de l'établissement et des dossiers des patients peuvent être transférées sur des formulaires types d'audit des décès maternels et/ou périnataux pour la préparation des réunions.

En outre, les informations relatives à une période donnée peuvent être résumées dans un formulaire unique.

Ces informations doivent être utilisées par le comité de pilotage de la SDMPR mais ne devraient pas être partagées en dehors du comité, sauf s'il existe un accord écrit pour l'utilisation et la dissémination de ces données.

Les comptes rendus et rapports issus des réunions peuvent être partagés, agrégés et mis en lien avec d'autres systèmes d'information comme le SIGS et les registres d'état civil (CRVS).



Annexe 5 : Compte rendu type d'une réunion de suivi de la SDMPR et des actions à mettre en œuvre

Établissement/Structure : _____

Date de la réunion : _____ Heure de début : _____ Heure de fin : _____

Président de séance : _____

Période étudiée (semaines ou mois) : _____

Statistiques sur la période traitée :

Nombre de femmes admises/enregistrées	Nombre de naissances	Nombre de naissances vivantes
Nombre de naissances prématurées (< 37 semaines)		Taux de naissances prématurées (diviser le nombre de naissances prématurées par le nombre total de naissances et multiplier par 100) %
Nombre de bébés ayant une insuffisance pondérale à la naissance < 2500 g		Taux de bébés ayant une insuffisance pondérale à la naissance : (diviser le nombre de bébé en sous-poids à la naissance par le nombre de naissances vivantes et multiplier par 100) %
Nombre de césariennes		Taux de césariennes : (diviser le nombre césariennes par le nombre de naissances vivantes et multiplier par 100) %
Nombre d'accouchements compliqués (siège, multiple, ventouse, forceps, etc.)		Taux de complication : (diviser le nombre d'accouchements compliqués par le nombre de naissances vivantes et multiplier par 100) %
Nombre de décès maternels		Ratio de mortalité maternelle : (diviser le nombre de décès maternels par le nombre de naissances vivantes et multiplier par 100 000)
Nombre de mortinaissances		Taux de mortinaissances : (diviser le nombre de mortinaissances par le nombre de naissances vivantes et multiplier par 1 000)
Nombre de mortinaissances intrapartum (battements du cœur du fœtus entendus à l'admission)		Proportion de mortinaissances intrapartum : (diviser le nombre de mortinaissances intrapartum par le nombre total de mortinaissances et multiplier par 100) %
Nombre de décès néonataux précoces (bébés âgés de 0 à 6 jours)		Taux de mortalité néonatale précoce : (diviser le nombre de décès néonataux de nouveau-nés âgés de 0 à 6 jours par le nombre de naissances vivantes et multiplier par 1 000)
Nombre de décès néonataux (bébés âgés de 0 à 28 jours)		Taux de mortalité néonatale : (diviser le nombre de décès néonataux de nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours par le nombre de naissances vivantes et multiplier par 1 000)

Principales causes de décès maternels

1. _____
2. _____
3. _____

Principales causes de mortinaissances

1. _____
2. _____
3. _____

Principales causes des décès néonataux précoces

1. _____
2. _____
3. _____

Facteurs modifiables identifiés

1. _____
2. _____
3. _____

Plan d'action

Facteur modifiable identifié	Actions spécifiques à mener pour traiter le facteur modifiable	Personne responsable	Date d'exécution et délais	Suivi (section à remplir lors de la prochaine réunion)

Si nécessaire, ajouter des lignes

Date de la prochaine réunion : _____

Date d'approbation du compte rendu : _____

Proposé par : _____ **appuyé(e) par :** _____

Signature du président / responsable : _____

Comment rédiger les comptes rendus de réunions de la SDMPR

1. Enregistrer les informations issues de la réunion dans le précédent formulaire et joindre la copie de la déclaration d'adhésion au code de pratique, signée par chaque participant en début de réunion, et du registre de présence signé à la fin de chaque réunion.
2. Le président de la réunion est chargé de veiller à ce que le formulaire soit rempli à la fin de la réunion et le compte rendu soit rédigé. Il ne faut pas retarder le remplissage du formulaire. Pour concevoir un document opérationnel, il faut que le formulaire soit rempli dans le cadre de la réunion.
3. Les données peuvent être reportées sur le formulaire avant la réunion, pendant la phase de préparation. Si des données plus complètes sont présentées lors de la réunion, il conviendra d'en joindre une copie, en annexe du compte rendu.
4. Saisir un bref résumé (une seule ligne suffit) de chaque cas présenté. Par exemple : « Cas n°13390, femme, 35 ans, présentant une hémorragie post-partum liée à une atonie utérine », ou « Cas n°45368, mortinaissance intrapartum d'un fœtus de 2,5 kg, rupture d'utérus ». Il n'est pas nécessaire d'inclure un rapport de cas complet. Si la demande en est faite, une description du cas pourra être jointe en annexe du compte rendu.
5. Le président prévoira au minimum 5 minutes à la fin de la réunion pour récapituler les principaux problèmes identifiés pendant la réunion, sur la base des données présentés ou des cas discutés, ou des deux. Les problèmes identifiés feront l'objet de plans d'action, comme proposé dans le tableau, en page 2 du formulaire de compte rendu. Les tâches recensées devront être clairement réparties et convenues lors de la réunion.
6. À la fin de la réunion, le président s'assurera que le formulaire de compte rendu est entièrement rempli, que ce soit sur papier ou par voie électronique. Seule la section concernant le suivi devra être laissée en blanc dans le tableau.
7. Dans les 72 heures suivant la réunion, le compte rendu sera dactylographié et sauvegardé sous forme électronique. Cette tâche ne devrait pas être longue si le modèle de formulaire a été respecté.
8. Le compte rendu dactylographié sera vérifié par le président, puis diffusé par courrier électronique, sous forme de « projet », à tous les membres figurant sur la liste de présence de la réunion, ainsi qu'aux autres parties prenantes et à toute personne responsable de l'une des tâches du plan d'action. La diffusion du « projet » de compte rendu doit être achevée dans la semaine suivant la réunion.
9. Lors de la réunion suivante de SDMPR, de préférence au début, le président devra consacrer du temps au projet de compte rendu de la réunion précédente. Si une tâche n'a pas été achevée, il conviendra de le noter dans la colonne de suivi afin que son exécution soit reportée au tableau du plan d'action, de la réunion en cours. Une fois que la colonne de suivi du compte rendu de la réunion précédente est remplie, le compte rendu final pourra être adopté, validé par un membre, et appuyé par un autre.
10. La réunion pourra ensuite se poursuivre avec la présentation de nouvelles données et/ou de nouveaux cas.

Annexe 6 : Exemple de plan pour l'élaboration d'un rapport de suivi de mise en œuvre intégrée de la SDMPR au sein d'un établissement de santé

Contexte

- Si le rapport doit être distribué en dehors de l'établissement de santé, il faut y inclure des informations générales sur l'établissement, telles que le niveau de soins, l'organigramme organisationnel, le nombre de lits et le nombre annuel d'accouchements.
- Inclure des détails sur le planning et les types d'événements couverts par l'audit des décès.
- Décrire la configuration du comité, la fréquence de tenue des réunions, les personnes et services impliqués dans le processus d'audit.
- Noter la période étudiée et la date de publication du rapport.
- Inclure des informations sur l'équipe chargée de la rédaction du rapport et identifier le point focal.

Résultats

Résumé des grossesses et naissances

- Indiquer les résultats actuels et les comparer avec ceux de l'audit précédent.

	Nombre
Événements comptabilisées ou enregistrées	
Grossesses	
Accouchements	
Naissances vivantes	
Décès maternels	
Avortements provoqués (selon la loi locale)	
Mortinaissances (selon la définition locale)	
Décès néonataux précoces (0 à 6 jours)	
Décès néonataux tardifs (7 à 28 jours)	

Décès maternels

- Indiquer les résultats actuels et les comparer avec ceux de l'audit précédent.
- Noter le nombre selon la cause de décès.

Cause selon la norme CIM-MM		Nombre
Directes	groupe 1/M1	
	groupe 2	
	groupe 3	
	groupe 4	
	groupe 5	
	groupe 6	
Indirectes	groupe 7	
Non spécifiées	groupe 8	
Inconnues	groupe 9 ¹	

Inclure la feuille de référence CIM-MM pour plus d'informations sur la classification des causes et des groupes, ou utiliser une classification en vigueur localement.

Mortinaissances et décès néonataux

- Indiquer les résultats actuels et les comparer avec ceux de l'audit précédent.
- Noter le nombre et les causes de décès.

Poids de naissance	Mortinaissance antepartum	Mortinaissance intrapartum	Heure de mortinaissance inconnue	Décès néonatal précoce	Décès néonatal tardif
< 1000 g					
1000-1499 g					
1500-1999 g					
2000-2499 g					
2500 g+					
Poids inconnu					

Âge gestionnel	Mortinaissance antepartum	Mortinaissance intrapartum	Heure de mortinaissance inconnue	Décès néonatal précoce	Décès néonatal tardif
Prématurité extrême < 27+6					
Très prématuré 28+0-31+6					
Prématurité modérée ou tardive 32+0-36+6					
Terme					
37+0-41+6					
Post-terme					
> 42+0					
Âge gestationnel inconnu					

¹ Le nombre total de décès maternels est la somme des groupes 1 à 8, il n'inclut PAS les décès du groupe 9. Les décès du groupe 9 sont liés à la grossesse mais non comptabilisés comme des décès maternels.

Type d'accouchement	Mortinaissance antepartum	Mortinaissance intrapartum	Heure de mortinaissance inconnue	Décès néonatal précoce	Décès néonatal tardif
Par voie basse avec présentation de la tête (normal)					
Assisté (forceps, ventouse, siège, mesures destructives/avortement)					
Césarienne					
Inconnu					

Mortinaissances antepartum	M1	M2	M3	M4	M5	Autre	Inconnue
a. affection congénitale							
b. complications antepartum							
c. complications intrapartum							
d. complications liées à la prématurité							
e. infection							
f. autre							
g. inconnue/non spécifiée							
Mortinaissances intrapartum	M1	M2	M3	M4	M5	Autre	Inconnue
a. affection congénitale							
b. complications antepartum							
c. complications intrapartum							
d. complications liées à la prématurité							
e. infection							
f. autre							
g. inconnue/non spécifiée							
Décès néonataux	M1	M2	M3	M4	M5	Autre	Inconnue
a. affection congénitale							
b. complications antepartum							
c. complications intrapartum							
d. complications liées à la prématurité							
e. infection							
f. autre							
g. inconnue/non spécifiée							

Inclure la feuille de référence CIM-MP pour plus d'informations sur la classification des groupes.

Caractéristiques générales

- Inclure des indications sur l'épidémiologie (exemple : syphilis, statut VIH), ou des informations propres à la structure de santé (exemple : l'endroit où les décès se sont produits, le statut du patient, son environnement, etc.).

Âge maternel	Décès maternel	Mortinaissance antepartum	Mortinaissance intrapartum	Heure de mortinaissance inconnue	Décès néonatal précoce	Décès néonatal tardif
< 18 ans						
18-19 ans						
20-34 ans						
> 35 ans						
Inconnu						

Facteurs modifiables

- Décrire les facteurs modifiables et leur tendance
- Identifier les actions prises pour traiter les facteurs modifiables

Recommandations et plans d'action

- Analyser les recommandations des rapports précédents déjà mises en œuvre et celles en cours d'exécution.
- Mettre en évidence les recommandations qui ne sont pas encore mises en œuvre et celles qui accusent du retard et élaborer un nouveau plan de mise en œuvre ou d'évaluation.
- Identifier les nouvelles recommandations et plan d'actions.
- Envisager d'inclure un exemple de réussite d'une action mise en œuvre, ayant entraîné un changement durable dans le processus.

Annexe 7 : Sources de données à considérer pour une approche systématique d'identification des décès

Décès maternels

Vérification quotidienne des registres de (à préciser selon le contexte local) :

- service de gynécologie (décès maternels en début de grossesse liés à des complications durant l'avortement ou à des grossesses extra utérines) ;
- service de consultation prénatale ;
- service d'obstétrique ;
- service de soins postnatals ;
- salle d'hospitalisation des adultes ou des femmes ;
- service des urgences ;
- unités de soins intensifs ;
- service de chirurgie ;
- salle d'opération ou registre d'anesthésie ;
- morgue ;
- consultations externes ;
- registre des services communautaires (si disponible).

Note : tout décès d'une femme en âge de procréer devrait déclencher un examen de son dossier médical afin de déterminer si elle était enceinte ou dans les 42 jours suivants un accouchement.

Mortinaissances et décès néonataux

Vérification quotidienne des registres de :

- service de consultation prénatale ;
- service d'obstétrique ;
- service de consultation postnatale ;
- unité de soins spéciaux pour bébés/USIN (unité de soins intensifs du nouveau-né) ;
- service pédiatrique ;
- morgue ;
- consultations externes ;
- registre des services communautaires (si disponible).

Annexe 8 : Formulaire mensuel de suivi des activités de SDMPR dans un établissement de santé

SECTION 1: IDENTIFICATION

1.1 Données collectées à (nom de l'établissement) :

1.2 Données pour le mois de :

1.3 Nom du district :

1.4 Grossesses, avortements, naissances, décès maternels, mortinaissance et décès périnataux

	Nombre total de grossesses	Nombre total de naissances vivantes	Nombre total de décès maternels ²	Nombre total d'avortements	Nombre total de mortinaissances	Nombre total de décès néonataux
	Nombre total de naissances (vivantes ou non)	Mortinaissances			Décès néonataux	
		antepartum	intrapartum	inconnue	Précoces	Tardifs
Poids de naissance						
<1000 g						
1000-1499 g						
1500-1999 g						
2000-2499 g						
2500 g+						
inconnu						

1.5 Grossesses multiples _____ grossesses multiples _____ bébés

1.6 Né(s) avant l'arrivée dans l'établissement _____ bébés

1.7 Type d'accouchement	Normal / AVB présentation céphalique	Par le siège	Ventouse	Forceps	Césarienne
1.8 Âge gestationnel	À terme	Après le terme	Extrêmement prématuré	Très prématuré	Modérément prématuré
1.9 Sérologie VIH	Négatif	Positif	Inconnu		
1.10 Sérologie de la syphilis	Négatif	Positif	Inconnu		
1.11 Âge de la mère	20-34 ans	>34 ans	18-19 ans	<18 ans	Inconnu

SECTION 2 : CAUSES DE DÉCÈS MATERNELS

Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6	Groupe 7	Groupe 8	Groupe 9
direct	direct	direct	direct	direct	direct	indirect	Non spécifié	Concomitant

Voir la fiche de référence CIM-MM pour de plus amples informations sur la classification des groupes.

² Le nombre total de décès maternels est la somme des groupes 1 à 8, il n'inclut PAS les décès du groupe 9. Les décès du groupe 9 sont liés à la grossesse mais non comptabilisés comme des décès maternels

SECTION 3 : CAUSES DE DÉCÈS PÉRINATALS

3.1a	Cause des mortinaissances antepartum	M1	M2	M3	M4	M5	Autre	Inconnue/non précisée
	a. infection congénitale							
	b. complications antepartum							
	c. complications intrapartum							
	d. complications liées à la prématurité							
	e. infection							
	f. autre(s)							
	g. inconnue/non précisée							
3.1b	Cause des mortinaissances intrapartum	M1	M2	M3	M4	M5	Autre	Inconnue/non précisée
	a. infection congénitale							
	b. complications antepartum							
	c. complications intrapartum							
	d. complications liées à la prématurité							
	e. infection							
	f. autre(s)							
	g. inconnue/non précisée							
3.1c	Cause des décès néonataux	M1	M2	M3	M4	M5	Autre	Inconnue/non précisée
	a. infection congénitale							
	b. complications antepartum							
	c. complications intrapartum							
	d. complications liées à la prématurité							
	e. infection							
	f. autre(s)							
	g. inconnue/non précisée							

Voir la fiche de référence CIM-MM pour de plus amples informations sur la classification des groupes

AVB : Accouchement par Voie Basse

Annexe 9 : Instructions pour le remplissage du formulaire mensuel de suivi des activités de SDMPR

Objectif du formulaire : Aider un établissement de santé à documenter les naissances et les décès périnataux.

Responsabilité du remplissage : Il incombera au responsable de la collecte des données au sein de l'établissement ou du département des statistiques de remplir ce formulaire une fois par mois. Les données générées par ce formulaire pourront être comparées d'un mois à l'autre afin d'évaluer les tendances. Lors de chaque réunion de SDMPR, ces données pourront être étudiées et les similitudes entre les cas et les tendances générales mises en exergue contribueront à mieux prioriser, au sein du comité de pilotage de la SDMPR, les activités à mettre en œuvre.

Section 1 : identification

1.1 : Inscrire le nom de l'établissement de santé.

1.2 : Noter le mois et l'année de collecte de ces données.

1.3 : Inscrire le nom du district auquel l'établissement de santé est rattaché.

1.4 : Colonne 1 : nombre total de naissances, inscrire le nombre total de naissances dans chaque catégorie, y compris les naissances vivantes et les mortinaissances, ainsi que toutes les naissances d'enfants vivants décédés par la suite. Selon la définition de l'OMS, comparable à l'échelle internationale, la mortalité est la mort avant la naissance du fœtus qui, par ordre de priorité, a un poids d'au moins 1 000 g à la naissance et/ou un âge gestationnel d'au moins 28 semaines et/ou une taille minimale de 35 cm.³

Colonne 2 : Mortinaissances, inscrire le nombre total de naissances dans chaque catégorie, telle que définie ici :

- « mortinaissance antepartum » désigne le décès du fœtus avant le début du travail
 - Cet événement peut être déterminé par une apparence « macérée » (dégénérescence des tissus, commençant par une altération de la peau) du fœtus à l'accouchement, et l'absence de battements du cœur fœtal à l'admission.
 - L'absence de battements du cœur fœtal à l'admission n'indique pas nécessairement une mortinaissance antepartum, notamment si la femme a été admise alors que le travail avait déjà commencé.
 - La présence de battements du cœur fœtal à l'admission d'une femme en travail exclut, en revanche, toute possibilité d'une mortinaissance antepartum.
- « mortinaissance intrapartum » désigne le décès d'un fœtus qui était vivant au début du travail mais décédé avant l'accouchement
 - Cet événement peut être déterminé par la présence de battements du cœur fœtal à l'admission ou avant l'accouchement, ou par une apparence « fraîche » (peau et tissus intacts) du fœtus à l'accouchement.
- « Mortinaissance inconnue » désigne la catégorie des fœtus mort-nés pour lesquels il n'est pas possible de déterminer l'heure du décès

1.5 : Grossesses multiples

Dans la case « grossesses », inscrivez le nombre total de grossesses d'au moins deux fœtus (par exemple, jumeaux, triplés).

Dans la case « bébés », inscrire le nombre total de fœtus issus de ces grossesses, qu'ils soient nés vivants ou non.

³ Voir la figure 2.1 du Guide *Pour que chaque enfant compte, Audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux*

Par exemple, supposons que sur une durée d'un mois, un hôpital ait accouché 10 femmes de grossesses multiples et que sur ces 10 femmes, 8 ont accouché de jumeaux vivants, 1 de jumeaux mort-nés et 1 de triplés vivants. Le nombre 10 sera alors renseigné dans la case des « grossesses » et le 21 dans la case « bébés ».

1.6 : Saisir le nombre total de mortinaissances et de naissances vivantes survenues avant l'admission dans l'établissement.

1.7 : Type d'accouchement : inscrire dans chaque case le nombre total d'accouchements par voie basse avec présentation céphalique, avec présentation par le siège, par ventouse obstétricale, par forceps, et par césarienne.

1.8 : Inscrire dans chaque case, le nombre total :

- d'accouchements à terme : accouchement à un âge gestationnel compris entre 37+0 et 41+6 semaines
- d'accouchements après terme : accouchement à un âge gestationnel de 42 semaines ou plus ($\geq 42+0$)
- d'accouchements extrêmement prématurés (« ext. prématurés ») : accouchement à un âge gestationnel inférieur à 28 semaines ($\leq 27 + 6$) (le seuil peut dépendre du paramétrage ; considérer un délai médian de 23+0 semaines pour l'inclure dans ce formulaire)
- d'accouchements très prématurés : accouchement à un âge gestationnel compris entre 28+0 et 31+6 semaines
- d'accouchements prématurés modérés à tardifs (« prématurés mod. ») : accouchement à un âge gestationnel compris entre 32+0 et 36+6 semaines

1.9 : Inscrire pour le VIH, le nombre de mères séronégatives, séropositives ou dont le statut sérologique est inconnu, ayant fréquentées l'établissement au cours du mois précédent.

1.10 : Inscrire pour la syphilis, le nombre de mères séronégatives, séropositives ou dont le statut sérologique est inconnu, ayant été consultées dans l'établissement au cours du mois précédent.

1.11 Enregistrer le nombre de mères, ayant été consultées dans l'établissement au cours du mois précédent, pour chacune des tranches d'âge indiquées dans le formulaire, ainsi que le nombre de mères d'âge inconnu.

Section 2 : Cause de décès maternel

2. Indiquer le nombre de décès maternels selon la classification CIM-MM. Utiliser la feuille de référence de la CIM-MM, si besoin.

Section 3 : Cause de décès périnatals

3.1a Inscrire le nombre de mortinaissances antepartum du mois précédent, par cause pour chacune des catégories énumérées. Si les désignations de M1 à M5 ont été faites, calculer le nombre total pour chacune d'elles. Si les désignations de M1 à M5 n'ont pas été faites, inscrire le nombre total dans la colonne « autre ». Inscrire le nombre de mortinaissances antepartum de causes inconnues dans la colonne « inconnue/non précisée ».

Si des mortinaissances sont survenues dans l'établissement mais qu'on ignore si elles sont antepartum ou intrapartum, il convient de les enregistrer dans l'espace vide, à droite de la liste des causes de décès antepartum, dans la ligne correspondant.

3.1b : Comptabiliser le nombre de mortinaissances intrapartum pour chacune des catégories listées le mois dernier, dans cet établissement. Si les désignations M1-M5 ont été utilisées, en faire le total. Si les désignations M1-M5 n'ont pas été utilisées, inscrire la totalité dans la colonne « autre ». Le nombre de mortinaissances intrapartum de cause inconnue sera lui, renseigné dans la colonne « inconnue/non précisée ».

3.1c : Indiquer le nombre de décès néonataux pour chacune des catégories énumérées le mois dernier, dans cet établissement. Si les désignations M1-M5 ont été utilisées, en faire le total. Si les désignations M1-M5 n'ont pas été utilisées, inscrire la totalité dans la colonne « autre ». Noter le nombre total de décès néonataux de cause inconnue dans la colonne « inconnue/non précisée ».

Annexe 10 : Formulaire d'audit des décès maternels

SECTION 1 : IDENTIFICATION

1.1 ID # / Nom complet de la mère _____

1.2 Nom de l'établissement de santé _____

1.3 Type de soins disponibles

SONUB Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base	SONUC Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets	Premiers soins	Accouchement à domicile
--	---	----------------	-------------------------

1.4 Nom du district _____

1.5 Transfert

non transférée	transférée depuis : _____
	transférée vers : _____

SECTION 2 : GROSSESSE ET SOINS PRÉNATALS

2.1 Antécédents obstétricaux

Grossesse(s)	Accouchement(s)	Naissance(s) vivante(s)	Mortinaissance(s)	Avortement(s) volontaire(s)	Avortement(s) provoqué(s)
--------------	-----------------	-------------------------	-------------------	-----------------------------	---------------------------

2.1a Césarienne(s) antérieure(s) (et date de la plus récente)

Aucune	Nombre	date de la plus récente c/s
--------	--------	-----------------------------

2.1b Complications de grossesse(s) antérieure(s)

Aucune	Nombre et date	description
--------	----------------	-------------

2.2 Âge de la mère _____ ans

2.3 Niveau d'éducation de la mère

Aucune	Primaire	Secondaire	Supérieure
--------	----------	------------	------------

2.4 Situation matrimoniale de la mère

Célibataire	Mariée	Veuve	Divorcée	Séparée	En concubinage
-------------	--------	-------	----------	---------	----------------

2.5 Utilisation d'une contraception juste avant la grossesse

Oui	Non	Si oui, laquelle (pilule, injections de DMPA, implant, stérilet) _____
-----	-----	--

2.6 Type de grossesse

simple	gémellaire	multiple, préciser	inconnu
--------	------------	--------------------	---------

2.7 Nombre de visite(s) de soins prénatals

8+	6-7	4-5	3	2	1	aucune visite	inconnu
----	-----	-----	---	---	---	---------------	---------

2.8 Traitement(s) médical(aux) reçu(s)

2.8a Hypertension	non	oui	inconnu
2.8b Diabète	non	oui	inconnu
2.8c Anémie	non	oui	inconnu
2.8d Hépatite	non	oui	inconnu
2.8e Problème cardiaque	non	oui	inconnu
2.8f Syphilis	non	oui	inconnu
2.8g Autre _____	non	oui	inconnu

2.9 Facteur(s) de risque prénatal

2.9a Hypertension	non	oui	inconnu	
2.9b Protéinurie	non	oui	inconnu	
2.9c Glycosurie	non	oui	inconnu	
2.9d Anémie	non	oui	inconnu	
2.9e Infection urogénitale	non	oui	inconnu	
2.9f Placenta praevia	non	oui	inconnu	
2.9g Paludisme	non	oui	non applicable	inconnu
2.9h Autre _____	non	oui	inconnu	

2.10 Hospitalisation prénatale

non	oui	inconnu
-----	-----	---------

Décrire : _____

2.11 Traitement(s) reçu(s) en prénatal

non	oui	inconnu
-----	-----	---------

Liste : _____

2.12 Test(s) de laboratoire effectué(s)				
2.12a	Type de sang et RH	non	oui	inconnu
2.12b	Hématocrite/hémoglobine	non	oui	inconnu
2.12c	VDRL/Syphilis	non	oui	inconnu
2.12d	Rubéole	non	oui	inconnu
2.12e	Examen des urines	non	oui	inconnu
2.12f	Autre _____	non	oui	inconnu

ajuster en fonction du contexte local

2.13	Prophylaxie antipaludéenne	pas nécessaire	TPI3+	TPI2	TPI1	non reçu	inconnu
2.14	Vaccination contre le tétanos		PAN ou AT2+	AT2	AT1	non reçu	inconnu
2.15	Sérologie du VIH		VIH négatif	VIH positif		non réalisé	inconnu
2.15.1	Traitement reçu en cas de séropositivité			HAART		autre(s), préciser _____	
2.16	Tuberculose		TB positive	Sous traitement, préciser		Pas de traitement	

SECTION 3 : PARCOURS AVANT L'ADMISSION

3.1	La patiente est venue d'elle-même	non	oui				
	La patiente a été transférée depuis ou vers un autre établissement	non	oui				
3.2	Si oui, depuis ou vers quel établissement _____						
3.3	Raison(s) du transfert _____						
3.4	Transfert effectué en ambulance	non	oui	Si oui, des médicaments et du personnel de santé étaient présents à bord	non	oui	
3.5	Personne accompagnante	non	oui	Si oui, préciser _____			
3.6	Date et heure d'apparition des premiers symptômes _____						
3.7	Date et heure de la décision de transfert _____						
3.8	Date et heure de départ du transfert _____						

SECTION 4 : ADMISSION

4.1	Signes vitaux						
4.1a	Rythme cardiaque	non	oui	inconnu	Préciser _____		
4.1b	Tension artérielle systolique	non	oui	inconnu	Préciser _____		
4.1c	Tension artérielle diastolique	non	oui	inconnu	Préciser _____		
4.1d	Température (Celsius)	non	oui	inconnu	Préciser _____		
4.1e	Fréquence respiratoire	non	oui	inconnu	Préciser _____		
4.1f	Taille	non	oui	inconnu	Préciser _____		
4.1g	Poids	non	oui	inconnu	Préciser _____		
4.1h	Autre _____	non	oui	inconnu			
4.2	Examen abdominal						
4.2a	Hauteur utérine	non	oui	inconnu			
4.2b	Battements du cœur fœtal à l'admission	non	oui	inconnu			
4.2c	Présentation du fœtus		normale	anormale			
4.2d	Autre _____	non	oui	inconnu			
4.3	Examen pelvien						
4.3a	Phase de l'accouchement	pas en travail		première phase	deuxième	troisième	
4.3b	Anomalie pelvienne	non	oui	inconnu			

4.4	Complications à l'admission				
4.4a	Rupture prématurée des membranes	no	oui	inconnu	
4.4b	Pré-éclampsie	no	oui	inconnu	
4.4c	Éclampsie	no	oui	inconnu	
4.4d	Décollement du placenta	no	oui	inconnu	
4.4e	Placenta praevia	no	oui	inconnu	
4.4f	Accouchement prématuré	no	oui	inconnu	
4.4g	Décès du fœtus	no	oui	inconnu	
4.4h	Pyélonéphrite	no	oui	inconnu	
4.4i	Sepsis	no	oui	inconnu	
4.4j	Paludisme	no	oui	non applicable	inconnu
4.4k	Autre(s) _____	no	oui	inconnu	

SECTION 5 : TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

5.1	Date des dernières règles (DDR)	JJ	MM	AAAA		
5.2	Date de naissance	JJ	MM	AAAA		
	5.2.1. Heure de naissance	_____ : _____		h		
5.3	Âge gestationnel	en semaines			inconnu	
	5.3.1. Méthode de calcul	Dates certaines des dernières règles			Dates incertaines des dernières règles	
		échographie à un stade précoce			échographie tardive	
5.4	Lieu d'accouchement	établissement de santé		domicile	route	autre(s), préciser _____
	5.4.1 Assistance à l'accouchement	sage-femme	nurse	médecin	autre(s), préciser _____	aucun
5.5	Début du travail	spontané		provoqué	césarienne avant le début du travail	
5.6	Bittements du cœur fœtal	non		oui	inconnu	
5.7	Utilisation du partogramme	non		oui	inconnu	
5.8	Complications lors du travail et de l'accouchement					
	5.8a Hémorragie intrapartum	non		oui	inconnu	
	5.8b Infection intrapartum	non		oui	inconnu	
	5.8c Pré-éclampsie/éclampsie intrapartum	non		oui	inconnu	
	5.8d Travail avec obstruction	non		oui	inconnu	
5.9	Mode d'accouchement	AVC		par voie vaginale	extraction par le siège avec manœuvres internes	extraction par le siège
5.10	Durée entre la décision d'intervenir et la naissance	n/a	< 30 min	30 à 60 mn	> 60 mn	inconnu
5.11	Gestion active de la troisième phase du travail	non		oui	inconnu	
5.12	Rétention placentaire	non		oui	inconnu	
5.13	Hémorragie post-partum	non		oui	inconnu	
5.14	Infection post-partum	non		oui	inconnu	
5.15	Pré-éclampsie/éclampsie post-partum	non		oui	inconnu	

SECTION 6 : NOUVEAU-NÉ

6.1	Score d'Apgar	1 min = _____	6 ou plus	5 ou moins		
		5 min = _____	6 ou plus	5 ou moins		
6.2	Réanimation du nouveau-né	pas nécessaire		sac+masque	non effectuée	autre(s), préciser _____
6.3	Sexe du bébé	masculin		féminin		
6.4	Poids à la naissance	_____ g	≥ 2500 g	1500-2499 g	1000-1499 g	< 1000 g
				IPN	PTFN	PEFN

SECTION 7 : INTERVENTIONS PRATIQUÉES

7.1	Début de grossesse			
	Évacuation	non	oui	inconnu
	Laparotomie	non	oui	inconnu
	Hystérotomie	non	oui	inconnu
	Transfusion	non	oui	inconnu
	Autre(s) _____	non	oui	inconnu
7.2	Antepartum			
	Transfusion	non	oui	inconnu
	Manœuvres internes	non	oui	inconnu
	Déclenchement du travail	non	oui	inconnu
	Sulfate de magnésium	non	oui	inconnu
	Antibiotiques		oui	inconnu
	Autre(s) _____	non	oui	inconnu
7.3	Intrapartum			
	Symphysiotomie	non	oui	inconnu
	Hystérectomie	non	oui	inconnu
	Transfusion	non	oui	inconnu
	Sulfate de magnésium	non	oui	inconnu
	Antibiotiques	non	oui	inconnu
	Opérations destructives (ex. craniotomie)	non	oui	inconnu
	Autre(s) _____	non	oui	inconnu
7.4	Post-partum			
	Évacuation	non	oui	inconnu
	Laparotomie	non	oui	inconnu
	Hystérotomie	non	oui	inconnu
	Hystérectomie	non	oui	inconnu
	Transfusion	non	oui	inconnu
	Sulfate de magnésium	non	oui	inconnu
	Antibiotiques	non	oui	inconnu
	Oxytocine	non	oui	inconnu
	Misoprostol	non	oui	inconnu
	Autre(s) _____	non	oui	inconnu
7.5	Autres interventions			
	Anesthésie générale	non	oui	inconnu
	Péridurale	non	oui	inconnu
	Spinale	non	oui	inconnu
	Locale	non	oui	inconnu
	Ventilation en soins intensifs	non	oui	inconnu
	Surveillance invasive	non	oui	inconnu
	Autre(s) _____	non	oui	inconnu

SECTION 8 : CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

8.1	Date du décès	JJ	MM	AAAA		
7.1.1	Heure du décès	_____ h				
8.2	Cause principale du décès (selon la CIM MM) :	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5
		Groupe 6	Groupe 7	Groupe 8	Groupe 9	
8.3	Causes concomitantes au décès :	Code CIM-MM	non identifié			
8.4	Autopsie	non réalisée	complète			

SECTION 9 : RETARDS CRITIQUES ET FACTEURS ÉVITABLES

9.1 Retards critiques	retard 1 non identifié	1. retard à admettre que les soins sont nécessaires / à décider _____
	retard 2 non identifié	2. retard à accéder aux soins _____
	retard 3 non identifié	3. retard à recevoir des soins appropriés _____

9.2 Facteurs évitables		
Liés à la famille	Aucun identifié	préciser _____

par ex., soins prénatals tardifs ou absents ; réticence culturelle pour la recherche de soins ; méconnaissance des signes de danger ; contraintes financières ; restriction de recherche de soins de la part du partenaire ; recours à la médecine traditionnelle/à base de plantes ; tabagisme/toxicomanie/ alcoolisme ; tentative d'avortement ; etc.

Liés à l'administration	Aucun identifié	préciser _____
-------------------------	-----------------	----------------

e.g. neonatal facilities; theatre facilities; resuscitation equipment; blood products; lack of training; insufficient staff numbers; anaesthetic delay; no antenatal documentation; etc.

Liés au prestataire	Aucun identifié	préciser _____
---------------------	-----------------	----------------

par exemple, partogramme non-utilisé ; aucune action entreprise ; action entreprise inappropriée ; accouchement iatrogène ; retard de transfert ; surveillance inadéquate ; retard dans l'appel à l'aide ; autorisation de sortie inadaptée ; etc.

Autre _____	Aucun identifié	préciser _____
-------------	-----------------	----------------

Détailler les actions visant à remédier aux retards critiques et à traiter les facteurs évitables

Formulaire rempli par : _____ Date: _____

c/s : césarienne ; AVC : accouchement vaginal céphalique ; PEFN : poids extrêmement faible à la naissance ; SOU : soins obstétriques d'urgence; HAART : thérapie antirétrovirale hautement active ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine ; TPI : traitement préventif intermittent ; IPN : insuffisance pondérale à la naissance ; DDR : dates des dernières menstruations ; PNV : prophylaxie à la névirapine ; AT: anatoxine tétanique ; PTFN : poids très faible à la naissance
 Pour la section 7, se référer à la feuille de référence ICD-MM pour plus d'informations sur la classification des groupes.

Annexe 11 : Instructions pour le remplissage du formulaire d'audit des décès maternels

Objectif du formulaire : Aider, en vue des réunions d'audit des décès maternels, les comités à étudier un cas et à fournir des informations permettant d'identifier les retards critiques et les facteurs modifiables pouvant être traités pour prévenir de futurs décès. Ce formulaire est conçu pour faciliter la visualisation rapide des problèmes, ainsi les réponses considérées comme « normales » apparaissent à gauche et les réponses « anormales », à droite. La feuille de référence de la CIM-MM sur les affections maternelles doit être utilisée en complément de ce formulaire. La CIM-10 de l'OMS (CIM-MM) pourra également être consultée pour plus de détails.

Section 1 : Identification

1.1 : Numéro d'identification/Nom complet de la mère : Inclure tous les numéros d'identification standardisés qui sont utilisés dans l'établissement de soins de santé. Si aucun numéro d'identification n'est utilisé, inscrire seulement le nom de la mère.

1.2 : Mettre le nom de l'établissement où le décès maternel a eu lieu. Si le décès est survenu dans un autre établissement, ajouter « survenu dans l'établissement : ____ » pour clarifier.

1.3 : Type de soins disponibles : Encercler le type de soins disponibles au moment où la mère s'est présentée pour les recevoir.

Le type de soins est présenté selon la classification OMS des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC), telle que définie dans le guide *Monitoring emergency obstetric care : a handbook, 2009*.

Pour que des soins soient classés comme « de base », ils doivent contenir les sept interventions essentielles que sont :

- 1) l'administration d'antibiotiques par voie parentérale ;
- 2) l'administration de médicaments utérotoniques (comme l'oxytocine par voie parentérale) ;
- 3) l'administration d'anticonvulsivants par voie parentérale pour la pré-éclampsie et l'éclampsie (comme le sulfate de magnésium) ;
- 4) le retrait manuel du placenta ;
- 5) le retrait des produits de conception (extraction manuelle, par aspiration, dilatation et/ou curetage) ;
- 6) la pratique d'un accouchement vaginal assisté (extraction par aspiration, accouchement par forceps) ;
- 7) la pratique d'une réanimation néonatale de base (par exemple, avec sac et masque).

Pour que des soins soient qualifiés de « complets », en plus des sept interventions essentielles, énumérées ci-dessus, il faut ajouter les deux actes suivants :

- 1) intervention chirurgicale (par exemple, une césarienne) ;
- 2) transfusion sanguine.

1.4 : Nom du district : Indiquer le nom du district de référence de l'établissement où la mère a accouché. Il n'est pas forcément le même que celui d'origine de la mère.

1.5 : Encercler « non transférée » si la femme s'est présentée depuis son domicile.

Si la femme a été transférée depuis un autre hôpital, centre de santé ou clinique, il faut écrire le nom de cet établissement sur la ligne « transférée depuis ».

Si la femme a été transférée vers un autre hôpital ou établissement de santé, il faut écrire le nom de cet hôpital ou de cet autre établissement sur la ligne « transférée vers ».

Section 2 : Évolution de la grossesse et soins

2.1 : Antécédents obstétricaux : Pour « grossesse(s) », indiquer le nombre total de grossesses que la mère a eues et la grossesse dont il est question. Les grossesses de jumeaux ou de bébés multiples sont comptées comme une seule grossesse.

Pour « accouchement(s) », indiquer le nombre total de bébés, d'un âge gestationnel minimum de 28 semaines, que la femme a fait naître. Certains pays considèrent un bébé à un âge gestationnel de 22 semaines. Il convient donc de se référer à la définition nationale. Indiquer la grossesse dont il est question. Les accouchements gémellaires ou multiples sont comptés comme un seul accouchement.

Pour les « naissance(s) vivante(s) », indiquer le nombre d'enfants vivants nés de la mère. Dans le cas d'une grossesse gémellaire, par exemple, si les jumeaux sont vivants, ils sont comptés comme deux enfants vivants.

Pour les « mortinaissance(s) », indiquer le nombre de bébés décédés avant la naissance qui, par ordre de priorité, ont un poids d'au moins 1 000 g à la naissance et/ou un âge gestationnel d'au moins 28 semaines et/ou une taille minimale de 35 cm, selon la définition du pays.

Pour les « avortement(s) » indiquer le nombre d'avortements volontaires et le nombre d'avortements provoqués.

2.1a : Césarienne(s) antérieure(s) : Indiquer le nombre de césariennes subies, ainsi que la date de la dernière.

2.1b : Complications de grossesse(s) antérieure(s) : Noter le nombre de complications de grossesse, la date à laquelle elles se sont produites, et sous « description », renseigner ce qu'il s'est passé.

2.2 : Inscrire l'âge de la mère en années révolues. Par exemple, pour une femme âgée de 23 ans et 10 mois on inscrira «23».

2.3 : Niveau d'éducation de la mère : Préciser le niveau d'éducation de la mère, si elle a un niveau d'études primaire, secondaire ou supérieur, ou si elle n'a reçu aucune éducation.

2.4 : Situation matrimoniale : Préciser l'état civil de la mère (célibataire et jamais mariée, mariée, veuve, divorcée, séparée mais mariée, ou vivant en concubinage (ni mariée, ni célibataire)).

2.5 : Utilisation d'une contraception juste avant la grossesse : Indiquer si la femme utilisait une méthode de contraception moderne et, si oui préciser laquelle.

2.6 : Encercler le type de grossesse dont il est question :

- « simple » s'il s'agit d'une grossesse avec un seul fœtus ;
- « gémellaire » s'il s'agit d'une grossesse avec deux fœtus ;
- « multiple » s'il y a plus de deux fœtus. Indiquer alors le nombre de fœtus, à côté;
- « inconnu » si le nombre total de fœtus n'est / n'était pas connu.

2.7 : Encercler le nombre total de visites de soins prénatals que la mère a effectuées pendant cette grossesse.

2.8 : Encercler les traitements médicaux que la femme a reçus pendant cette grossesse.

- Encercler « inconnu » s'il n'y a pas d'information sur les traitements reçus.

2.9 : Entourer les facteurs de risque prénataux que la femme présentait pendant cette grossesse.

- Encercler « inconnu » si les tests n'ont pas été effectués et/ou s'il n'y a pas d'information sur les risques.

2.10 : Indiquer si la femme a été hospitalisée en prénatal au cours de cette grossesse. Si « oui », préciser la raison, la date, le lieu (établissement), et le traitement qui lui a été prescrit ou administré.

- Encercler « inconnu » si aucune information d'hospitalisation en prénatal n'est disponible.

2.11 : Indiquer si la femme a reçu des traitements en prénatal, pendant cette grossesse.

- Encercler « inconnu » s'il n'y a pas d'information sur les traitements reçus.

2.12 : Encercler les tests de laboratoire qui ont été effectués au cours de cette grossesse.

- Encercler « inconnu » s'il n'y a pas d'information sur les tests effectués.

2.13 : Encercler le nombre de Traitements Prophylactiques Intermittents (TPI) contre le paludisme que la femme a reçu pendant sa grossesse.

- Encercler « pas nécessaire » si la femme ne résidait pas dans une zone à risque pendant sa grossesse.
- Encercler « IPT3+ » si elle a reçu au moins trois traitements.
- Encercler « IPT2 » si elle a reçu deux traitements.
- Encercler « IPT1 » si elle n'a reçu qu'un seul traitement.
- Encercler « non reçu » si elle n'a pas reçu de TPI dans une zone où le traitement est recommandé.
- Encercler « inconnu » s'il n'y a pas d'information sur les traitements qu'elle a reçus.

2.14 : Encercler « PAN ou AT2+ » si la femme a reçu, pendant sa grossesse, plus de 2 doses d'Anatoxine Tétanique (AT) ou si elle était Protégée Avant cette Naissance (PAN) (vaccinations durant son enfance ou lors de grossesse(s) précédente(s)) ; « AT2 » si elle a reçu 2 doses et « AT1 » pour une seule dose. Entourer « non reçu » si la femme n'est pas vaccinée contre le tétanos ou « inconnu » si aucune information n'est disponible.

2.15 : Indiquer le statut VIH de la mère.

- Encercler « VIH négatif » si la femme a été testée et s'est révélée séronégative.
- Encercler « VIH positif » si la femme a été testée et s'est révélée séropositive, ou si l'on savait qu'elle était séropositive avant la grossesse (passer alors au point 2.15 a).
- Encercler « non réalisé » si aucun test de dépistage du VIH n'a été réalisé pendant la grossesse.
- Encercler « inconnu » si le statut VIH et le résultat du test de dépistage ne sont pas connus.

2.15 a : Si la femme est diagnostiquée séropositive ou connue pour l'être avant la grossesse, indiquer les traitements suivis :

- Encercler « TAHA » si la femme a reçu un Traitement Antirétroviral Hautement Actif pendant sa grossesse.
- Renseigner et préciser dans la case autre, si :
 - un traitement supplémentaire a été reçu pour le VIH ou ses complications
 - aucun traitement n'a été reçu
 - un traitement a été reçu mais de type est inconnu.

La ligne 2.15.1 doit rester vierge pour toute femme dont la séronégative ou dont la séropositivité n'est pas connue.

2.16 : Indiquer le statut tuberculeux de la mère.

- Encercler « négatif » si la femme s'est avérée négative au test de tuberculose.
- Encercler « positif » si la mère a été testée positive et indiquer le traitement suivi.
- Encercler « non réalisé » si aucun test n'a été effectué pendant la grossesse.
- Encercler « inconnu » si le statut et le résultat du test de dépistage sont inconnus.

Section 3 : Parcours avant l'admission

3.1 : Entrer tous les détails du parcours de la patiente avant son admission.

Section 4 : Détails sur l'admission

4.1 : Indiquer quels « signes vitaux » ont été mesurés à l'admission.

- Encercler « non » pour ceux qui n'ont pas été mesurés.
- Encercler « oui » pour ceux qui ont été mesurés, et détailler.
- Encercler « inconnu » si aucune information n'est disponible.

4.2 : Indiquer les conclusions de l'examen abdominal de la femme enceinte.

- Encercler « oui » si la hauteur du fond de l'utérus et les battements du cœur fœtal ont été contrôlés et donner des détails.
- Si la présentation du fœtus est « anormale », fournir des détails.
- Indiquer si d'autres examens ont été effectués.

4.3 : Indiquer les conclusions de l'examen pelvien de la femme enceinte.

- Encercler à quel stade du travail elle se trouve.

4.4 : Indiquer si la femme a eu des complications à l'admission et lesquelles.

Section 5 : Travail et accouchement

5.1 : DDR de la femme : Si la DDR est conforme à l'échographie du premier trimestre, l'indiquer ici.

- 1) Si l'échographie du premier trimestre ne permet pas de déterminer la date de naissance, estimer la DDR selon les souvenirs de la mère.
- 2) N'indiquer pas une DDR basée sur l'échographie du troisième trimestre ou estimée par la taille du fœtus à l'accouchement.
- 3) S'il n'y a pas d'estimation de la DDR possible par échographie ou selon les souvenirs de la mère, encercler « inconnu ».

5.2 : Date de naissance : Enregistrer la date et l'heure de la naissance, qu'il s'agisse d'un enfant vivant ou d'une mortinaissance.

5.3 : Âge gestationnel. Indiquer en semaines et en jours l'âge gestationnel du fœtus au moment de la naissance (qu'il soit vivant ou mort-né), en utilisant la DDR. Si l'âge gestationnel ne peut pas être calculé, encercler « inconnu ».

5.3a : Méthode de calcul : Encercler la méthode par laquelle l'âge gestationnel a été calculé, DDR ou échographie. Si c'est par la DDR, déterminer si elle est précise ou si c'est une estimation de la mère. Si l'âge gestationnel est estimé par échographie, préciser à quel stade de la grossesse elle a été réalisée. Cette méthode doit être identique à celle notifiée au point 5.1.

5.4 : Encercler le lieu de l'accouchement. Si l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé, renseigner son nom sur cette ligne.

5.4a : Personne ayant assisté à l'accouchement :

- Encercler « sage-femme » si l'accouchement a été assisté par une sage-femme qualifiée.
- Encercler « infirmière » si l'accouchement a été assisté par une infirmière qualifiée.
- Encercler « médecin » si l'accouchement a été assisté par un médecin.
- Encercler « autre » si l'accouchement a été assisté par quelqu'un d'autre et préciser.
- Encercler « inconnu » si l'accoucheur n'est pas connu.

5.5 : Début du travail : Encercler si le début du travail a été spontané, provoqué ou si le bébé a été accouché par césarienne avant le début du travail.

5.6 : Si les battements du cœur fœtal (rythme cardiaque du fœtus) ont été mesurés à l'admission mais ne le sont pas au moment du travail, encercler « non ».

Si les battements du cœur fœtal ont été mesurés à l'admission et pendant le travail, encercler « oui », ajouter toute information pertinente à côté.

Si les battements du cœur fœtal n'ont pas été mesurés à l'admission, ou si cette information n'est pas disponible, encercler « inconnu ».

5.7 : Utilisation d'un partogramme : Encercler « oui » si un partogramme a été utilisé pendant l'accouchement, « non » pour le cas contraire et « inconnu » si cette information n'est pas disponible. Si un partogramme a été utilisé pendant l'accouchement, inscrire toute information pertinente à côté de « oui ». Par exemple, il convient d'indiquer « incomplet » si le partogramme n'a pas été utilisé pendant toute la durée de l'accouchement.

5.8 : Complications du travail et de l'accouchement : Encercler les complications rencontrées pendant le travail ou l'accouchement.

5.9 : Mode d'accouchement :

- Encercler « AVC » (accouchement vaginal céphalique) s'il s'agit d'un accouchement normal par voie basse avec présentation de la tête.
- Encercler « par le siège par voie vaginale » s'il s'agit d'un accouchement vaginal spontané avec présentation par le siège.
- Encercler « extraction par le siège avec manœuvres internes » s'il s'agit d'un accouchement assisté par voie vaginale avec présentation du siège.
- Encercler « autre » et préciser s'il s'agit d'un accouchement par ventouse, par forceps ou liés à d'autres complications, comme une dystocie des épaules.
- Encercler « césarienne » si elle a été pratiquée.
- Encercler « inconnu » si cette information n'est pas disponible.

5.10 : Durée entre la décision d'intervenir et la naissance : Si le mode d'accouchement était autre que «AVC», encercler le délai entre la décision de procéder à une autre forme d'accouchement et l'accouchement lui-même. S'il s'agit d'un AVC, encercler « n/a » (non applicable).

5.11 à 5.15 : Encercler « oui », « non » ou « inconnu ».

Section 6 : Nouveau-né

6.1 : Enregistrer les scores APGAR à 1 minute et à 5 minutes. A côté, encercler «6 ou plus» ou «5 ou moins», selon les critères du test d'Apgar. Encercler « inconnu », si l'un de ces scores n'est pas disponible.

6.2 : Réanimation du nouveau-né :

- Encercler « pas nécessaire » si les scores APGAR ou l'état clinique n'en révélaient pas le besoin.
- Encercler « sac + masque » s'ils sont utilisés.
- Encercler « aucune » si la réanimation n'a pas été pratiquée malgré qu'elle soit requise.
- Encercler « autre » et indiquer quelle(s) forme(s) de réanimation a(ont) été pratiquée(s) (stimulation, aspiration, intubation, RCP ou autre).

6.3 : Sexe du bébé : Encercler « masculin », « féminin » ou « inconnu » selon les informations disponibles.

6.4 : Poids à la naissance : Enregistrer le poids total du nouveau-né à la naissance et encercler la catégorie correspondante. Les acronymes signifient :

- IPN : Insuffisance Pondérale à la Naissance, <2500 g ;
- PTFN : Poids Très Faible à la Naissance, <1500 g ;
- PEFN : Poids Extrêmement Faible à la Naissance , <1000 g.

Section 7 : Interventions pratiquées

7.1 : Début de grossesse : Indiquer si des interventions telles que l'évacuation, la laparotomie, l'hystérectomie ou la transfusion ont été pratiquées. S'il n'y a aucune mention de ces interventions, encercler « inconnu ». S'il y a eu toute autre intervention, préciser.

7.2 : Antepartum : Indiquer si des interventions telles que des manœuvres internes ou le déclenchement du travail ont été effectuées, et/ou si une transfusion, du sulfate de magnésium et des antibiotiques ont été administrés pendant la période antepartum. Dans le cas contraire, donner des détails.

7.3 : Intrapartum : Indiquer si des interventions telles qu'une symphysiotomie ou une hystérectomie ont été pratiquées, ou si une opération destructrice a été effectuée sur le fœtus; et/ou si une transfusion, des antibiotiques, du sulfate de magnésium ont été administrés pendant la période intrapartum. Dans le cas contraire également, donner des détails.

7.4 : Post-partum : Indiquer si des interventions telles que l'évacuation, la laparotomie, l'hystérotomie, l'hystérectomie ont été effectuées ; et/ou si une transfusion, des antibiotiques, du sulfate de magnésium, de l'ocytocine, du misoprostol ont été administrés pendant la période post-partum. Dans le cas contraire, fournir des détails.

7.5 : Autres interventions : Indiquer si des interventions telle qu'une anesthésie (générale, rachidienne, épidurale ou locale) a été pratiquée, si une surveillance invasive a été effectuée et/ou si des soins intensifs ont été dispensés. Si d'autres interventions ont été pratiquées, fournir des détails.

Section 8 : Circonstances du décès

8.1 et 8.1a : Enregistrer la date et l'heure du décès.

8.2 : Encercler la cause principale du décès maternel. Noter que les groupes 1 à 6 comprennent les causes directes de décès maternels, le groupe 7 les causes indirectes, le groupe 8 les causes non spécifiées (ni connues, ni déterminées), et le groupe 9 les décès liés à la grossesse ou à des causes concomitantes et survenus pendant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité.

Indiquer le nom de la principale affection maternelle diagnostiquée conformément à la liste des affections maternelles de la CIM-MM. Consulter la CIM-10 de l'OMS (CIM-MM) relative aux décès maternels pour plus de détails.

8.3 : Causes concomitantes au décès : Identifier la ou les cause(s) pertinente(s) du décès maternel en utilisant les indications fournies sur la feuille de référence de la CIM-MM.

8.4 : Mentionner si une autopsie a été pratiquée ou non.

Section 9 : Retards critiques et facteurs modifiables

9.1 : Encercler tous les retards reconnus dans les soins lors de l'examen du cas.

Retard 1 : Retard dans la **décision de demander des soins** (par exemple, une femme peut tarder à agir et accoucher à domicile parce qu'elle et/ou sa famille a/ont peur de se faire soigner à l'hôpital, sont inquiets du coût des soins ou ne reconnaissent pas l'apparition de problèmes).

Si un retard de type 1 est connu, encercler « Retard 1 » et décrire le retard sur cette ligne. Si aucun retard de type 1 n'est identifié, encercler « non identifié ».

Retard 2 : Retard dans **l'accès aux soins** (par exemple, une femme en travail peut ne pas être en mesure de trouver ou de payer un moyen de transport adéquat pour se rendre dans un établissement de soins).

Si un retard de type 2 est connu, encercler « retard 2 » et décrire le retard sur cette ligne. Si aucun retard de type 2 n'est identifié, encercler « non identifié ».

Retard 3 : Retard dans la **réception de soins adéquats** (par exemple, une femme en travail peut arriver à l'hôpital sans qu'aucun clinicien ne soit disponible pour lui prodiguer des soins, ou le transfert entre deux établissements peut prendre trop de temps et freiner la dispense de soins nécessaires à la prévention du décès).

Si un retard de type 3 est connu, encercler « Retard 3 » et décrire le retard sur cette ligne. Si aucun retard de type 3 n'est identifié, encercler « non identifié ».

9.2 : Facteurs modifiables : Cette section concerne les défaillances du système identifiées comme facteurs modifiables. L'étude de ces facteurs permet de déterminer les actions à mettre en œuvre pour prévenir des décès futurs.

Lié à la famille : La famille de la femme enceinte décédée n'a-t-elle pas su à quel moment elle devait demander des soins ? Au sein de leur communauté, les familles devraient-elles bénéficier d'une campagne de sensibilisation ou de ressources locales les incitant à se faire soigner plus tôt ?

Si un facteur modifiable au niveau familial est connu, encercler « lié à la famille » et décrire le(s) facteur(s) dans la case « préciser ». Si aucun facteur modifiable au niveau familial ne peut être identifié, encercler « aucun identifié ».

Lié à l'administration : Le transfert entre les différents établissements a-t-il été entravé par des obstacles administratifs ? Y a-t-il eu une rupture de stock de médicaments ou d'équipements essentiels ?

Si un facteur modifiable au niveau de l'administration est connu, encercler « lié à l'administration » et décrire le(s) facteur(s) dans la case « préciser ». Si aucun facteur modifiable au niveau de l'administration ne peut être identifié, encercler « non identifié ».

Lié au prestataire : Le prestataire de santé a-t-il été incapable de fournir des soins adéquats en temps voulu ? Y a-t-il un besoin de formations ou de ressources supplémentaires pour les prestataires ?

Si un facteur modifiable au niveau du prestataire est connu, encercler « lié au prestataire » et décrire le(s) facteur(s) dans la case « préciser ». Si aucun facteur modifiable au niveau du prestataire ne peut être identifié, encercler « aucun identifié ».

Commentaires sur les retards critiques et les facteurs modifiables :

Cette section est la partie la moins structurée du formulaire, mais potentiellement la plus importante.

Les participants à l'audit des décès maternels doivent travailler ensemble pour mettre en évidence les retards critiques et les facteurs modifiables qui peuvent être ciblés par des interventions. Il est particulièrement utile de déterminer à qui incombe les défaillances rencontrées pour prévenir des futurs potentiels retards critiques et agir sur le(s) facteur(s) modifiable(s).

Inscrire tous les commentaires que le groupe peut émettre aux sujets des retards critiques et des facteurs modifiables. Ajouter des pages supplémentaires si nécessaire.

Renseigner le nom d'un contact pour « formulaire rempli par ». L'ajout de ses coordonnées peut être très utile pour les personnes qui réviseront les formulaires.

À côté, indiquer la date de révision du formulaire.

Annexe 12 : Formulaire d'audit des mortinaissances et des décès néonataux

SECTION 1 : IDENTIFICATION

1.1 ID # mère / Nom complet de la mère _____

1.2 ID # bébé / Nom complet du bébé _____

1.3 Nom de la structure sanitaire _____

1.4 Type de soins disponibles

SONUC	SONUB	premiers soins	accouchement à domicile
-------	-------	----------------	-------------------------

1.5 Nom du département/district _____

1.6 Transfert

non transférée	transférée depuis _____
	transférée vers _____

SECTION 2: GROSSESSE ET SOINS

2.1 Antécédents obstétricaux

	Grossesse(s)	Accouchement(s)	Naissance(s) vivante(s)	Décès	Mortinaissance(s)	Décès néonatal(s)	Avortement(s)
2.1a Césarienne(s) antérieure(s) (et date de la plus récente)	Aucune	Nombre _____	date de la plus récente c/s _____				
2.1b Complications de grossesse(s) antérieure(s)	Aucune	Nombre et date _____	description _____				

2.2 Âge de la mère _____ ans

2.3 Niveau d'éducation de la mère

Aucune	Primaire	Secondaire	Supérieur
--------	----------	------------	-----------

2.4 Situation matrimoniale de la mère

Célibataire	Mariée	Veuve	Divorcée	Séparée
-------------	--------	-------	----------	---------

2.5 Utilisation d'une contraception juste avant la grossesse

Oui	Non	Si oui, laquelle (pilule, injections de DMPA, implant, stérilet) _____
-----	-----	--

2.6 Type de grossesse

simple	gémellaire	multiple, préciser _____	inconnu
--------	------------	--------------------------	---------

2.7 Nombre de visites de soins prénatals

8+	6-7	4-5	3	2	1	aucune visite	inconnu
----	-----	-----	---	---	---	---------------	---------

adapter au contexte local

2.8 Prophylaxie antipaludéenne

pas nécessaire	TPI3+	TPI2	TPI1	non reçu	inconnu
----------------	-------	------	------	----------	---------

2.9 Vaccination contre le tétanos

PAN ou AT2+	AT2	AT1	non reçu	inconnu
-------------	-----	-----	----------	---------

2.10 Sérologie du VIH

VIH négatif	VIH positif	non réalisé	inconnu
-------------	-------------	-------------	---------

2.10.1 Traitement reçu en cas de séropositivité

HAART	autre, préciser _____
-------	-----------------------

2.11 Sérodiagnostic de la syphilis

Négatif	Positif	non réalisé	inconnu
---------	---------	-------------	---------

SECTION 3: TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

3.1 Date des dernières règles (DDR)

JJ	MM	AAA	inconnu
----	----	-----	---------

3.2 Date de naissance

JJ	MM	AAAA
----	----	------

3.2.1. Heure de naissance : _____ : _____ h

3.3 Âge gestationnel		en semaines		inconnu		
3.3.1 Méthode de calcul		Dates certaines des dernières règles		Dates incertaines des dernières règles		
		échographie à un stade précoce		échographie tardive		
3.4 Lieu d'accouchement		établissement de santé	domicile	route	autre(s), préciser	inconnu
3.4.1 Assistance à l'accouchement		sage-femme	nurse	médecin	autre(s), préciser	aucun
3.5 Début du travail		spontané		provoqué	césarienne avant le début du travail	inconnu
3.6 Bruits du cœur fœtal		non		oui		inconnu
3.7 Utilisation du partogramme		non		oui		
3.8 Mode d'accouchement		AVC	par le siège par voie vaginale	césarienne	autre, préciser	inconnu
3.9 Durée entre la décision d'intervenir et la naissance		n/a	< 30 mins	30 à 60 mn	> 60 mn	inconnu
3.10 Score d'Apgar		5 min =	6 ou plus	5 ou moins		inconnu
		10 min =	6 ou plus	5 ou moins		inconnu
3.11 Réanimation du nouveau-né		pas nécessaire	sac+masque	non effectuée	autre(s), préciser _____	inconnu
3.12 Sexe du bébé		masculin	féminin			
3.13 Poids à la naissance		g	≥ 2500 g	1500-2499 g	1000-1499 g	< 1000 g
				IPN	PTFN	PEFN

SECTION 4: CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

4.1 Date du décès		JJ		MM		AAAA		
4.1.1 Heure du décès		___ : ___		h				
4.2 Type de décès		décès néonatal	morti-naissance intrapartum		morti-naissance antepartum		de mortinaissance inconnue	
4.3 Affection maternelle principale		non identifiée		Utilisez la CIM-MM pour définir l'affection maternelle. Renseigner davantage, si possible.				
4.4 Cause du décès		M1	M2	M3	M4	M5	other	inconnu
a. congénitale								
b. complications antepartum								
c. complications intrapartum								
d. complications liées à la prématurité								
e. infection		Tétanos	Septicémie	Pneumonie	Méningite			
		Syphilis	Diarrhée	Autre, à spécifier si connue:				
Autre(s), préciser		_____						
g. Inconnue/non spécifiée								

SECTION 5 : RETARDS CRITIQUES ET FACTEURS ÉVITABLES

5.1 Retards critiques		retard 1 non identifié	1. retard à admettre que les soins sont nécessaires / à décider _____
		retard 2 non identifié	2. retard à accéder aux soins _____
		retard 3 non identifié	3. retard à recevoir des soins appropriés _____
5.2 Facteurs évitables			
Liés à la famille		Aucun identifié	préciser _____
par ex., soins prénatals tardifs ou absents ; réticence culturelle pour la recherche de soins ; méconnaissance des signes de danger ; contraintes financières ; restriction de recherche de soins de la part du partenaire ; recours à la médecine traditionnelle/à base de plantes ; tabagisme/toxicomanie/alcoolisme ; tentative d'avortement ; etc.			
Liés à l'administration		Aucun identifié	préciser _____
par exemple, installations néonatales ; salle d'opération ; matériel de réanimation ; produits sanguins ; manque de formation du personnel ; effectifs insuffisants ; retard d'anesthésie ; absence de documentation prénatale ; etc.			
Liés au prestataire		Aucun identifié	préciser _____
par exemple, partogramme non-utilisé ; aucune action entreprise ; action entreprise inappropriée ; accouchement iatrogène ; retard de transfert ; surveillance inadéquate ; retard dans l'appel à l'aide ; autorisation de sortie inadaptée ; etc.			
Autre		Aucun identifié	préciser _____

Détailler les actions visant à remédier aux retards critiques et à traiter les facteurs évitables

Formulaire rempli par : _____ Date : _____

c/s : césarienne ; AVC : accouchement vaginal céphalique ; PEFN : poids extrêmement faible à la naissance ; SOU : soins obstétriques d'urgence ; TAHA : thérapie antirétrovirale hautement active ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine ; TPI : traitement préventif intermittent ; IPN : insuffisance pondérale à la naissance ; DDR : dates des dernières menstruations ; PNV : prophylaxie à la névirapine ; AT: anatoxine tétanique ; PTFN : poids très faible à la naissance

Annexe 13 : Instructions pour le remplissage du formulaire d'audit des mortinaissances et des décès néonataux

Objectif du formulaire : Aider les comités d'audit des décès périnataux à préparer les réunions, à examiner un cas, à fournir des informations probantes et à identifier les retards critiques et les facteurs modifiables qui peuvent être traités pour prévenir de futurs mortinaissances et décès néonataux. Le formulaire est conçu pour faciliter la visualisation des problèmes : les réponses considérées « normales » apparaissent à gauche et les réponses « anormales » à droite. La CIM-PM, document de référence des affections maternelles de l'OMS, doit être utilisé parallèlement à ce formulaire. Consulter la CIM-10 de l'OMS relative aux décès survenus pendant la période périnatale (CIM-PM), pour plus de détails.

Période indiquée pour le remplissage du formulaire : Le formulaire doit être rempli pendant la réunion d'audit des décès périnataux. Si les indicateurs périnataux minimums sont disponibles, certaines sections du formulaire peuvent être remplies avant la réunion.

Section 1 : Identification

1.1 : Numéro d'identification/Nom complet de la mère : Inclure tous les numéros d'identification standardisés qui sont utilisés dans l'établissement de soins de santé. Si aucun numéro d'identification n'est utilisé, inscrire seulement le nom de la mère.

1.2 : Numéro d'identification/Nom complet du bébé : Inclure tous les numéros d'identification standardisés qui sont utilisés dans l'établissement de soins de santé. Si aucun numéro d'identification n'est utilisé, inscrire seulement le nom du bébé.

1.3 : Mettre le nom de l'établissement où le décès maternel a eu lieu. Si le décès est survenu dans un autre établissement, ajouter « survenu dans l'établissement : _____ » pour clarifier.

1.4 : Type de soins disponibles : Encercler le type de soins disponibles au moment où la mère s'est présentée pour les recevoir.

Le type de soins est présenté selon la classification OMS des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC), telle que définie dans le guide *Monitoring emergency obstetric care : a handbook, 2009*.

Pour que des soins soient classés comme « de base », ils doivent contenir les sept interventions essentielles, à savoir :

- 1) l'administration d'antibiotiques par voie parentérale ;
- 2) l'administration de médicaments utérotoniques (comme l'oxytocine par voie parentérale) ;
- 3) l'administration d'anticonvulsivants par voie parentérale pour la pré-éclampsie et l'éclampsie (comme le sulfate de magnésium) ;
- 4) le retrait manuel du placenta ;
- 5) le retrait des produits de conception (extraction manuelle par aspiration, dilatation et/ou curetage) ;
- 6) la pratique d'un accouchement vaginal assisté (extraction par aspiration, accouchement par forceps) ;
- 7) la pratique d'une réanimation néonatale de base (par exemple, avec sac et masque).

Pour que des soins soient qualifiés de « complets », en plus de ces sept interventions essentielles, il faut ajouter les deux actes suivants :

- 1) intervention chirurgicale (par exemple, une césarienne) ;
- 2) transfusion sanguine.

1.5 : Nom du district : Indiquer le nom du district de référence de l'établissement où la mère a accouché. Il n'est pas forcément le même que celui d'origine de la mère.

1.6 : Encercler « non transférée » si la femme s'est présentée depuis son domicile.

Si la femme a été transférée depuis un autre hôpital, centre de santé ou clinique, il faut écrire le nom de cet établissement sur la ligne « transférée depuis ».

Si la femme a été transférée vers un autre hôpital ou établissement de santé, il faut écrire le nom de cet hôpital ou de cet autre établissement sur la ligne « transférée vers ».

Section 2 : Grossesse et soins

2.1 : Antécédents obstétricaux : Pour « grossesse(s) », indiquer le nombre total de grossesses que la mère a eues et la grossesse dont il est question. Les grossesses de jumeaux ou de bébés multiples sont comptées comme une seule grossesse.

Pour « accouchement(s) », indiquer le nombre total de bébés, d'un âge gestationnel minimum de 28 semaines, que la femme a fait naître. Certains pays considèrent un bébé l'âge gestationnel de 22 semaines. Il convient donc de se référer à la définition nationale. Indiquer la grossesse dont il est question. Les accouchements gémellaires ou multiples sont comptés comme un seul accouchement.

Pour les « naissance(s) vivante(s) », indiquer le nombre d'enfants vivants nés de la mère. Dans le cas d'une grossesse gémellaire, par exemple, si les jumeaux sont vivants, ils sont comptés comme deux enfants vivants.

Pour les « décès », indiquer le nombre total de bébés décédés.

Pour les « mortinaissance(s) », indiquer le nombre de bébés décédés avant la naissance qui, par ordre de priorité, ont un poids d'au moins 1 000 g à la naissance et/ou un âge gestationnel d'au moins 28 semaines et/ou une taille minimale de 35 cm, selon la définition du pays.

Pour les « décès néonatal(s) », indiquer le nombre total de décès néonataux identifiés.

Pour les « avortements » indiquer le nombre d'avortements (volontaires et provoqués)

2.1a : Césarienne(s) antérieure(s) : Indiquer le nombre de césariennes subies, ainsi que la date de la dernière, le cas échéant.

2.1b : Complications de grossesse(s) antérieure(s) : Noter le nombre de complications de grossesse, la date à laquelle elles se sont produites, et sous « description », renseigner ce qu'il s'est passé.

2.2 : Inscrire l'âge de la mère en années révolues. On inscrira « 23 » pour une femme âgée de 23 ans et 10 mois.

2.3 : Niveau d'éducation de la mère : Préciser le niveau d'éducation de la mère, si elle a un niveau d'études primaire, secondaire ou supérieur, ou si elle n'a reçu aucune éducation.

2.4 : Situation matrimoniale : Préciser l'état civil de la mère (célibataire, mariée, veuve, divorcée, séparée mais mariée, ou en concubinage (ni mariée, ni célibataire)).

2.5 : Utilisation d'une contraception juste avant la grossesse : Indiquer si la femme utilisait une méthode de contraception moderne et si oui, préciser laquelle.

2.6 : Encercler le type de grossesse dont il est question :

- « simple » s'il s'agit d'une grossesse avec un seul fœtus ;
- « gémellaire » s'il s'agit d'une grossesse avec deux fœtus ;
- « multiple » s'il y a plus de deux fœtus. Indiquer alors le nombre de fœtus à côté;

- « inconnu » si le nombre total de fœtus n'est/était pas connu.

2.7 : Encercler le nombre total de visites de soins prénatals que la mère a effectuées pendant cette grossesse.

2.8 : Encercler le nombre de Traitements Prophylactiques Intermittents (TPI) contre le paludisme que la femme a reçu pendant sa grossesse.

- Encercler « pas nécessaire » si la femme ne résidait pas dans une zone à risque de paludisme, pendant la grossesse.
- Encercler « IPT3+ » si elle a reçu au moins trois traitements.
- Encercler « IPT2 » si elle a reçu deux traitements.
- Encercler « IPT1 » si elle n'a reçu qu'un seul traitement.
- Encercler « non reçu » si elle n'a pas reçu de TPI dans une zone où il le traitement est recommandé.
- Encercler « inconnu » s'il n'y a pas d'information sur les traitements qu'elle a reçu.

2.9 : Encercler « PAN ou AT2+ » si la femme a reçu, pendant sa grossesse, plus de 2 doses d'Anatoxine Tétanique (AT) ou si elle était Protégée Avant cette Naissance (PAN) (vaccinations durant son enfance ou lors de grossesse(s) précédente(s)) ; « AT2 » si elle a reçu 2 doses et « AT1 » pour une seule dose. Entourer « non reçu » si la femme n'est pas vaccinée contre le tétanos ou « inconnu » si aucune information n'est disponible.

2.10 : Indiquer le statut VIH de la mère.

- Encercler « VIH négatif » si la femme a été testée et s'est révélée séronégative.
- Encercler « VIH positif » si la femme a été testée et s'est révélée séropositive, ou si l'on savait qu'elle était séropositive avant la grossesse (passer alors au point 2.15 a).
- Encercler « non réalisé » si aucun test de dépistage du VIH n'a été réalisé pendant la grossesse.
- Encercler « inconnu » si le statut VIH et le résultat du test de dépistage ne sont pas connus.

2.10 a : Si la femme est diagnostiquée séropositive ou connue pour l'être avant la grossesse, indiquer les traitements suivis :

- Encercler « TAHA » si la femme a reçu un Traitement Antirétroviral Hautement Actif pendant sa grossesse.
- Renseigner et préciser dans la case autre, si :
 - un traitement supplémentaire a été reçu pour le VIH ou ses complications
 - aucun traitement n'a été reçu
 - un traitement a été reçu mais de type est inconnu.

La ligne 2.12 a. doit rester vierge pour toute femme séronégative ou dont la séropositivité n'était pas connue.

2.11 : Noter le sérodiagnostic de la syphilis de la mère.

- Encercler « négatif » si la femme s'est avérée négative au test de tuberculose.
- Encercler « positif » si la mère a été testée positive et indiquer le traitement suivi.
- Encercler « non réalisé » si aucun test n'a été effectué pendant la grossesse.
- Encercler « inconnu » si le statut ou le résultat du test de dépistage sont inconnus.

Section 3 : Travail et accouchement

3.1 : DDR de la femme : Si la DDR est conforme à l'échographie du premier trimestre, l'indiquer ici.

- 1) Si l'échographie du premier trimestre ne permet pas de déterminer la date de naissance, estimer la DDR selon les souvenirs de la mère.
- 2) N'indiquer pas une DDR basée sur l'échographie du troisième trimestre ou estimée par la taille du fœtus à l'accouchement.
- 3) S'il n'y a pas d'estimation de la DDR possible par échographie ou selon les souvenirs de la mère, encercler « inconnu ».

3.2 : Date de naissance : Enregistrer la date et l'heure de la naissance, qu'il s'agisse d'un enfant vivant ou d'une mortinaissance.

3.3 : Âge gestationnel. Indiquer en semaines et en jours l'âge gestationnel du fœtus au moment de la naissance (qu'il soit vivant ou mort-né), en utilisant la DDR. Si l'âge gestationnel ne peut pas être calculé, encercler « inconnu ».

3.3a : Méthode de calcul : Encercler la méthode par laquelle l'âge gestationnel a été calculé, DDR ou échographie. Si c'est par la DDR, déterminer si elle est précise ou si c'est une estimation de la mère. Si l'âge gestationnel a été calculé selon une échographie, préciser à quel stade de la grossesse elle a été réalisée. Cette méthode doit être identique à celle renseignée au point 3.1.

3.4 : Encercler le lieu de l'accouchement. Si l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé, renseigner son nom sur cette ligne.

3.4a : Personne ayant assisté à l'accouchement :

- Encercler « sage-femme » si l'accouchement a été assisté par une sage-femme qualifiée.
- Encercler « infirmière » si l'accouchement a été assisté par une infirmière qualifiée.
- Encercler « médecin » si l'accouchement a été assisté par un médecin.
- Encercler « autre » si l'accouchement a été assisté par quelqu'un d'autre et préciser.
- Encercler « inconnu » si l'accoucheur n'est pas connu.

3.5 : Début du travail : Encercler si le début du travail a été spontané, provoqué ou si le bébé a été accouché par césarienne avant le début du travail.

3.6 : Si les battements du cœur fœtal (rythme cardiaque du fœtus) ont été mesurés à l'admission mais ne le sont pas au moment du travail, encercler « non ».

Si les battements du cœur fœtal ont été mesurés à l'admission et pendant le travail, encercler « oui », ajouter toute information pertinente à côté.

Si les battements du cœur fœtal n'ont pas été mesurés à l'admission, ou si cette information n'est pas disponible, encercler « inconnu ».

3.7 : Utilisation d'un partogramme : Encercler « oui » si un partogramme a été utilisé pendant l'accouchement, « non » dans le cas contraire et « inconnu » si cette information n'est pas disponible. Si un partogramme a été utilisé pendant l'accouchement, inscrire toute information pertinente à côté de « oui ». Par exemple, il convient d'indiquer « incomplet » si le partogramme n'a pas été utilisé pendant toute la durée de l'accouchement.

3.8 : Mode d'accouchement :

- Encercler « AVC » (accouchement vaginal céphalique) s'il s'agit d'un accouchement normal par voie basse avec présentation de la tête.

- Encercler « par le siège par voie vaginale » s'il s'agit d'un accouchement vaginal spontané avec présentation par le siège.
- Encercler « extraction par le siège avec manœuvres internes » s'il s'agit d'un accouchement assisté par voie vaginale avec présentation du siège.
- Encercler « autre » et préciser s'il s'agit d'un accouchement par ventouse, par forceps ou liés à d'autres complications, comme une dystocie des épaules.
- Encercler « césarienne » si elle a été pratiquée
- Encercler « inconnu » si cette information n'est pas disponible.

3.9 : Durée entre la décision d'intervenir et la naissance : Si le mode d'accouchement était autre que « AVC », encercler le délai entre la décision de procéder à une autre forme d'accouchement et l'accouchement lui-même. S'il s'agit d'un AVC, encercler « n/a » (non applicable).

3.10 : Enregistrer les scores APGAR à 1 minute et à 5 minutes. A côté, encercler « 6 ou plus » ou « 5 ou moins », selon les critères du test d'Apgar. Encercler « inconnu », si l'un de ces scores n'est pas disponible.

3.11 : Réanimation du nouveau-né :

- Encercler « pas nécessaire » si les scores APGAR ou l'état clinique n'en révélaient pas le besoin.
- Encercler « sac + masque » s'ils sont utilisés.
- Encercler « aucune » si la réanimation n'a pas été pratiquée malgré qu'elle soit requise.
- Encercler « autre » et indiquer quelle(s) forme(s) de réanimation a(ont) été pratiquée(s) (stimulation, aspiration, intubation, RCP ou autre).

3.12 : Sexe du bébé : Encercler « masculin », « féminin » ou « inconnu » selon les informations disponibles.

3.13 : Poids à la naissance : Enregistrer le poids total du nouveau-né à la naissance et encercler la catégorie appropriée. Les acronymes signifient :

- IPN : Insuffisance Pondérale à la Naissance, <2500 g ;
- PTFN : Poids Très Faible à la Naissance, <1500 g ;
- PEFN : Poids Extrêmement Faible à la Naissance, <1000 g.

Section 4 : Circonstances du décès

4.1 et 4.1a : Indiquer la date et l'heure du décès.

4.2 : Entourer le type de décès :

- « décès néonatal » correspond au décès d'un enfant né vivant, mais qui décède dans les 28 premiers jours de vie
- « mortinaissance intrapartum » renvoie au décès d'un fœtus qui était vivant au début du travail, mais décédé avant l'accouchement
 - Cet événement peut être déterminé par la détection de battements du cœur fœtal (rythme cardiaque) à l'admission ou avant l'accouchement, ou encore, par l'accouchement d'un fœtus à l'aspect « frais » (peau et fœtus intacts).

À l'examen des restes du fœtus, la présence de signes de détérioration et de coloration de la peau ou du cordon ombilical due à un liquide amniotique assombri ou de ramollissement du crâne, peut aider à déterminer si le fœtus est décédé plus de 12 heures (macéré) ou moins de 12 heures (frais) avant l'accouchement.

- « mortinaissance antepartum » correspond au décès d'un fœtus avant le début du travail.

- Cet événement peut être déterminé par un aspect « macéré » du fœtus à l'accouchement, et l'absence de battements du cœur fœtal à l'admission.
 - o L'absence de battements du cœur fœtal à l'admission n'indique pas nécessairement une mortinaissance antepartum, notamment si la mère a été admise à l'hôpital alors que le travail avait déjà commencé.
 - o La présence de battements du cœur fœtal à l'admission d'une femme en travail exclut, en revanche, la possibilité d'une mortinaissance antepartum.
- Entourer la mention « heure de mortinaissance inconnue » s'il est impossible de dire à quelle heure est survenue le décès.

Il existe un risque d'erreur de classification entre les mortinaissances antepartum et les mortinaissances intrapartum, déterminer l'heure de la mortinaissance est important dans une démarche d'amélioration la qualité des soins.

4.3 : Indiquer le nom de la principale affection maternelle diagnostiquée conformément à la liste des affections maternelles de la CIM-PM. Consulter la CIM-10 de l'OMS (CIM-PM) relative aux décès survenus durant la période prénatale pour plus de détails.

4.4 : Identifier la cause principale de la mortinaissance ou du décès néonatal. Pour les infections, entourer la réponse appropriée, le cas échéant. Après avoir défini la cause principale de la mortinaissance ou du décès néonatal, indiquer, selon l'affection maternelle, la catégorie appropriée (de M1 à M5) conformément à la CIM-PM. Par exemple, si la mère était en bonne santé, saisir 1 dans la colonne M5 correspondant à la cause de mortinaissance ou de décès néonatal.

Section 5 : Retards critiques et facteurs modifiables

5.1 : Encercler tous les retards reconnus dans les soins lors de l'examen du cas.

Retard 1 : Retard dans la **décision de demander des soins** (par exemple, une femme peut tarder à agir et accoucher à domicile parce qu'elle et/ou sa famille a/ont peur se faire soigner à l'hôpital, sont inquiets du coût des soins ou ne reconnaissent pas l'apparition de problèmes).

Si un retard de type 1 est connu, encercler « Retard 1 » et décrire le retard sur cette ligne. Si aucun retard de type 1 n'est identifié, encercler « non identifié ».

Retard 2 : Retard dans **l'accès aux soins** (par exemple, une femme en travail peut ne pas être en mesure de trouver ou de payer un moyen de transport adéquat pour se rendre dans un établissement de soins).

Si un retard de type 2 est connu, encercler « retard 2 » et décrire le retard sur cette ligne. Si aucun retard de type 2 n'est identifié, encercler « non identifié ».

Retard 3 : Retard dans la **réception de soins adéquats** (par exemple, une femme en travail peut arriver à l'hôpital sans qu'aucun clinicien ne soit disponible pour lui prodiguer des soins, ou le transfert entre deux établissements peut prendre trop de temps et freiner la dispense de soins nécessaires à la prévention du décès).

Si un retard de type 3 est connu, encercler « Retard 3 » et décrire le retard sur cette ligne. Si aucun retard de type 3 n'est identifié, encercler « non identifié ».

5.2 : Facteurs modifiables : Cette section concerne les défaillances du système identifiées comme facteurs modifiables. L'étude de ces facteurs permet de déterminer les actions à mettre en œuvre pour prévenir des décès futurs.

Lié à la famille : La famille de la femme enceinte décédée n'a-t-elle pas su à quel moment elle devait demander des soins ? Au sein de leur communauté, les familles devraient-elles bénéficier d'une campagne de sensibilisation ou de ressources locales les incitant à se faire soigner plus tôt ?

Si un facteur modifiable au niveau familial est connu, encercler « lié à la famille » et décrire le(s) facteur(s) dans la case « préciser ». Si aucun facteur modifiable au niveau familial ne peut être identifié, encercler « aucun identifié ».

Lié à l'administration : Le transfert entre les différents établissements a-t-il été entravé par des obstacles administratifs ? Y a-t-il eu une rupture de stock de médicaments ou d'équipements essentiels ?

Si un facteur modifiable au niveau de l'administration est connu, encercler « lié à l'administration » et décrire le(s) facteur(s) dans la case « préciser ». Si aucun facteur modifiable au niveau de l'administration ne peut être identifié, encercler « non identifié ».

Lié au prestataire : Le prestataire de santé a-t-il été incapable de fournir des soins adéquats en temps voulu ? Y a-t-il un besoin de formations ou de ressources supplémentaires pour les prestataires ?

Si un facteur modifiable au niveau du prestataire est connu, Encercler « lié au prestataire » et décrire le(s) facteur(s) dans la case « préciser ». Si aucun facteur modifiable au niveau du prestataire ne peut être identifié, encercler « aucun identifié ».

Commentaires sur les retards critiques et les facteurs modifiables

Cette section est la partie la moins structurée du formulaire, mais potentiellement la plus importante.

Les participants à l'audit des décès maternels doivent travailler ensemble pour mettre en évidence les retards critiques et les facteurs modifiables qui peuvent être ciblés par des interventions. Il est particulièrement utile de déterminer à qui incombe les défaillances rencontrées pour prévenir des futurs potentiels retards critiques et agir sur le(s) facteur(s) modifiable(s).

Inscrire tous les commentaires que le groupe peut émettre aux sujets des retards critiques et des facteurs modifiables. Ajouter des pages supplémentaires si nécessaire.

Renseigner le nom d'un contact pour « formulaire rempli par ». L'ajout de ses coordonnées peut être très utile pour les personnes qui réviseront les formulaires.

À côté, indiquer la date de révision du formulaire.

Annexe 14 : Ensemble d'indicateurs périnataux essentiels

Une base minimale de données périnatales est constituée d'indicateurs clés, dont la collecte est obligatoire pour chaque naissance et chaque décès. Il convient de s'accorder au niveau national sur la collecte et la transmission d'indicateurs uniformisés dans toutes les structures impliquées. Les prestataires de santé pourront également, pour répondre aux besoins spécifiques de leur établissement, collecter des données supplémentaires. Les indicateurs suivants ont été proposés comme essentiels. Toutes les structures sanitaires devraient les collecter et les transmettre au(x) niveau(x) supérieur(s) :

- Les antécédents obstétricaux de la mère (grossesse(s), accouchement(s)) ;
- Les antécédents médicaux de la mère ;
- L'âge de la mère ;
- Le type de grossesse : unique ou multiple ;
- Les soins prénatals reçus (nombre de visites) ;
- Le statut VIH ;
- L'âge gestationnel du fœtus (et la méthode de calcul) ;
- Le lieu d'accouchement ;
- La date et l'heure d'accouchement ;
- Le personne qui a assisté l'accouchement ;
- Le mode d'accouchement ;
- Le sexe du bébé ;
- Le poids à la naissance ;
- La date et l'heure de décès (si applicable) ;
- Le type de décès (mortinaissance antepartum, mortinaissance intrapartum, décès néonatal précoce, décès néonatal tardif) ;
- La cause du décès définie selon l'application de la CIM 10/11 ou de la CIM-PM.

Annexe 15 : Cadre de suivi des activités de la SDMPR

Objectif du cadre de suivi

Fournir des recommandations pour la mise en œuvre de la surveillance des décès maternels et périnataux et de la riposte (SDMPR) tels que décrits dans les guides : « *SDMR, Directives techniques, Prévention des décès maternels, Informations au service de l'action* » et « *Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux* » utilisés comme références.

Le cadre de suivi de la SDMPR est basé sur des principes clés :

- Les décès maternels et périnataux doivent obligatoirement être déclarés ;
- La tenue des réunions du comité d'audit doit être appropriée ;
- Les données collectées doivent être de qualité ;
- Les recommandations doivent être mise en œuvre.

Pour assurer le suivi de la SDMPR, il convient de :

- Considérer chaque décès maternel et périnatal comme un événement à notifier ;
- Coordonner des réunions du comité de pilotage SDMPR en temps opportun pour étudier les informations sur les décès à tous les niveaux du système ;
- Fournir des données de qualité ;
- Identifier les causes des décès et les facteurs modifiables ;
- Émettre des recommandations visant à réduire les décès ;
- Mettre en œuvre des actions
- Suivre les progrès et les effets/impacts de la mise en œuvre des actions et ajuster si nécessaire.

L'objectif de ce cadre de suivi est de fournir un outil conceptuel de supervision des activités de SDMPR plutôt que des instructions prescriptives. Chaque pays dispose d'une base de données et d'un système de suivi, les besoins en termes d'indicateurs varieront en fonction du contexte national⁴.

Le suivi doit s'effectuer à plusieurs niveaux : au niveau de l'établissement, au niveau du district/de la région, au niveau national et au niveau mondial (indicateurs communs/de base (voir tableau 1). Pour chaque niveau du système, il existe des indicateurs de suivi spécifiques permettant de mesurer les résultats directs et indirects et l'impact des recommandations. Les indicateurs spécifiques utilisés aux différents niveaux varient en fonction des besoins en données, du contexte, des ressources disponibles et des priorités locales. Pour les trois premiers niveaux (établissement, district/région et pays/national), les indicateurs varient en fonction des priorités du programme en place, un catalogue d'indicateurs suggérés par niveau est fourni à l'annexe 17. Aux niveaux national et supranational, une liste normalisée d'indicateurs communs/de base est disponible, à l'annexe 16, pour suivre les progrès de chaque pays. Peu nombreux, ces indicateurs standardisés permettent le suivi de la mise en œuvre de la SDMPR, à tous les niveaux.

⁴ Ce cadre de suivi a été élaboré à l'image d'autres cadres de suivi, et notamment ceux du Fonds thématique pour la santé maternelle et néonatale de l'UNFPA, de l'OMS pour la qualité des soins de santé maternelle et néonatale, de l'OMS pour les indicateurs et le suivi de la stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents, et des 100 indicateurs de base de l'OMS. Ce cadre de suivi SDMPR a été révisé par le groupe de travail technique de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Composantes du suivi

Conformément à l'objectif d'institutionnalisation de la SDMPR, ce cadre de suivi prend en compte les indicateurs des cinq niveaux clés du système de santé :

1. **Indicateurs des établissements de santé** - soutenir les fonctions de leadership et de coordination des établissements afin d'intégrer, au sein des établissements, la supervision des activités de SDMPR et d'amélioration de la qualité des soins.
2. **Indicateurs des districts/régions** – soutenir les fonctions de leadership et de coordination des districts/régions afin d'améliorer et de soutenir la mise en œuvre et les activités de SDMPR, au niveau des districts/régions.
3. **Indicateurs nationaux** – soutenir les fonctions de direction et de coordination des organes nationaux afin de contribuer à la pérennité du processus et des activités de SDMPR dans le pays.
4. **Indicateurs communs/de base** – fournir un ensemble commun d'indicateurs standardisés pour le suivi des résultats à l'échelle nationale favorisant l'apprentissage du processus et le partage des informations entre les pays qui mettent en œuvre la SDMPR.
5. **Indicateurs qui nécessitent des tests supplémentaires** – fournir une liste d'indicateurs pertinents supplémentaires, s'il est possible de mener davantage ou d'autres types de collecte de données.

Méthodes de collecte et sources de données

À chaque niveau du système de santé, les sources de données varient en fonction de la disponibilité des indicateurs de santé dans les systèmes d'information existants, comme le SIGS. Les données devront donc être collectées à l'aide d'outils communs et adaptés au contexte local, et la documentation des activités de la SDMPR cohérente. Chaque outil de collecte et chaque source de données a des forces et des faiblesses inhérentes qui devront être prises en compte par les pays, pour l'élaboration d'un cadre de suivi opérationnel. Les sources de données qui peuvent contribuer à l'évaluation des résultats de la mise en place d'un cadre de suivi comprennent, sans s'y limiter, :

Les sources de collecte de données de base

- **Dossiers des patients / registres des établissements de santé.** Ils fournissent des informations détaillées sur les caractéristiques démographiques des patients, les soins reçus et les recommandations mises en œuvre.
- **Données agrégées / indicateurs référencés dans les systèmes d'information sur la gestion de la santé (SIGS) ou dans le système d'information sur la gestion de la santé du district 2 (DHIS2).** Les données sélectionnées dans les registres des établissements sont généralement agrégées dans le SIGS (et dans le DHIS2 pour certains pays). À des degrés divers, le SIGS peut fournir des informations de base (comme des relevés mensuels) sur les soins de santé, le traitement des complications maternelles et périnatales, le nombre et les causes de décès, et le taux de létalité.
- **État civil et statistiques vitales.** Ces systèmes fournissent des données sur la mortalité et les dénominateurs utiles pour calculer les taux et les proportions au niveau de la population.
- **Ressources humaines et formation du personnel.** L'affectation, la disponibilité et la formation du personnel de santé font souvent l'objet d'un suivi régulier dans les systèmes d'information sur les ressources humaines présents aux niveaux des établissements, des districts et/ou du pays.
- **Systèmes de gestion et de suivi de la chaîne d'approvisionnement.** La disponibilité, la distribution et la quantité de médicaments, de produits de base et de fournitures médicales sont souvent contrôlés dans le cadre du SIGL (Système d'Information et de Gestion Logistique) et d'autres systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement, depuis les entrepôts centraux jusqu'aux lieux de prestation des services de santé, tels que les établissements de santé.

Autres sources de collecte de données

Enquêtes communautaires/autopsies verbales et sociales. Elles fournissent des informations détaillées sur les décès survenus en dehors des établissements de santé, sur la nature et la qualité des soins reçus, les comportements adoptés par la population dans la recherche de soins et les résultats constatés au niveau communautaires.

Documentation des activités de la SDMPR

Rapports de synthèse des cas de décès. Ils présentent un résumé des causes et des facteurs contributifs à chaque décès maternel et périnatal notifié.

Comptes rendus des réunions du comité d'audit. Ils documentent les activités du comité d'audit, intègre le calendrier des réunions, les comptes rendus, les feuilles de présence et la liste des membres. Il comporte également les recommandations émises et évalue leurs mises en œuvre.

Rapports des comités en charge de l'amélioration de la qualité des soins et/ou de la SDMPR. Élaborés par l'équipe ou les équipes chargée(s) de l'amélioration de la qualité des soins et/ou de la SDMPR, ils apportent des informations sur la qualité des données agrégées aux différents niveaux du système de santé et des activités de mise en œuvre et de suivi de la SDMPR.

Indicateurs communs/de base

L'annexe 16 présente une liste d'indicateurs globaux standardisés à collecter pour faciliter l'apprentissage et le partage entre les pays qui mettent en œuvre la SDMPR. Ces indicateurs ont été sélectionnés car ils sont :

- pertinents et utiles pour la plupart des parties prenantes de la SDMPR ;
- alignés, dans la mesure du possible, sur les indicateurs mondiaux normalisés de SMNI (Every Woman Every Child, Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM), Every Newborn Action Plan (ENAP), et les 100 indicateurs de base de l'OMS) et sur les données actuellement collectées par les partenaires ;
- riches d'informations claires sur les tendances en matière de santé et de protocoles de soins et sur l'impact des résultats.

Ces indicateurs communs / de base devraient être collectés par tous les programmes impliqués et à tous les niveaux d'actions de la SDMPR, afin de mieux superviser la mise en œuvre des recommandations, tant au niveau national que mondial.

Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none">• Pourcentage de pays disposant d'un comité de pilotage SDMPR fonctionnel, au niveau national ;• Pourcentage de pays ayant des comités de pilotage SDMPR fonctionnels, au niveau des districts/régions ;• Pourcentage de pays ayant un rapport annuel de SDMPR ;• Pourcentage de pays ayant une politique/une ligne directrice nationale de SDMPR ;• Pourcentage des recommandations mises en œuvre l'année dernière, selon le niveau d'intervention.
Indicateurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none">• Nombre de décès maternels/périnatals envisagés (selon les statistiques ou les données antérieures disponibles) et nombre de décès maternels/périnatals notifiés au système de SDMPR ;• Nombre de décès maternels/périnatals envisagés et nombre de décès maternels/périnatals examinés par le comité de pilotage de la SDMPR.

Données agrégées	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de mortalité maternelle dans les établissements • Taux de mortalité périnatale dans les établissements • Taux de mortalité maternelle* • Taux de mortalité périnatale* • Nombre de décès maternels par cause, CIM-MM⁵ • Nombre de décès périnataux par cause, CIM-PM⁶
-------------------------	---

* Cet indicateur ne peut être rapporté que si le système SDMPR inclut les décès survenus à la fois dans l'établissement de santé et au sein de la communauté.

Ensemble d'indicateurs pertinents supplémentaires qui requiert davantage ou d'autres types de collecte de données

Afin d'aider les responsables des districts et des structures de santé à hiérarchiser les tendances à surveiller, le cadre de suivi propose un ensemble simplifié d'indicateurs supplémentaires à l'annexe 17. Cet ensemble classe les indicateurs selon qu'ils soient de résultats de mise en œuvre ou d'impact et précise les sources de données potentielles de chaque indicateur pour aider les parties prenantes à concevoir un cadre de suivi opérationnel. L'objectif, la méthode de mesure/calcul, la source d'information, la fréquence de collecte des données et la cible sont renseignés pour chaque indicateur. En général, cet ensemble d'indicateurs est collecté par les responsables de santé au niveau du district et/ou par le personnel qui travaille dans les établissements de santé.

La sélection de ces indicateurs et la fréquence de la collecte des données varieront en fonction des politiques et des ressources des pays. Il n'est pas prévu que tous ces indicateurs soient agrégés. Les responsables aux niveaux national, du district et de l'établissement doivent identifier les indicateurs les plus pertinents à collecter pour traiter les problématiques auxquelles ils font face, en tenant compte de la disponibilité des sources d'information.

Certaines méthodes de collecte de données, comme les formulaires et les plans, peuvent être adaptées à partir des outils de mise en œuvre et des annexes de ce guide. Les établissements, les districts/régions et les pays sont encouragés à identifier et à communiquer sur les lacunes dans la collecte et les sources de données, afin de renforcer, grâce aux activités de la SDMPR, leurs systèmes de traitement des données de santé.

- Recommandations : comprennent ce qui doit être mis en œuvre pour assurer un processus de SDMPR de qualité.
- Indicateurs de résultats : mesurent les activités de suivi de l'amélioration de la qualité des données (examens de cas, compte rendu de réunions, plans d'actions).
- Indicateurs de mise en œuvre : décrivent les processus et les activités de SDMPR mis en place pour atteindre les résultats escomptés.
- Impact : détermine les conséquences globales de la mise en place du système de SDMPR, sur la mortalité maternelle et périnatale.

Évaluation de la SDMPR

L'objectif de ce document est de fournir des conseils pour le suivi de routine et l'évaluation du système de SDMPR, surtout si les indicateurs de base du suivi démontrent que : 1) une ou plusieurs des étapes

⁵ OMS Application de la CIM-10 aux décès pendant la grossesse, l'accouchement et la période puerpérale : CIM-Mortalité Maternelle (CIM-MM)

⁶ OMS Application de la CIM-10 aux décès périnataux : CIM-Mortalité périnatale (CIM-PM)

du processus de SDMPR n'atteint pas ses objectifs ; ou 2) la mortalité maternelle et/ou périnatale ne diminue pas. Une évaluation plus détaillée aidera à déterminer si le système pourrait fonctionner de manière plus efficace.

Il existe un ensemble de critères standards qui permet d'évaluer les systèmes de suivi tel que celui de la SDMPR. Les attributs qu'il est particulièrement important d'évaluer dans le cadre de la SDMPR comprennent l'engagement, la planification, la qualité des données et la pérennité du processus et sont définis ci-dessous :

Critère	Définition
Engagement	Volonté des personnes et des organisations à participer au système SDMPR.
Rapidité d'exécution	Temps écoulé entre deux étapes du processus de SDMPR. Le temps imparti aux différentes étapes du processus varie selon l'objectif de la SDMPR et l'événement de santé.
Qualité des données	Exhaustivité et validité des données du cadre de suivi.
Pérennité du processus de SDMPR	Capacité à collecter, gérer et fournir des données fiables et agrégées et à les rendre disponibles.

Annexe 16 : Ensemble d'indicateurs communs pour le suivi de la SDMPR aux niveaux national et supranational

Données agrégées	<ul style="list-style-type: none"> • Taux national de mortalité maternelle • Taux national de mortalité périnatale • Taux de mortalité maternelle * • Taux de mortalité périnatale * • Nombre de décès maternels par cause, CIM-MM • Nombre de décès périnataux par cause, CIM-PM
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de décès maternels/périnataux envisagés (selon les statistiques ou les données antérieures disponibles) et nombre de décès maternels/périnataux notifiés au système de SDMPR • Nombre de décès maternels/périnataux envisagés et nombre de décès maternels/périnataux examinés par le comité de pilotage du système SDMPR
Indicateurs de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de pays disposant d'un comité de pilotage SDMPR fonctionnel, au niveau national. • Pourcentage de pays ayant des comités de pilotage SDMPR fonctionnels, au niveau des districts/régions. • Pourcentage de pays ayant un rapport annuel de SDMPR • Pourcentage de pays ayant une politique/une ligne directrice nationale sur la SDMPR • Pourcentage des recommandations mises en œuvre l'année dernière, selon le niveau d'intervention

* Cet indicateur ne peut être déclaré que si le système SDMPR prend en compte à la fois les décès survenus dans les établissements de santé et au sein de la communauté.

Annexe 17 : Ensemble d'indicateurs pour le suivi des activités de la SDMPR aux niveaux de l'établissement de santé, du district/de la région et du pays/national

Il ne s'agit pas de collecter TOUS ces indicateurs. Les responsables au niveau national, des districts et des établissements doivent plutôt sélectionner les indicateurs les plus pertinents pour les activités abordées dans leurs programmes, sur la base des possibilités offertes par les systèmes d'information des différents niveaux du système de santé.

Pour identifier les sources d'information et collecter ces indicateurs, il convient de se référer aux autres ressources de ce guide.

INDICATEURS MESURABLES AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/numérateur	Données à obtenir/ Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/ Notes
INDICATEURS DE RÉSULTATS						
Comité d'examen pluridisciplinaire fonctionnel						
Proportion de réunions du comité de revue des décès prévues et tenues	Mesure la pratique et la capacité à effectuer des audits au niveau de l'établissement	Nombre de réunions du comité de revue des décès prévues	Comptes rendus des réunions du comité, nombre et fréquence des réunions régulières	Trimestrielle, 100%		
Proportion de réunions du comité de revue des décès tenues en temps opportun ⁷	Mesure la rapidité des examens de cas au niveau de l'établissement	Nombre de réunions du comité de revue des décès organisées en temps opportun	Calendrier des réunions du comité de revue des décès	Trimestrielle, >90%	Guide Technique SDMR	

⁷ En temps opportun – immédiatement après le décès ou dans le mois suivant le décès

		Fréquence et volume de la collecte des données			Commentaires/ Notes	
Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/numérateur	Données à obtenir/ dénominateur	Sources d'informations	Ressources	
Proportion de réunions d'audit au sein de l'établissement qui comprennent des équipes pluridisciplinaires (OB/GYN, infirmière, sage-femme, pédiatre, autres)	Mesure la pratique d'exams pertinents impliquant la collaboration de tous les acteurs de l'établissement	Nombre de réunions d'audit auxquelles participent toutes les équipes interdisciplinaires	Nombre de réunions du comité tenues	Listes de présence aux réunions du comité de pilotage, participants et cadres	Guide Technique SDMR	Trimestrielle, 100%
Proportion de réunions d'audit comprenant des équipes d'amélioration de la qualité (AQ)	Mesure le lien entre la SDMPR et l'AQ et d'autres programmes	Nombre de réunions d'audit auxquelles participent les équipes AQ	Nombre de réunions du comité tenues	Listes de présence aux réunions du comité de pilotage, participants et cadres	Guide Technique SDMR	Trimestrielle, 100%
Proportion d'exams maternels/périnataux comprenant des recommandations SMART	Mesure l'utilisation des données de la SDMPR en fonction de leur potentiel d'amélioration de la qualité des soins	Nombre d'exams maternels/périnataux incluant des recommandations SMART	Nombre d'exams maternels/périnataux effectués	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage	Guide Technique SDMR, UNFPA	Chaque année, 100%
Proportion de recommandations mises en œuvre	Mesure la riposte et la mise en œuvre des recommandations	Nombre de recommandations mises en œuvre ou présentant des signes de mise en œuvre	Nombre de recommandations constatées	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage, formulaires de résumé des cas	Guide Technique SDMR, UNFPA	Trimestrielle, >80%

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/numérateur	Données à obtenir/ dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/ Notes
INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE							
Décès maternels et périnataux notifiés et examinés							
Nombre de décès maternels notifiés ⁸ via le système de SDMPR	Mesure la collecte des données au niveau de l'établissement	Nombre de décès maternels notifiés par la SDMPR	Nombre de décès maternels dans l'établissement	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage, formulaires de résumé des cas, formulaires de notification, SIGS	Trimestrielle, 100%	ENAP, UNFPA, Guide Technique SDMR	
Nombre de décès périnataux notifiés ² via le système SDMPR	Mesure la collecte des données au niveau de l'établissement	Nombre de décès périnataux notifiés par la SDMPR	Nombre de décès périnataux dans l'établissement	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage, formulaires de résumé des cas, formulaires de notification, SIGS	Trimestrielle, 100%		

⁸ A définir après examen des données par l'UNFPA

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/numérateur	Données à obtenir/dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/Notes
Proportion de décès maternels notifiés par le système SDMPR qui sont examinés lors des réunions du comité	Mesure la performance du système SDMPR pour examiner tous les décès maternels	Nombre de décès maternels notifiés par le biais de la SDMPR qui sont examinés	Nombre de décès maternels notifiés par la SDMPR	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage, formulaires de résumé des cas, SIGS	Trimestrielle, 100%	ENAP, QED, UNFPA	
Proportion de décès périnataux examinée lors des réunions du comité	Mesure la performance du système SDMPR pour l'examen des décès périnataux	Nombre de décès périnataux qui sont examinés	Nombre de décès périnataux	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage, formulaires de résumé des cas, SIGS	Trimestrielle	ENAP, QED	
DONNÉES AGRÉGÉES							
Nombre de décès maternels, par cause (ICM-MIM)	Mesure le nombre de décès maternels et l'exhaustivité de la SDMPR	Nombre de décès maternels, par cause	n/a	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage, formulaires de résumé de cas, CRVS	Trimestrielle	ENAP, QED, WHO 100 Core EPMIM,	

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/numérateur	Données à obtenir/dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/Notes
Nombre d'accouchements/ nombre total de naissances	Mesure le nombre d'accouchements/ nombre total de naissances	Nombre d'accouchements/ nombre total de naissances	n/a	Registres des établissements de santé, formulaires de synthèse, CRVS	Trimestrielle		
Nombre de décès périnataux, par cause (ICM-PM)	Mesure le nombre de décès maternels et l'exhaustivité de la SDMPR	Nombre de décès périnataux, par cause	n/a	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage, formulaires de résumé de cas, CRVS	Trimestrielle	ENAP, QED	
Nombre de mortinaissances	Mesure les résultats et permet le suivi des progrès	Nombre de mortinaissances ⁹	n/a	Registres des établissements de santé, formulaires de synthèse, registres de travail et d'accouchement, CRVS	Trimestrielle	GS	Ventiler par macération/ antepartum et frais/intrapartum, si possible

⁹ Une mortinaissance ou une mort foetale concerne un bébé né sans signe de vie après un seuil donné ; pour les comparaisons internationales, l'OMS définit la mortinaissance comme un poids de naissance de 1000 g ou plus, si le poids de naissance n'est pas disponible, un âge gestationnel de 28 semaines ou plus ou une longueur de 35 cm ou plus (CIM-10). Cependant, les pays peuvent utiliser des seuils différents pour la mortinatalité, et la définition nationale doit être utilisée le cas échéant.

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/numérateur	Données à obtenir/dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/Notes
Nombre de décès néonataux précoces (0 à 7 jours)	Mesure le nombre de décès néonataux précoces	Nombre de décès néonataux précoces (0-7 jours)	n/a	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage, formulaires de résumé de cas, CRVS	Trimestrielle		
Taux de mortalité maternelle	Mesure les effets de la mise en œuvre de la SDMPR	Nombre de femmes décédées après avoir été admises dans un établissement de santé pour des problèmes obstétricaux connus	Nombre de femmes souffrant d'affections obstétricales identifiées et admises dans un établissement de santé	Enregistrements des cas	Trimestrielle, <1%	ENAP, QED	

INDICATEURS MESURABLES AU NIVEAU DU DISTRICT/DE LA RÉGION

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/ numérateur	Données à obtenir/ dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/ Notes
INDICATEURS DE RÉSULTATS							
Personnel qualifié							
Proportion d'établissements de santé avec du personnel formé à la SDMP10 ¹⁰	Mesure la capacité des installations à remplir les fonctions de la SDMPR	Nombre d'établissements de santé disposant d'un personnel correctement formé	Nombre d'établissements/ centres de santé	Rapports des établissements de santé, entretiens	Annuellement	Guide technique SDMR	Le nombre minimum d'employés nécessaires pour chaque établissement dépendra de la capacité et de la taille de chaque établissement. Difficile à préciser ici dans un cadre général.
Comité d'audit fonctionnel							
Proportion de réunions du comité d'audit du district/ régional tenues	Mesure la pratique et la capacité à effectuer des audits	Nombre de réunions du comité d'audit du district/ régional tenues	Nombre de réunions du comité d'audit du district/ régional prévues	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage, calendrier des réunions prévues	Au moins une fois par trimestre, 100 %.		

¹⁰ Personnel formé, ayant suivi une formation en SDMPR au cours des cinq dernières années

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/ numérateur	Données à obtenir/ dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/ Notes
Proportion de réunions du comité d'audit du district/ régional comprenant des équipes interdisciplinaires (OB/GYN, infirmière, sage-femme, pédiatre, autres)	Mesure la pratique d'audits efficaces impliquant la collaboration de tous les acteurs locaux	Nombre de réunions d'audit du comité d'audit du district/régional auxquelles participent des équipes interdisciplinaires	Nombre de réunions du comité d'audit du district/régional tenues	Listes de présence aux réunions du comité de pilotage, participants et cadres	Trimestrielle, 100%	Guide Technique SDMR	
Proportion de réunions du comité d'audit du district/ régional comprenant des équipes d'amélioration de la qualité (AQ)	Mesure le lien entre la SDMPR, l'AQ et les autres programmes	Nombre de réunions du comité d'audit du district/régional auxquelles participent les équipes AQ	Nombre de réunions du comité d'audit du district/régional tenues	Listes de présence aux réunions du comité de pilotage, participants et cadres	Trimestrielle, 100%	Guide Technique SDMR	
Formulaire de données, exhaustivité							
Proportion d'établissements de santé disposant de registres/formulaires complets ou de résumés de cas	Mesure la collecte des données selon des informations détaillées et précises, utiles pour l'audit	Nombre d'établissements de santé disposant de registres/formulaires complets, de résumés de cas	Nombre d'établissements de santé soumettant des registres/formulaires	Formulaire des établissements de santé	Chaque année, 95%	QED	
Proportion de recommandations SMART mises en œuvre	Mesure la riposte et la mise en œuvre des recommandations	Nombre de recommandations mises en œuvre au niveau du district/de la région	Nombre de recommandations au niveau du district/de la région	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage	Chaque semestre, >80%	Guide Technique SDMR, UNFPA	

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/ numérateur	Données à obtenir/ dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Commentaires/ Notes
INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE						
Décès maternels et périnataux notifiés et examinés						
Proportion d'établissements de santé signalant les décès maternels via la SDMPR	Mesure la collecte des données au niveau de l'établissement	Nombre d'établissements de santé signalant les décès maternels via la SDMPR	Nombre d'établissements de santé	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage		
Proportion d'établissements de santé signalant les décès périnataux via la SDMPR	Mesure la collecte des données au niveau de l'établissement	Nombre d'établissements de santé signalant les décès périnataux via la SDMPR	Nombre d'établissements de santé	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage		
Nombre de décès maternels notifiés via la SDMPR	Mesure la collecte des données au niveau de l'établissement	Nombre de décès maternels notifiés via la SDMPR	n/a	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage	Trimestrielle, 100%	ENAP, UNFPA
Nombre de décès périnataux notifiés via la SDMPR	Mesure la collecte des données au niveau de l'établissement	Nombre de décès périnataux notifiés via la SDMPR	n/a	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage	Trimestrielle, 100%	ENAP, UNFPA
Proportion de décès maternels notifiés via la SDMPR qui sont examinés au niveau du district/régional	Mesure la performance du système SDMPR pour examiner tous les décès maternels	Nombre de décès maternels notifiés par le biais de la SDMPR qui sont examinés	Nombre de décès maternels notifiés par la SDMPR	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage	Trimestrielle, 100%	ENAP, QED, UNFPA

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/ numérateur	Données à obtenir/ dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/ Notes
Proportion de décès périnataux examinés au niveau du district/ régional	Mesure la performance du système SDMPR pour l'examen des décès périnataux	Nombre de décès périnataux qui sont examinés	Nombre de décès périnataux notifiés par la SDMPR	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage	Trimestrielle,	ENAP, QED	
DONNÉES AGRÉGÉES							
Nombre de décès maternels, par cause (ICM-MM)	Mesure le nombre de décès maternels et l'exhaustivité de la cause SDMPR	Nombre de décès maternels, par cause	n/a	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage, formulaires de résumé de cas, CRVS	Trimestrielle	ENAP, QED (WHO 100 Core, EPMI),	
Nombre d'accouchements/ nombre total de naissances	Mesure le nombre d'accouchements/ nombre total de naissances	Nombre d'accouchements/ nombre total de naissances	n/a	Registres des établissements de santé, formulaires de synthèse, CRVS	Trimestrielle		

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/ numérateur	Données à obtenir/ dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/ Notes
Nombre de décès périnataux, par cause (CIM-PM)	Mesure le nombre de décès maternels et l'exhaustivité de la cause SDMPR	Nombre de décès périnataux, par cause	n/a	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage, formulaires de résumé de cas, CRVS	Trimestrielle	ENAP, QED	
Nombre de décès néonataux précoces (0 à 7 jours), par cause (CIM-PM)	Mesure le nombre de décès néonataux précoces et l'exhaustivité de la cause SDMPR	Nombre de décès néonataux précoces (0-7 jours)	n/a	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage, formulaires de résumé de cas, CRVS	Trimestrielle		
Taux national de mortalité périnatale	Mesure les résultats et permet le suivi des progrès vers les objectifs globaux (maternels et périnataux), d'institutionnalisation de la SDMPR	Nombre de mortalités dans les établissements de santé	Nombre total de naissances en établissement, pour 1 000 établissements de 1 000	Registres des établissements de santé, formulaires de synthèse, CRVS	Trimestrielle		Ventiler par macération/ antepartum et frais/intrapartum, si possible.

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/ numérateur	Données à obtenir/ dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/ Notes
Taux national de mortalité maternelle	Mesure les effets du programme de la SDMPR	Nombre de décès maternels dans les établissements de santé	Nombre d'accouchements dans les établissements de santé (pour 100 000 accouchements)	Registres des établissements de santé, formulaires de synthèse, CRVS	Chaque année	ENAP, QED (WHO 100 Core), EPMM,	
Taux national de mortalité périnatale	Mesure les effets du programme de la SDMPR	Nombre de décès périnataux dans les établissements de santé	Nombre de naissances totales dans les établissements de santé (pour 1 000 naissances totales)	Registres des établissements de santé, formulaires de synthèse, CRVS	Chaque année	ENAP	

INDICATEURS MESURABLES AU NATIONAL/NIVEAU DU PAYS

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/ numérateur	Données à obtenir/ dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/ Notes
INDICATEURS DE RÉSULTATS							
Politique de notification et d'audit des décès maternels et périnataux							
Politique ou directive nationale sur la mortalité maternelle, événement à signaler ¹¹	Mesure la politique nationale sur la notification des décès maternels	Politique ou directive nationale en place pour la notification de tous les décès maternels	n/a	Politique nationale, enquête sur les politiques (revues politiques de l'OMS)	Chaque année, oui	Guide Technique UNFPA	
Politique nationale d'audit de tous les décès maternels	Mesure la politique nationale sur l'audit des décès maternels	Politique ou directive nationale en place pour la revue de tous les décès maternels	n/a	Politique nationale, enquête sur les politiques	Chaque année, oui	Guide Technique SDMR	
Politique nationale d'examen des décès périnataux ¹²	Mesure la politique nationale de revue des décès périnataux	Politique ou ligne directrice nationale en place pour l'audit des décès périnataux	n/a	Politique nationale, enquête sur les politiques	Oui		

¹¹ La notification devrait avoir lieu dans les 24 heures pour les décès survenus dans un établissement de santé et dans les 48 heures pour les décès en milieu communautaire.

¹² La politique peut inclure l'audit de tous les décès périnataux ou d'une partie seulement.

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/ numérateur	Données à obtenir/ dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Commentaires/ Notes
Comité national SDMPR fonctionnel						
Proportion de réunions du comité national d'audit prévues et tenues	Mesure la pratique et la capacité à effectuer des audits	Nombre de réunions nationales d'audit tenues	Nombre de réunions du comité national d'audit prévues	Comptes rendus des réunions du comité de pilotage, calendrier des réunions prévues	Au moins chaque année, 100%	
Témoignage du coordinateur national de la SDMPR	Mesure la capacité de leadership et d'orientation de la SDMPR	Coordinateur national de la SDMPR	n/a	Recrutement de personnel au niveau national	Chaque année, oui	Guide Technique SDMR, QED
Rapport annuel élaboré						
Accomplissement du rapport national annuel de la SDMPR	Mesure la diffusion des données sur la mortalité maternelle et périnatale et la mise en œuvre des recommandations	Élaboration et publication d'un rapport annuel comprenant les performances du programme de la SDMPR, la description de la mise en œuvre des recommandations et le suivi des recommandations de l'année précédente.	n/a	Rapport annuel	Chaque année, oui	UNFPA, QED, UNFPA

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/ numérateur	Données à obtenir/ dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/ Notes
Mise en œuvre des recommandations							
Proportion de recommandations mises en œuvre au niveau national	Mesure la riposte et la mise en œuvre des recommandations	Nombre de recommandations mises en œuvre au niveau national	Nombre de recommandations rapportées au niveau national	Plans et dossiers de mise en œuvre	Chaque semestre, >80%	Guide Technique SDMR	
Preuve de l'intégration des recommandations dans les plans de santé annuels et les ensembles de systèmes de santé	Mesure l'intégration des recommandations au niveau national et la coordination des systèmes et politiques de santé	Recommandations issues des études de SDMPR incluses dans les plans et politiques de santé nationales annuels	n/a	Plans et politiques annuels en matière de santé	Chaque année, oui	Guide Technique SDMR	
Liens avec les systèmes de données de base							
Proportion de décès maternels identifiés dans le SDMPR inclus dans le CRVS	Mesure la pratique et la capacité du système CRVS	Nombre de décès maternels signalés et identifiés dans le SDMPR et intégrés dans le CRVS	Nombre de décès maternels signalés et identifiés dans le SDMPR	Rapports CRVS	Chaque année, 100%	QED	Il s'agit des décès maternels inclus à la fois dans le système SDMPR et dans le CRVS
Proportion de décès périnataux identifiés dans le SDMPR inclus dans le CRVS	Mesure la pratique et la capacité du système CRVS	Nombre de décès périnataux signalés et identifiés dans le SDMPR et intégrés dans le CRVS	Nombre de décès périnataux signalés et identifiés dans le SDMPR	Rapports CRVS	Chaque année, 100%	QED	Il s'agit des décès périnataux inclus à la fois dans le système SDMPR et dans le CRVS
Proportion de décès maternels signalés dans le SIGS	Mesure la pratique et la capacité d'un système national d'agrégation des données	Nombre de décès maternels signalés et identifiés dans le SDMPR et intégrés dans le SIGS	Nombre de décès maternels signalés et identifiés dans le SDMPR	SIGS, systèmes de données courantes	Chaque année, 100%		Il s'agit des décès maternels inclus à la fois dans le système SDMPR et dans le SIGS

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/numérateur	Données à obtenir/dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Commentaires/Notes
Proportion de décès périnataux déclarés dans le SIGS	Mesure la pratique et la capacité d'un système national d'agrégation des données	Nombre de décès périnataux signalés et identifiés dans la SDMPR et intégrés dans le SIGS	Nombre de décès périnataux signalés et identifiés dans la SDMPR	SIGS, systèmes de données courantes	Chaque année, 100%	Il s'agit des décès périnataux inclus à la fois dans le système SDMPR et dans le SIGS
INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE						
Proportion de décès maternels attendus notifiés par le programme SDMPR au cours de l'année précédente	Mesure la performance du système SDMPR au niveau de la population pour s'assurer que tous les décès maternels sont notifiés	Nombre de décès maternels notifiés au ministère de la santé par le biais du système SDMPR l'année précédente	Estimation du nombre de décès maternels pour l'année précédente	Rapport annuel SDMPR, estimations du MMEIG (Groupe inter-agences de l'ONU sur la mortalité infantile)	Chaque année, 100%	UNFPA
Proportion de décès maternels examinée dans le pays au cours de l'année précédente	Mesure la performance du système SDMPR au niveau de la population	Nombre de décès maternels examinés l'année dernière	Estimation du nombre de décès maternels pour l'année précédente	Rapport annuel SDMPR, estimations du MMEIG	Chaque année, 100%	Fiches d'évaluation de la CARMMA
DONNÉES AGRÉGÉES						
Taux national de mortalité maternelle	Mesure les effets de la SDMPR	Nombre de décès maternels survenus dans les établissements de santé	Nombre d'accouchements dans les établissements de santé (pour 100 000 accouchements)	Registres des établissements de santé, formulaires de synthèse, CRVS	Chaque année	ENAP, QED (WHO 100 Core), EPMIM

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/ numérateur	Données à obtenir/ dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/ Notes
Taux national de mortalité périnatale	Mesure les effets de la SDMPR	Nombre de décès périnataux survenus dans les établissements de santé	Nombre de naissances totales dans les établissements de santé (pour 1000 naissances totales)	Registres des établissements de santé, formulaires de synthèse, CRVS	Chaque année	ENAP	
Taux de mortalité maternelle	Mesure les effets de la SDMPR	Nombre de décès maternels survenus dans les établissements et au sein de la communauté	Nombre de naissances vivantes (pour 100 000 naissances vivantes)	Registres des établissements de santé, formulaires de synthèse, CRVS	Chaque année		Cet indicateur ne peut être déclaré que dans le système SDMPR. Il comprend les décès dans les établissements et dans les communautés.
Taux de mortalité périnatale	Mesure les effets de la SDMPR	Nombre de décès maternels survenus dans les établissements et au sein de la communauté	Nombre de naissances totales (pour 1000 naissances totales)	Registres des établissements de santé, formulaires de synthèse, CRVS	Chaque année		Cet indicateur ne peut être déclaré que dans le système SDMPR. Il comprend les décès dans les établissements et dans les communautés.
Décès maternels par cause (ICM-MM)	Mesure les effets de la SDMPR	Nombre de décès maternels par cause		Rapport annuel SDMPR, CRVS	Chaque année	ENAP QED	

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/numérateur	Données à obtenir/dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/Notes
Décès périnataux par cause (ICM-PM)	Mesure les effets de la SDMPR	Nombre de décès périnataux par cause		Rapport annuel SDMPR, CRVS	Chaque année	ENAP QED	

INDICATEURS QUI NÉCESSITENT DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/numérateur	Données à obtenir/dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/Notes
Mise en œuvre de quatre principales composantes de SDMPR	Mesure la mise en œuvre de la SDMPR	Quatre composantes de la SDMPR mises en œuvre au niveau national : 1) Lignes directrices et outils nationaux de SDMPR ; 2) Politique nationale de notification de tous les décès maternels; ¹³ 3) Plan national de SDMPR chiffré, incluant un plan de santé maternelle ; et 4) Comité national de SDMPR fonctionnel	n/a	Rapports du programme SDMPR, Enquête OMS sur les politiques (WHO Policy Survey)	Annuellement	UNFPA	

¹³ Dans les 24 heures pour les décès survenus dans les établissements de santé et dans les 48 heures pour les décès dans la communauté.

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/numérateur	Données à obtenir/dénominateur	Sources d'informations	Ressources	Fréquence et volume de la collecte des données	Commentaires/Notes
Proportion de décès maternels notifiés et examinés conformément aux normes de qualité ¹⁴	Mesure la pratique et la capacité d'audit des décès pour fournir des données de qualité	Nombre de décès maternels notifiés qui ont été examinés conformément aux normes de qualité	Nombre de décès maternels notifiés qui ont été examinés	Rapport annuel de la SDMPR, étude spéciale	UNFPA	Annuellement, 100%	
Proportion de décès périnataux examinés conformément aux normes de qualité ¹⁵	Mesure la pratique et la capacité d'audit des décès pour fournir des données de qualité	Nombre de décès périnataux examinés conformément aux normes de qualité	Nombre de décès périnataux examinés	Rapport annuel de la SDMPR, étude spéciale	UNFPA	Annuellement, 100%	
Proportion d'établissements de santé disposant de preuves d'analyse des données et d'un plan d'analyse des données ¹⁵	Mesure la pratique et la capacité d'effectuer une analyse des données	Nombre d'établissements de santé disposant de preuves d'analyse des données et d'un plan d'analyse des données	Nombre d'établissements de santé	Formulaires de synthèse SDMPR, Comptes rendus des réunions de l'établissement	QED	Annuellement, 100%	

¹⁴ Les normes de qualité entendent que l'audit : 1) Soit organisé par un comité SDMPR de 6 à 10 personnes issues de divers milieux / disciplines; 2) Implique tous les professionnels ayant participé à l'étude de cas; 3) Ait été réalisé de manière complète et anonyme, conformément au principe « pas de nom, pas de blâme »; 4) Comprene le résumé du cas clinique et les détails des événements les plus significatifs qui se sont produits avant l'admission de la femme dans l'établissement de santé jusqu'à son décès; 5) Intègre une analyse de cas systématique, pour identifier et déterminer la cause de décès (selon la CIM-MM); 6) Identifie les différents facteurs / événements qui peuvent avoir contribué au décès; 7) Inclue des recommandations et un plan d'action pour combler les lacunes et; 8) Dispose d'un rapport global de SDMPR.

¹⁵ Comprend la comparaison des décès signalés par rapport aux décès estimés, l'analyse des causes de décès et la surveillance des recommandations émises.

Indicateur	Objectif	Données réelles, à collecter/numérateur	Données à obtenir/ dénominateur	Sources d'informations	Fréquence et volume de la collecte des données	Ressources	Commentaires/ Notes
Score des réunions des équipes interdisciplinaires du comité de pilotage de la SDMPR	Mesure le degré de participation au comité de pilotage interdisciplinaire	Nombre de membres de l'équipe interdisciplinaire présents lors de la réunion du comité de pilotage	Nombre d'équipes interdisciplinaires qui font partie du comité de pilotage				Sur la base d'un score : 1=si une équipe est présente 2=si deux équipes sont présentes 3=si plus de deux équipes sont présentes

Annexe 18 : Dix stratégies pour promouvoir une culture du « pas de nom, pas de blâme et pas de honte » et informations complémentaires

Stratégie	Marqueurs ou mesures	Niveau	Ressources (* souligné dans le module à titre d'exemple)
<p>Veiller à ce que la politique et la planification de la SDMPR comprennent des lignes directrices et des politiques nationales favorables au déploiement de la SDMPR dans un environnement sans blâme, et disposer de cadres juridiques permettant d'établir une distinction entre le processus d'audit et d'éventuelles mesures disciplinaires</p>	<p>Mandat politique : politique et lignes directrices nationales en matière de SDMPR</p> <p>Disponibilité des outils SDMPR</p> <p>Cadre juridique pour notifier les décès et impliquer les communautés et les autres secteurs</p>	Macro	<p>*Smith H, Ameh C, Godia P, Maua J, Bartilol K, Amoth P et al. Implementing maternal death surveillance and response in Kenya: incremental progress and lessons learned. <i>Glob Health Sci Pract.</i> 2017;5(3):345-54.</p> <p>WHO Global Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Policy Survey: indicates which countries have national SDMPR guidelines (https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/national-policies?selectedTabName=Documents, accessed 29 May 2021).</p> <p>E4A. 2012. Maternal death surveillance and response systems: overcoming legal challenges and creating an enabling environment. MDSR Action Network. Presented during 'Interactive MDSR Resource Room' at XXFIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, Rome, Italy, 7-12 October 2012.</p>
<p>Garantir la prévention des décès maternels et périnataux comme priorité nationale</p>	<p>Engagements mondiaux et régionaux (par exemple, les ODD)</p> <p>Plans nationaux de santé</p>	Macro	<p>*Melberg A, Mirkuzie AH, Sisay TA, Sisay MM, Moland KM. « Maternal deaths should simply be 0»: politicization of maternal death reporting and review processes in Ethiopia. <i>Health Policy Plan.</i> 2019;34(7):492-8.</p> <p>* Tura AK, Fage SG, Ibrahim AM, Mohamed A, Ahmed R, Gure T et al. Beyond No Blame: practical challenges of conducting maternal and perinatal death reviews in eastern Ethiopia. <i>Glob Health Sci Pract.</i> 2020;8(2):150-4. doi:10.9745/GHSP-D-19-00366</p>
<p>Harmoniser la SDMPR dans les systèmes de suivi pour standardiser le processus et permettre la responsabilisation</p>	<p>Intégration de la SDMPR dans le DHIS ou d'autres systèmes nationaux de surveillance de routine</p>	Macro, meso, micro	<p>* Biswas A. Shifting paradigm of maternal and perinatal death review system in Bangladesh: a real-time approach to address sustainable developmental goal 3 by 2030. <i>F1000Res.</i> 2017;6:1120.</p> <p>* Purandare C, Bhardwaj A, Malhotra M, Bhushan H, Shah PK. Every death counts: electronic tracking systems for maternal death review in India. <i>Int J Gynaecol Obstet.</i> 2014;127(Suppl 1):S35-9.</p> <p>Smith H, Ameh C, Godia P, Maua J, Bartilol K, Amoth P et al. Implementing maternal death surveillance and response in Kenya: incremental progress and lessons learned. <i>Glob Health Sci Pract.</i> 2017;5(3):345-54.</p>

Stratégie

Créer et défendre un **environnement général favorable à la mise en œuvre de la SDMPR**, et une culture organisationnelle d'apprentissage, de responsabilité et de transparence forte

Marqueurs ou mesures

Remédier aux pénuries de ressources humaines et matérielles dans l'ensemble du système de santé
Développer des mécanismes de coordination
Mettre en œuvre des stratégies plus larges d'amélioration de la qualité
Évaluer la qualité des données collectées
Promouvoir la SDMPR comme une expérience d'apprentissage
Donner la priorité aux mesures préventives
Garantir l'anonymat (dans les notes et rapports pour protéger les patients et le personnel concernés)

Ressources (* souligné dans le module à titre d'exemple)

Niveau

Macro, meso

Austin A, Langer A, Salam RA, Lassi ZS, Das JK, Bhutta ZA. Approaches to improve the quality of maternal and newborn health care: an overview of the evidence. *Reprod Health*. 2014;11(Suppl 2):S1. doi: 10.1186/1742-4755-11-S2-S1.

Bandali, S., Thomas, C., Hukin, E., Matthews, Z., Mathai, M., Ramachandran Dilip, T., Roos, N., Lawley, R., Igado, O. & Hulton, L. 2016. Maternal Death Surveillance and Response Systems in driving accountability and influencing change. *Int J Gynaecol Obstet*, 135, 365-371.

* Belizan M, Bergh AM, Cilliers C, Pattinson RC, Voce A & for the Synergy Group. Stages of change: a qualitative study on the implementation of a perinatal audit programme in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:243.

Bergh AM, Pattinson R, Belizan M, Cilliers C, Jackson D, Kerber K et al. & for the Synergy Group. Completing the audit cycle for quality care in perinatal, newborn and child health. Pretoria: Medical Research Council of South Africa; 2011.

Biswas, A., Rahman, F., Eriksson, C., Halim, A. & Dalal, K. 2015. Facility Death Review of Maternal and Neonatal Deaths in Bangladesh. *PLoS One*, 10, e0141902.

de Kok B, Imamura M, Kanguru L, Owolabi O, Okonofua F, Hussein J. Achieving accountability through maternal death reviews in Nigeria: a process analysis. *Health Policy Plan*. 2017;32(8):1083-91.

* Dumont A, Tourigny C, Fournier P. Improving obstetric care in low-resource settings: implementation of facility-based maternal death reviews in five pilot hospitals in Senegal. *Hum Resour Health*. 2009;7: 61.

Lewis G. The cultural environment behind successful maternal death and morbidity reviews. *BJOG*. 2014;121(Suppl 4):24-31.

Lewis G. Emerging lessons from the FIGO LOGIC initiative on maternal death and near-miss reviews. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;127(Suppl 1):S17-20.

Manandhar, D. S. 2004. Perinatal death audit. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*, 2, 375-83.

Richard F, Ouedraogo C, Zongo V, Ouattara F, Zongo S, Gruénais ME et al. The difficulty of questioning clinical practice: experience of facility-based case reviews in Ouagadougou, Burkina Faso. *BJOG*. 2009;116(1):38-44.

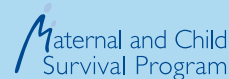
Stratégie	Marqueurs ou mesures	Niveau	Ressources (* souligné dans le module à titre d'exemple)
<p>Renforcer le leadership au sein de tous les groupes professionnels participants et à tous les niveaux, en s'assurant de l'engagement du point focal de la SDMPR et de sa capacité à animer les réunions et à guider les autres</p>	<p>Compétences en matière de facilitation pour la conduite de réunions d'audit</p> <p>Mentorat, supervision et soutien</p> <p>Participation des cadres supérieurs aux réunions et à l'analyse des données afin d'orienter les priorités et les actions</p>	<p>Meso, Micro</p>	<p>* Bakker, W., van den Akker, T., Mwangomba, B., Khukulu, R., van Elteren, M. & van Roosmalen, J. 2011. Health workers' perceptions of obstetric critical incident audit in Thyolo District, Malawi. <i>Trop Med Int Health</i>, 16, 1243-50.</p> <p>Bergh AM, Pattinson R, Belizan M, Cilliers C, Jackson D, Kerber K et al. & for the Synergy Group. Completing the audit cycle for quality care in perinatal, newborn and child health. Pretoria: Medical Research Council of South Africa; 2011.</p> <p>Dumont A, Tourigny C, Fournier P. Improving obstetric care in low-resource settings: implementation of facility-based maternal death reviews in five pilot hospitals in Senegal. <i>Hum Resour Health</i>. 2009;7:61.</p> <p>Kinney MV, Ajayi G, de Graft-Johnson J, Hill K, Khadka N, Om'Iniabo A et al. « It might be a statistic to me, but every death matters »: an assessment of facility-level maternal and perinatal death surveillance and response systems in four sub-Saharan African countries. <i>PLoS One</i>. 2020;15(12):e0243722.</p> <p>Koblinsky M. Maternal death surveillance and response: a tall order for effectiveness in resource poor settings. <i>Glob Health Sci Pract</i>. 2017;5:333-7.</p> <p>MCSP. Assessment of Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Implementation in Nigeria. Washington (DC): Maternal Child Survival Program; 2017.</p> <p>MCSP. Assessment of Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Implementation in Rwanda. Washington (DC): Maternal Child Survival Program; 2017.</p> <p>MCSP. Assessment of Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Implementation in Zimbabwe. Washington (DC): Maternal Child Survival Program; 2017.</p> <p>MCSP. Assessment of Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Implementation in Kagera and Mara Region, Tanzania. Washington (DC): Maternal Child Survival Program; 2017.</p> <p>Purandare C, Bhardwaj A, Malhotra M, Bhushan H, Shah PK. Every death counts: electronic tracking systems for maternal death review in India. <i>Int J Gynaecol Obstet</i>. 2014;127(Suppl 1):S35-9.</p> <p>* Rhoda NR, Greenfield D, Muller M, et al. Experiences with perinatal death reviews in South Africa – the Perinatal Problem Identification Programme: scaling up from programme to province to country. <i>BJOG</i>. 2014;121(Suppl 4):160-6.</p> <p>van Hamersveld KT, den Bakker E, Nyamtema AS, van den Akker T, Mfinanga EH, van Elteren M et al. Barriers to conducting effective obstetric audit in Ifakara: a qualitative assessment in an under-resourced setting in Tanzania. <i>Trop Med Int Health</i>. 2012;17(5):652-7.</p>

Stratégie	Marqueurs ou mesures	Niveau	Ressources (* souligné dans le module à titre d'exemple)
<p>Entretenir les relations d'équipe entre ceux qui participent à l'audit par : un engagement continu, une approche de travail en équipe, le soutien de la direction de l'hôpital, des efforts délibérés et des stratégies telles que le mentorat</p>	<p>Activités de mentorat, de sensibilisation clinique et de supervision liées à l'engagement du district</p> <p>Équipes et comités formés et multidisciplinaires</p> <p>Relations établies entre les membres du comité</p>	<p>Meso, Micro</p>	<p>Agaro C, Beyeza-Kashesya J, Waiswa P, Sekandi JN, Tusiime S, Anguzu R et al. The conduct of maternal and perinatal death reviews in Oyam District, Uganda: a descriptive cross-sectional study. <i>BMC Women's Health</i>. 2016;16:38.</p> <p>* Dartey AF. The role of midwives in the implementation of maternal death review (MDR) in health facilities in Ashanti region, Ghana. Cape Town: University of the Western Cape; 2012.</p> <p>Hofman JJ, Mohammed H. Experiences with facility-based maternal death reviews in northern Nigeria. <i>Int J Gynaecol Obstet</i>. 2014;126:111-4.</p> <p>MCSP 2017. Assessment of Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Implementation in Nigeria. Washington, DC: Maternal Child Survival Program.</p> <p>MCSP 2017. Assessment of Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Implementation in Rwanda. Washington, DC: Maternal Child Survival Program.</p> <p>MCSP 2017. Assessment of Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Implementation in Zimbabwe. Washington, DC: Maternal Child Survival Program.</p> <p>MCSP 2018. Assessment of Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Implementation in Kagera and Mara Region, Tanzania. Washington, DC: Maternal Child Survival Program.</p> <p>Muffer N, Trabelssi Mel H, De Brouwere V. Scaling up clinical audits of obstetric cases in Morocco. <i>Trop Med Int Health</i>. 2007;12(10):1248-57.</p> <p>* Purandare C, Bhardwaj A, Malhotra M, Bhushan H, Shah PK. Every death counts: electronic tracking systems for maternal death review in India. <i>Int J Gynaecol Obstet</i>. 2014;127(Suppl 1):S35-9.</p>

Stratégie	Marqueurs ou mesures	Niveau	Ressources (* souligné dans le module à titre d'exemple)
<p>Veiller à ce que les réunions d'audit aient lieu régulièrement et que le personnel y assiste. La recherche montre que plus les gens participent, plus ils ont de pratique et plus le processus est ancré</p>	<p>Fréquence des réunions Incitation à la participation (par exemple, le personnel reçoit des points de crédit professionnel pour sa participation ou la présence aux réunions fait partie des attentes professionnelles, etc.)</p>	Meso	<p>* Dartey AF. The role of midwives in the implementation of maternal death review (MDR) in health facilities in Ashanti region, Ghana. Cape Town: University of the Western Cape; 2012.</p> <p>Kinney MV, Ajayi G, de Graft-Johnson J, Hill K, Khadka N, Om'Iniabo A et al. « It might be a statistic to me, but every death matters”: an assessment of facility-level maternal and perinatal death surveillance and response systems in four sub-Saharan African countries. <i>PLoS One</i>. 2020;15(12):e0243722.</p> <p>Lewis G. Emerging lessons from the FIGO LOGIC initiative on maternal death and near-miss reviews. <i>Int J Gynaecol Obstet</i>. 2014;127(Suppl 1):S17-20.</p> <p>* MCSP 2017. Assessment of Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Implementation in Zimbabwe. Washington, DC: Maternal Child Survival Program.</p> <p>* Tayebwa E, Sayinzoga F, Umunyana J, et al. Assessing Implementation of Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response in Rwanda. <i>International journal of environmental research and public health</i> 2020; 17(12).</p>
<p>Mettre en place un code de conduite ou une charte d'audit avec des règles claires sur l'objectif des réunions, le comportement attendu pendant les réunions et la confidentialité à respecter</p>	<p>Le personnel impliqué dans le SDMPR s'engage à ne jamais partager l'information</p> <p>Les membres du comité d'audit signent ou consentent verbalement à un accord de confidentialité et de non-divuligation.</p> <p>La publication des actes est anonyme</p>	Meso	<p>* Congo B, Sanon D, Millogo T, Ouedraogo CM, Yaméogo WME, Meda ZC et al. Inadequate programming, insufficient communication and non-compliance with the basic principles of maternal death audits in health districts in Burkina Faso: a qualitative study. <i>Reprod Health</i>. 2017;14(1):121.</p> <p>Kinney MV, Ajayi G, de Graft-Johnson J, Hill K, Khadka N, Om'Iniabo A et al. « It might be a statistic to me, but every death matters”: an assessment of facility-level maternal and perinatal death surveillance and response systems in four sub-Saharan African countries. <i>PLoS One</i>. 2020;15(12):e0243722.</p> <p>Lewis G. Emerging lessons from the FIGO LOGIC initiative on maternal death and near-miss reviews. <i>Int J Gynaecol Obstet</i>. 2014;127(Suppl 1):S17-20.</p> <p>* Richard F, Ouedraogo C, Zongo V, Ouattara F, Zongo S, Gruénais ME et al. The difficulty of questioning clinical practice: experience of facility-based case reviews in Ouagadougou, Burkina Faso. <i>BJOG</i>. 2009;116(1):38-44.</p>

Stratégie	Marqueurs ou mesures	Niveau	Ressources (* souligné dans le module à titre d'exemple)
<p>Promouvoir la prise de conscience individuelle des rôles et des responsabilités, ainsi que la compétence pour accomplir les tâches par le biais du développement des capacités sur le lieu de travail, lié à la mise en œuvre d'une approche sans blâme</p>	<p>Compétences des gestionnaires, superviseurs, prestataires pour analyser et interpréter les données et informations</p> <p>Confiance et capacité des agents de santé à remplir et analyser les décès</p> <p>Stratégie d'orientation du personnel vers la SDMPR</p>	Micro	<p>* Armstrong CE, Lange IL, Magoma M, Ferla C, Filippi V, Ronsmans C. Strengths and weaknesses in the implementation of maternal and perinatal death reviews in Tanzania: perceptions, processes and practice. <i>Trop Med Int Health.</i> 2014;19:1087-95.</p> <p>* Belizan M, Bergh AM, Cilliers C, Pattinson RC, Voce A & for the Synergy Group. Stages of change: a qualitative study on the implementation of a perinatal audit programme in South Africa. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2011;11:243.</p> <p>Bergh AM, Pattinson R, Belizan M, Cilliers C, Jackson D, Kerber K et al. & for the Synergy Group. Completing the audit cycle for quality care in perinatal, newborn and child health. Pretoria: Medical Research Council of South Africa; 2011.</p> <p>* Muffler, N., Trabelssi Mel, H. & De Brouwere, V. 2007. Scaling up clinical audits of obstetric cases in Morocco. <i>Trop Med Int Health</i>, 12, 1248-57.</p> <p>Richard F, Ouedraogo C, Zongo V, Ouattara F, Zongo S, Gruénais ME et al. The difficulty of questioning clinical practice: experience of facility-based case reviews in Ouagadougou, Burkina Faso. <i>BJOG.</i> 2009;116(1):38-44.</p>

Stratégie	Marqueurs ou mesures	Niveau	Ressources (* souligné dans le module à titre d'exemple)
<p>Sensibiliser les communautés au signalement et à la participation aux autopsies verbales et sociales de la SDMPR</p>	<p>Renforcer la conscience et la mobilisation de la communauté</p>	<p>Micro</p>	<p>Biswas A, Ferdoush J, Abdullah ASM, Halim A. Social autopsy for maternal and perinatal deaths in Bangladesh: a tool for community dialog and decision making. <i>Public Health Rev.</i> 2018;39(1).</p>
<p>Créer un environnement favorable à la SDMPR au niveau communautaire</p>	<p>Assurer un consentement éclairé et garantir la liberté de parole et d'éthique de la communauté</p>		<p>Biswas A. Shifting paradigm of maternal and perinatal death review system in Bangladesh: a realtime approach to address sustainable developmental goal 3 by 2030. <i>F1000Res.</i> 2017;6:1120.</p> <p>* Biswas A, Halim MA, Dalal K, Rahman F. Exploration of social factors associated to maternal deaths due to haemorrhage and convulsions: analysis of 28 social autopsies in rural Bangladesh. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2016;16(1):659.</p>
<p>Préserver la confidentialité, l'engagement et la relation entre les prestataires de soins de santé et la communauté</p>	<p>Choisir le point focal de la SDMPR au niveau communautaire selon son rôle pour faciliter l'approbation de la SDMPR</p>		<p>Biswas A, Rahman F, Eriksson C, Halim A, Dalal K. Social autopsy of maternal, neonatal deaths and stillbirths in rural Bangladesh: qualitative exploration of its effect and community acceptance. <i>BMJ Open.</i> 2016;6(8):e010490.</p> <p>Biswas A, Rahman F, Halim A, Eriksson C, Dalal K. Experiences of community verbal autopsy in maternal and newborn health of Bangladesh. <i>HealthMED.</i> 2015;9(8):329-38.</p>
<p>Utiliser l'autopsie sociale comme outil de promotion de la santé et moyen d'aborder la question des décès maternels et périnataux avec les membres de la communauté.</p>	<p>Utiliser l'autopsie sociale comme outil de promotion de la santé et moyen d'aborder la question des décès maternels et périnataux avec les membres de la communauté.</p>		<p>* Biswas A, Rahman F, Eriksson C, Halim A, Dalal K. Facility death review of maternal and neonatal deaths in Bangladesh. <i>PLoS One.</i> 2015;10(11):e0141902.</p> <p>Biswas A, Rahman F, Eriksson C, Dalal K. Community notification of maternal, neonatal deaths and still births in Maternal and Neonatal Death Review (MMDR) system: experiences in Bangladesh. <i>Health.</i> 2014;6(6):2218-26.</p>
<p>Utiliser l'autopsie sociale comme outil de promotion de la santé et moyen d'aborder la question des décès maternels et périnataux avec les membres de la communauté.</p>	<p>Utiliser l'autopsie sociale comme outil de promotion de la santé et moyen d'aborder la question des décès maternels et périnataux avec les membres de la communauté.</p>		<p>Biswas A, Rahman F, Halim A, Eriksson C, Dalal K. Maternal and Neonatal Death Review (MMDR): a useful approach to identifying appropriate and effective maternal and neonatal health initiatives in Bangladesh. 2014;6:1669-79.</p> <p>Biswas A. Social autopsy as an intervention tool in the community to prevent maternal and neonatal deaths: experiences from Bangladesh. <i>MDSR Action Network.</i> June 2016.</p>
<p>Utiliser l'autopsie sociale comme outil de promotion de la santé et moyen d'aborder la question des décès maternels et périnataux avec les membres de la communauté.</p>	<p>Utiliser l'autopsie sociale comme outil de promotion de la santé et moyen d'aborder la question des décès maternels et périnataux avec les membres de la communauté.</p>		<p>Biswas A. Maternal and Perinatal Death Review (MPDR): experiences in Bangladesh. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/maternal-death-surveillance/case-studies/bangladesh-study/en/), accessed 29 May 2021).</p> <p>Halim A, Utz B, Biswas A, Rahman F, van den Broek N. Cause of and contributing factors to maternal deaths; a cross-sectional study using verbal autopsy in four districts in Bangladesh. <i>BJOG.</i> 2014;121(Suppl 4):86-94.</p> <p>Mahato PK, Waithaka E, van Teijlingen E, Raj Pant P, Biswas A. Social autopsy: a potential health promotion tool for preventing maternal mortality in low-income countries. <i>WHO South-East Asia J Public Heal.</i> 2018;7(1):123-95.</p>



**Organisation
mondiale de la Santé**

Contact :

**Département de la Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de
l'adolescent, et du vieillissement**

Organisation mondiale de la Santé

20, avenue Appia

CH-1211 Genève 27, Suisse

Courriel : mncah@who.int

<https://www.who.int/health-topics/maternal-health>

