

Session 3 : Système de surveillance des décès maternels

Katra-Ennada Darkaoui (Independent Consultant, Morocco)

Pourquoi un système de surveillance des décès maternels (non exhaustif)

- Atteinte des objectifs du millénaire est mitigée : innovations à mettre en place ?
- Système de surveillance des décès maternels : conforté par le l'OMS dans le rapport 2006 «au-delà des chiffres».
- SSDM constitue une stratégie complémentaire pour améliorer les programmes de santé maternelle et faire le choix des interventions pertinentes pour répondre à l'objectif de la réduction de la mortalité maternelle.
- SSDM : à la fois qualitatif (notification) et quantitatif (causes et circonstances des décès).
- SSDM : Disponibilité des données fiables en temps réel et de façon régulière est un moyen efficace de plaider auprès des décideurs de haut niveau pour soutenir les programmes de réduction de la mortalité maternelle.
- Implication et responsabilisation des ressources humaines : leur participation effective à différentes étapes du SSDM est décisive.

- Auto évaluation des pratiques des soins par l'équipe médicale est à même de d'amener des changements ; tout comme la participation des communautés dans l'identification et l'analyse des décès survenu à leur niveau.
- La revue des décès localement et l'identification des causes de décès et des circonstances de leur survenue, est a même d'alimenter les représentations pour élaborer des stratégies adaptées aux contextes locaux.
- Déclaration des décès : Point de départ d'un SSDM efficace.
- Obligation de la déclaration systématique est une décision politique qui revient à chaque pays. Loi ????

Synthèse des expériences

- **Aspects épidémiologiques** : pays ou le taux de MM est très élevé (exp : 112 pour le Maroc, 782 pour la Cameroun et 341 pour le Burkina Faso), l'hémorragie du post partum constitue la première cause d e décès.
- **Dynamiques autours du SSDM** : variables mais Objectif à atteindre identique : celui de l'amélioration de l'efficacité du SSDM à la recherche de l'exhaustivité, de la fiabilité et de la performance.
- **Stratégies** : amélioration de la notification, extension au système communautaire à la recherche des causes mais aussi des circonstance de décès, responsabilisation de la communauté, intégration de la surveillance des décès

maternels dans le système de notification des maladies et intégration du SSD dans les structures de santé.

- **Approche** : l'audit clinique lorsqu'il s'agit de décès au niveau des structures de santé, l'autopsie verbale lorsqu'il s'agit de décès notifiés au niveau de la communauté et discussions de groupes.
- **Au Boukina Faso** : Expériences pilotes ; 2011 introduction du SDM dans la liste des maladies à déclaration obligatoire (Recommandation de l'OMS). Ceci a permis de renverser la tendance des DM, d'établir une cartographie des DM et d'organiser la réponse. La complétude et la notification des DM dans la communauté reste un déficit.
- **Au Cameroun** : Expérience de 18 mois, l'équipe du Cameroun cherche à identifier les goulots d'étranglement à une surveillance efficace des décès maternel suite à l'intégration du SSDM dans le système intégré de surveillance des maladies et riposte. La complicité des deux systèmes (routine et du SDM) et les difficultés de gestion font que ce système s'est avéré peu performant.
- **Au Maroc** : Passage d'un système de surveillance national centralisé et généralisée (Public, privé et communautaires) et deux rapports à un système de surveillance régionale. La présentation du Maroc est une recherche opérationnelle sur l'évaluation du SSDM notamment l'identification des causes de la sous notification des décès Maternels.

- **En Tunisie** : longue expérience en matière du SDM à travers les audits cliniques généralisés au niveau des structures de soins public. La Tunisie est à la recherche d'une meilleure performance de son SSDM et à l'identification de ses limites. La généralisation du SSDM au secteur privé et l'identification des déterminants sociaux restent des défis pour le pays pour comprendre les disparités.
- **A la RD du Congo** : Notification des décès est obligatoire. Il s'agit à travers cette présentation d'identifier les obstacles à l'intégration de la revue des décès maternels au niveau des structures de santé dans la ville de Lubumbashi. Les obstacles se situent à tous les niveaux : gestion de l'information et compréhension et attitude des acteurs de santé
- **En Inde** deux expériences innovantes dans un SSDM déjà opérationnel, il s'agit d'initiatives qui consistent à mettre en place un SSDM à base communautaire pour dépasser les causes médicales. Partage de responsabilité (gouvernement / communauté) et information et discussion avec la communauté sur les résultats de l'analyse des données.
- **En Inde** : la particularité réside dans la participation de la communauté (sociétés civiles) à toutes les étapes du SSDM : identification des décès, documentation des décès et des causes et des circonstances (Autopsie sociale).

Les principaux messages :

- Déficit des pays /SSDM dans les pays en voie de développement par rapport à la fiabilité, la précision et l'exhaustivité des données :
 - Sous notification des décès même dans les services officiels,
 - Multiplication des sources de données parfois contradictoire.
 - Accessibilité aux bases des données (état civile, privé, communauté, bureau officiels, hôpitaux...).
 - Fiabilité des diagnostics.
 - Sous notification dans les hôpitaux (au Maroc la sous notification peut atteindre 25% des décès des FAR, seules sont déclarées celles qui transit par la salle d'accouchement). (Au Congo sur 115 DM seulement 67 (58,3%) étaient enregistrés dans les documents officiels des structures de santé, parmi lesquels 85% seulement étaient notifiés. Et seuls 10% des notifications avaient fait objet d'un audit).
 - Collaboration des autorités locales (Convention MS/MI).
 - Intérêt d'utiliser plusieurs sources.
 - Disponibilité des moyens humain et matériel pour collecter l'information.
 - L'intégration de la surveillance des DM dans le système intégré des maladies et riposte (rapporté dans une des présentations a conclue que la riposte aux décès maternels n'est pas juxtaposable à la riposte telle que définie dans la SIMR pour les uns mais a montré son efficacité dans d'autres.

- Volonté politique : Traduction du discours politique au niveau politique, stratégique et local (Cas du Maroc).

- L'exhaustivité des données : c'est un choix stratégique de chaque contexte
 - système de surveillance basé au niveau des structures de santé,
 - SSDM généralisé (national) : structures de santé et communautaires,
 - SSDM localisé dans zones déterminées,

- ETC.

- Dans le cas des pays présentés où le taux de mortalité élevé et où la plus part des accouchements se font à domicile on devrait s'appesantir sur les décès en milieu communautaire pour être le plus exhaustif possible. Il en est de même dans un contexte où le privé a tendance à prendre de l'ampleur, l'implication du secteur privé devient nécessaires (au Maroc les décès du secteur privé sont audités dans la communauté).
- Audit clinique/ autopsie verbale/ complémentarité : audit clinique réalisée sur les décès survenus au niveau des structures de santé se concentre sur la prise en charge clinique (délais 3), les facteurs d'évitabilité restent internes. Si on veut identifier les déterminants socioéconomiques du décès il faut travailler sur les délais 1 et 2. Ceci expliquerait les disparités départementales et donneraient les solutions les plus appropriées pour agir sur les facteurs d'évitabilité externes aux structures (cas de l'Inde) et de préparer la riposte au niveau national, stratégique et locale (riposte locale).
- Feed back et recommandations : «frustrations !!!»
Que deviennent les recommandations émanant du SSDM
 - Concrétisation des recommandations : facteur de démotivation.
 - Plan d'action de concrétisation (implantation d'antenne et de banque du sang au Maroc, extension du SOMR, Achat des ambulances, Révision des activités de la CPN et du post partum...).
 - Partage des résultats : plaidoyer, information des professionnels.

- Renforcement des compétences (Recyclage de tous les obstétriciens et toutes les sages femmes sur la prise en charge des 3 pathologies).
 - Programmes sociaux : désenclavement, gratuité des bilans en CPN, etc.
- Performance du système et SSDM : Comment concrétiser les recommandations dans un système de santé peu performant ?
 - Les recommandations émanant de la revue des décès sont à concrétiser au niveau du système de soins.
 - Les structures de santé de prise en charge des grossesses et des accouchements ne sont pas dissociées des autres structures de santé (à l'écart).
 - Tous les efforts sur les structures d'accouchement ne peuvent pas avoir impact optimum s'ils ne sont pas en phase avec les autres composantes du SS (laboratoire, imagerie médicale, système d'orientation recours etc.).
 - Vis versa, la revue des DM est une porte d'entrée pour améliorer le système.
- Responsabilisation des professionnels à la pratique de l'audit et à la documentation : réticence et peur des mesures répressives des autorités sanitaires, manque d'information sur les audits...). Accompagnement et respect de la confidentialité (mesures pour faire la part entre SSDM et l'inspection, justice)
 Les NM peuvent être utilisés comme préalable à l'audit des décès : lever les obstacles comportementaux, familiariser à l'auto évaluation devant un problème à «moindre mal»
- Indispensable logistique : rupture des fiches d'audit, disponibilité des moyens de déplacement dans les structures de santé et en communauté ...

- Performance des CPN : Dans l'expérience de l'INDE, la revue des décès dans la communauté a révélé les insuffisances de la CPN particulièrement la compliance à la référence des femmes diagnostiquées à risque.