



**LE SYSTEME D'AUDIT  
DES DECES MATERNELS  
EN TUNISIE  
PERFORMANCES ET LIMITES**

**Dr Chaouch Mohamed**

# DONNÉES GÉOGRAPHIQUES

Pays de l'Afrique du Nord

Superficie : **163 610 [km2](#)**

Population : **10, 982 754**

Provinces: **24**

Health districts: **232**

Urban Population : **65%.**

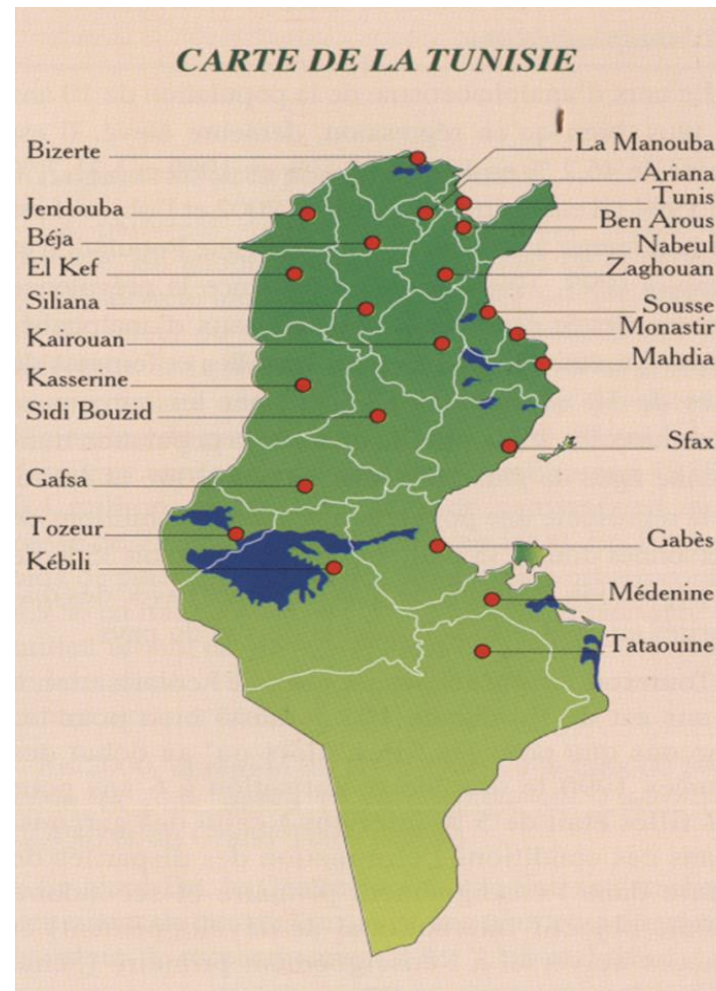
Official religion: **Islam**

Official language: **Arabic**



# DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Dépense de santé :	<b>6,8 %</b>
Taux brut de natalité :	<b>19,3 ‰</b>
Taux brut de mortalité :	<b>5.7 ‰</b>
Taux d'accroissement naturel:	<b>1,32 %</b>
Espérance de vie à la naissance:	<b>74 ans</b>
ISF :	<b>2,2</b>
MMR :	<b>44,8/100 000 NV</b>
MI :	<b>16‰</b>



# CARTE SANITAIRE

“ 155 Maternités:

\* 108 niveau I

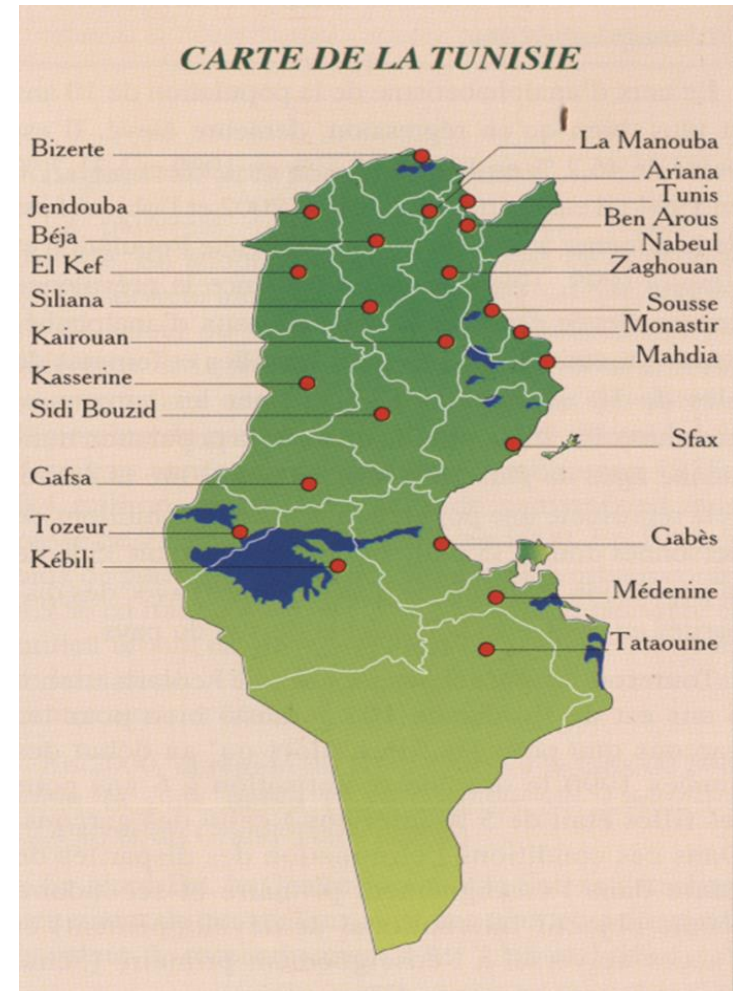
\* 33 niveau II

\* 14 niveau III

“ 860 GO dont 640 secteur privé.

“ 7361 Médecins généralistes

“ 2030 SF



# INTRODUCTION

La Tunisie a lancé:

“Un programme de PF depuis 1963

“Un programme de périnatalité depuis 1990  
œuvrant à la réduction de la mortalité  
maternelle et néonatale.(PNP)

# CONTEXTE EN TUNISIE

Le PNP a réalisé la 1<sup>ère</sup> Enquête nationale sur la mortalité maternelle en Tunisie 1993 /1994:

Qui a montré que:

- . 203 193 naissances / 1477 décès FAR  
140 décès maternels → **RMM = 68,9** / 100 000 NV
- . 101 décès En milieu hospitalier public pour 153  
495 naissances => **RMM = 65,8** / 100 000

# LA STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE LA MM

**En 1998: Lancement d'une stratégie spécifique de réduction de la MM axée sur :**

- “ L'amélioration de la qualité des services de SMNN
- “ Coordination et organisation entre les différents niveaux de prise en charge.
- “ L'amélioration de l'utilisation des services
- “ **Suivi évaluation des services par un système d'information et d'audit des DC mat**

# SYSTÈME D'INFORMATION ET AUDIT DES DÉCÈS MATERNELS

Le but de ce système est:

- . **d'identifier** les **causes** des décès maternels
- . qui surviennent dans les **structures publiques**
- . et les **facteurs** qui y contribuent.

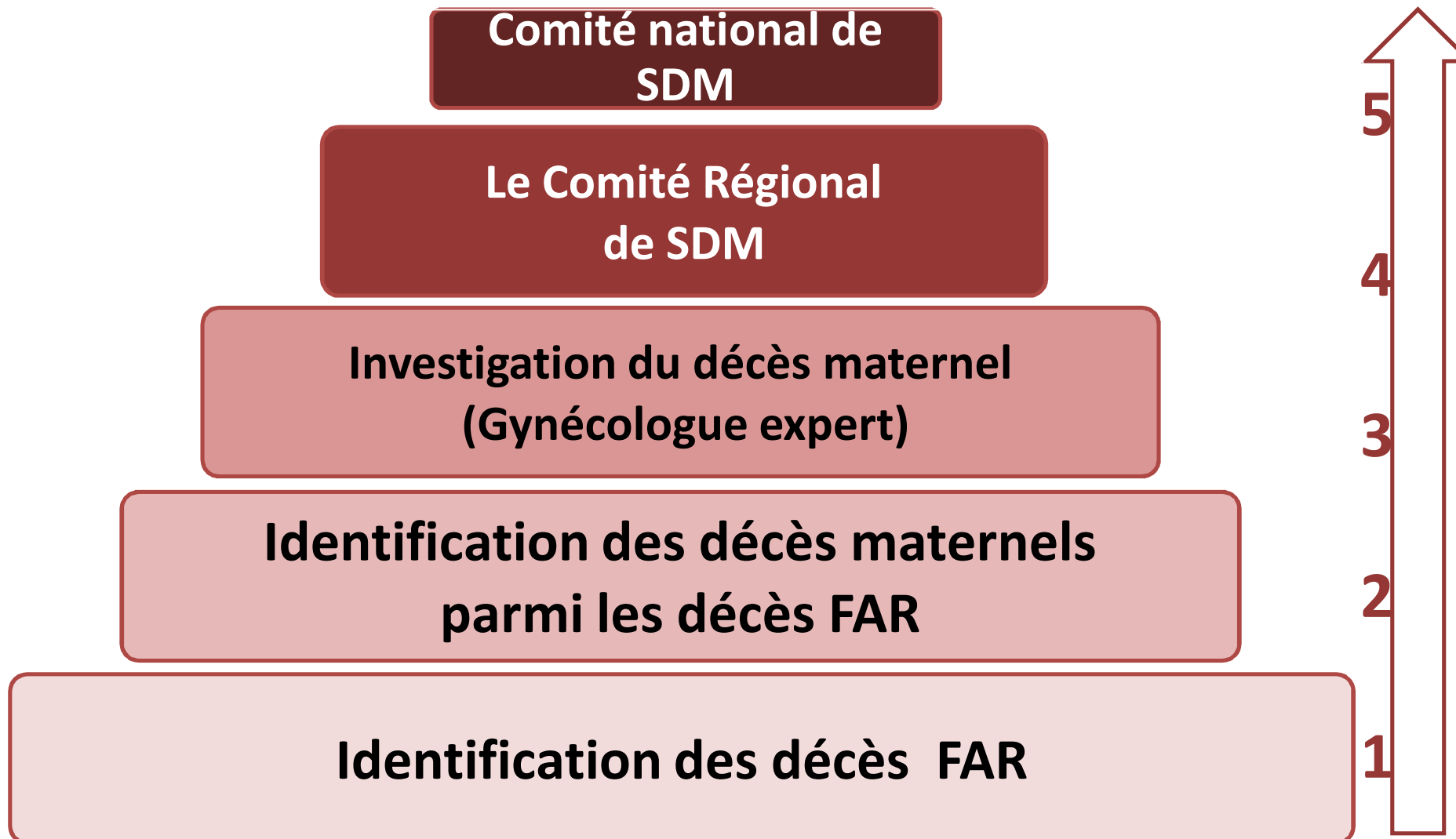
” Ce système est règlementé par une circulaire du ministère de la santé qui indiquent ces modalités de fonctionnement (Circulaire du 3 avril 1999 )



## OBJECTIF DU SYSTÈME

- “ Fournir les données nécessaires pour la mise en place d’actions correctrices .
- “ Mobiliser les professionnels de la santé pour une amélioration de la qualité des prestations.
- “ Surveiller les progrès accomplis dans la lutte contre la mortalité maternelle et adapter les stratégies en conséquence.

# ETAPES DE L'AUDIT DES DÉCÈS MATERNELS



## **1- Identification des décès FAR (Bureau des Entrées) :**

Chaque décès de femme en âge de reproduction(15-49 ans) dans un établissement sanitaire publique est notifié par le responsable du Bureau des Entrées dans un registre spécifique Et il en informe le médecin responsable local de ce système pour cette établissement .

## **2- Identification des décès maternels parmi les décès**

### **FAR (MRL) :**

Le Médecin Responsable Local du SSDM identifie parmi les DC de FAR les décès à caractère maternel, selon la définition de l'OMS.

Il en informe les autorités sanitaires régionales

**Définition de l'OMS** « *Le décès maternel est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, et quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite .»*

### **3- Investigation du décès maternel (Gynécologue) :**

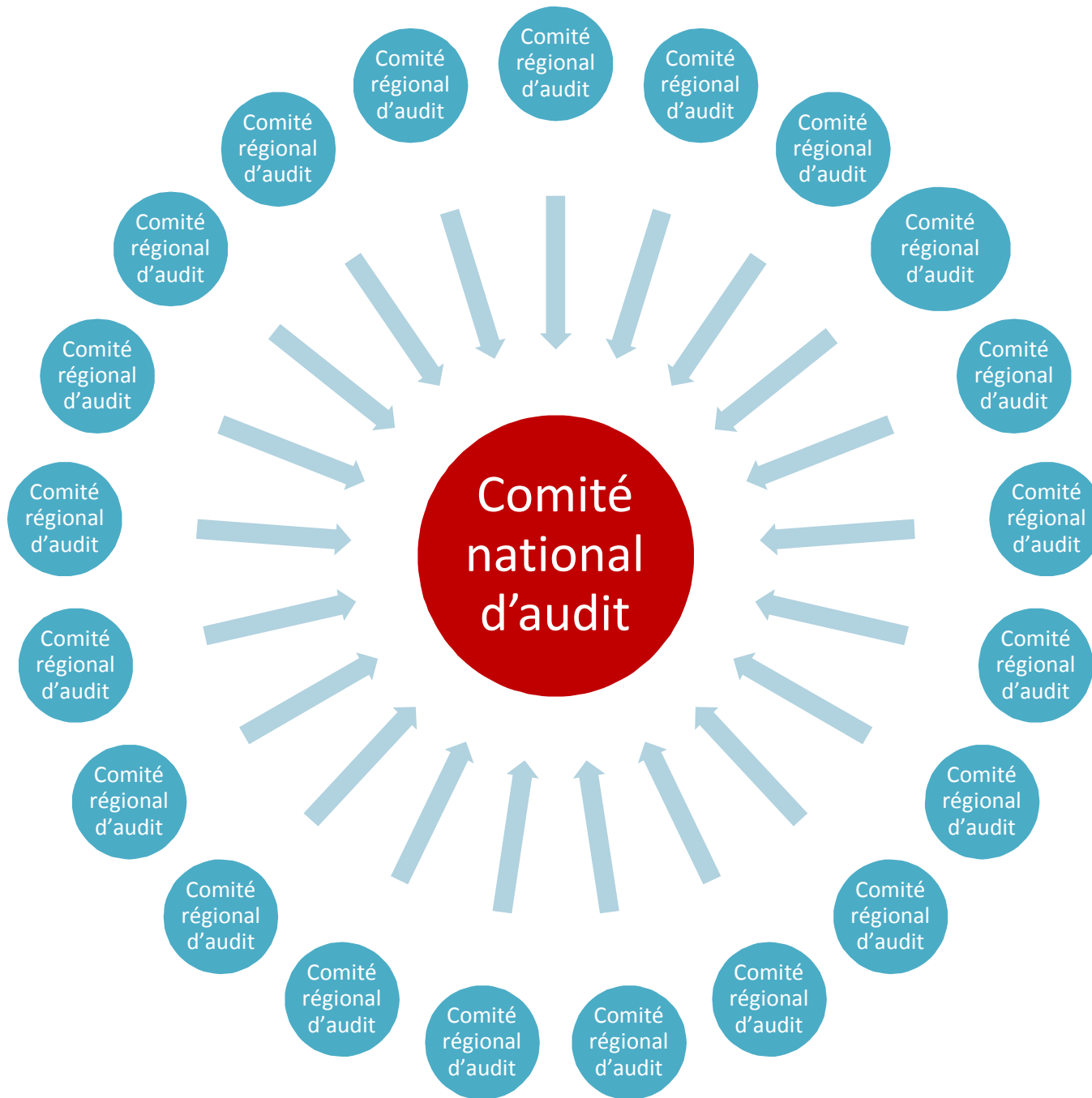
” INVESTIGATION

- **Analyse** du cas,
- identification des **causes**,
- du caractère **évitable**
- et les **défaillances** dans la prise en charge ou l'organisation du Système de soins.

” Présentation et discussion du rapport au Comité Régional de Suivi,

## **4- Le Comité Régional de Suivi des décès maternels**

- **Composition** : Les autorités sanitaires régionales et les professionnels ayant eu contact avec le DC.
- **Réunion du CRS** :
  - A l'occasion de chaque DC et au moins 4 fois/ an
  - Identification des actions à entreprendre (CRS)
  - Suivi des actions
  - Evaluation des progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs



## 5- Comité national de Suivi des décès maternels

**Composition** : représentants du Ministère de la santé publique et experts en GO ; AR ; épidémiologistes...

**Attributions : le CNS**

- ” Se réuni au mois 2 fois/an
- ” Suit l'application de la stratégie nationale.
- ” Analyse de façon anonyme les rapports.
- ” Evalue la situation et recommande des actions correctrices.

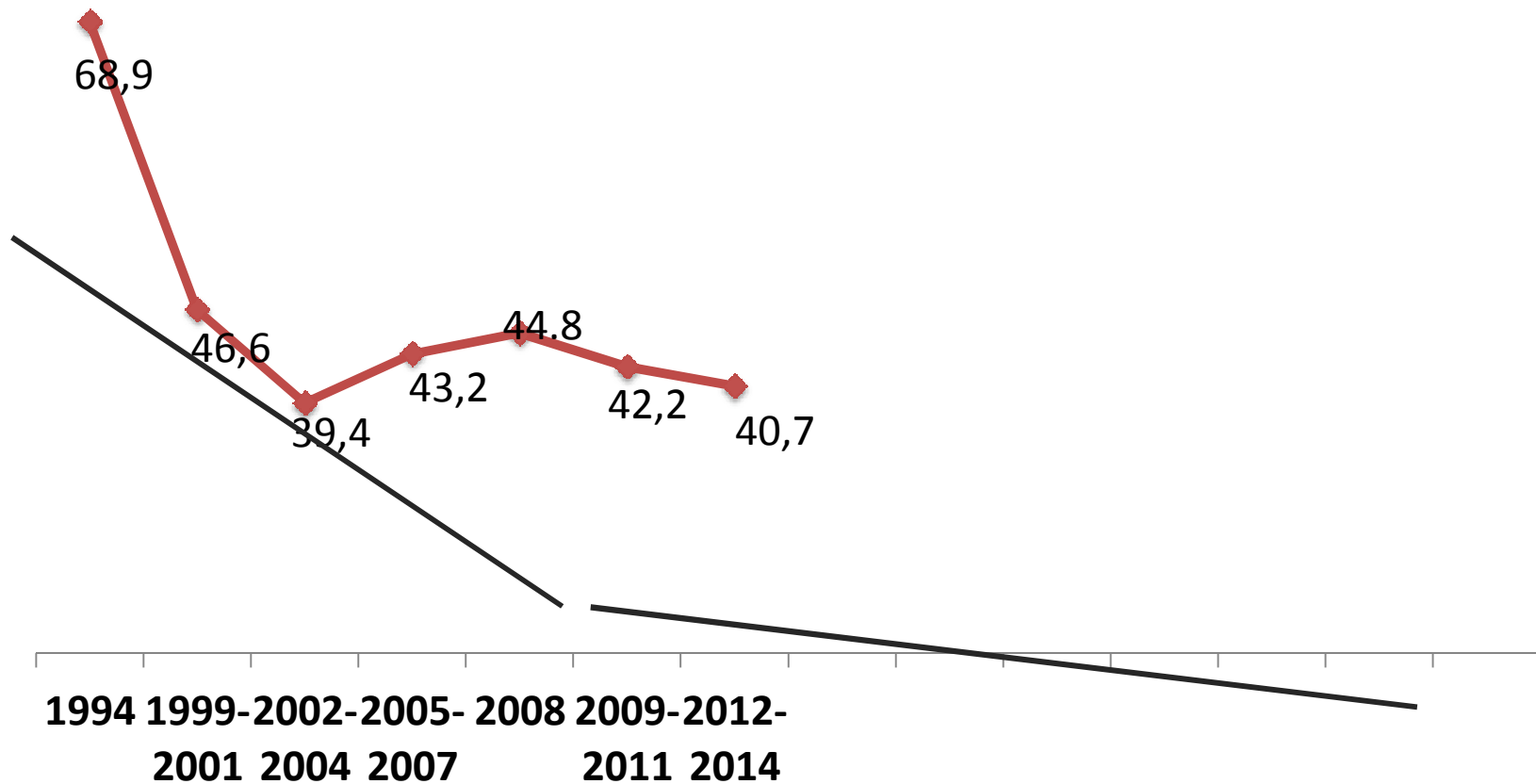


**LES RESULTATS  
/  
PERFORMANCES**

# 1. PERMET D'ESTIMER LE RMM ET SUIVRE LA TENDANCE DE LA MM

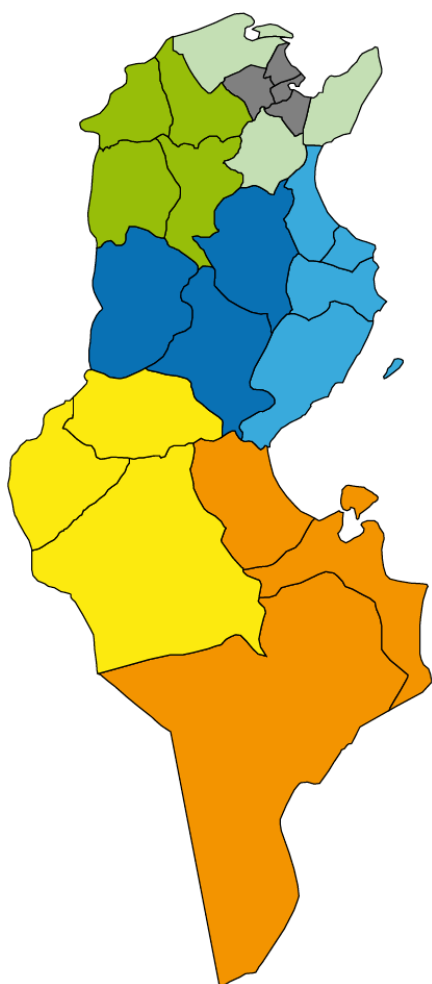
## Décès dans système public 1999-2014

Période	1999 -2001	2002 -2004	2005 -2007	2008 Enq nationale	2009 -2011	2012 -2014
Naissances vivantes	383 836	395 469	415 024	183000	581 000	603000
Décès maternels	179	156	171	82	162 déclarés 246 estimés	126 déclarés 246 estimés
RMM	46,6	39,4	41,2	44,8	42,3 estimés	40,7 estimés



**baisse rapide entre 1994 et 2000 puis un ralentissement voire stagnation**

## 2. RÉPARTITION DES DÉCÈS SELON LES RÉGIONS (%)



	1999- 2001 (n=179)	2002- 2004 (n=156)	2005- 2007 (n=171)	2008 (82)	2009- 2014 (n=196)*
<b>District de Tunis</b>	26,8	25,0	17,5	18	35
<b>Nord-est</b>	7,3	9,0	11,1	7	7,6
<b>Nord-ouest</b>	10,1	9,6	10,5	13	6,6
<b>Centre-est</b>	25,7	23,7	21,6	16	26
<b>Centre-ouest</b>	12,3	13,5	<b><u>19,9</u></b>	14	14,2
<b>Sud-est</b>	11,7	12,2	9,9	4	4,5
<b>Sud-ouest</b>	6,2	7,0	<b><u>9,4</u></b>	10	4

\*DC dans les structures de santé non domiciliées

### 3. Identifier les principales causes (%) de décès maternels

	1999-2001 (n=171)	2002-2004 (n=140)	2005-2007 (n=158)	2008 82	2009-2011 (n=105)	2012-2014 (n=91)
<b>Causes directes</b>	<b>72,5</b>	<b>67,9</b>	<b>78,5</b>	<b>67,2</b>	<b>60</b>	<b>67</b>
Hémorragies	31,0	37,9	39,7	31,7	35,2	39
Maladies hypertensives	16,4	11,4	12,7	11	9	4,5
Infections	7,6	4,3	4,4	9,8	3	7,5
Maladies thrombo-emboliques	4,7	4,3	3,8	6	13	11
<b>Causes indirectes</b>	<b>27,5</b>	<b>32,1</b>	<b>21,5</b>	<b>32,8</b>	<b>30</b>	<b>29,5</b>
Maladies CV	11,7	13,6	8,9	14,5	14	13,1

## 4. FACTEURS ASSOCIÉS ET ÉVITABILITÉ DES DÉCÈS

(%)

	1999-2001 (n=179)	2002-2004 (n=157)	2005-2007 (n=169)
Moyens matériels insuffisants (sang, médicament, etc.)	17,3	5,8	6,4
Moyens humains insuffisants (non qualifiés ou indisponibles)	11,2	1,9	2,9
Causes directes évitables	32,2	72,3	75,4
Causes indirectes évitables	13,0	22,7	42,4

## 5. RECOMMANDATIONS

1. Renforcement des RH spécialisées dans les régions reculées
2. Renforcement des RM nécessaires ( sang et dérivés, équipements médicaux, ambulances...
3. Renforcement des compétences en SONU( SF et généralistes)
4. Organisation intra services de PEC
5. Réseau de périnatalité

## 5. RECOMMANDATIONS(2)

6. Systématiser les autopsies des décès maternels
7. Renforcer la surveillance de l'accouchement et du post partum immédiat
8. Sécuriser les transferts
9. Améliorer le suivi prénatal et le dépistage des grossesses à risque élevé
10. Elaborer et diffuser des protocoles de prise en charge
11. Instaurer la culture de redevabilité



# LIMITES

## 1. Sous déclaration:

” Au niveau public

” Pas de déclaration au niveau du secteur privé et des DC à domicile

## 2. Retard des déclaration:

Selon le système la déclaration doit se faire dans la semaine, en réalité elle dépasse parfois des mois:

→ perte des données du dossier

→ mauvaise analyse du cas

# LIMITES

## **3. Les déterminants socio économiques de la MM sont très peu étudiés:**

- . l'investigation concentre sur l'analyse des dysfonctionnement du système de santé.
- . les dossiers comportent peu d'information sur la situation SE de la défunte

## **4. Difficulté ( parfois) de se prononcer sur l'évitabilité:**

C'est une notion relative entre : certainement évitable –  
possiblement évitable – non évitable...

# LIMITES

## **5. Manques de RH pour réaliser les audits et exécuter les recommandations:**

Parfois les RH spécialisées sont des étrangers ayant une formation académique différente et ne participe pas à l'investigation

## **6. Absence de mécanismes d'opérationnalisation des recommandations émises +++: → démotivation.**

## **7. Absence de culture de redevabilité:**

Problématique générale

# PERSPECTIVES ET DÉFIS

Devant le ralentissement de la réduction de la MM et la non réalisation des OMDs, une réflexion nationale a été menée en 2013-2014 qui a conclu à l'obligation du renforcement du SSDM:

- “ Renforcement de notification et de déclaration dans le secteur public et son extension au secteur privé et les Dc à domicile (registre civil).
- “ Analyse des déterminants SE des DC mat
- “ Etude des Near miss

# PERSPECTIVES ET DÉFIS

“ Amélioration de la qualité de l’investigation ( qualité des données, formation des investigateurs...).

“ Mise en place d’un mécanisme de suivi des recommandations.

“ Mise en place des mécanismes de redevabilité

Merci!

