

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



MINISTÈRE DE LA SANTÉ

GUIDE NATIONAL

SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS, PERINATALS ET RIPOSTE « SDMPR »



Edition 2019

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	4
REMERCIEMENTS	5
LISTES D'ABRÉVIATIONS SIGLES	7
RÉSUMÉ	10
INTRODUCTION	11
1.2. But et objectifs de la surveillance des décès maternels, périnataux et riposte.....	13
1.3. Aperçu de la surveillance des décès maternel, périnataux et de la riposte.	
II. Identification et Notification des décès maternels et périnataux	17
2.1. Identification des cas de décès maternel et périnatal	
2.1.1. Définitions des cas de décès maternel.	
2.1.2. Définitions des cas de décès périnatal :	
2.2. Notification des cas de décès maternel et périnatal.....	19
2.2.1. Méthodes de notification	
2.2.2. Utilisation de la triangulation pour éviter la duplication	
2.2.3. Systèmes de surveillance de grossesse	
2.2.4. Chaîne de notification des décès maternels et décès périnataux	
2.2.5. Etapes d'identification et notification de décès maternel et périnataux	
B) Décès périnatal	21
III. Revue des décès maternels et périnataux	22
3.1. Principes	
3.2. Types des revues.....	23
3.3. Organisation de la revue.....	24
3.3.1. Cycle de la revue	
IV. Analyse, agrégation et interprétation des données	26
4.1. Analyse des données	
4.2. Plan d'analyse et des indicateurs	
4.3. Analyse descriptive.....	28
4.4. Analyse des causes et facteurs favorisants.	
4.4.1. Causes et facteurs favorisants des décès maternels	
4.5. Interprétation.....	32
V. Riposte	33
5.1. Niveaux d'action de riposte.....	34
5.2. Temps de riposte (immédiate, périodique et annuelle)	
5.3. Facteurs liés aux actions de riposte.....	35
5.4. Principes directeurs de riposte	
5.4.1. Interventions basées sur les évidences.....	36
5.4.2. Actions à base communautaire à mener contre les facteurs évitables de décès maternels et périnataux.....	39
5.4.3. Priorisation de la riposte	
5.4.4. Rôle du coordonnateur de la riposte.....	40
5.4.5. Plaidoyer	
VI. Diffusion des résultats, recommandations et ripostes	41
6.1. Circuit de transmission des rapports	
6.2. Principes de dissémination des résultats et des recommandations	



6.3. A qui transmettre les résultats	
6.4. Méthodes de diffusion.....	42
VII. Suivi et évaluation du système de la SDMPR.....	43
7.1. Identification des objectifs et indicateurs	
7.1.2. Sélectionner les données pour les indicateurs.....	48
7.2. Suivi de la qualité des activités de SDM PR au niveau de la ZS	
7.1.3. Vérifier la disponibilité des sources des données	
7.3. Suivi de l'identification et notification des décès maternels et périnataux.	
7.3.1. Identifier les problèmes et prendre des mesures en conséquence	
7.3.2. Transmettre aux niveaux supérieurs des informations sur la promptitude et la complétude des notifications.....	49
7.4. Supervision des activités de la SDMPR	
7.4.1. Préparer la description des tâches pour le personnel de SDMPR	
7.4.2. Préparer un plan de supervision	
7.4.3. Utiliser une liste de contrôle ou de vérification (check-list) pour la supervision	
7.4.4. Effectuer les visites de supervision.....	51
7.4.5. Rédiger un rapport de supervision	
7.4.6. Profiter des visites de supervision pour améliorer les activités de surveillance dans la ZS	
7.5. Evaluation de la performance du système de SDMPR	
7.6. Considérations éthiques de la SDMPR.....	52

PRÉFACE

La vulnérabilité de la mère et du nouveau-né qui se traduit par des taux élevés de mortalité, requiert une attention particulière et des stratégies efficaces dont le système de surveillance de décès maternels et périnataux pour une riposte appropriée afin de garantir la survie du couple mère-enfant dans la vision des objectifs de développement durable.

En effet, le renforcement de la surveillance des décès maternels, périnataux et riposte contribue au renforcement du système de Santé conformément aux orientations du Plan National de Développement Sanitaire recadré 2019-2022 qui priorise, dans son premier axe, le paquet d'interventions en faveur de la santé de la reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA) dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

Pour matérialiser la mise en œuvre de ce plan, les différentes structures du secteur ont été mobilisées à produire les instruments nécessaires et agir en vue de générer une offre des services et soins de qualité en réponse aux besoins exprimés par la population.

Ce guide de surveillance des décès maternels, périnataux et riposte (SDMPR) s'inscrit dans la logique de recherche de qualité. Il arrive à point nommé pour enrichir le système national de surveillance des maladies à potentiel épidémique et problèmes de santé dont la lutte constitue une priorité diagonale du Gouvernement dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la vie des populations.

Je félicite tous les acteurs impliqués dans l'éla

boration de ce document, en l'occurrence les experts du Ministère de la Santé, les Partenaires techniques et financiers ainsi que les organisations savantes intéressées à la question de la survie de la mère et de l'enfant qui se sont dépensés pour produire un guide adapté au contexte de la république Démocratique du Congo (RDC).

Mon vœu est de voir ce guide devenir le support de travail d'analyse des causes et circonstances des décès des mères et des nouveau-nés. Cela permettra d'adapter les interventions en faveur de la santé maternelle et périnatale en vue de contribuer de manière substantielle à la prise en charge des problèmes à la base des décès des mères et nouveaux nés.

J'exhorte tous les intervenants à se mobiliser pour une large diffusion de ce guide pratique partout où le besoin se fait sentir pour le plus grand bien du couple mère et enfant en RDC.

Le Ministre de la Santé

REMERCIEMENTS

Le présent guide de surveillance des décès maternels, périnataux et riposte est une des réponses du secteur santé pour fournir les informations qui orientent efficacement les actions contribuant à l'amélioration de la santé du couple mère-enfant.

Nous saisissons cette opportunité pour adresser au nom du Ministère de la Santé nos sincères remerciements aux partenaires techniques et financiers qui appuient nos efforts dans la mise en œuvre de la politique sanitaire du pays en matière de la SRMNEA au niveau du système de santé y compris la communauté.

Nous saluons leur appui, à l'élaboration de cet outil pour l'amélioration de la qualité des soins basées sur des évidences ; en vue de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et périnatale sur toute l'étendue du territoire national.

Nos remerciements s'adressent aussi aux nombreux experts nationaux et internationaux qui ont

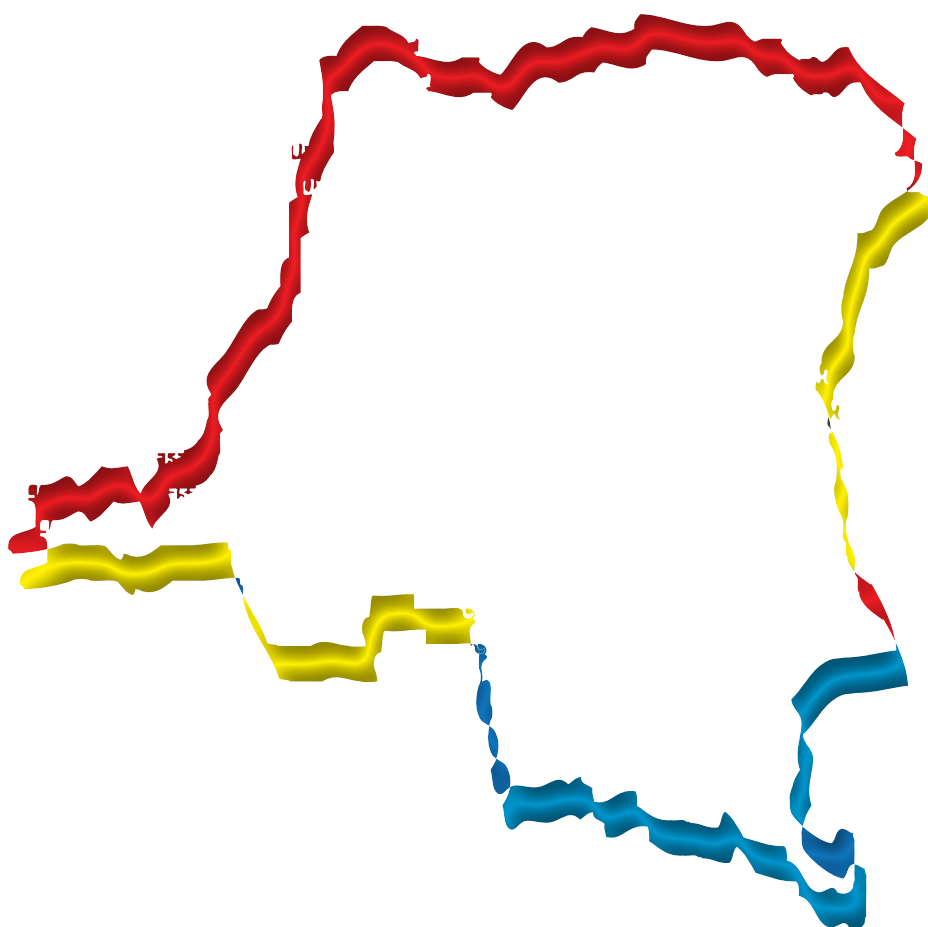
apporté leurs précieux aux efforts pour produire cet outil.

A tous ceux qui ont apporté leurs contributions de près comme de loin, qu'ils trouvent ici également l'expression de notre profonde gratitude.

Le Secrétaire Général à la Santé

Dr. YUMA RAMAZANI Sylvain

GUIDE NATIONAL



SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS,
PERINATALS ET RIPOSTE « **SDMPR** »



LISTES D'ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AC	: Animateur Communautaire
AS	: Aire de Santé
BCZS	: Bureau Central de la Zone de Santé
CAC	: Cellule à Animation Communautaire
CB-AT	: Chef de Bureau Appui Technique
CB-IS	: Chef de Bureau Information Sanitaire
CD	: Chef de Division
CPN	: Consultation Prénatale
CPoN	: Consultation Post-Natale
CS	: Centre de Santé
DGLM	: Direction Général de Lutte contre les Maladies
DHIS-2	: District Health Informatique System (version 2)
DPS	: Division Provinciale de la Santé
DSFGS	: Direction de la santé de la famille et de groupe spécifiques
ECZS	: Equipe cadre de la Zone de Santé
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ELSS	: Etat de Lieu du Secteur Santé
FOSA	: Formation Sanitaire
HGR	: Hôpital Général de Référence
ICD-10	: International Classification of Diseases (Classification Internationale des Maladies)
IS	: Infirmier Superviseur
IT	: Infirmier Titulaire
MAPEPI	: Maladies à Potentiel Epidémique
MCP-SR	: Médecin Coordonnateur Provincial du programme Santé de la Reproduction
MCZ	: Médecin Chef de Zone
MICS	: Multiple Indicators Clusters Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MIILDA	: Moustiquaire Imprégné d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MMR	: Maternité à Moindre Risque
NTIC	: Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PF	: Planification Familiale
PNHF	: Programme National de l'Hygiène aux Frontières
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
POE	: Point d'Entrée
PPN	: Petit Poids de naissance
PTF	: Partenaire Technique et Financier



PVV	: Personne Vivant avec le VIH
RDC	: République Démocratique du Congo
RDM	: Revue des Décès Maternels
RECO	: Relais Communautaire
RSI	: Règlement sanitaire International
SDMPR	: Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte
SENN	: Soins Essentiels au Nouveau-Né
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Humaine Acquis
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SRMNEA	: Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent
SUNN	: Soins d'Urgence au Nouveau-Né
TETU	: Triage, Evaluation et Traitement d'Urgence
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfant
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine
ZS	: Zone de Santé



RÉSUMÉ

Ce guide de surveillance des décès maternels et périnataux et riposte est une version actualisée du guide de surveillance des décès maternels et riposte adoptée en 2011 dans le souci d'intégrer la surveillance des décès maternels dans la stratégie de Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR). Il est élaboré dans la logique de faciliter et standardiser les outils permettant de compter les décès maternels et périnataux en vue de documenter leur ampleur réelle, d'analyser les causes et les facteurs qui occasionnent la survenue de ces décès et d'ajuster les interventions visant à la réduction de leur survenue.

L'actualisation de ce guide était dictée par le souci d'élargir la surveillance des décès maternels en prenant en compte les décès néonataux conformément aux recommandations des assises de 2014 à Freetown Sierra Leone qui a recommandé l'actualisation des outils de gestion en tenant compte de la classification ICD 10 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Ce manuel intégré de la SDMPR comprend une introduction générale, un aperçu général de la surveillance des décès maternels, périnataux et riposte, l'Identification et notification des décès maternels et périnataux, l'investigation de décès maternel et périnataux, l'analyse, agrégation et interprétation des données, l'organisation, la diffusion des résultats, recommandations et riposte ainsi que le Suivi et évaluation du système de la surveillance des décès maternels, périnataux et riposte.

L'introduction générale rappelle le processus de production et d'actualisation des outils de SDMPR pour y intégrer la surveillance des décès périnataux. Ce guide fournit aux utilisateurs les informations et orientations utiles sur le cadre et le déroulement opérationnel de la surveillance et de

la riposte relatives aux décès maternels et périnataux tant dans les formations sanitaires (FOSA) que dans la communauté.

Le chapitre sur l'aperçu de la surveillance des décès maternels et de la riposte rappelle que le système de surveillance s'applique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté. Il fait appel aux mêmes fonctions ou étapes de surveillance (Identification du décès, notification du décès, revue du décès et riposte). Ce chapitre décrit la composition et le fonctionnement des comités de surveillance; des décès maternels, périnataux et riposte à tous les niveaux. Il montre le lien avec les activités de la surveillance intégrée de maladies et riposte pilotées par la Direction de Lutte contre la Maladie.

Le chapitre sur l'analyse des données et l'interprétation des résultats oriente l'identification des causes de décès maternels et périnataux, les sous-groupes à haut risque et les facteurs qui ont contribué à ces décès, évalue les données urgentes et met en exergue les problèmes de santé les plus importants en vue de prendre des mesures appropriées pour la prévention et la promotion de la santé. Le guide présente et décrit l'usage des outils d'analyse des données qui peut se faire manuellement ou au moyen d'un système informatisé.

Le chapitre sur la riposte décrit le type de réponse dont on peut avoir besoin pour résoudre les problèmes identifiés par la surveillance des décès maternels et périnataux. Il présente les critères qui peuvent être utilisés pour établir les priorités sur les décisions pour action. Il fournit les indications utiles sur les niveaux d'action et le temps de riposte.

Le chapitre sur la diffusion des résultats et des recommandations présente les principes à observer

et les circuits de transmission des résultats. Il rappelle que le principe général est de transmettre les messages clés à ceux qui peuvent utiliser les résultats et faire une réelle différence pour sauver des vies ainsi que les méthodes usuelles pour la dissémination des résultats.

Le chapitre sur le suivi et évaluation du système de la SDMPR décrit les indicateurs de suivi de performances et de la qualité des activités de surveillance au niveau de la ZS ainsi que les mesures visant à améliorer la surveillance et la riposte. Le suivi et l'évaluation de la surveillance des décès maternels et périnataux est assuré dans le cadre existant du système de santé à tous les niveaux. Ce chapitre décrit comment, le personnel de santé responsable de la surveillance passe en revue et analyse les données notifiées pour évaluer la promptitude de la notification des décès, la qualité des investigations et de la riposte.

Le guide présente en annexe les outils opération-

nels de notification des cas de décès maternels et périnataux dans la communauté et dans les formations sanitaires. Il est accompagné d'un manuel de remplissage qui facilite leur utilisation.

I. INTRODUCTION

1.1. Historique et processus d'actualisation

Il y a dix-neuf ans, le Ministère de la Santé de la République Démocratique du Congo a adopté la stratégie de Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR), visant à développer et mettre en œuvre le système intégré de surveillance des maladies et de riposte.

Les progrès réalisés dans la mise en œuvre de ce système de surveillance ont été remarquables. Entre 2000 et 2010, l'émergence de nouvelles maladies et affections ainsi que la survenue de nouveaux événements de santé publique notamment les décès maternels et périnataux, ont rendu nécessaire la révision des recommandations en matière de surveillance et riposte, pour les adapter à l'évolution des priorités sanitaires. Notons que seul l'aspect de la surveillance des décès maternels était pris en compte sans surveillance des décès néonataux.

La surveillance des décès maternels autrefois nommés audits de décès maternels, a permis au Ministère de la Santé, à travers le PNSR de déterminer les causes majeures de décès en 2005 à savoir : les hémorragies (47,9%), les avortements (17% chez les adolescentes), l'anémie (16%), les infections (12%) et l'éclampsie (8%). Ces données ont été confirmées par l'EDS 2007. Malheureusement, ce processus n'a pas, par la suite, obtenu un appui pour sa pérennisation et sa mise à l'échelle sur tout le territoire national. Pourtant, la surveillance épidémiologique et la revue des décès maternels et périnataux sont indispensables dans l'information sanitaire et l'amélioration de la qualité des services de santé maternelle et néonatale. En effet, les résultats des états des lieux sur les Soins Obstétricaux et néonataux d'Urgence (SONU) réalisés par le PNSR avec l'appui de l'ini-

tiative H4+ en 2010, ont montré que les audits des décès maternels étaient réalisés de manière non régulière ou non systématique dans les zones de santé et souvent non suivis des actions correctrices appropriées.

Par ailleurs, sa connotation policière, répressive et punitive à l'égard des prestataires de soins, a poussé ces derniers à développer des attitudes et pratiques de contournement qui ont entraîné la sous notification des décès maternels voire l'abandon de ces audits.

En 2014 à Freetown en Sierra Leone, la revue de l'initiative H4+ a attiré l'attention des pays sur les décès maternels et a recommandé ce qui suit :

- o Elaborer un plan opérationnel pays pour la redynamisation de la surveillance des décès maternels ;
- o Développer/actualiser les outils de gestion en tenant compte des recommandations de l'OMS (Classification ICD 10) afin de rendre les rapports des pays harmonisables sur le plan international ;
- o Mettre en place des comités pays
- o Vulgariser les outils actualisés/élaborés ;
- o Produire chaque année, un rapport de surveillance des décès maternels et riposte.

Pour répondre aux recommandations ci-haut citées, le Ministère de la Santé, avec l'appui technique et financier de l'initiative H4+, avait organisé en octobre 2014 à Kola (Mbanza-Ngungu), un atelier de production et d'actualisation des outils de SDMR, à l'issue duquel 5 outils ont été produits, à savoir : le guide de la SDMR, le manuel de remplis-

sage, les fiches de notification des décès maternels aux niveaux des formations sanitaires (FOSA) et de la communauté, la fiche d'autopsie verbale et la fiche de revue de décès maternels.

Selon le rapport SDMR/RDC-2017, la mortalité maternelle reste toujours élevée. Les causes directes de cette mortalité estimées sont à 89%, est dominées par les hémorragies (47%), l'éclampsie/prééclampsie (9%), la rupture utérine (8%), les infections sévères (3%) et les complications d'avortement (2%). Les causes indirectes sont l'anémie (9%) et le paludisme (2%). Cette mortalité est plus élevée pendant l'accouchement et en période du post partum où l'on enregistre également une proportion importante des décès de nouveau-nés.

C'est pourquoi il est nécessaire d'actualiser la SDMR en y intégrant les aspects de surveillance des décès périnataux car il a été constaté qu'il ya trois décès périnataux pour un décès maternel. En effet, le ratio de mortalité néonatale reste élevée même si elle a évolué de 42 pour 1000 naissances vivantes à 28 pour 1000 naissances vivantes (EDS 2007, EDS 2013 - 2014). Les trois principales causes responsables de plus de 80 % de ces décès néonataux en RDC sont : les complications de la prématurité, l'asphyxie et le sepsis néonatal.

Ce guide intégré de la SDMPR fournit aux utilisateurs les informations et orientations utiles sur le cadre et le déroulement opérationnel de la surveillance et de la riposte relatives aux décès maternels et périnataux tant dans les FOSA que dans la communauté. Il s'adresse aux décideurs, régulateurs, partenaires techniques et financiers, organisations non gouvernementales, associations professionnelles, sociétés savantes, société civile, communauté et prestataires intervenants dans le domaine de la SRMNEA en géné-

ral et dans la SDMPR en particulier.

1.2. But et objectifs de la surveillance des décès maternels, périnataux et riposte.

But : Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale d'ici 2030.

Objectif général

Contribuer à l'amélioration des services des soins de santé maternels et néonataux à travers la surveillance.

Objectifs spécifiques

- Collecter les données sur tous les décès maternels et périnataux ;
- Analyser les données collectées ;
- Diffuser les informations ;
- Organiser la riposte ;
- Formuler les recommandations en fonction des résultats obtenus de la revue ;
- Orienter les ressources aux interventions qui répondront aux besoins réels identifiés.

1.3. Aperçu de la surveillance des décès maternels, périnataux et de la riposte.

La surveillance et la riposte des décès maternels et périnataux est un cycle continu qui consiste à collecter les données en rapport avec ces cibles, les analyser, les interpréter, ainsi que les diffuser pour une prise de décision par le responsable en ce qui concerne la réponse spécifique à apporter aux besoins ou problèmes identifiés.

Le Ministère de la Santé à travers le PNSR, le PNIRA et la DSFGS, entrevoit un système de surveillance

des décès maternels et périnataux intégré dans la SIMR qui s'applique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté. Le Cycle de la SDMPR à l'instar des autres événements ou maladies sous surveillance fait appel aux mêmes fonctions ou étapes (identification du

décès, notification du décès, revue du décès et riposte) tel que décrit par la figure ci-dessous.

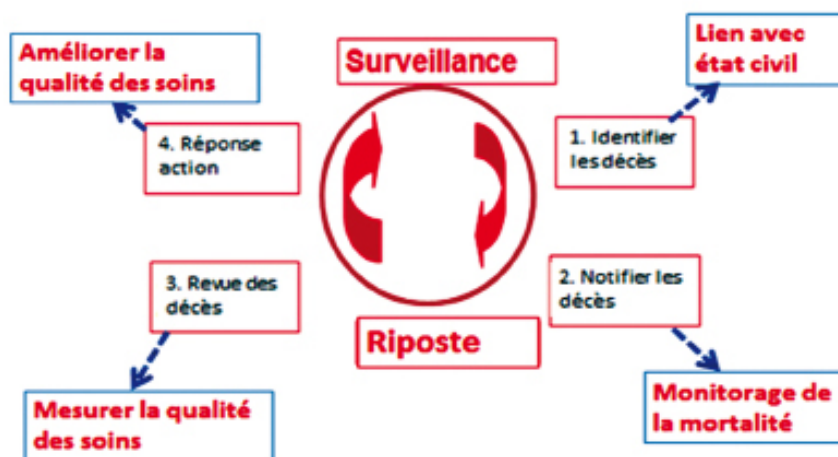


Figure 1: Cycle de surveillance de la mortalité maternelle et périnatale en RDC.

Dans le cadre de cette intégration, le système de la SIMR servira aussi pour la surveillance et riposte des décès maternels et périnataux. Un Comité de la SDMPR sera mis en place à tous les niveaux comme illustré dans la figure ci-dessous.

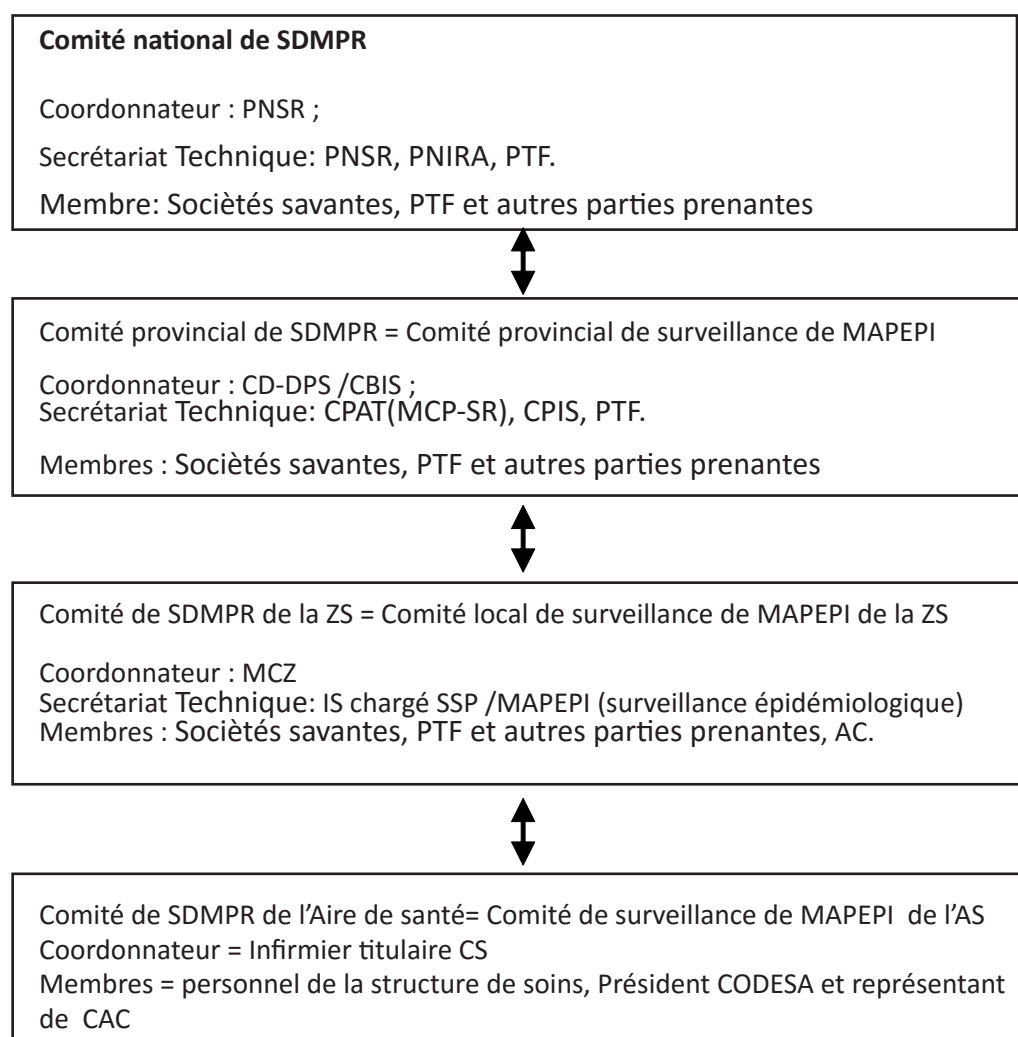


Figure 2 : Organisation des comités SDMPR à tous les niveaux



Le comité national de la SDMPR est présidé d'une façon rotatoire, par une autorité morale et assisté par un membre des parties prenantes (PNSR, PTF, Société civile et autres secteurs). Le secrétariat permanent est assuré par le PNSR. Ce comité est un sous-groupe de la commission DGLM. A ce titre, il fait rapport de ses activités aux réunions hebdomadaires de surveillance épidémiologiques qui se tiennent à la DGLM.

La SDMPR nécessite une collaboration intra sectorielle et intersectorielle.

☐ **Collaboration intra sectorielle** : Une collaboration étroite au sein du Ministère de la Santé devra être forte et permanente.

☐ **Collaboration intersectorielle** : Avec tous les autres Ministères et la société civile. Ce comité travaillera étroitement avec l'état-civil pour faciliter le rapportage des décès survenus dans la communauté à travers le système d'enregistrement à l'état civil.

II. Identification et Notification des décès maternels et périnataux

La notification du décès à temps est essentielle si l'on veut la réussite de la SDMPR. En effet les mémoires de tels événements et leurs circonstances de survenue deviennent moins clairs avec le temps. Par ailleurs, les familles se séparent après le décès d'une mère ou d'un nouveau-né, certains informateurs clés quittent le milieu, conduisant à la perte d'informations capitales sur les causes de décès maternels et néonataux.

A cause de leur importance, la RDC a fait du décès maternel et du décès périnatal des événements à déclaration obligatoire et une priorité nationale.

2.1. Identification des cas de décès maternel et périnatal.

L'identification des cas de décès maternels et périnataux consiste à utiliser les définitions standards des cas pour reconnaître les décès maternels et périnataux dans les FOSA et communauté.

2.1.1. Définitions des cas de décès maternel.

Cas suspect (=définition communautaire): toute femme en âge de procréer décédée avant, pendant ou après l'accouchement.

Cas confirmé : décès d'une femme pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse quel que soit le site ou l'âge de grossesse, de toute cause liée à/ou aggravée par la grossesse ou sa gestion, mais pas de cause accidentelle ou incidente confirmé par la revue ou l'autopsie verbale, y compris les décès liés aux avortements.

2.1.2. Définitions des cas de décès périnatal :

Cas suspect : tout décès d'un fœtus ou d'un nouveau-né au cours de la grossesse, pendant le travail, l'accouchement et après l'accouchement.

Cas confirmé :

- Décès périnatal : tout décès d'un fœtus en âge de viabilité (à partir de 28 semaines de gestation) et d'un nouveau-né jusqu'au jour 7 de naissance.

- Décès périnatal par extension : tout décès d'un fœtus en âge de viabilité (à partir de 28 semaines de gestation) et d'un nouveau-né jusqu'au 28ème jour de naissance(OMS 2017, chaque enfant compte).

Cette définition inclut plusieurs notions :

- Mortinatalité ou mortalité intra-utérine : tout décès d'un fœtus entre la 28ème semaine de gestation et la naissance ou encore naissance d'un nouveau-né sans vie.

- Décès néonatal : tout décès de nouveau-né survenu entre 0 et 28 jours de vie révolus.

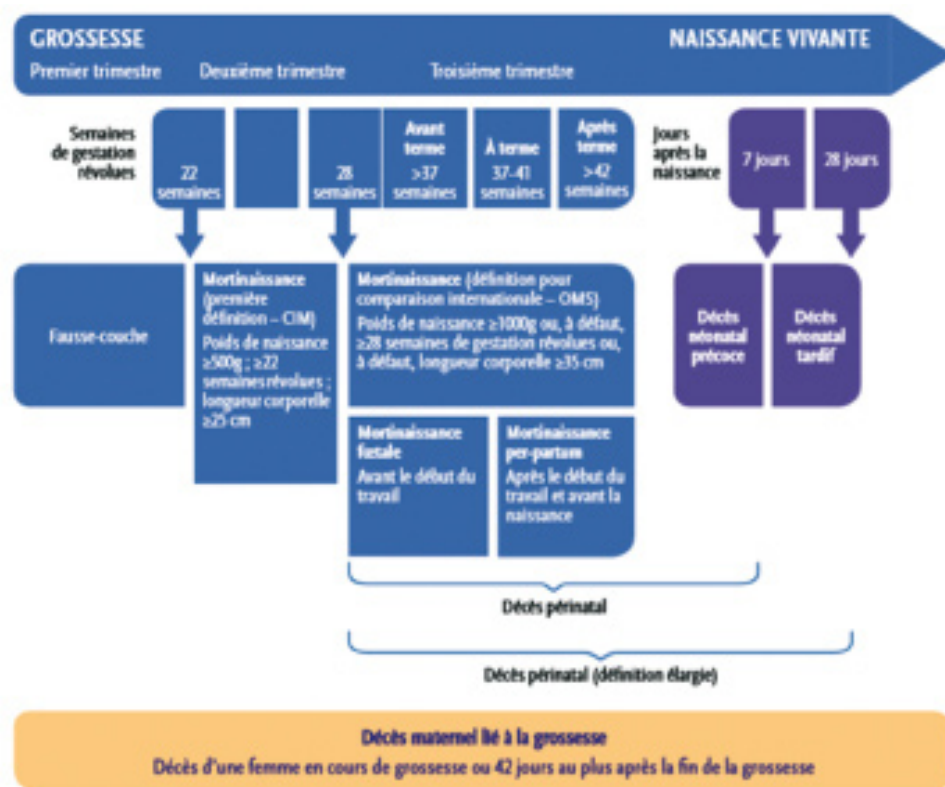
- Décès de moins de 24H(moins d'1 jour): décès survenu de l'accouchement jusqu'à 24 heures

- Décès néonatal précoce : décès survenu entre 1 et 7 jours de vie révolus.

- Décès néonatal tardif : décès survenu entre 8 et 28 jours de vie révolus.

N.B : L'évaluation de l'apparence de la peau est souvent utilisée pour estimer le moment de la mortinaissance. Les signes de macération de la peau commencent 6 heures environ après le décès fœtal ; une peau d'apparence « fraîche » est utilisée comme une mesure pour un décès périnatal, tandis qu'un signe de « macération » sera considéré comme évoquant un décès antépartal.

La figure ci-dessous définit le moment des décès maternels et périnatals



D'après : Lawn et al., 2011 (23).

Figure 3: Définition des issues de la grossesse

2.2. Notification des cas de décès maternel et périnatal

La notification des cas de décès maternels et périnataux consiste à fournir l'information à l'échelon supérieur sur les cas suspects. Cette notification initiale devra être accompagnée d'un rapport.

2.2.1. Méthodes de notification

Les méthodes de notification des décès dépendent du niveau de développement du système d'information et de communication, selon le contexte : le téléphone, l'internet et/ou la radiophonie peuvent être utilisés.

En RDC, la préférence est mise sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication, cependant, dans les milieux reculés, la transmission de l'information peut se faire par les relais communautaires à travers un message verbal ou une correspondance.

2.2.2. Utilisation de la triangulation pour éviter la duplication

Il est important d'éviter la duplication (double notification) d'un même décès maternel ou périnatal présumés provenant de sources multiples (ex : structure de santé et communauté). Pour ce faire la notification des cas sera faite uniquement par les responsables des structures suivantes selon le lieu où se produit le cas. La triangulation des données entre différentes sources à l'aide d'identifiants personnels permet de garantir que chaque décès n'est déclaré qu'une seule fois.

2.2.3. Systèmes de surveillance de grossesse

Mettre en place un système de surveillance de grossesse implique la notification et le suivi de toutes les femmes enceintes et le rapportage des issues de leurs grossesses. Dans le milieu où toutes les grossesses sont suivies et leurs issues rapportées, tous les décès maternels et périnataux devraient être systématiquement signalés.

2.2.4. Chaîne de notification des décès maternels et décès périnataux

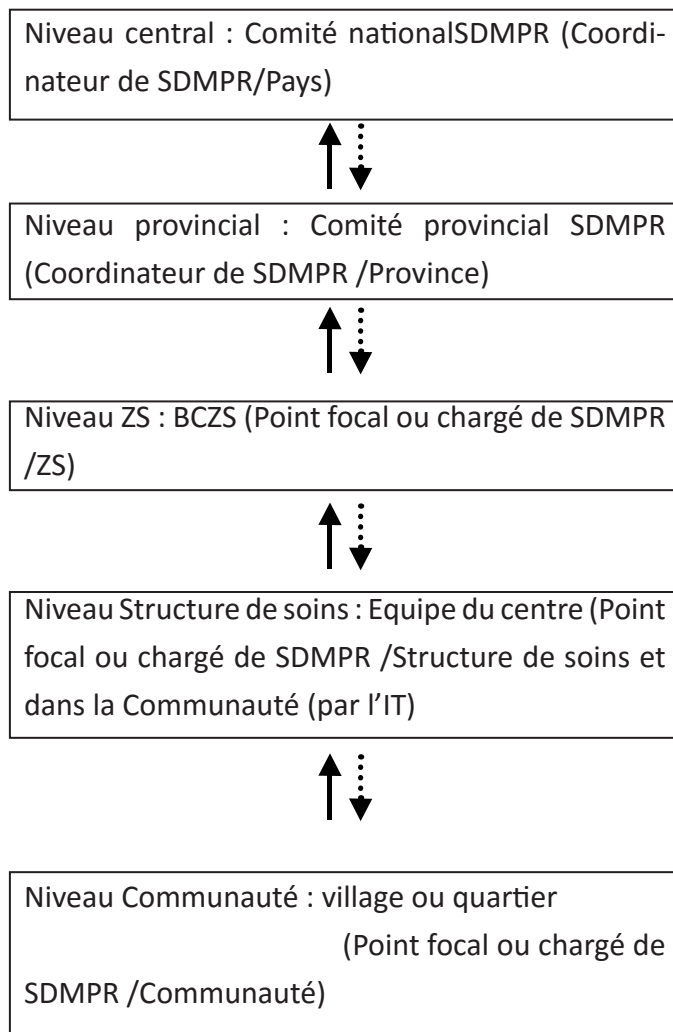


Figure 4: Chaîne de notification des décès maternels et périnataux

2.2.5. Etapes d'identification et notification de décès maternel et périnataux

A) Etapes en cas de décès maternel

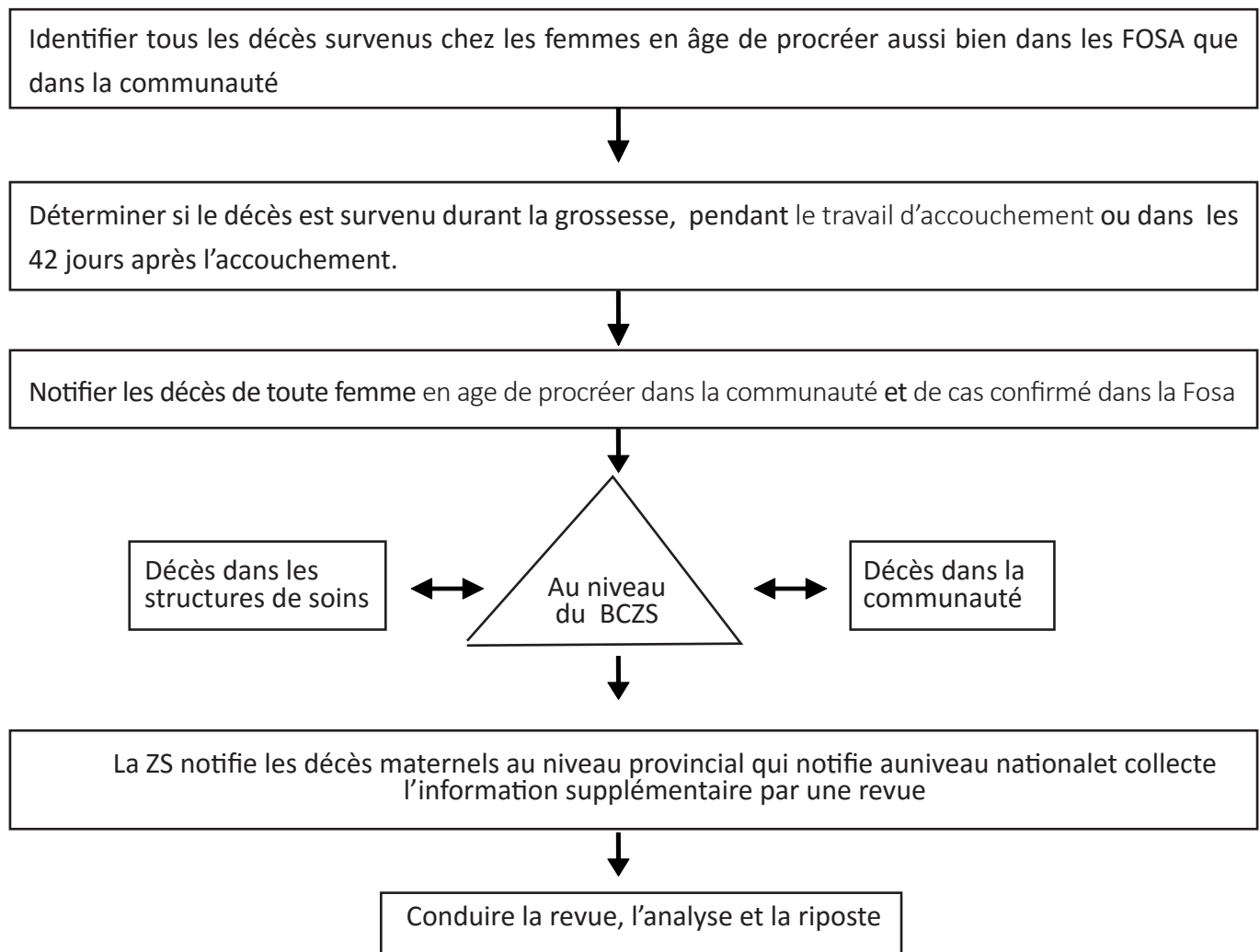


Figure 5 : Identification et notification des décès maternels.

B) Décès périnatal

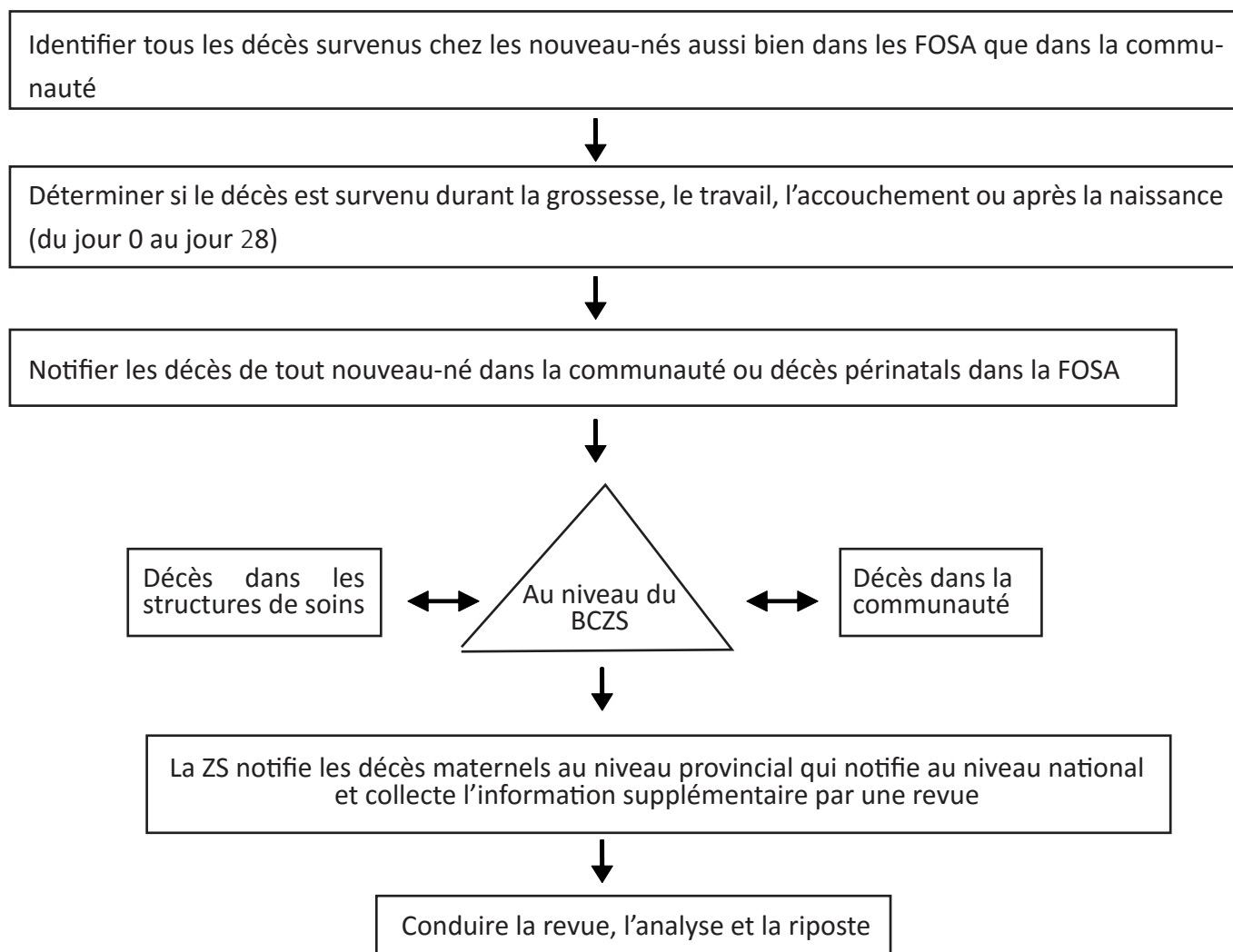


Figure 6 : Identification et notification des décès périnataux.

III. Revue des décès maternels et périnataux

La revue de décès maternel et périnatal consiste à rechercher de manière qualitative et approfondie, les informations additionnelles sur les causes et les circonstances possibles ayant entouré la survenue des décès dans les formations sanitaires et dans la communauté afin de mettre en place des stratégies de prévention.

- Un processus non punitif c-à-d « pas de blâme » ;
- La confidentialité c-à-d « pas de nom du prestataire » ;
- Les revues ne sont pas des réunions ordinaires du staff clinique.

3.1. Principes

La revue est un processus qui repose sur différents principes :

- L'engagement, la formation et la compétence dans la FOSA pour conduire le processus et respecter les recommandations ;
- La recherche d'amélioration en fonction des résultats apportés par la revue ;
- Le respect de la pratique basée sur les preuves lors de l'élaboration des standards ;

3.2. Types des revues

Tableau 1 : Types de revues,
avantages et désavantages

Type de revue et Lieu de réalisation	Définitions	Avantages	Désavantages
Autopsie verbale Communauté	Une méthode de recherche visant à élucider les causes médicales du décès et à mettre à jour les facteurs susceptibles d'avoir contribué au décès d'une femme ou d'un nouveau-né survenu en dehors d'une FOSA	• Explore les facteurs: médicaux et non médicaux • les enseignements tiennent compte de l'environnement sociale et familial de la femme.	• Causes médicale non évidentes • Les facteurs évitables identifiés sont subjectifs • Causes identifiées pas toujours en accord avec celles des certificats
Revue des cas de décès Maternels et périnataux Formation sanitaire	Une méthode de recherche approfondie sur les causes et les circonstances entourant le décès de la mère, du fœtus ou du nouveau-né.	• Donne un tableau plus complet des causes du décès • Pas onéreux • Bon apprentissage ; • Améliore la pratique professionnelle, la formation et les ressources (personnel, médicaments, matériel) • Stimule à établir des normes. • fait ressortir les insuffisances dans la prestation.	• Difficile de retracer les facteurs liés à la communauté • Difficulté d'avoir toutes les informations provenant de la population
Revue des « échappées belles » Formation sanitaire	Identification et investigation des cas de femmes enceintes ayant survécu à des complications obstétricales et des nouveau-né ayant survécu à des complications néonatales	• La patiente /mère peut être interviewée • Fournit un feedback direct	• Nécessite des outils appropriés et des définitions claires • La vérification des cas peut nécessiter l'examen d'un grand nombre de registres et dossiers.
Revue clinique basée sur les critères Formation sanitaire	Revue systématique des soins administrés par rapport à des critères précis en vue d'améliorer la qualité des soins	• Moins inquiétant pour les prestataires. • Transmet un feedback direct • Evaluation moins subjective • Fait ressortir les insuffisances dans la tenue des dossiers	• Limité à la formation sanitaire • Ne donne pas une vue d'ensemble de tous les décès maternels et périnataux • Exige d'avoir ou de préparer des séries de critères

Enquête confidentielle sur les décès maternels et périnataux Niveau National Niveau provincial	Une méthode de recherche pluridisciplinaire et anonyme portant sur la totalité ou sur un échantillon des décès maternels et décès périnataux qui permet de recenser leur nombre, leurs causes et les facteurs évitables	• Permet de formuler des recommandations plus générales • Donne une image plus complète de la mortalité maternelle et mortalité périnatale • Sert de plaidoyer pour avoir plus de moyens • Le nombre de dossier à traiter n'est pas • Permet une recherche approfondie	• Donne uniquement des renseignements sur les décès. • Ne se concentre que sur les aspects médicaux • Exige un engagement de tous les participants • Peut nécessiter beaucoup de ressources
---	---	--	--

3.3. Organisation de la revue

L'organisation des revues des décès maternels et périnataux se fait au lieu de survenue qui peut être les formations sanitaires ou la communauté (autopsie verbale). Les préalables pour l'organisation de la revue est d'identifier les participants et les invités. Ces participants sont constitués des personnes ayant suivi le cas ; les responsables de la FOSA et les membres de l'ECZS doivent également les accompagner.

3.3.1. Cycle de la revue

Classiquement une revue se déroule comme un cycle composé de différentes étapes qui se répètent jusqu'à ce que les objectifs fixés soient atteints. Ces différentes étapes sont illustrées à la figure ci-dessous.

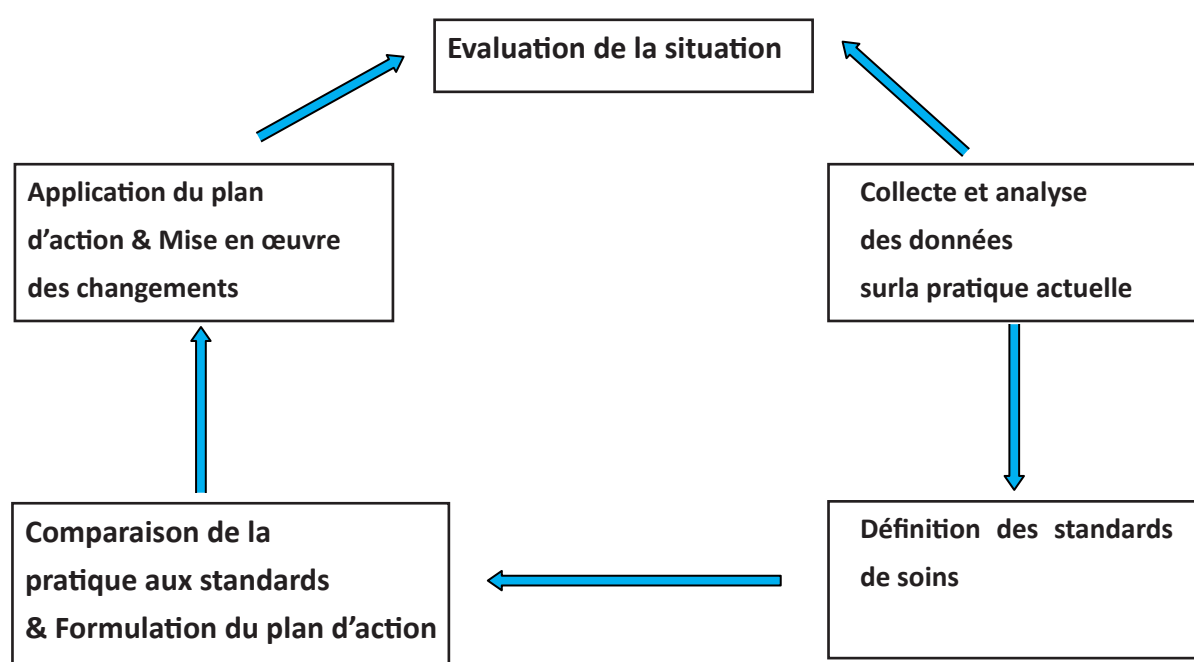


Figure 7 : Cycle de la Revue des décès maternels et périnataux.

Les données en rapport avec les revues des décès maternels et périnataux suivent le même circuit que celui des autres événements ou maladies sous surveillance en RDC. Ainsi les responsables

(comité de surveillance ou les points focaux) collectent les données et les transmettent à l'Equipe Cadre de Zone de Santé. Cette dernière compile les données et les transmet au niveau provincial qui à son tour les transmet au niveau central comme le démontre le schéma ci-dessous.

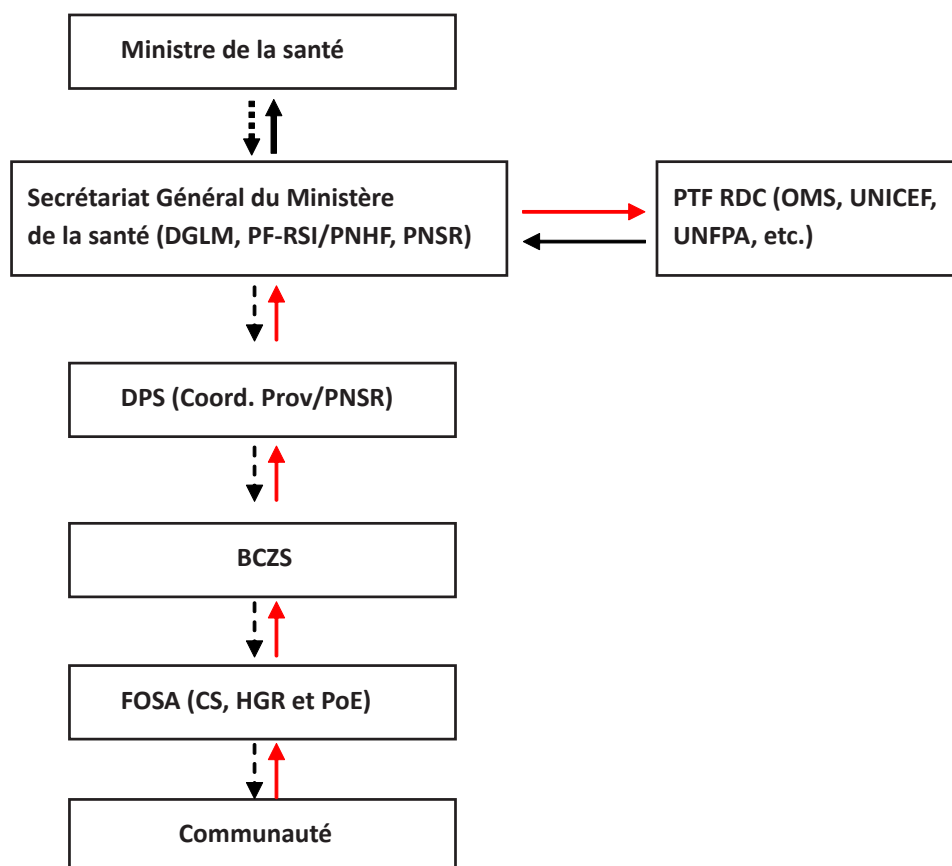


Figure 8 : Circuit de transmission des données SDMPR.

Les méthodologies de la SDMR incluent les revues dans les formations sanitaires et l'autopsie verbale dans les communautés, dépendant du lieu où le décès est survenu et la disponibilité des sources de données. Souvent, une combinaison des méthodes peut être considérée pour collecter le plus d'informations possibles.

Exemple 1 : Un décès maternel/périnatal qui est survenu dans la formation sanitaire ou durant le

transport peut être davantage investigué au niveau communautaire.

Exemple 2 : Une revue dans une structure de référence peut requérir l'investigation au niveau du CS et même au niveau communautaire pour comprendre l'histoire de la femme ou du nouveau-né et le circuit suivi.

Exemple 3 : Un décès maternel/périnatal à domicile peut être complété avec l'information des enregistrements du prestataire, par exemple, pour savoir si la femme a bénéficié des soins prénatals ou si le décès est survenu peu après la sortie de la maternité.

IV. Analyse, agrégation et interprétation des données

L'analyse des données et l'interprétation des résultats sont des composantes critiques de tout système de surveillance qui guide et oriente des mesures de santé publique appropriées pour la prévention et la promotion de la santé.

- Identifier les facteurs qui ont contribué aux décès maternels et périnataux
- Evaluer les données urgentes
- Prioriser les problèmes de santé les plus importants.

4.1. Analyse des données

Les membres de l'équipe d'analyse des données agrégées doivent bénéficier de formations pré et in-service en matière d'épidémiologie ou au minimum en matière de surveillance épidémiologique afin d'acquérir les connaissances et compétences requises. Chaque FOSA devra connaître son nombre de décès maternel, calculer les indicateurs et rapporter sur les causes des décès maternels survenus.

Cette analyse qui se fera manuellement ou mieux au moyen d'un système informatisé permettra à :

- Identifier les causes de décès maternels et périnataux, et les sous-groupes à haut risque

4.2. Plan d'analyse et des indicateurs

Le plan d'analyse aide à identifier les problèmes systémiques qui ont contribué aux décès maternels et périnataux. Il s'agit précisément d'utiliser :

- les indicateurs appropriés et faisables
- le mode de calcul et le mode de présentation des tableaux, graphiques et figure
- la note méthodologique pour la comparaison avec les valeurs attendues, les références, les données de base pour apprécier les différences apparentes.

Les indicateurs mesurent l'ampleur, la mortalité spécifique et la capacité de prévention.

Tableau 2 : Les indicateurs clés de la surveillance des décès maternels et périnataux

Indicateurs	Mode de calcul	Utilité	Rythme de reportages	Outil de collecte
Indicateurs de la surveillance des décès maternels				
Nombre de décès maternels dans les FOSA par AS	Comptage des cas confirmé des décès maternels dans les FOSA pendant une période donnée.	Evaluer la qualité de prise en charge de la femme pendant les CPN, l'accouchement et le Post partum.	Hebdomadaire	Fiches de notification, Registre d'accouchement, registre de CPoN, registre de décès maternels.
Nombre des décès maternels dans la communauté par AS	Comptage des cas confirmé des décès maternels constatés dans la communauté pendant une période donnée.	Evaluer la capacité des communautés d'orienter les femmes enceintes vers les FOSA ; Evaluer le niveau de connaissances des signes de danger auprès de la famille et de la communauté.	Hebdomadaire	Fiches de notification, Registre d'accouchement, registre de CPoN, registre de décès maternels.
Indicateurs de la surveillance des décès périnataux				
Nombre de décès périnataux dans les FOSA par AS	Comptage des cas confirmé des décès périnataux dans les FOSA pendant une période donnée.	Evaluer la qualité de prise en charge du couple mère-fœtus/nouveau-né pendant les CPN, l'accouchement et le Post partum.	Hebdomadaire	Fiches de notification, Registre d'accouchement et CPoN en attendant l'élaboration du registre de décès périnataux.
Nombre des décès périnataux dans la communauté par AS	Comptage des cas confirmé des décès périnataux constatés dans la communauté pendant une période donnée.	Evaluer la capacité des communautés d'orienter les femmes enceintes et nouveau-né vers les FOSA ; Evaluer le niveau de connaissances des signes de danger auprès de la famille et de la communauté.	Hebdomadaire	Fiches de notification, Registre d'accouchement et CPoN en attendant l'élaboration du registre de décès périnataux.

4.3. Analyse descriptive

Elle consiste en une description par individu, milieu et temps.

Exemples :

- Femmes : Groupe d'âge, parité, Gestité, âge gestationnel au moment du décès, issu de la grossesse, statut socio-économique, statut de la famille, niveau d'instruction, etc.
- Milieu de provenance : urbain, rural ou urbano-rural
- Temps : Date de décès, heure du décès, etc.
- CPN : Semaines ou mois de la grossesse quand la femme est allée la première fois aux soins prénatals, nombre de visite, catégorie de prestataire, distance de la structure, etc.
- Accouchement : Date et heure de la naissance, jour de la semaine, lieu de l'accouchement, catégories de personnel de santé, mode d'accouchement
- Source de données: Notification seule

ment, revue dans la structure, autopsie verbale

- Cause médicale du décès
- Facteurs du décès et capacité de prévention.

4.4. Analyse des causes et facteurs favorisants.

Les causes des décès maternels et des décès périnataux sont répertoriées selon la classification internationale des maladies (ICD-10). Cette classification permet :

- Un encodage plus précis des causes des décès maternels et périnataux.
- Une standardisation pour le rapportage et la publication des statistiques des décès dans le but d'une intégration des données sur le plan régional et international.

4.4.1. Causes et facteurs favorisants des décès maternels

Les causes des décès maternels sont classées en 9 groupes (ICD -10MM).

Tableau 3 : Causes des décès maternels par types et groupes selon ICD-10MM

Types des décès	Groupe des causes	Exemples des causes
I. Causes maternelles directes	1. Grossesse se terminant par un avortement	Avortement septique Grossesse ectopique Autres causes conduisant aux décès maternels après avortement



	2. Perturbations hypertensives durant la grossesse, à l'accouchement et après accouchement	Prééclampsie/Eclampsie
	3. Hémorragies obstétricales	Placenta prævia, Décollement placentaire, Atonie utérine, Rupture utérine, Rétention placentaire, Déchirure Inversion utérine, Hémorragie antépartale.
	4. Infection pendant la grossesse	Chorioamniotite, Sepsis puerpéral
	5. Autres complications obstétricales	Infections nosocomiales, Mole hydatiforme, Vomissement gravidique, Psychose puerpérale.
	6. Complications liées à la prise en charge	Anesthésique, Médicamenteuse, Chirurgicale Procédures diagnostiques /thérapeutiques.
II. Causes maternelles indirectes	7. Complications non obstétricales	Maladies cardiovasculaires (hypertension préexistante, maladie rhumatoïde, infarctus, AVC, cardiomyopathie, insuffisance cardiaque, congénitale, endocardite, etc.) Maladies endocriniennes (diabète, maladie thyroïdienne, etc.) Maladies du tractus gastro-intestinal (appendicite, pancréatite, etc.) Maladies du SNC(épilepsie, etc.) Maladies respiratoires (asthme, etc.) Maladies génito-urinaires Maladies auto-immunes Maladies musculosquelettiques (lupus érythémateux systémique, etc.) Perturbations psychiatriques Cancers(cancer du sein, cancer du col, cancer de l'ovaire, leucémie, etc.)
III. Causes maternelles non spécifiées	8. Inconnues/Indéterminées	
	9. Causes de coïncidences	Viols, accidents, agressions, traitement par herbes médicinales

Tableau 3 : Causes des décès maternels par types et groupes selon ICD-10MM

Facteurs liés au prestataire	Facteurs liés à l'administration	Facteurs liés à l'individu, la famille ou la communauté
• Prise en charge inadéquate : Mauvaise évaluation initiale de la mère • Diagnostic incorrect ou erroné, • Réanimation insuffisante • Prescription inadéquate • Retard dans l'administration du traitement. • Suivi inapproprié ou insuffisant • Soins de maternité non respectueux • Retard de décision de référence • Plan d'accouchement non discuté • Autres (à préciser)	• Retard dans la procédure d'admission • Manque/insuffisance d'agents compétent et qualifiés • Manque d'équipement, matériel et médicaments et consommables • Mauvaise communication entre les agents de santé • Manque de moyen/matériel de communication entre 2 FOSA • Manque/insuffisance d'équipement pour la transfusion sanguine • Manque de laboratoire • Référence mal organisée • Autres (à préciser)	• CPN incomplète ou non réalisée • Retard dans la reconnaissance des signes de danger • Retard dans la prise de décision de consulter • Retard de transport vers la FOSA appropriée • Grossesse trop tôt • Grossesse trop tard • Grossesses trop nombreuses • Grossesses trop rapprochées • Avortement à risque • Refus du traitement ou référence • Insuffisance de moyens financiers • Tabou, conviction religieuse • Automédication/produit indigène • Ignorance • Autres (à préciser)

4.4.2. Causes et facteurs favorisant des décès périnataux

En ce qui concerne les causes de décès périnataux, celles-ci sont classées en tenant compte du lien intime qui existe entre la mère et le fœtus. Ce système de classification prend en compte non seulement la cause du décès du fœtus/nouveau-né mais aussi la condition maternelle (ICD-10-PM). Ainsi donc :

Pour la cause périnatale (cf. tableau 5), on distingue :

- la période ante-partum (6groupes : A)
- la période per-partum (7 groupes : I)
- la période postpartum (11 groupes : N)

Pour la condition maternelle, on distingue 5 groupes :

- M1 : complications liées au placenta, au cordon, aux membranes.
- M2 : complications maternelles liées à la grossesse ;
- M3 : complications liées au travail et à l'accouchement

- M4 : complications médicales et chirurgicales qui pourraient être liées ou non à l'actuelle grossesse ;

- M5 : aucune condition maternelle identifiée.

En résumé, les décès périnataux sont classés selon un processus en trois étapes :

1) décès regroupés par rapport à la période (A, I, N)

2) principale cause du décès périnatal est déterminée et insérée dans le groupe correspondant au nouveau ICD-10-PM (cf. tableau 5 ci-dessous)

3) la condition maternelle principale au moment du décès périnatal est déterminée et insérée dans le groupe correspondant au nouveau ICD-10-PM.

Exemple : cas d'un nouveau-né présentant un état d'asphyxie conduisant au décès suite à une proci-dence du cordon pendant le travail.Ce décès sera classé N7 ; M1.

Tableau 5 : Causes des décès périnataux par types et groupes selon ICD-10-PM

Types des décès	Groupe des causes	Exemples des causes
I. Décès antépartal (A)	A1. Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques	Anencéphalie, Hydrocéphalie congénitale, Spina bifida, Omphalocèle, Laparochisie, Malformation cardiaque du tube digestif, Trisomie 21, etc.
	A2. Infections	Syphilis, Cytomégalo virus, Toxoplasmose, Chorioamniotite, etc.
	A3. Hypoxie antépartale	
	A4. Autres désordres antépartal spécifiques (incluant la période antépartale de l'hémorragie aux désordres hématologiques du fœtus et du nouveau-né)	Incompatibilité fœto-maternelle, Hydropsfœtal
	A5. Perturbation liée à la croissance fœtale	Retard de croissance intra-utérine, macrosomie, troubles liés à la durée de la grossesse (post mature)
	A6. Décès antépartal de causes non spécifiques	
II. Décès intrapartal (I)	I.1. Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques	
	I.2. Traumatismes liés à la naissance	
	I.3. Souffrance fœtale aigue	
	I.4. Infections	
	I.5. Autres perturbations spécifiques intrapartales (perturbations hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né)	
	I.6. Perturbations liées à la croissance fœtale	
	I.7. Décès intrapartal des causes non spécifiques	
III. Décès néonatal (N)	N1. Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques	
	N2. Perturbations liées à la croissance fœtale	
	N3. Traumatismes liés à la naissance	Extraction laborieuse de la tête, Hémorragie intracrânienne, Céphalhématome, Fractures des os, Lésions du foie/rate
	N4. Complication d'évènement intrapartale	Asphyxie perpartale
	N5. Convulsions et perturbations liées à la souffrance cérébrale	
	N6. Infections	Sepsis, Méningite, Tétanos, syphilis néonatale, Pneumonie, Infection ombilicale

	N7. perturbations respiratoires et cardiovasculaire	Maladies des membranes hyalines, Détresse respiratoire transitoire, Inhalation du liquide amniotique, Certaines maladies respiratoires chroniques (Mucoviscidose), Iléus méconial
	N8. Autres conditions néonatales: perte sanguine	Vasa praevia, Rupture du cordon, Hémorragie ombilicale, Syndrome transfuseur- transfusé, les hémorragies intracrâniennes non traumatiques, maladies hémolytiques: incompatibilité fœto-maternelles, etc. Trouble de la régulation thermique (hypothermie, hyperthermie)
	N9. Petit poids de naissance, Prématursés, Dysmaturité et Macrosomie	
	N10. Divers	
	N11. Décès néonatal des causes non spécifiques	Insuffisance rénale congénitale, Syndrome de sevrage

N.B : Les facteurs favorisant des décès périnataux sont identiques à ceux des décès maternels (Cfr tableau 4)

4.5. Interprétation

Une partie importante de la surveillance des décès maternels et périnataux est l'interprétation des données de la revue en produisant les informations stratégiques à l'intention des décideurs, de la communauté médicale, et du public.

V. Riposte

Ce point décrit le type de riposte dont on peut avoir besoin pour résoudre les problèmes identifiés par la surveillance des décès maternels et périnataux. Il présente les critères qui peuvent être utilisés pour prioriser les décisions pour action.

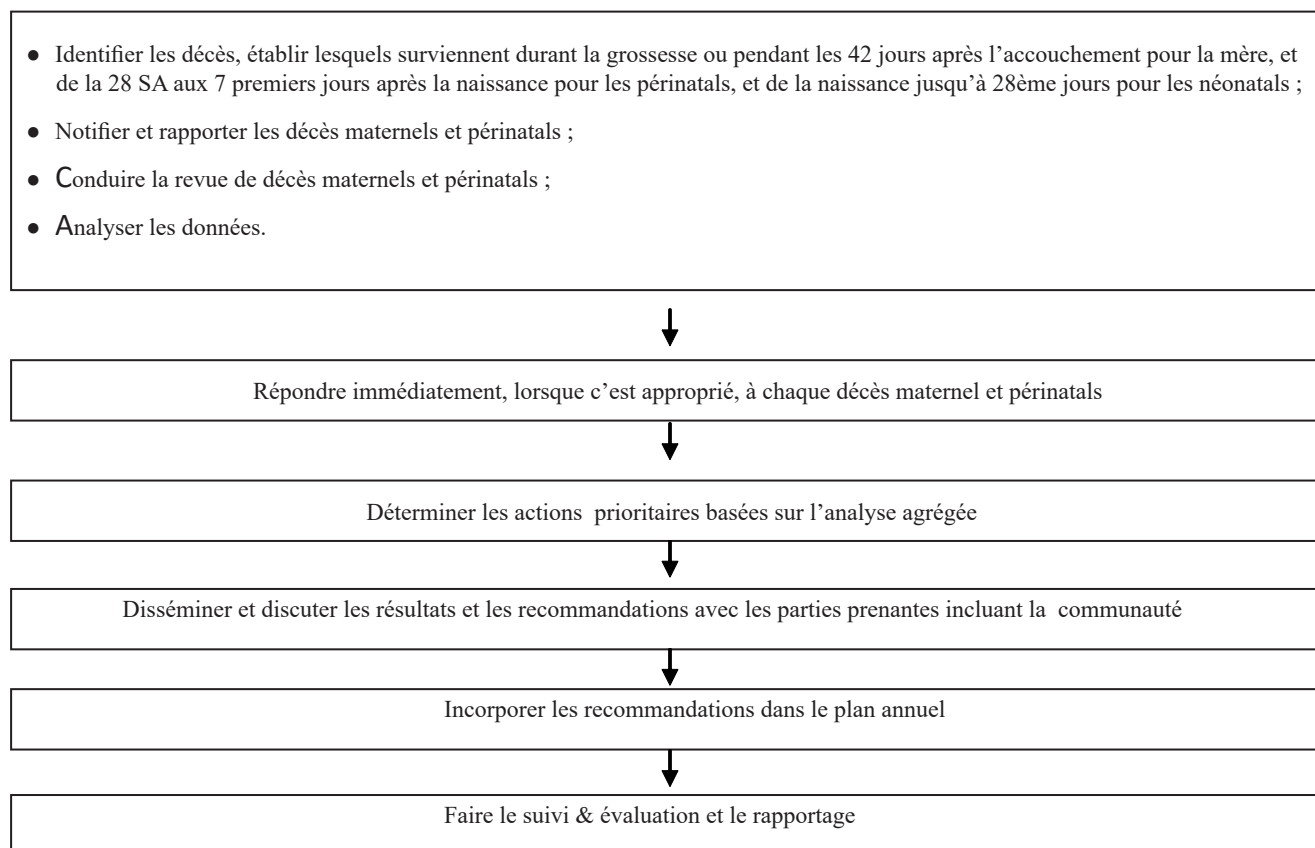


Figure 9 : Riposte dans la SDMPR.

5.1. Niveaux d'action de riposte

1. La communauté
2. L'offre des services
3. Les systèmes (santé et autres secteurs)

5.2. Temps de riposte (immédiate, périodique et annuelle)

Riposte immédiate
Temps : proche à chaque décès maternel et périnatal (dans le 24 h pour le FOSA et 48h dans la communauté.) Résultat: Les gaps sont identifiés Observations : ☐ Décès dans la structure de soins : Ces décès maternels et périnataux indiquent souvent au moins une action pour améliorer la qualité des soins (concernant la suffisance en nombre et en composition du staff, en connaissances et compétences de chacun, suffisance en infrastructure et en matériel, en équipement et produits). ☐ Décès dans la communauté : Ces décès peuvent également conduire à l'identification de quelques actions à mettre en œuvre rapidement (promotion de la santé, changement des pratiques à domicile, amélioration des infrastructures tel que les routes, ponts, technologies de communication etc).
Riposte périodique
Temps : Revues mensuelles, trimestrielles, ou semestrielles des données agrégées. NB : La fréquence dépend du nombre de décès. Résultat : Les problèmes particuliers contribuant aux décès maternels et périnataux ou encore les aires géographiques particulières d'où surviennent ces problèmes en plus grand nombres sont identifiés Observations : ☐ Ces résultats devront aboutir à une approche plus compréhensive s'adressant au problème concernant plusieurs structures de soins ou communautés. ☐ Là où les aires à haut risque sont identifiées, la discussion avec les communautés devra être une priorité pour trouver les solutions. ☐ Cette revue devra prendre place aux plus grandes structures de soins et au niveau de la ZS où un comité SDMPR est établi pour cette fin.
Riposte annuelle

Temps : Revues annuelles des données agrégées.

Résultat : Recommandations sur la santé maternelle et périnatale incorporées dans un plan annuel.

Observations :

A. Au niveau de la structure de soins, la riposte

☐ Est définie sur base de la mortalité maternelle et périnatale annuelle ;

☐ Est évaluée dans les plus grandes structures de soins où les décès maternels et périnataux peuvent être multiples.

B. Au niveau de la Zone de Santé, la riposte consiste à :

☐ Incorporer dans le rapport de la ZS les résultats de l'analyse des données et des recommandations agrégées des revues ;

☐ Disséminer et discuter le rapport avec les parties prenantes, incluant celles de la communauté ;

☐ Lister les actions prioritaires à intégrer dans le plan annuel de la ZS.

C. Au niveau provincial

Même procédure qu'au niveau la ZS mais ici on prendra en compte toutes les ZS de la province (DPS) pour produire un rapport provincial. Ce dernier permettra d'inscrire les actions prioritaires de la santé maternelle et périnatale dans le plan annuel provincial.

D. Au niveau national

Même procédure qu'au niveau provincial mais ici toutes les provinces (DPS) seront prises en compte pour produire un rapport national. Ce dernier permettra d'inscrire les actions prioritaires dans la santé maternelle et périnatale dans le plan annuel national.

N.B : Les actions de riposte n'ont pas besoin d'attendre les données agrégées pour démarrer leurs mises en œuvre.

5.3. Facteurs liés aux actions de riposte

Tableau 6 : Facteurs de succès et d'échec liés aux actions de riposte.

Facteurs de succès	Facteurs d'échec
Action : - acceptable culturellement - spécifique au problème identifié - intersectorielle - confidentielle - participative de toutes les parties prenantes impliquées	Action avec : - Faible ou manque de ressources (humaines, matérielles et financières) - Non disponibilité ou insuffisance de technologies

5.4. Principes directeurs de riposte

Démarrer avec les facteurs évitables identifiés durant le déroulement de la revue :

- Utiliser des approches basées sur des évidences
- Prioriser les actions à mener (basées sur la prévalence, la faisabilité, les coûts, les ressources, la capacité du système de santé, l'impact sur la santé).
- Etablir un terme de riposte (immédiat, court, moyen ou long)
- Décider comment suivre le progrès, l'efficacité et l'impact
- Intégrer les recommandations dans les plans annuels et les paquets du système de santé
- Evaluer pour s'assurer que les recommandations sont en cours de réalisation.

5.4.1. Interventions basées sur les évidences

L'importance des interventions basées sur les évidences réside dans la capacité à prévenir

les décès maternels et périnataux. Ainsi le tableau ci-dessous reprend les interventions suivant les principales causes et leurs niveaux d'action.

Tableau 7 : Interventions basées sur les évidences dans les structures de base et de référence et dans la communauté suivant les causes fréquentes des décès maternels et périnatales (OMS 2010 et RMNCH, 2011 adapté).

Causes	Interventions dans les structures (de base ou de référence)	Intervention dans la communauté
Chez la mère 1. Hémorragie du postpartum	a) Gestion active de la troisième phase de l'accouchement: - Utéro toniques - Traction contrôler du cordon - Massage utérin b) Utéro tonique curatif c) Extraction manuelle du placenta d) Interventions chirurgicales : B- LYNCH, ligature des artères utérines, ligature des artères hypogastriques, hystérectomie d'hémostase.	- Sensibilisation sur les signes de dangers de l'hémorragie ; - Sensibilisation sur l'alimentation riche en fer pendant la grossesse. - Décourager les pratiques néfastes (géophagies, plantes indigènes etc.) - Orientation vers les FOSA ;

Cfr normes pour la description des interventions au niveau des structures de base et au niveau de référence.

Causes	Interventions dans les structures (de base ou de référence)	Intervention dans la communauté
2. Hypertension durant la grossesse	a) Supplémentation en Calcium durant la grossesse. b) Faible dose d'aspirine pour la prévention de la prééclampsie chez les femmes à haut risque c) Utilisation de médicaments antihypertenseurs pour le traitement de l'hypertension sévère durant la grossesse d) Utilisation du sulfate de magnésium pour la prévention et le traitement de l'éclampsie e) Décider de l'accouchement.	- Supplémentation en Calcium durant la grossesse - Sensibilisation sur les signes de dangers de HTA pendant la grossesse (maux de tête, vision floue, Œdème, légère perte de conscience, convulsions)
3. Grossesses non désirées	a) Information et offre de méthodes contraceptives modernes b) Dispensation des soins après avortement	- Sensibilisation sur les méfaits des grossesses non désirées - Information et offre de méthodes contraceptives modernes suivant les normes de leur distribution à base communautaire

4. Sepsis	a) Antibiotiques prophylactique (cesarienne, curetage ou AMIU, délivrance artificielle, RPM...) dans la prise en charge de la rupture prématurée des membranes b) Antibiotique à large spectre selon le protocole en vigueur. c) Détection et prise en charge du sepsis en postpartum	Sensibilisation sur les signes de danger (fièvre, écoulement malodorant, ictère...)
5. Travail d'accouchement prolongé (et complications associées tel que sepsis, hémorragie, etc...)	a) surveillance du travail à l'aide du partogramme b) Accouchement assisté (ventouse, Forceps) c) Césarienne d) Antibiothérapie e) Transfusion sanguine	Sensibilisation sur les conséquences de travail prolongé, mariage et grossesse précoce et sur les signes de danger.
Causes indirectes (Cfr la fiche de revue des décès maternels dans la FOSA)	a) Dispenser le paquet essentiel de soins prénataux b) Prévention et prise en charge des IST y compris VIH pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant c) Prévention et prise en charge du paludisme durant la grossesse incluant l'offre des antipaludiques prophylactiques ainsi que l'offre et la promotion des MILDA d) Traitement des cas simple de paludisme e) Traitement des cas compliqués de paludisme f) Soutien social durant la naissance g) Dépistage et prise en charge des cas de violences basées sur le genre h) Prévenir, mesurer et traiter l'anémie maternelle i) Traitement de l'infection sévère au VIH	a) Prévention et prise en charge des IST y compris VIH pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant b) Prévention et prise en charge du paludisme durant la grossesse incluant l'offre des antipaludiques prophylactiques ainsi que l'offre et la promotion des MILDA c) Sensibilisation sur l'alimentation riche en fer et sur les signes de danger.



Chez le nouveau-né		
1. Pré maturité	a) Déterminer l'âge de la grossesse b) Mésurer le poids à la naissance c) Administrer les soins essentiels immédiats à la naissance et d'urgence e) Conseiller la mère sur le maintien de la température corporelle du bébé f) Référer à l'HGR si problème (instabilité) Au niveau de l'HGR a) Voir points a,b,c au niveau du CS b) Prendre en charge la prématurité référée selon le problème c) Utiliser les autres moyens d'élévation des PPN (couveuses, SMK si Poids < 2000g) d) Appliquer les méthodes alternatives d'alimentation, e) Traiter les autres problèmes identifiés en suivant le protocole national TETU. f) Assurer la contre-référence au Centre de Santé à la sortie du bébé.	a) Orientation au CS le plus proche en encourageant la mère de bien envelopper le bébé et de l'allaiter le plus souvent possible. b) Sensibilisation sur les conséquences de travaux lourds chez la femme enceinte. c) Prévention et prise en charge des IST y compris VIH d) Prévention et prise en charge du paludisme durant la grossesse incluant l'offre des antipaludiques prophylactiques ainsi que l'offre et la promotion des MIILD e) Sensibilisation sur l'alimentation équilibrée.
2. Asphyxie	a) Réanimer le nouveau-né s'il ne respire pas même après stimulation b) Poser une voie IV et donner du liquide c) Surveiller le débit urinaire d) Faire téter l'enfant si possible e) Poursuivre les soins de suivi adéquats après récupération f) Traiter les autres problèmes associés g) Si nécessaire, mettre l'enfant sous oxygène, 0,5 litre par minute pour le prématuré et 1 litre par minute pour le nouveau-né à terme.	
3. Sepsis	Au niveau du CS/maternité de base : a) Identifier l'infection chez le nouveau-né avec signes de danger b) Administrer les soins d'urgence (antibiothérapie selon le protocole national. c) Donner les conseils à la mère sur l'état du bébé d) Maintenir l'enfant au chaud en contact peau à peau Référer au CSR/HGR. Au niveau de l'HGR a) Voir points a, b, c, d au niveau du CS ; b) Traiter l'infection majeure selon le protocole national TETU. c) Assurer la contre-référence au CS à la sortie du bébé.	- Sensibilisation sur les signes de danger, sur les soins ombilicaux et sur l'hygiène et assainissement du milieu ; - Orientation.

5.4.2. Actions à base communautaire à mener contre les facteurs évitables de décès maternels et périnataux.

Les interventions communautaires ont également un impact substantiel sur l'amélioration de la santé maternelle et périnatale. Elles incluent les actions suivantes :

- Education sanitaire des femmes, des hommes dans la communautés sur les domaines ci-après :
 - Santé sexuelle et reproductive ;
 - Soins personnel à domicile, nutrition, VIH, allaitement, style de vie sain, effets nuisibles de la consommation de tabac et d'alcool ;
 - Bénéfices de la sexualité saine, la planification familiale ;
 - Grossesses non désirées, violences sexuelle, conséquence de relations sexuelles non protégées ;
 - Avortements ;
 - Plan d'accouchement, conseil durant le travail, signes de danger et la préparation aux urgences.
- Soutien au suivi correct du traitement préventif
- Soutien social durant la naissance
- Compagnon de choix pour assister les femmes à atteindre la structure de soins
- Assistance au transport
- Identification et référence prompte des femmes et nouveau-né avec des signes de complications
- Soutien aux femmes et nouveau-nés vivants avec le VIH
- Soutien en soins pour le reste de la famille
- Aide pendant le repos de l'accouchement
- Moins de charge de travail à la femme en

ceinte et/ou accouchée.

NB: Là où l'évidence manque

Ce ne sont pas tous les problèmes identifiés durant la revue et l'analyse qui ont des solutions basées sur des évidences, particulièrement ceux liés à la famille, à la communauté, au transport, et à l'accès aux soins. Trouver de solutions innovatrices est plus indiqué lorsque la communauté participe et apporte sa contribution. L'idéal est que les actions non prises sur base de l'évidence connue seront évaluées pour s'assurer qu'elles aient l'effet attendu.

5.4.3. Priorisation de la riposte

Comme vu précédemment, beaucoup de problèmes seront identifiés. Ce ne sont pas tous qui pourront être résolus simultanément, alors les classer par ordre de priorité est important. La priorisation de la riposte devra tenir compte des facteurs ci-après :

- la prévalence (résoudre des problèmes fréquents peut avoir un plus grand impact que résoudre des problèmes inhabituels) ;
- la faisabilité de mise en œuvre de l'intervention (technique, finances, ressources humaines, coût) ;
- l'impact potentiel de l'intervention, si elle est mis en œuvre avec succès (combien de femmes et nouveau-nés pourraient être atteints et combien de vies sauvées ?).

Les nouvelles technologies peuvent être utilisée pour offrir des interventions innovatrices pour développer les soins et par là prévenir la mortalité maternelle et périnatale.

5.4.4. Rôle du coordonnateur de la riposte

Le rôle du coordonnateur consiste à faciliter les ripostes à chaque niveau et s'assurer que l'action prise est bénéfique.

Dans la mise en œuvre du plan de riposte :

- Identifier les rôles et responsabilités
- Permettre la flexibilité durant le processus de planification vu que les ripostes peuvent changer avec le temps et suivre et évaluer la mise en œuvre des actions
- Rapporter les progrès au « comité SDMPR »
- Conduire des réunions régulières et périodiques des parties prenantes.

Provenance : Les coordonnateurs sont habituellement issus de la SRMNEA.

Importance des réunions : Il s'agit de

- Partager les informations (liées à la riposte) sur ce qui marche,
- Evaluer les actions menées, et
- Proposer les corrections nouvelles et innovatrices sur ce qui ne marche pas.

Les relais communautaires sont des parties prenantes importantes. Leur implication est critique pour la réussite de la réalisation des recommandations dans la communauté.

5.4.5. Plaidoyer

Le succès du plaidoyer dépend de :

- la rigueur
- la recherche en profondeur (note du plaidoyer basée sur les évidences)
- la planification soignée
- du but et des objectifs pratiques clairement définis

- des arguments bien étoffés (bénéfices ou désavantages à tirer si les actions sont menées ou non).
- la communication forte avec des audiences.

Pour bien mener le plaidoyer trois phases sont recommandées à savoir :

1) Établir un consensus :

- Décider qui impliquer ;
- Définir l'objectif visé ;
- Identifier le décideur clé

2) Concentrer les efforts :

- Examiner le contexte ;
- Connaître le décideur ;
- Définir la bonne requête

3) Réussir le changement :

- Préparer un plan de travail ;
- Mesurer le succès de vos efforts de plaidoyer ;
- Appliquer et évaluer.

L'efficacité de la défense/accompagnement dépend de :

- L'enquête soignée des domaines politique, socio-anthropologique et économique
- L'évidence et les histoires derrière les décès maternels et périnataux.

Quelques méthodes utilisées :

- Exposé (démonstration des tendances et causes, description de l'éducation et des besoins en formation et les goulots d'étranglement, identification des gaps...)
- Présentation des actions de réussite dans les services de santé et la qualité des soins comme produit de la SDMPR
- Campagne de sensibilisation, matinée de plaidoyer, etc.

VI. Diffusion des résultats, recommandations et ripostes

6.1. Circuit de transmission des rapports

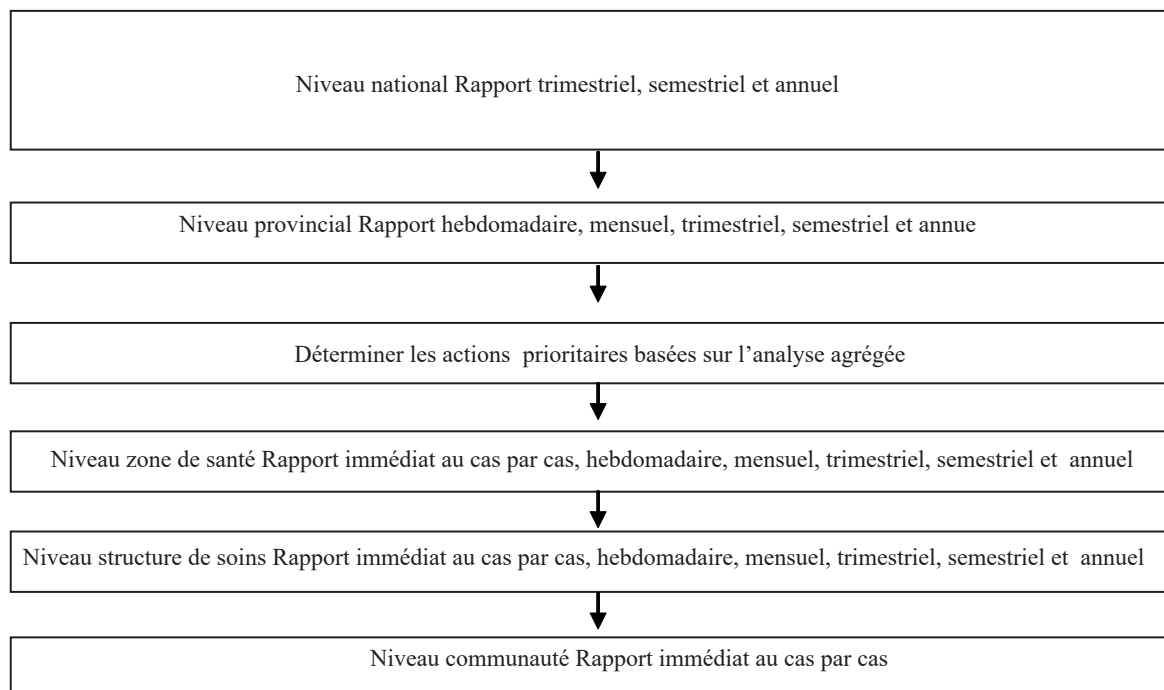


Figure 10 : Circuit de transmission de rapport à tous les niveaux.

6.2. Principes de dissémination des résultats et des recommandations

Elle observera les trois principes ci-après :

1. Les résultats et les recommandations devront être transmis dans la rétro-information à la structure de soins ou communauté qui a été la source d'information ;
2. La retro-information devra être agrégée ou traduite dans une forme anonyme de sorte que les familles et les prestataires de soins ne puissent pas être identifiés ;
3. Pour prévenir l'utilisation litigieuse des résultats de la revue, les dispositions légales devront être mises en place.

6.3. A qui transmettre les résultats

Le principe général est de transmettre les messages clés à ceux qui peuvent utiliser les résultats et faire une réelle différence pour sauver des vies. Il s'agit entre autre de :

- Ministère de la Santé ;
- Planificateurs de soins de santé à tous les niveaux, les décideurs politiques;
- Associations professionnelles (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, médecins généralistes, anesthésistes...);
- Médecins Directeurs et autres Responsables d'institutions ;
- Experts dans la promotion de la santé et dans l'éducation ;
- Compagnies d'assurance de santé ;
- Organes de santé publique et organisa



tions à base communautaire,

- Etablissements d'enseignement supérieur et universitaire ;
- Gestionnaires ou superviseurs de soins de santé locaux ;
- Gouvernements provinciaux ;
- Groupes de plaidoyer à tous les niveaux ;
- Médias ;
- Leaders d'opinion ou d'institutions culturelles, etc.

6.4. Méthodes de diffusion

Le tableau ci-dessous reprend les exemples de dissémination des résultats.

Tableau 8 : Méthodes de diffusion des résultats par niveau

Aux niveaux de la structure de soins et de la communauté	Aux niveaux national et provincial
- o Réunion d'équipe FOSA - o Séminaires sur une thématique dans la FOSA - o Réunions communautaires - o Programmes radio - o Rapports imprimés - o Programmes de formation - o Posters - o Message en texte - o Vidéo clips - o Applications pour smartphones	- o Rapports imprimés pour décideurs politiques - o Publications statistiques - o Articles scientifiques - o Conférences professionnelles - o Programmes de formation - o Médias et Vidéo clips - o Sites web - o Newsletters et bulletins - o Posters



VII. Suivi et évaluation du système de la SDMPR

Cette section décrit comment :

- Identifier les objectifs et les indicateurs
- Suivre la qualité des activités de la SDMPR au niveau de la ZS
- Superviser les activités de la SDMPR
- Evaluer le système de la SDMPR
- Prendre des mesures visant à améliorer la SDMPR.

7.1. Identification des objectifs et indicateurs

L'utilisation des indicateurs permet d'évaluer les performances des activités SDMPR. Les résultats obtenus sont comparés à l'ensemble des pratiques de qualité standard recommandées et, grâce à cette méthode, il est également possible de mesurer les progrès réalisés par rapport à l'objectif général d'un programme.

Ces indicateurs correspondant aux objectifs nationaux ou à des projets particuliers visent à améliorer les activités SDMPR au sein de la ZS. Sélectionner les indicateurs les plus adaptés à la stratégie d'amélioration de la SDMPR adoptée par la ZS. Il est parfois nécessaire d'ajouter d'autres indicateurs pour mesurer l'impact des interventions sanitaires.

Pour ce faire, le tableau ci-dessous reprend les indicateurs traceurs de performance pour le suivi et évaluation de la SDMPR aux différents niveaux de la pyramide sanitaires.



Tableau 1 : Indicateurs traceurs de performance de la SDMPR.

N°	Nom de l'indicateur	Numérateur	Dénominateur	Mode de calcul	Périodicité de collecte	Niveau de collecte	Outils de collecte
Indicateurs d'évaluation							
1.	Ratio de mortalité maternelle	Nombre total des décès maternels notifiés dans les FOSSA et communautés	Nombre des naissances vivantes	Numérateur/Dénominateur X100.000	5 ans	DPS/Province, Niveau central	Enquête
2.	Ratio de mortalité périnatale (≥ 28 SA ≤ 7 jours)	Nombre total des décès périnataux notifiés dans les FOSSA et communautés	Nombre des naissances vivantes	Numérateur/Dénominateur X1000	5 ans	DPS/Province, Niveau central	Enquête
3.	Proportion des décès périnataux survenus à moins de 24 heures	Nombre total des décès périnataux à moins de 24 heures dans les FOSSA	Nombre total des décès survenus dans les FOSSA à moins de 24 heures dans les FOSSA	Numérateur/Dénominateur X100	Mensuelle, trimestrielle, Semestrielle, Annuelle	FOSSA, ZS, DPS/Province, Niveau central	Rapport SDMPR Bulletin Caneva
4.	Ratio de mortalité néonatale Précoce (1 à 7 jours)	Nombre total des décès néonataux notifiés dans les FOSSA et communautés	Nombre des naissances vivantes	Numérateur/Dénominateur X1000	5 ans	DPS, Niveau central	Enquête
5.	Proportion des décès maternels survenus dans la communauté	Nombre total des décès maternels notifiés dans les communautés	Nombre total des décès maternels notifiés dans les FOSSA et communautés	Numérateur/Dénominateur X100	Semestrielle, Annuelle	DPS, Niveau central	Rapport SDMPR Bulletin
6.	Proportion des décès périnataux survenus dans la communauté	Nombre total des décès périnataux notifiés dans les communautés	Nombre total des décès périnataux	Numérateur/Dénominateur X100	Semestrielle, Annuelle	DPS, Niveau central	Rapport SDMPR Bulletin

N°	Nom de l'indicateur	Numérateur	Dénominateur	Mode de calcul	Périodicité de collecte	Niveau de collecte	Outils de collecte
7.	Ratio de mortalité néonatale tardive (8à28 jours)	Nombre total des décès néonataux (8à 28 jours)notifiés	Nombre des naissances vivantes	Numérateur/DénominateurX1000	5 ans	DPS/Province, Niveau central	Rapport SDMPR et Bulletin
8.	Proportion des ZS ayant bénéficié d'une revue de la qualité des données SDMPR	Nombre total de ZS ayant bénéficié d'une revue de la qualité des données SDMPR	Nombre Total des ZS de la DPS	Numérateur/DénominateurX100	Trimestrielle, semestrielle	DPS/Province et Niveau National	Rapport de mission d'audit
Indicateurs de Suivi							
9.	Proportion de FOSA ayant transmis les rapports de surveillance hebdomadaires dans le délai à la ZS	Nombre total des Fosa ayant transmis le rapport de surveillance hebdomadaire dans le délai à la ZS	Nombre total des FOSA ayant transmis le rapport à la ZS	Numérateur/DénominateurX100	Hebdomadaire	Bureau central ZS	-Canevas SR provincial ; -Rapport de survei de la (DGLM et PNSR) provincial et national
10.	Proportion de DPS ayant transmis les rapports de surveillance hebdomadaires dans le délai au niveau national	Nombre des DPS ayant transmis au niveau national les rapports de surveillance hebdomadaires dans le délai	Nombre total des DPS	Numérateur/DénominateurX100	Hebdomadaire	Niveau National	-Canevas SR provincial ; -Rapport de survei de la (DGLM et PNSR) provincial et national
11.	Proportion des décès maternels notifiés ayant bénéficié d'une revue	Nombre total des décès maternels revus	Nombre total des décès notifiés	Numérateur/dénominateur x 100	Mensuelle, Trimestrielle, semestrielle et annuelle	ZS ; DPS /Province	Rapport SDMPR de la ZS, DPS



N°	Nom de l'indicateur	Numérateur	Dénominateur	Mode de calcul	Périodicité de collecte	Niveau de collecte	Outils de collecte
12.	Proportion des décès périnataux (≤ 7 jours) notifiés avant bénéficié d'une revue	Nombre total des décès périnataux revus	Nombre total des décès périnataux notifiés	Numérateur/dénominateur x 100	Mensuelle, Trimestrielle, semestrielle et annuelle	ZS ; DPS/Province	Rapport SDMPR de la ZS, DPS
13.	Proportion des décès néonataux (≤ 28 jours) notifiés avant bénéficié d'une revue	Nombre total des décès néonataux revus	Nombre total des décès néonataux notifiés	Numérateur/dénominateur x 100	Mensuelle, Trimestrielle, semestrielle et annuelle	ZS ; DPS/Province	Rapport SDMPR de la ZS, DPS
14.	Proportion de FOSA de l'aire de santé ayant notifiés les décès maternels	Nombre de FOSA de l'aire de santé ayant notifiés les décès maternels	Nombre total des FOSA de l'aire santé	Numérateur/dénominateur x 100	Trimestriel et annuel	Zone de santé	Outil de collecte SDMR de la ZS
15.	Proportion de FOSA de l'aire de santé ayant notifié les décès périnataux	Nombre de FOSA de l'aire de santé ayant notifié les décès périnataux	Nombre total des FOSA de l'aire santé	Numérateur/dénominateur x 100	Trimestriel et annuel	Zone de santé	Outil de collecte SDMR de la ZS
16.	Proportion des Zones de santé ayant notifié les décès maternels	Nombre des Zones de santé ayant notifié les décès maternels	Nombre total des Zones de la DPS	Numérateur/dénominateur x 100	Trimestriel et annuel	DPS/Province	Outil de collecte SDMR de la ZS
17.	Proportion des Zones de santé ayant notifié les décès périnataux	Nombre des Zones de santé ayant notifié les décès périnataux	Nombre total des Zones de la DPS	Numérateur/dénominateur x 100	Trimestriel et annuel	DPS/Province	Outil de collecte SDMR de la ZS
18.	Proportion d'Aires de santé ayant bénéficié des revues des décès maternels	Nombre d'Aires de santé ayant bénéficié des revues des décès maternels	Nombre total des Aires de la Zone de santé	Numérateur/dénominateur x 100	Trimestriel et annuel	Zone de santé	Outil de collecte SDMR de la ZS



N°	Nom de l'indicateur	Numérateur	Dénominateur	Mode de calcul	Périodicité de collecte	Niveau de collecte	Outils de collecte
19.	Proportion d'Aires de santé ayant bénéficié des revues des décès périnataux	Nombre d'Aires de santé ayant bénéficié des revues des décès périnataux	Nombre total des Aires de la Zone de santé	Numérateur/dénominateur x 100	Trimestriel et annuel	Zone de santé	Outil de collecte SDMR de la ZS
20.	Proportion des Zones de santé ayant bénéficié des revues des décès maternels	Nombre des Zones de santé ayant bénéficié des revues des décès maternels	Nombre total des Zones de la DPS	Numérateur/dénominateur x 100	Trimestriel et annuel	DPS/Province	Outil de collecte SDMR de la ZS
21.	Proportion des Zones de santé ayant bénéficié des revues des décès périnataux	Nombre des Zones de santé ayant bénéficié des revues des décès périnataux	Nombre total des Zones de la DPS	Numérateur/dénominateur x 100	Trimestriel et annuel	DPS/Province	Outil de collecte SDMR de la ZS
22.	Proportion des ZS silencieuses dans la notification des cas des décès maternels	Nombre total des ZS ayant notifiés l'ensemble des décès maternels	Nombre total des ZS du pays	Numérateur/dénominateur x 100	Trimestriel, Semestriel et annuel	DPS/Province et PNSR	Bulletin SDMPR Rapport SDMPR
23.	Proportion des ZS silencieuses dans la notification des cas des décès périnataux	Nombre total des ZS ayant notifiés l'ensemble des décès périnataux	Nombre total des ZS du pays	Numérateur/dénominateur x 100	Trimestriel, Semestriel et annuel	DPS/Province et PNSR	Bulletin SDMPR Rapport SDMPR
24.	Proportion des FOSEA disposant des outils SDMPR dans la ZS	Nombre total des FOSEA disposant des outils SDMPR dans la ZS	Nombre total des FOSEA de la ZS	Numérateur/dénominateur x 100	Mensuel	ZS, DPS/Province	Rapport SDMPR

7.1.2. Sélectionner les données pour les indicateurs

Après avoir choisi les indicateurs appropriés, préciser le numérateur et le dénominateur.

7.1.3. Vérifier la disponibilité des sources des données

Chaque niveau doit s'assurer que le niveau qu'il supervise dispose de sources des données suivantes comme décrites dans le tableau ci-dessous :

Tableau 10 : Différentes sources des données par niveau

Sources des données	Niveau				
	Communauté	FOSA	BCZS	DPS	CENTRAL
Diagramme de suivi des indicateurs(Cfr Annexe 4.1)		x	x	x	x
Registre des CPN		x			
Partogramme		x			
Registre d'accouchement		x			
Registre de CPoN		x			
Registre d'hospitalisation		x			
Fiches SDMPR (Cfr Annexes 1, 2 et 3)		x	x	x	
Bulletin SDMPR					x
Rapports SDMPR		x	x	x	x
Rapports d'enquêtes					x
Registre des décès maternels et périnataux		x			
Registre du RECO	x				
Canevas SNIS		x	x		
DHIS-2		x	x	x	x

7.2. Suivi de la qualité des activités de SDM PR au niveau de la ZS

La promptitude et la complétude des rapports à chacun des niveaux est l'un des principaux indicateurs de qualité du système de notification. Il sera plus facile de détecter les problèmes et d'intervenir rapidement si les rapports sont envoyés et reçus à temps. L'indicateur de complétude détermine si toutes les unités du circuit qui envoient des rapports ont communiqué leurs données comme prévu. Si les rapports parviennent en retard ou ne sont pas transmis, l'information agrégée pour la ZS (ou toute autre zone administrative) ne sera pas exacte.

Par ailleurs, pour évaluer la promptitude de la notification et complétude de l'information, il convient de suivre de manière systématique la réception des notifications. A cet effet, il est conseillé d'utiliser au niveau de la ZS un outil de suivi, par exemple un registre des notifications reçues. (Cfr

Annexe 4.2).

7.3. Suivi de l'identification et notification des décès maternels et périnataux.

Suivre la capacité du système à identifier les décès maternels et périnataux. Pour les décès maternels et périnataux, il convient aussi de suivre le délai entre la survenue du décès et la notification à la formation sanitaire par la communauté (objectif : endéans 48 heures). Le délai dans la transmission de la notification à la ZS par la formation sanitaire (objectif : dans les 24 heures), et le temps écoulé dans la prise des mesures concrètes (objectif : dans les 48 heures).

7.3.1. Identifier les problèmes et prendre des mesures en conséquence

Si l'opération de suivi révèle qu'une formation sanitaire n'a pas transmis de notification ou l'a trans-

mise en retard, prendre contact avec le responsable de la surveillance au sein de cette formation. En collaboration avec le personnel compétent, déterminer la cause du problème et, ensemble, élaborer des solutions.

En collaboration avec la FOSA, élaborer des stratégies visant à améliorer la situation. Expliquer que la ZS peut appuyer plus efficacement le personnel de santé à planifier les ripostes et à les mettre en œuvre si l'information est complète.

7.3.2. Transmettre aux niveaux supérieurs des informations sur la promptitude et la complétude des notifications.

Lors de la transmission des rapports de routine de la ZS à la DPS, inclure les données relatives à la promptitude et à la complétude des formations sanitaires pour permettre aux divers échelons du système de santé d'avoir une vision plus claire de la situation, et d'évaluer la qualité des données transmises.

7.4. Supervision des activités de la SDMPR

Le processus de supervision a pour but d'améliorer la performance du personnel supervisé. Il ne s'agit pas d'une inspection, d'un audit ou d'un contrôle; au contraire, la supervision vise à maintenir la bonne qualité des services.

Pour que le système marche bien, les superviseurs et les supervisés doivent collaborer afin de mesurer les progrès accomplis, d'identifier les problèmes, d'en déterminer les causes et de trouver des solutions réalistes.

7.4.1. Préparer la description des tâches pour le personnel de SDMPR

La description des tâches constitue la base de la supervision et de l'évaluation des performances. Examiner celles qui concernent le personnel de santé ayant un rôle à jouer dans le système de SDMPR afin de vérifier si les informations suivantes y figurent :

- Tâches de surveillance à accomplir,
- Autorité dont dépend le membre du personnel de santé.

7.4.2. Préparer un plan de supervision

Incorporer les objectifs de la SDMPR dans le plan général de supervision de la ZS. Par exemple :

- Déterminer la fréquence avec laquelle il faudra suivre la performance du personnel de santé.
- Intégrer les activités SDMPR dans le plan de supervision de ZS/ DPS.
- S'assurer de la disponibilité de moyens de transport pour les activités de supervision et de surveillance.

7.4.3. Utiliser une liste de contrôle ou de vérification (check-list) pour la supervision

Chaque FOSA est confrontée à des problèmes et à des priorités qui lui sont propres et qui exigent des solutions et des corrections spécifiques.

Pour inciter le personnel de la FOSA à apporter les améliorations requises, on élabore une check-list graduée qui guidera la visite de supervision. Les points qui y figurent sont choisis d'après ce qui a déjà été accompli dans la FOSA.

Lors de la visite, utiliser également un check-list pour voir si le personnel de santé applique correctement les fonctions de surveillance recommandées. A titre d'exemple, le responsable de la surveillance au niveau de la ZS devra vérifier, lors de

la visite de supervision de la formation sanitaire,
les fonctions suivantes :

Tableau 11 : Modèle de check list des
fonctions SDMPR

Fonctions de la SDMPR	Eléments de vérifications
Identification et enregistrement des cas	Examiner les registres de consultation ou d'hospitalisation pour voir si les diagnostics correspondent aux définitions des cas.
	Vérifier que tous les outils SDMPR (Fiches, Registres...) sont remplies correctement
Confirmation de cas	Comparer le nombre de cas enregistrés dans les registres avec le nombre de femmes enceintes/accouchées reçues dans la FOSA pendant la même période.
Notification	Demander la copie de dernières notifications portant sur la période la plus récente. Comparer le nombre de cas notifiés avec celui mentionné dans le registre.
	Comparer la date à laquelle la notification des cas a été transmise avec la date recommandée pour la transmission du rapport.
	Vérifier les rapports pour s'assurer qu'ils sont complets et exacts.
Analyse et interprétation	Vérifier si les courbes des tendances sont établies et mises à jour des cas de décès maternels et périnataux. Demander à voir le livret d'analyse de la formation sanitaire s'il existe. Vérifier si les tendances relatives aux décès maternels et périnataux sélectionnées sont à jour.
Autres éléments à vérifier	- Vérifier les stocks des médicaments, intrants, outils, matériels et équipements d'urgence pour s'assurer qu'ils sont en quantité suffisante. - Les locaux devront être propre conformes aux normes.

Remarque : Les questions à poser durant la visite de supervision pourront être adaptées ou modifiées pour correspondre aux problèmes particuliers et aux progrès accomplis dans la mise en œuvre du système de surveillance intégrée au sein de la formation.

7.4.4. Effectuer les visites de supervision

Débuter les visites de supervision programmées périodiquement dans la ZS pour vérifier que :

- Les outils nécessaires (Fiches, Guides, Registres, ...), les directives et les définitions standards des cas sont bien disponibles ;
- Le personnel de santé sait comment identifier les cas suspects dans leur FOSA en utilisant les définitions standards des cas ;
- Les décès maternels et périnataux sont enregistrés dans le registre de consultation/hospitalisation, d'accouchement, des cas conformément à la définition de cas ;
- Les données sont analysées dans la FOSA ;
- Les notifications rapidement faites et suivies d'une investigation ;
- Des mesures de riposte sont prises après confirmation de cas ou identification des problèmes sanitaires suite à une notification de routine ;
- Les activités de SDMPR font l'objet d'une évaluation et la FOSA prend des mesures pour améliorer les activités de surveillance et la préparation à la riposte.

Lors de la visite, ne pas oublier de :

- Assurer le suivi des recommandations ;
- Faire une rétro-information pour les per-

sonnels de santé ;

- Examiner les solutions avec le personnel, si des améliorations sont nécessaires ;
- Répondre aux demandes d'assistance, notamment en ce qui concerne les équipements ou autres fournitures destinés aux interventions d'urgence ;

7.4.5. Rédiger un rapport de supervision

Dans le rapport, mentionner les progrès constatés au cours de la visite. Préciser également les interventions planifiées avec le personnel de santé et les demandes éventuelles de ressources ou de financements complémentaires et mentionner les problèmes particuliers.

NB: Les aspects SDMPR devront être intégrés dans le canevas de rapport de supervision existant à tout le niveau.

7.4.6. Profiter des visites de supervision pour améliorer les activités de surveillance dans la ZS

Les visites de supervision sont une opportunité d'améliorer les activités de santé maternelle et périnatale dans la ZS.

7.5. Evaluation de la performance du système de SDMPR

Le but est d'évaluer l'efficacité du système de SDMPR à tous les niveaux en termes de promptitude des données, de préparation, de prise en charge, de performance globale et d'utilisation des indicateurs pour identifier les problèmes ou les domaines susceptibles d'être améliorés.

On sélectionnera les indicateurs correspondant aux priorités et aux objectifs annuels de la ZS en fonction du niveau de performance de la sur-

- veillance. Selon les niveaux, l'évaluation devra prendre en compte les éléments ci-dessous :
- La compilation et l'organisation des données de la surveillance
 - L'identification des problèmes et leurs causes
 - L'analyse et l'interprétation des résultats des données des revues,
 - L'actualisation des projets visant à améliorer la SDMPR
 - La rétro-information sur l'évaluation,
 - L'élaboration du plan de mise en œuvre de la SDMPR.
- Efficacité,
 - Intégrité professionnelle,
 - Bon jugement,
 - Maîtrise de soi,
 - Sens d'organisation du travail,
 - Persévérance,
 - Prévenance,
 - Confidentialité,
 - Respect de l'horaire de travail, du matériel de travail et des lieux de travail
 - Respect des règles du milieu de travail,
 - Vigilance.
 - Etc.

7.6. Considérations éthiques de la SDMPR

La SDMPR génère des données sensibles et produit des informations stratégiques qui doivent suivre un certain canal bien entretenu de l'intérieur comme de l'extérieur. Sa pérennisation et son succès en dépendent. A cet effet, quelques mesures viennent renforcer tout ce qui précède et doivent être de stricte application par les différents acteurs opérationnels et responsables du système à quelque niveau que ce soit. Ces mesures sont au fait des attitudes à suivre en pratique dans différentes circonstances qui exigent un certain sens élevé de délicatesse et surtout de professionnalisme de la part de tous sans exception.

Les valeurs ci-après sont à prendre en compte, il s'agit notamment de:

- Tenue vestimentaire correcte, posture droite, etc.
- Empathie et courtoisie,
- Esprit d'équipe, esprit d'initiative, esprit d'Innovation
- Bonne communication,

Références bibliographiques

1. Allanson ER, Pattinson RC. Quality-of-care audit and perinatal mortality in South Africa. Bull World Health Organ. 2015
2. Berg, C.J., From identification and review to action maternal mortality review in the United States. Semin Perinatol, 2012.
3. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost ? Lancet. 2014
4. Chaque nouveau-né : un plan d'action pour mettre fin aux décès évitables. Genève : OMS. 2014
5. CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision
6. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision. Volume 2 : Manuel d'utilisation, édition 2010. Genève : OMS, 2011
7. Countdown to 2015 Maternal Newborn & Child Survival, et al. Monitoring maternal, newborn and child health : understanding key progress indicators. 2011
8. DeBrouwere V., Zinnen V., Delvaux T. (2012) Conduire des Revues des cas de Décès Maternels(RDM).
Guide et outils pour les professionnels de la santé. Londres, Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, FIGO LOGIC, <http://www.figo.org/projects/maternal-and-newborn-health/publications>.
9. Kerber KJ, Mathai M, Lewis G, Flenady V, Erwich JJ, Segun T 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
10. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, You D, Lee ACC, Waiswa P et al ; for The Lancet Every Newborn Study Group. Progress, priorities, and potential beyond survival. Lancet. 2014
11. Lawn JE, Kinney MV, Black RE, Pitt C, Cousens S, Kerber K et al. Newborn survival : a multi-country analysis of a decade of change. Health Policy Plan. 2014
12. Ministère de la santé /PNIRA/Coordination nationale PCIMNE, ENAP-RDC 2018-2021 : Plan chaque nouveau-né, RDC Kinshasa 2018
13. Ministère de la santé /PNSR, Module de formation en audits de décès maternels et néonataux, République Démocratique du Congo, 2010.
14. Ministère de la Santé. Enquête sur la Disponibilité et la capacité opérationnelle des services de Santé en République Démocratique du Congo (SARA-RDC). Rapport préliminaire. Kinshasa, 2014.
15. Ministère de la Santé. Normes et directives des interventions Intégrées de sante de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en RDC. Vol n°1, 2, 3 & 4. Kinshasa Mars, 2012
16. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, Ministère de la Santé. Enquête démographique et santé-RDC II : Rapport préliminaire. Septembre, 2014
17. Ministère du Plan/Ministère de la Santé/INS. Enquête par grappes à indicateurs multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC-2010). Résultats préliminaire. Kinshasa, Sept.2010.



18. OMS, Pour que chaque enfant compte : Audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, OMS 2016 ISBN 978-92-4-251122-2
19. OMS, Suivi des soins obstétricaux d'urgence. Genève, 2009
20. OMS, Surveillance des décès maternels et riposte : Directives techniques pour la prévention des décès maternels, informations au service de l'action Genève : OMS, 2015
21. OMS/CDC-Prévention, Guide technique pour la Surveillance intégrée de la maladie et la Riposte dans la Région Africaine. 2ème édition 2011
22. OMS/UNICEF/UNFPA et Banque mondiale, Tendance de la mortalité maternelle sur la période 1990-220. Estimation établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012
23. Perinatal and Maternal Mortality Review Committee Ninth annual report of the Perinatal and Maternal Mortality Review Committee : Reporting mortality 2013 Wellington : Health Quality & Safety Commission ; 2015
24. Robertson A, Malan A, Greenfield D, Mashao L, Rhoda N, Goga A et al Newborn care charts : Management of sick and small newborns in hospital Cape Town : Save the Children, Limpopo Provincial Government, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; 2010
25. The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. Innovating for Every Woman, Every Child. 2011
26. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period : ICD-PM Genève : OMS, 2016
27. UN H4+, Rapport annuel 2015 sur le Programme conjoint H4+ RDC en collaboration avec le Canada, Kinshasa, Fév. 2016
28. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), Report 2017 : Levels & Trends in Child Mortality, UNICEF and WHO 2017
29. Verbal autopsy standards : ascertaining and attributing causes of death Genève : OMS, 2014
30. WHO, Maternal deaths review in 67 countdown countries (2011), CDC, Editor 2011, Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health.
31. WHO. Commission on information and accountability for Women's and Children's Health : Keeping Promises, Measuring Results. 2011
32. WHO. Integrated management of pregnancy and child birth (IMPAC) 2009
33. WHO. Verbal Autopsy Standards : Ascertaining and attributing causes of death. 2007

Annexe 1.1. Fiche de notification des décès maternels dans la communauté

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



MINISTÈRE DE LA SANTÉ

FICHE DE NOTIFICATION DE DECES MATERNEL DANS LA COMMUNAUTE

La fiche doit être remplie pour toute femme enceinte décédée avant, pendant ou après l'accouchement	
1. INFORMATIONS GENERALES	
Pays :	Province/DPS :
Zone de santé :	Milieu : urbain ☐ rural ☐ Aire de santé :
N° :	Village/Quartier/Avenue
2. IDENTIFICATION DE LA DEFUNTE	
Nom :	Post nom :
Age :ans	Etat matrimonial : mariée ☐ divorcée ☐ veuve ☐ célibataire ☐ union de fait ☐
Occupation :	Etude : oui ☐ non ☐
Nombre d'enfants : Nombre de grossesse : CPN : oui ☐ non ☐ Si oui, Nombre CPN : 1 2 3 4 Carte : disponible non disponible Orientation vers la FOSA : oui ☐ non ☐	
Provenance: ZS ☐ HZS ☐ AS ☐ HAS ☐	
3. INFORMATION SUR LE DECES	
Date du décès (jour/mois/année) : .../.../... Heure : Cause probable du décès :	
Lieu du décès : Domicile : ☐ Route : ☐ FOSA : ☐ Autres à préciser :	
Moment du décès : durant la grossesse ☐ à l'accouchement : ☐ après l'accouchement : ☐ de suite d'un avortement : ☐	
4. COMMENTAIRES SUR LES CIRCONSTANCES DU DECES	
5. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AYANT REMPLI LA FICHE	
Nom :	Post nom : Prénom : Sexe : F ☐ M ☐
Profession / Occupation : Téléphone : E-mail :	
Date de notification (jour/mois/année) : ... / ... / ... Heure : Signature :	

Annexe 1.2. Fiche de notification des décès maternels dans la formation sanitaire

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



MINISTÈRE DE LA SANTÉ

FICHE DE NOTIFICATION DE DECES MATERNEL DANS LA FOSA (1er, 2ème, 3ème Echelon)

La fiche doit être remplie pour tout cas de décès d'une femme pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse quel que soit le site ou l'âge de grossesse, de toute cause liée à/ou aggravée par la grossesse ou sa gestion, mais pas de cause accidentelle ou incidente confirmé par la revue ou l'autopsie verbale, y compris les décès liés aux avortements

1.	IDENTIFICATION DE LA FOSA
	Pays : Province/DPS : Zone de santé :
	Aire de santé : Milieu : urbain ☐ rural ☐ Urbano-rural ☐
	Nom de la FOSA :
	Catégorie de la FOSA : *1 ☐ **2 ☐ ***3 ☐ Adresse de la FOSA :
	Appartenance de la FOSA: Publique ☐ Privée ☐ Confessionnelle ☐ Para étatiques ☐
2.	IDENTIFICATION DE LA DEFUNTE
	Zone de santé : Aire de santé : Village/Quartier/Avenue N° :
	Nom : Post nom : Prénom :
	Age : ans Etat matrimonial : (mariée, divorcée, veuve, célibataire, union de faite)
	Profession / Occupation : Etude : oui ☐ non ☐
	Parité : Gestité : Avortement : Age de la grossesse (SA) : CPN : Oui ☐ Non ☐
	Si oui, CPN : 1 2 3 4 Carte : disponible ☐ , non disponible ☐ Référence:oui ☐ non ☐
	Provenance: ZS ☐ HZS ☐ AS ☐ HAS ☐
3.	INFORMATIONS SUR LE DECES
	Date du décès (jour/mois/année) :// ... Heure :
	Cause du décès : 1.Initiale.....2.Finale.....
	Lieu du décès : FOSA : ☐ Domicile : ☐ Route : ☐ Autres à préciser :
	Moment du décès : Prénatal ☐ Accouchement : ☐ Post-natal ☐ Avortement ☐
	Hospitalisation : Oui ☐ Non ☐ Durée d'hospitalisation (H/J/S/M) :
	Garde : Mari ☐ Famille ☐ Amie ☐ Autres (à préciser) :
4	COMMENTAIRES SUR LES CIRCONSTANCES DU DECES
5	IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AYANT REMPLI LA FICHE
	Nom : Post nom : Prénom : Sexe : MF ☐ ☐
	Fonction : Catégorie professionnelle :
	Téléphone :
	Date de notification (jour/mois/année) : ... / ... / ... Signature :

Légende :*: Poste de Santé, Centre de Santé, Dispensaire ;

** : HGR, CSR, Polyclinique, Hôpital Secondaire ;

***: Hôpital Tertiaire, Hôpital/Clinique Spécialisé, Hôpital Provincial ou Régional.



Annexe 1.3. Fiche de notification des décès périnataux dans la communauté

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



MINISTÈRE DE LA SANTÉ

FICHE DE NOTIFICATION DE DECES PERINATAL DANS LA COMMUNAUTE

La fiche doit être remplie pour tout décès d'un fœtus ou d'un nouveau-né au cours de la grossesse, pendant le travail, l'accouchement et après l'accouchement.

1.	INFORMATIONS GÉNÉRALES
	Pays : Province/DPS : Zone de santé :
	Aire de santé : Milieu : urbain rural Urbano-rural
	Nom de la FOSA :
2.	IDENTIFICATION DE LA MÈRE ET DU FŒTUS /NOUVEAU-NE DECEDE
	2.1. Identification de la Mère
	Nom : Post nom : Prénom :
	Age :ans Mère vivante : Oui ☐ Non ☐ Profession / Occupation : État matrimonial : mariée ☐ , divorcée ☐ , veuve ☐ , célibataire, ☐ union de fait ☐
	Nombre d'enfants : Nombre de grossesse : ☐ Age de la grossesse : CPN : oui ☐ non ☐
	Si oui, CPN : 1 2 3 4 Carte disponible oui ☐ non ☐ Orientation vers FOSA: oui ☐ non ☐
	Provenance: ZS ☐ HZS ☐ AS ☐ HAS ☐
	2.2. Identification du fœtus /nouveau-né décédé
	Nom : Post nom : Prénom :
	Age :jours Sexe : M ☐ F ☐
3.	INFORMATIONS SUR LE DECES
	Date du décès (jour/mois/année) : ... / ... / ...Heure :Cause probable du décès :
	Lieu du décès : Domicile : ☐ Route : ☐ Autres à préciser :
	Moment du décès : Avant la naissance ☐ A la naissance ☐ Le 1er jour de vie ☐ Du 2ème au 7ème jour de vie ☐ Du 8ème au 28ème jour de vie ☐
4.	COMMENTAIRES SUR LES CIRCONSTANCES DU DECES
5.	IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AYANT REMPLI LA FICHE
	Nom : Post nom : Prénom : Sexe : F ☐ M ☐
	Profession /Occupation : Etude : Oui ☐ Non ☐
	Téléphone : E-mail :
	Lieu et date de notification (jour/mois/année) : / ... / ... Heure :
	Signature :

Annexe 1.4. Fiche de notification des décès périnataux dans la formation sanitaire

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



MINISTÈRE DE LA SANTÉ

FICHE DE NOTIFICATION DE DECES PERINATAL DANS LA FOSA(1er, 2ème, 3ème Echelon)

La fiche doit être remplie pour tout décès périnatal à savoir :

- Mortinatalité ou mortalité intra-utérine : tout décès d'un fœtus entre la 28ème semaine de gestation et la naissance ou encore naissance d'un nouveau-né sans vie.
- Décès de moins de 24h (moins d'1 jour): décès survenu de l'accouchement jusqu'à 24heures
- Décès néonatal précoce : décès survenu entre 1 et 7 jours de vie révolus.
- Décès néonatal tardif : décès survenu entre 8 et 28 jours de vie révolus

1.	IDENTIFICATION DE LA FOSA
	Pays : Province/DPS : Zone de santé :
	Aire de santé : Milieu : urbain ☐ rural ☐ Urbano-rural ☐
	Nom de la FOSA :
	Catégorie de la FOSA : * 1 ☐ **2 ☐ ***3 ☐ Adresse de la FOSA :
	Appartenance de la FOSA: Publique ☐ Privée ☐ Confessionnelle ☐ Para étatiques ☐
2.	IDENTIFICATION DE LA MERE ET DU FŒTUS /NOUVEAU DECEDE
	Zone de santé : Aire de santé : Village/Quartier/Avenue N° :
	2.1. Identification de la Mère
	Nom : Post nom : Prénom :
	Age :ans Mère vivante : Oui ☐ Non ☐ Profession / Occupation :
	Etat matrimonial : mariée ☐ , divorcée, ☐ veuve, ☐ célibataire, ☐ union de fait ☐
	Etude : oui ☐ non ☐ Si oui : 1. Primaire ☐ 2. Secondaire ☐ 3. Supérieur ☐
	Parité : Gestité : Avortement : Age de la grossesse (SA) : CPN : Oui ☐ Non ☐
	Si oui, CPN : 1 2 3 4 Carte : disponible ☐ , non disponible ☐ Référence : oui ☐ non ☐
	Provenance: ZS ☐ HZS ☐ AS ☐ HAS ☐
	2.2. Identification du fœtus /nouveau-né décédé
	Nom : Post nom : Prénom :
	Age :jours Poids : (grs) Taille : (cm) Sexe : M ☐ F ☐
3.	INFORMATIONS SUR LE DECES
	Date du décès (jour/mois/année) : ... / ... / ... Heure : Cause du décès : 1. Initiale..... 2. Finale Aspect : mort-né frais ☐ mort-né macéré ☐
	Lieu du décès : FOSA ☐ Domicile : ☐ Route : ☐ Autres à préciser ☐
	Moment du décès : Prénatal ☐ Pendant le travail d'Accouchement : ☐ Dans le 24 première heure ☐ Néonatal précoce ☐ Néonatal tardif ☐
	Hospitalisation : Oui ☐ Non ☐ Durée d'hospitalisation (Heures/Jours/Semaine/ Mois):.....
	Garde : Mère ☐ Famille ☐ Autres (à préciser) :



4	COMMENTAIRES SUR LES CIRCONSTANCES DU DECES
5	IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AYANT REMPLI LA FICHE
	Nom : Post nom : Prénom : Sexe : MF
	Fonction :Catégorie professionnelle :
	Téléphone : E-mail :
	Date de notification (jour/mois/année) : ... / ... / ... Signature :

Légende :*: Centre de Santé, Poste de Santé, Dispensaire ;

** : HGR, CSR, Polyclinique, Hôpital Secondaire ;

*** : Hôpital Tertiaire, Hôpital/Clinique Spécialisé, Hôpital Provincial ou Régional.

Annexe 2.1. Fiche d'autopsie verbale des décès maternels dans la communauté

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



MINISTÈRE DE LA SANTÉ

FICHE DE NOTIFICATION DE DECES PERINATAL DANS LA FOSA(1er, 2ème, 3ème Echelon)

La fiche doit être remplie pour tout décès périnatal à savoir :

- Mortinatalité ou mortalité intra-utérine : tout décès d'un fœtus entre la 28ème semaine de gestation et la naissance ou encore naissance d'un nouveau-né sans vie.
- Décès de moins de 24h (moins d'1 jour): décès survenu de l'accouchement jusqu'à 24heures
- Décès néonatal précoce : décès survenu entre 1 et 7 jours de vie révolus.
- Décès néonatal tardif : décès survenu entre 8 et 28 jours de vie révolus

1.	IDENTIFICATION DE LA FOSA
	Pays : Province/DPS : Zone de santé :
	Aire de santé : Milieu : urbain ☐ rural ☐ Urbano-rural ☐
	Nom de la FOSA :
	Catégorie de la FOSA : * 1 ☐ **2 ☐ ***3 ☐ Adresse de la FOSA :
	Appartenance de la FOSA: Publique ☐ Privée ☐ Confessionnelle ☐ Para étatiques ☐
2.	IDENTIFICATION DE LA MERE ET DU FŒTUS /NOUVEAU DECEDE
	Zone de santé : Aire de santé : Village/Quartier/Avenue N° :
	2.1. Identification de la Mère
	Nom : Post nom : Prénom :
	Age :ans Mère vivante : Oui ☐ Non ☐ Profession / Occupation :
	Etat matrimonial : mariée ☐ , divorcée, ☐ veuve, ☐ célibataire, ☐ union de fait ☐
	Etude : oui ☐ non ☐ Si oui : 1. Primaire ☐ 2. Secondaire ☐ 3. Supérieur ☐
	Parité : Gestité : Avortement : Age de la grossesse (SA) : CPN : Oui ☐ Non ☐
	Si oui, CPN : 1 2 3 4 Carte : disponible ☐ , non disponible ☐ Référence : oui ☐ non ☐
	Provenance: ZS ☐ HZS ☐ AS ☐ HAS ☐
	2.2. Identification du fœtus /nouveau-né décédé
	Nom : Post nom : Prénom :
	Age :jours Poids : (grs) Taille : (cm) Sexe : M ☐ F ☐
3.	INFORMATIONS SUR LE DECES
	Date du décès (jour/mois/année) : ... / ... / ... Heure : Cause du décès : 1. Initiale..... 2. Finale Aspect : mort-né frais ☐ mort-né macéré ☐
	Lieu du décès : FOSA ☐ Domicile : ☐ Route : ☐ Autres à préciser ☐
	Moment du décès : Prénatal ☐ Pendant le travail d'Accouchement : ☐ Dans le 24 première heure ☐ Néonatal précoce ☐ Néonatal tardif ☐
	Hospitalisation : Oui ☐ Non ☐ Durée d'hospitalisation (Heures/Jours/Semaine/ Mois):.....
	Garde : Mère ☐ Famille ☐ Autres (à préciser) :

Annexe 2.2. Fiche d'autopsie verbale des décès périnataux dans la communauté

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



MINISTÈRE DE LA SANTÉ



FICHE POUR AUTOPSIE VERBALE DE DÉCÈS MATERNEL

Informations générales

ANNEXE 2

Province /DPS

Zone de Santé:

Aire de Santé Urbaine/Rurale.....

Distance :Durée du trajet.....

Accès : fluviale ☐ piste ☐ route ☐

Noms de la défunte:.....

Post Nom :

Prénom :

Age:

Nombre d'accouchements:.....

Nombre d'enfants vivants:.....

Nombre d'avortements :

Profession / occupation

Niveau d'instruction :

Niveau d'instruction :

Date de l'interview

...../...../.....

Personne(s) interviewée (s)

Nom :

Lien : ☐

Partenaire ☐

Mère ☐

Père ☐

Enfant ☐

Frère /Sœur ☐

Voisin (e) ☐

Ami de la famille ☐

Autre :

Situation matrimoniale : 1– mariée 2– vit en couple 3– célibataire

4– divorcée 5– veuve

Circonstances du décès

Si enceinte, âge de la grossesse :mois

Si accouché : décédée après..... jours

Si Avortée : décédée aprèsjours

après..... jours

Date du décès :...../...../.....

Moment du décès:

- Pendant la grossesse ☐
- A la suite d'avortement spontané ☐
- A la suite d'avortement provoqué ☐
- Pendant l'accouchement ☐
- 2mois après l'accouchement ou avortement ☐
- Autres (à préciser).....

Lieu du décès:

- A la maison ☐
- Dans la formation sanitaire ☐
- En cours de route vers la FOSA ☐
- Autres (à préciser).....

Signature et nom de
l'interviewer

Autres Informations :

Placenta délivré avant le décès? oui ☐ non ☐ inconnu ☐

Rétention placentaire ? oui ☐ non ☐ inconnu ☐

-La femme souffrait-elle d'une maladie 1– oui ☐ 2– non ☐ 3– inconnu ☐

Si oui, préciser :

Qui a assisté à l'accouchement?

- Personnel de santé ☐
- Matrone ☐
- Membre de la famille ☐
- Autres à (préciser)

Qui s'est occupé de la femme au cours de sa grossesse ou de sa maladie?

- Mari ☐
- Parents ☐
- Enfants ☐
- Belle famille ☐
- Matrone ☐
- Personnel de santé ☐
- Autres à (préciser)

Qui s'est occupé de la femme au cours de sa grossesse ou de sa maladie?

- Mari ☐
- Parents ☐
- Enfants ☐
- Belle famille ☐
- Matrone ☐
- Personnel de santé ☐
- Autres à (préciser)

Annexe 3.1. Fiche de revue des décès maternels dans la formation sanitaire

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



MINISTÈRE DE LA SANTÉ



FICHE D'AUTOPSIE VERBALE DE DÉCÈS PÉRINATAUX DANS LA COMMUNAUTÉ

Informations générales

Nom de la mère : Age de la mère : Date de naissance :/...../..... Age de la grossesse : Nombre CPN : 0 1 2 3 4 Nombre d'accouchements : Nombre d'avortements : Nombre d'enfants vivants : Profession /Occupation : Niveau d'instruction :	Province /DPS..... Zone de Santé: Urbaine / Rurale Aire de Santé Village Distance : Durée du trajet Voie d'accès : Fluviale ☐ Piste ☐ Air ☐ Route ☐	Date de l'interview /...../.....
Situation matrimoniale : 1- mariée ☐ 2- union de fait ☐ 3- célibataire ☐ 4- divorcée ☐ 5- veuve ☐		
Nom du nouveau-né décédé : Post nom : Prénom: Poids : (Kgs) Sexe : M ☐ F ☐ malformation visible oui ☐ non ☐		
Moment du décès du nouveau-né Si mort in utéro, âge de la grossesse : semaines Si pendant l'accouchement : mort né frais ☐ mort-né macéré ☐ Si après l'accouchement. • Si dans les premières 24h: décédé après : Min /H • Si Néonatal précoce (1-7j) : décédée après ours • Si Néonatal tardif (8-28j): décédée après jours	Date du décès :/...../..... Lieu du décès : • A la maison ☐ • Dans la formation sanitaire ☐ • En cours de route vers la FOSA ☐ • Autres (à préciser)	
Autres Informations : -La mère a-t-elle utilisé les services de CPN ? oui ☐ non ☐ inconnu ☐ -La mère souffrait-elle d'une maladie ? oui ☐ non ☐ inconnu ☐ Si oui, préciser : -La mère du nouveau-né décédée est-elle vivante ? oui ☐ non ☐ inconnu ☐ -Si décédée : Pendant la grossesse ☐ Pendant le travail ☐ Après l'accouchement ☐ Si décédée après accouchement, combien de temps après :(min) / (h) / (j) / (.mois) ; ☐ ne sait pas		
Causes de décès : -Le nouveau-né a-t-il respiré à la naissance? oui ☐ non ☐ inconnu ☐ -Le nouveau-né présentait-il une malformation à la naissance? oui ☐ non ☐ inconnu ☐ -Le nouveau-né était-il hospitalisé ? oui ☐ non ☐ inconnu ☐ Si oui, combien temps :		
Qui a assisté à l'accouchement? Personnel de santé ☐ Matrone ☐ Membre de la famille ☐ Autres	Qui s'est occupé du nouveau-né après la naissance ? Mère ☐ Membre de la Famille ☐ Matrone ☐ Personnel de santé ☐ Autres	Qui a assisté au décès du nouveau-né ? Mère ☐ Membre de la Famille ☐ Matrone ☐ Personnel de santé ☐ Autres

Annexe 3.2. Fiche de revue des décès périnataux dans la formation sanitaire

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



MINISTÈRE DE LA SANTÉ



FICHE DE REVUE DES DÉCÈS MATERNELS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

Informations générales

N° de la revue :/CODE FOSA :/MOIS :/ANNEE :

I. IDENTIFICATION DE LA FOSA N° du dossier médical:

Date et heure du décès : Le...../...../.....à

Constaté par (Fonction) :

Nom de la FOSA:.....

Province:

Catégorie (1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} Echelon):

DPS :

Appartenance (Etat, Confession, Privé et para étatique) :

Zone de Santé:..... Milieu : 1.Urbaine 2.Rurale

Adresse FOSA :

3.urano-rurale

Tél FOSA :

Aire de santé :

II. IDENTIFICATION DE LA DEFUNTE

- NOM.....Postnom.....
- Prénom.....Age.....
- Adresse (N°, AV, Quartier, Commune, Village) :Tel:.....
- Niveau d'études : oui/non Primaire Secondaires Universitaires .Autres
- Occupation (profession) :
- ParitéGestité.....Parité.....Avortement ... DDR :Age de la grossesse(SA).....
- Groupe sanguin et Rhesus :Electrophorèse d'Hb/ Test d'Emmel
- La femme a-t-elle suivi la CPN ? 1. Oui 2. Non 3. Inconnu
- Si Oui, le nombre de visites 1 2 3 4 ou plus Non disponible.
- Statut vaccinal : Td 1Td2 +..... statut sérologique VIH : sous ARV : oui /non
- Syphilis :traité : oui/ non
- Antécédents médico-chirurgicaux pertinents.....
- Problème / pathologie identifiées lors des CPN/ au cours de la grossesse.....
- Problème identifié pendant le travail:.....
- Mode d'accouchement : 1. Eutocie 2. Dystociespécifier.....

III. CIRCONSTANCES DU DECES (Cocher la bonne réponse)

*Hémorragie antépartum
*Hémorragie du post partum
*Travail prolongé/dystocie
*Rupture Utérine

*Septicémie
*Eclampsie/Pré éclampsie
*Complications d'avortement
*Grossesse ectopique

*Paludisme
*VIH
*Tuberculose
*Hépatite
*Autres (à préciser)

Condition au moment de l'admission:
*Stable * Pronostic vital :
1.BON 2. Mauvais
*Décédée à l'arrivée

Moment du décès:
*Prénatale
*Intra partum
*Post partum
*Avortement

Utilisation correcte du partogramme:
*Oui
*Non
*Non disponible

Durée d'hospitalisation (en jour):
(Durée en heure si moins d'un jour)

Causes de décès (voir la liste ci-dessous et écrire la bonne réponse)

Cause initiale du décès :

.....

.....

Cause finale du décès :

.....

.....

CAUSES DE DECES MATERNELS SELON LA CLASSIFICATION ICD 10-MM

TYPES DES DÉCÈS	GROUPE DES CAUSES	EXEMPLES DES CAUSES
I. Causes maternelles directes	1. Grossesse se terminant par un avortement	Avortement septique Grossesse ectopique Autres causes conduisant aux décès maternels après avortement
	2. Perturbations hypertensives durant la grossesse, à l'accouchement et après accouchement	Prééclampsie/Eclampsie
	3. Hémorragies obstétricales	Placenta prævia, Décollement placentaire, Atonie utérine, Rupture utérine, Rétention placentaire, Déchirure Inversion utérine, Hémorragie antépartal
	4. Infection pendant la grossesse	Chorioamniotite, Sepsis puerpéral
	5. Autres complications obstétricales	Infections nosocomiales, Mole hydatiforme, Vomissement gravidique, Psychose puerpéral
	6. Complications liées à la prise en charge	Anesthésique, Médicamenteuse, Chirurgicale Procédures diagnostiques /thérapeutiques
II. Causes maternelles indirectes	7. Complications non obstétricales	Maladies cardiovasculaires (hypertension préexistante, maladie rhumatoïde, infarctus, AVC, cardiomyopathie, insuffisance cardiaque, congénital, endocardite, etc.) Maladies endocriniennes (diabète, thyroïde, etc.) Maladies du tractus gastro-intestinal(appendicite, pancréatite, etc.) Maladies du SNC(épilepsie, etc.) Maladies respiratoires (asthme, etc.) Maladies génito-urinaires Maladies auto-immunes Maladies musculosquelettiques (lupus érythémateux systémique, etc.) Perturbations psychiatriques Cancers(cancer du sein, cancer du col, cancer de l'ovaire, leucémie, etc.)
III. Causes maternelles non spécifiées	8. Inconnues/Indéterminées	
	9. Causes de coïncidences	Viols, accidents, agressions, traitement par herbes médicinales

FACTEURS FAVORISANTS DE DECES(cocher la ou les réponses appropriées)

Facteurs liés au prestataire	Facteurs liés à l'administration	Facteurs liés à l'individu, la famille ou la communauté
• Prise en charge inadéquate : Mauvaise évaluation initiale de la mère • Diagnostic incorrect ou erroné, • Réanimation insuffisante • Prescription inadéquate • Retard dans l'administration le traitement • Suivi inapproprié ou insuffisant • Soins de maternité non respectueux • Retard de décision de référence • Plan d'accouchement non discuté • Autres (à préciser)	• Retard dans la procédure d'admission • Manque/insuffisance d'agents compétent et qualifiés • Manque d'équipement, matériel et médicaments et consommables • Mauvaise communication entre les agents de santé • Manque de moyen/matériel de communication entre 2 FOSA • Manque/insuffisance d'équipement pour la transfusion sanguine • Manque de laboratoire • Référence mal organisée • Autres (à préciser)	• CPN incomplète ou non réalisée • Retard dans la reconnaissance des signes de danger • Retard dans la prise de décision de consulter • Retard de transport vers la FOSA appropriée • Grossesse trop tôt • Grossesse trop tard • Grossesses trop nombreuses • Grossesses trop rapprochées • Avortement à risque • Refus du traitement ou référence • Insuffisance de moyens financiers • Tabou, conviction religieuse • Automédication/produit indigène • Ignorance • Autres (à préciser)

RECOMMANDATIONS

Niveau	Recommandations	Echéances	Responsables
Prestataires			
Administration de la FOSA			
Famille/ Communauté			
Système sanitaire			

Fait à, le...../...../.....

Fonction et catégorie professionnelle :

Signature :

Annexe 4.1. Diagramme de suivi des indicateurs

Indicateurs	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Moyenne annuelle
...													
...													
...													

Annexe 4.2. Modèle de tableau de suivi de promptitude et de complétude des notifications mensuelles transmises à la ZS par les formations sanitaires

Nom de la FOSA	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
...												
...												
...												
Nombre total des notifications attendues (N)												
Nombre total des notifications parvenues à temps (T)												
Nombre total des notifications parvenues en retard (R)												
Nombre total de notifications non parvenues (NP)												
Promptitude des notifications = $100 * T / N$												
Complétude des rapports = $100 * (N - NP) / N$												

Légende

T = parvenu à temps

R = parvenu en retard

NP = rapport non parvenu

DPS _____ ZS _____ Année _____

* Promptitude et complétude sont exprimées en %. Lorsque le système de surveillance fonctionne bien, leurs taux respectifs doivent avoisiner 100%. Ce tableau permet de suivre l'amélioration de ces deux indicateurs au niveau de la ZS, de façon à pouvoir prendre des mesures pour les améliorer dans chacune des formations sanitaires de la ZS.

LISTE DES EXPERTS AYANT PARTICIPE AU PROCESSUS D'ELABORATION DU DOCUMENT.

PARTIE GOUVERNEMENTALE

Dr. Alain IYETI:	Directeur Chef de Services DEP
Dr. Lis LOMBEYA:	Directrice Nationale PNSR
Dr. Jean Fidèle ILUNGA:	Directeur PNIRA
Dr. Lucie NSANIE:	Directrice Nationale Adjointe PNSR
Dr. Guy MUKUMPURI :	Chef de Division Maternité à Moindre Risque/ PNSR
Dr. Baudouin MAVULA :	Chef de Division /DSFGS
Dr. Bibi MBOMA:	Chef de Division PF /PNSR
Dr. Blaise LUNZAYILADIO:	Chef de Service MMR/PNSR
Dr. Milan MILAMBU:	CS, S&E
Dr. Ilunga KABAMBA:	CS/MMR/PNSR
Dr. Toto EZOMBE:	EXPERT PNIRA
Dr. Victor MUELA :	VP SCOGO
Dr. Deborah MWAPU:	CC /SG/DSFGS
Dr. J .Van KUMPEL:	CS/F&S/PNSR
Dr. Gullit LUFIDULUISU:	CS PNLCD/MAA
Dr. Stéphane KWATA:	DGOGSS/DSSP
Mme. Thethe LUKUSA:	SF/SCOSAF
Mr. Joseph NGWANZA:	CS .S&P/MMR/PNSR
Prof. Dr. MAMBU THERESE:	SMNE/ESP
Dr. Alice NDJOKA:	CS/MMR
Mr. René MULAJA:	Expert DGOGSS
Dr. Aimée MUPUALA:	SOPECOD
Dr. Erasme KIDIKWADI:	CS/MMR/PNSR
Floribert OMADJELA:	CS/MMR/PNSR
Dr. Christophe KITSITA:	CD/SE/PNSR
Ag. Rovi BIRIKI:	CDAF PNSR
Pr. Vicky LOKOMBA:	Président CNSDMMPR/UNIKIN/SCOGO
Dr. NEKWEY:	Vice-Président /CNSDMMPR/ SCOGO
Mr. Ambrocckha KABEYA:	Président SCOSAF
Mme. Fifi META:	Secrétaire/PNSR

PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Dr. Francine KIMANUKA:	UNICEF
Dr. Abetty BILANDA:	UNFPA
Dr. Brigitte KINI:	OMS
Dr. Freddy SALUMU:	UNICEF
Dr. Lydia MULONGO:	UNICEF
Dr. Jonathan MATALA:	AT/PDSS
Dr. Michel MPUNGA :	SMP/Engenderhealth
Dr .Jacquie BAPURA:	RMFP
Dr. Narcisse EMBEKE:	PROSANI
Dr. Harmonie BOKOLE:	MCSP /JHPIEGO

DESIGN GRAPHIQUE

Maxime KINGU KUAMA Michel

