

PhD defence Saloua Abouchadi

Le système de surveillance des décès maternels au Maroc: Une analyse pour optimiser la prise de décision au niveau des régions

11 May 2022
ULB -



Dit is de omschrijving

Supervisors

- Prof. Dr. Alain Levêque (ULB)
- Prof. Dr. Yvon Englert (ULB)
- Prof. Dr. Wei-Hong Zhang (ULB)
- Prof. Dr. Em. Vincent De Brouwere (ITM)

Résumé

En 2008, le ministère de la Santé marocain a mis en place une stratégie pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle. Le système de surveillance des décès maternels (SSDM) était l'un des leviers de cette stratégie. L'objectif de ma thèse était de mieux comprendre le processus d'implantation et d'utilisation du SSDM afin de tirer des leçons utiles pour améliorer sa performance au Maroc et dans d'autres pays similaires. METHODOLOGIE: Une première étude observationnelle analytique nationale sur la mortalité des femmes en âge de reproduction en 2009 a décrit le processus de développement et d'implantation du SSDM et analysé les causes et les facteurs associés aux décès maternels. Une deuxième étude en 2013-2014 dans une région a mesuré la complétude du SSDM et expliqué les écarts entre le nombre mesuré et celui estimé. Une troisième étude qualitative en 2017 a évalué le niveau d'implantation du SSDM dans l'ensemble des régions du Royaume et a analysé les facteurs qui influençaient sa mise en œuvre et son utilisation pour la prise de décision sur la base du « Consolidated Framework for Implementation Research ». RESULTATS ET DISCUSSION: En 2009, le SSDM a identifié 436 décès liés à la grossesse ; 303 cas étaient de cause maternelle. Plus de trois quarts des décès sont survenus dans la période du postpartum, dans un hôpital public ou lors du transfert entre les structures de soins de santé. Les hémorragies étaient la première cause de mortalité maternelle. Plus de la moitié des femmes auraient pu être sauvées si des mesures avaient été prises à l'hôpital. L'étude de 2013-2014 a montré que non seulement la quasi-totalité des décès maternels à domicile et des décès tardifs n'était pas notifiée, mais aussi que la sous-notification concernait des décès de causes obstétricales directes dans les hôpitaux. En 2017, le SSDM n'était plus opérationnel dans quatre régions. Les comités régionaux d'audit confidentiel ne se réunissaient plus dans quatre autres régions. Dans huit régions, toutes les composantes du SSDM étaient implantées. La mise en œuvre du SSDM a été facilitée grâce à l'adaptabilité et l'avantage relatif de l'intervention, la pression politique et hiérarchique, la communication avec le niveau national, l'accès aux connaissances et à l'information et l'engagement de coordonnateurs régionaux et provinciaux. Les obstacles étaient liés à la complexité du SSDM, son incompatibilité avec les flux de travail courants, la culture du blâme prédominante, les priorités concurrentes du ministère de la Santé, la faiblesse des comités régionaux et les recommandations insuffisamment implantées, ce qui faisait perdre au SSDM beaucoup de son efficacité et de sa pertinence.

CONCLUSIONS: La notification exhaustive des décès maternels est fondamentale. Pourtant la création d'un système spécifique de collecte n'a pas amélioré la mesure de la mortalité maternelle. Une approche intégrée et globale ciblant tous les décès, à travers le renforcement du système d'information hospitalier et du système d'enregistrement d'état civil, permettrait un meilleur engagement des différents acteurs à tous les niveaux. Néanmoins, l'intérêt premier d'un tel système était de contribuer à diminuer la mortalité maternelle. Un accompagnement des régions est nécessaire pour développer une expertise régionale dans la revue des décès maternels et une autonomie dans la formulation et la mise en œuvre des recommandations. Une stratégie pour surmonter la culture de blâme et un système de monitoring de la mise en œuvre des recommandations régionales doivent être clairement définis.

