



Intégration des Enjeux Liés à l'Égalité de Genre Sys- tèmes de Surveillance de la Mortalité Maternelle et de Riposte en Afrique

mai 2015

Intégration des Enjeux Liés à l'Égalité de Genre Systèmes de Surveillance de la Mortalité Maternelle et de Riposte en Afrique

Mai 2015

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	1
REMERCIEMENTS	2
LISTE D'ACRONYMES	3
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	4
1. Introduction	5
2. Contexte	6
2.1. Définitions clés	6
2.2. Conceptualisation des facteurs menant à la morbidité et à la mortalité maternelle: Le modèle des trois retards	7
2.3. Inégalité de genre et la violence basée sur le genre en tant que contributeurs à la morbidité et mortalité maternelle	8
2.4. Détection et riposte à la mortalité maternelle par l'intermédiaire des systèmes d'audit de la mortalité maternelle et de SDMR	8
2.5. Détection et riposte aux inégalités de genre et la violence basée sur le genre dans les systèmes SDMR	10
3. Méthodologie de l'étude	11
3.1. Échantillon	11
3.2. Collecte des données	12
3.3. Analyse des données	12
3.4. Limites	12
4. Résultats	13
4.1. Priorités en matière de santé maternelle	13
4.2. Facteurs contribuant à la morbidité et à la mortalité maternelle	13
4.3. SDMR: Expériences au niveau des pays	16
5. Conclusions	19
6. Suivi et riposte à l'inégalité de genre et la violence basée sur le genre dans les systèmes SDMR en Afrique: Recommandations sur les mesures à prendre	20
6.1. Sensibilisation	20
6.2. Adaptation des documents d'orientation de SDMR afin d'inclure davantage les questions liées à la promotion de l'égalité de genre	20
6.3. Renforcement des systèmes SDMR	21
6.4. Formations sur les questions liées au genre aux comités de SDMR	21
RÉFÉRENCES	22
ANNEXE	23
ANNEXE I: LES CONCEPTS LIÉS AU GENRE	23
ANNEXE II: EXAMEN DES RAPPORTS ET DES DIRECTIVES AU NIVEAU DES PAYS	24
ANNEXE III: ÉQUIPE DE RECHERCHE	25
ANNEXE IV: GUIDES D'ENTREVUE	26



Avant-Propos



Guidés par le Cadre Politique continental sur la santé et les droits sexuels et reproductifs et le Plan d'action de Maputo qui lui est associé, les pays africains ont fait des progrès importants dans la lutte pour réduire les déc maternels et d'enfants évitables au cours de la dernière décennie. Malgré des réalisations louables, les défis continuent d'entraver le progrès au rythme désiré. L'Afrique demeure une région où les risques associés à la grossesse et à l'accouchement sont très élevés pour les femmes; les femmes en Afrique, font encore face à un risque de 1 sur 39 de mourir de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2013, il y avait une moyenne de 800 décès maternels par jour à travers le monde; de ces décès, 500 se sont produits en Afrique hors Afrique du Nord.

Les efforts pour remédier à la situation déplorable de la santé maternelle ont traditionnellement inclus des interventions axées sur les prestataires de santé pour améliorer l'accès aux services de santé de qualité. Cependant, comme les taux de mortalité maternelle demeurent obstinément élevés dans une large partie du globe, l'attention se déplace vers l'impact des facteurs sociaux et culturels sur l'accès des femmes aux services de soins de santé. Cela comprend l'inégalité de genre en matière de prise de décision, d'éducation, d'accès à la propriété et aux opportunités d'investissement ainsi que de violence et de pratiques traditionnelles néfastes.

Selon la déclaration de la 15^{ème} Session Ordinaire de l'Assemblée de l'UA, qui a eu lieu à Kampala, Ouganda en 2010, la mortalité maternelle devrait faire l'objet d'une déclaration obligatoire. Le système de surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) est destiné à tenir compte de chaque décès maternel et mettre en place des interventions visant à prévenir les décès futurs. Ce système permet aux gouvernements de suivre, d'examiner systématiquement et d'ensuite agir sur les facteurs qui ont contribué aux décès maternels. La mise en œuvre et le renforcement des systèmes de SDMR sur le continent se trouvent parmi les stratégies clés préconisées par la Campagne de la CUA pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) afin de réduire la mortalité maternelle. Les évaluations antérieures des systèmes d'audit des décès maternels ont indiqué leur utilisation pour suivre et agir sur les causes médicales directes de décès et d'examiner les lacunes dans les établissements de santé. Alors que nous commençons à reconnaître que les comportements et les pratiques discriminatoires envers les femmes sont quelques-uns des causes sous-jacentes de ces issus mortels pour les mères, il est important que les systèmes tiennent compte et abordent les facteurs socioculturels qui contribuent aux décès maternels.

C'est avec un immense plaisir que je présente ce rapport, qui se penche sur les inégalités de genre et leur relation à la mortalité maternelle et propose des moyens pratiques pour rendre les systèmes de SDMR plus sensibles et réactifs aux sexospécificités. Je crois que l'adoption des recommandations proposées est une étape importante dans la lutte pour réduire les taux de mortalité maternelle excessivement élevés sur le continent. Je demande à toutes les parties prenantes de travailler ensemble pour assurer que les systèmes SDMR soient sensibles et tiennent compte aux questions liées au genre.

SE Dr. Mustafa S. Kaloko
Commissaire aux Affaires sociales



Remerciements

Cette étude a été réalisée en utilisant un processus participatif et a bénéficié des contributions et de l'expertise technique de nombreux acteurs internationaux, nationaux et locaux. La Commission de l'Union africaine (CUA) et l'Entité des Nations unies pour l'égalité de genre et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes) tiennent à remercier les organismes suivants pour avoir mis à leur disposition leur connaissance et ressources tout au long de ce processus: les ministères de la santé dans l'étude de cinq pays cibles (Tchad, Éthiopie, Nigeria, Afrique du Sud et Tunisie), la Société de gynécologie et d'obstétrique (ou son équivalent local) dans chaque pays faisant partie de l'étude, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA).

Nous exprimons notre gratitude aux gestionnaires de la santé, aux travailleurs de la santé, aux membres de la société civile et à d'autres qui ont agi comme sources importants d'informations, en partageant leurs expériences, leurs connaissances et leurs idées liées au système de surveillance des décès maternels et de riposte et aux défis spécifiques rencontrés par les femmes enceintes dans leur contexte local. De plus, nous remercions sincèrement tous les participants à l'atelier de validation.

Nous remercions le consultant principal, Atinuke Odukoya, et son équipe de recherche pour le temps et les efforts qu'ils ont consacrés à la réalisation de l'étude, ainsi que Mme Adebanke Akinrimisi pour ses précieuses contributions. Nous tenons également à remercier Mme Anne Schoeneborn pour son travail éditorial.

Enfin, la CUA et ONU Femmes tiennent à exprimer leur profonde gratitude au gouvernement de la France dont le soutien dans le cadre de l'Initiative de Muskoka a rendu possible la publication de cette étude.



Liste D'acronymes

CUA	Commission de l'Union africaine
CARMMA	Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
SDMR	Surveillance des décès maternels et riposte
TMM	Taux de mortalité maternelle
ONU	Organisation des Nations unies
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
ONU Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé



Résumé Analytique

Objectif

La CUA, l'ONU Femmes-Éthiopie ont commandé cette étude préliminaire pour examiner la manière dont les audits des décès maternels, ou l'approche plus récente et plus exhaustive, les systèmes de surveillance de la mortalité maternelle et de riposte (SDMR), sont actuellement utilisés pour détecter les inégalités de genre, et faire des recommandations sur la manière dont ces systèmes peuvent être améliorés pour mieux déceler les contributeurs sexospécifiques à la mortalité maternelle. Plus précisément, l'équipe de recherche vise à :

- Documenter les normes mondiales et les meilleures pratiques pour détecter et répondre aux inégalités de genre et la violence basée sur le genre dans les systèmes de SDMR
- Identifier les lacunes de l'analyse de l'inégalité de genre et de la violence basée sur le genre dans les systèmes SDMR en Afrique
- Développer un cadre pour la détection et la riposte aux inégalités de genre et la violence basée sur le genre dans les systèmes SDMR en Afrique
- Faire des recommandations concrètes sur l'intégration des questions liées à l'égalité de genre dans les systèmes SDMR en Afrique

Méthodologie de l'étude

Les chercheurs ont mené des entretiens en profondeur avec des informateurs clés dans cinq pays africains, le Tchad, l'Éthiopie, le Nigeria, l'Afrique du Sud et la Tunisie, qui ont été sélectionnés à dessein pour obtenir une représentation régionale équilibrée et inclure des pays avec des taux de mortalité maternelle (TMM) disparates. Au total, soixante-treize (73) entretiens en profondeur ont été réalisés entre novembre 2014 et janvier 2015, dans les cinq pays cibles de l'étude. Les données issues de ces entretiens ont été analysées en utilisant des méthodes d'analyse de données qualitatives. En outre, une étude a été menée sur des documents provenant des ministères de la santé des cinq pays cibles et sur d'autres documents pertinents, dont des rapports d'enquête démographique et de santé et des directives et des rapports d'audit de la mortalité maternelle. Ces documents ont été analysés à l'aide de méthodes de base d'analyse de contenu et de contexte.

Résultats

Cette étude a révélé que les informateurs clés dans les cinq pays cibles ont identifiés plusieurs facettes de l'inégalité de genre, dont l'absence du pouvoir de prise de décision des femmes et la violence basée sur le genre comme facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle dans leurs pays respectifs. L'étude a également révélé que les systèmes SDMR dans les cinq pays cibles n'incorporent pas spécifiquement la détection des inégalités de genre ou de la violence basée sur le genre. En outre, dans de nombreux cas, les membres des comités SDMR ne sont non seulement pas familiers aux discours sur le genre, mais ne comprennent pas bien l'importance de l'intégration d'une perspective sexospécifique dans les systèmes SDMR.

Recommandations

Reconnaissant que l'inégalité de genre dans toutes ses formes contribue au risque de morbidité et de mortalité maternelle (et que très peu de données sont actuellement collectées pour pouvoir démêler ces liens et évaluer avec plus de précision la part des contributeurs individuels liés à l'égalité de genre), l'étude recommande qu'une perspective sexospécifique soit intégrée dans les systèmes SDMR. Un cadre est recommandé pour appuyer cet effort, en identifiant quatre dimensions dans lesquelles des actions doivent être prises :

1. la sensibilisation
2. l'adaptation des documents d'orientation de SDMR afin d'inclure davantage les questions liées à la promotion de l'égalité de genre
3. le renforcement des systèmes SDMR
4. les formations sur les questions liées au genre aux comités de SDMR



1. Introduction

Reconnaissant l'impact considérable que la mortalité maternelle a sur les femmes et les familles, en particulier dans les pays en développement, l'OMD 5A visait de réduire le taux de mortalité maternelle (TMM) de 75 pour cent entre 1990 et 2015. En 2013, le TMM mondial avait diminué de 45 pour cent, de 380 à 210 décès pour 100,000 naissances vivantes. Bien que ce soit une réussite considérable, cette réduction se situe notamment en deçà de la cible.¹ L'Afrique subsaharienne est particulièrement touchée par la morbidité et la mortalité maternelle, en tant que région ayant le plus lourd fardeau en matière de mortalité maternelle dans le monde avec 510 décès pour 100,000 naissances vivantes. En 2013, 62 pour cent des décès maternels ont eu lieu dans cette région et, pour chaque décès, 20-30 femmes ont subi une morbidité aiguë ou chronique, souvent avec des conséquences sanitaires permanentes qui nuisent à leurs activités normales.^{2,3}

Les décès maternels sont tragiques parce que la plupart sont, en fait, évitables.⁴ Il existe des interventions médicales éprouvées, dont beaucoup sont simples et à faible coût, qui sont très efficaces dans la prévention et le traitement des complications liées à la grossesse. Pour veiller à ce que les femmes puissent bénéficier de ces interventions, il est crucial que les femmes aient accès aux soins prénatals de qualité et que tous les accouchements soient supervisés par une personne qualifiée. Des progrès ont été réalisés dans ce domaine aussi (la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié en Afrique subsaharienne a augmenté de 40% en 1990 à 53% en 2012) mais, cela signifie que près de la moitié des femmes sont encore en train d'accoucher sans les soins obstétricaux essentiels.⁵

Il y a des causes diverses qui empêchent les femmes de recevoir des soins obstétricaux de qualité, certaines apparemment simples comme ne pas avoir un établissement de santé géographiquement accessible et d'autres qui font partie d'un ensemble complexe de réalités sociales et culturelles. Il est donc extrêmement important d'avoir des systèmes institutionnalisés dans tous les pays à la fois pour détecter les décès maternels et pour enquêter sur les causes de chaque décès. Lors de la 15^{ème} session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine en 2010, les États membres se sont engagés à instituer un cadre fort de suivi et d'évaluation au niveau des pays pour qu'ils fournissent des données précises et opportunes sur la santé maternelle, notamment en rendant obligatoire la déclaration de décès maternels et en instituant des examens des décès maternels (également appelés audits des décès maternels), une stratégie pour identifier les facteurs qui ont contribué aux décès maternels spécifiques afin que des décès similaires puissent être évités à l'avenir.⁶

Afin de mesurer les progrès relatifs à cet effort, la CUA a commandé une étude pour évaluer la mise en œuvre des systèmes d'audits de décès maternels en Afrique en 2012, en collaboration avec ONU Femmes. L'étude a documenté l'état de mise en œuvre dans sept pays, notamment avec les défis principaux rencontrés, et a fait une série de recommandations visant à renforcer davantage les systèmes d'audit de la mortalité maternelle dans la région. L'étude a reconnu l'importance de l'inégalité de genre et de la violence basée sur le genre comme facteurs qui contribuent à la morbidité et la mortalité maternelle, mais en raison de sa portée plus large, l'étude n'a pas fait état des conclusions spécifiques pour ce domaine. C'est pourquoi, les chercheurs ont recommandé une étude de suivi pour enquêter sur ce qui pourrait être appris au sujet de la contribution de l'inégalité de genre et de la violence basée sur le genre à la morbidité et la mortalité maternelle à partir des systèmes d'audit de la mortalité maternelle existants.

En réponse à cette recommandation, la CUA et l'ONU femmes-Éthiopie ont commandé cette étude préliminaire pour examiner spécifiquement la façon dont les systèmes d'audit des décès maternels, ou l'approche plus récente et exhaustive, la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR), sont actuellement utilisés pour suivre les inégalités de genre, et pour faire des recommandations sur la façon dont ces systèmes peuvent être modifiés pour un meilleur suivi des facteurs liés au genre contribuant à la mortalité maternelle.

Plus précisément, l'étude vise à:

- Documenter les normes mondiales et les meilleures pratiques pour détecter et répondre aux inégalités de genre et la violence basée sur le genre dans les systèmes de SDMR
- Identifier les lacunes de l'analyse de l'inégalité de genre et de la violence basée sur le genre dans les systèmes SDMR en Afrique
- Développer un cadre pour la détection et la riposte aux inégalités de genre et la violence basée sur le genre dans les systèmes SDMR en Afrique
- Faire des recommandations concrètes sur l'intégration des questions liées à l'égalité de genre dans les systèmes SDMR en Afrique

1 ONU 2014

2 Ibid

3 Firoz et al. 2013

4 ONU 2014

5 Ibid

6 Union africaine 2010



2. Contexte

2.1. Définitions clés

L'OMS définit **la mortalité maternelle** comme *le décès d'une femme pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, indépendamment de la durée et du lieu de la grossesse, pour une cause quelconque liée à ou aggravée par la grossesse ou sa gestion, mais qui n'est pas accidentelle ou fortuite*. Les décès maternels sont classés soit comme décès obstétricaux directs, par exemple, dans les cas d'hémorragies, d'hypertension gravidique, de septicémie ou d'avortement dangereux, ou comme décès obstétricaux indirects qui comprennent ceux liés au VIH, au paludisme ou d'autres conditions médicales préexistantes.

Afin de minimiser au possible le nombre de cas non détectés, les conseils techniques récents sur la conduite du SDMR recommandent que chaque décès de femme en âge de procréer déclenche un examen de son dossier médical pour déterminer son statut de grossesse.⁷ Néanmoins, il est important de considérer l'implication de la définition actuelle de la mortalité maternelle qui exclut les décès accidentels dont les causes sont fortuites. Cela signifie, par exemple, que les décès résultant de la violence conjugale, ainsi que d'autres formes de violence basée sur le genre ne sont pas classées comme des décès maternels et ne sont donc pas pris en compte dans les statistiques de la mortalité maternelle. En conséquence, certains chercheurs ont fait valoir que la mesure de la mortalité maternelle ne tient pas suffisamment compte des sexes et ont appelé à une définition plus inclusive de la mortalité maternelle qui considère la violence conjugale comme une cause de mort maternelle.⁸

La plus récente série de codes de diagnostic médical internationaux inclut une nouvelle catégorie de diagnostic supplémentaire: **le décès lié à la grossesse**.⁹ Ce terme est défini comme *le décès d'une femme pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quelle que soit la cause du décès. Une fois que les pays entièrement déployé le nouvel ensemble de codes, cette catégorie plus large aidera plus efficacement à détecter la totalité des femmes qui meurent pendant la grossesse ou dans la période post-partum*.

Deux termes supplémentaires présentent un intérêt particulier, à savoir:

- **Le « quasi-décès » maternel**, défini comme l'état d'une femme ayant survécu à une complication qui a engagé le pronostic vital, survenue au cours de la grossesse ou de l'accouchement ou dans les 42 jours de la fin de la grossesse.¹⁰
- **La morbidité maternelle**, dont les causes sont nombreuses et complexes, n'a pas eu historiquement une définition unique et uniforme. Un groupe spécial de travail international sur la morbidité maternelle a récemment été formé pour élaborer une définition précise et des critères d'identification normalisés de la morbidité maternelle, et a convenu sur la définition suivante qui a été proposée pour inclusion dans les futurs codes de diagnostic internationaux: *un état de santé attribué à et / ou aggravé par la grossesse et l'accouchement qui a un impact négatif sur le bien-être de la femme*.¹¹

7 OMS 2013a

8 Espinoza 2005

9 OMS 2010

10 Say 2009

11 Firoz et al. 2013



2.2. Conceptualisation des facteurs menant à la morbidité et à la mortalité maternelle: Le modèle des trois retards

Il y a pléthore de facteurs différents contribuant à la morbidité et la mortalité maternelle. Un cadre conceptuel qui est couramment utilisé pour classer ces facteurs est le *modèle des trois retards*.¹² Ce modèle identifie trois types de retards qui empêchent les femmes d'accéder aux soins obstétricaux en temps opportun, à savoir des retards dans la décision de rechercher des soins, des retards dans l'identification et l'arrivée à un centre de santé et des retards dans la réception de soins adéquats et appropriés (voir le tableau 1).

Tableau 1: Exemples des trois retards dans la recherche de soins de santé¹³

Premier retard: Décision de solliciter des soins	Deuxième retard: Se rendre à un établissement médical	Troisième retard: Recevoir un traitement adéquat
<ul style="list-style-type: none"> • Incapacité à reconnaître les signes de danger • Manque d'argent pour payer les frais médicaux / transports • Craintes de mauvais traitement au centre de santé • Réticence de la mère ou de la famille à se faire soigner en raison des contraintes culturelles • Manque de pouvoir de prise de décision par la femme ou par un membre de la famille présent • Manque d'encouragement de la part des parents et des membres de la communauté à se faire soigner • Aucune personne disponible pour prendre soin des enfants, de la maison ou du bétail • Manque d'accompagnement à l'établissement de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Distance de la maison de la femme à un établissement ou prestataire de soins • Manque de routes ou mauvais état des routes • Manque de transport d'urgence, que ce soit par voie terrestre ou aqueuse • Manque d'information sur les services existants • Manque de soutien de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de personnel de soins de santé • Insensibilité aux inégalités de genre des prestataires de soins de santé • Pénuries de produits tels que les médicaments d'urgence ou le sang • Manque d'équipement pour les soins obstétricaux d'urgence (SOU) • Incompétence des prestataires de soins de santé à fournir des SOU • Faible système de transferts médicaux (y compris le transport et la communication)

¹² Thddeus 2013

¹³ Source OMS 2013a



2.3. Inégalité de genre et la violence sexuelle en tant que contributeurs à la morbidité et mortalité maternelle

L'inégalité de genre a de nombreuses implications à la fois sur l'accès et le recours par les femmes aux services de santé maternelle, et peut contribuer aux trois retards susmentionnés. Une étude qui a utilisé les données de 31 pays, dont 21 en Afrique, a constaté que le statut éducatif, économique et d'autonomisation des femmes est significativement associé à l'utilisation des services de santé maternelle.¹⁴ Ses résultats indiquent que les femmes qui ont terminé leurs études primaires sont presque cinq fois plus susceptibles d'avoir une accoucheuse qualifiée durant l'accouchement que les femmes moins éduquées, et près de trois fois plus susceptibles d'effectuer au moins quatre visites prénatales. En outre, la probabilité d'avoir un personnel qualifié lors de l'accouchement pour les femmes dans le quintile le plus pauvre est inférieure de 94% à celles des femmes dans le quintile le plus riche. Enfin, les femmes ayant un score d'autonomisation maximum étaient 1,3 fois plus susceptibles d'avoir une accoucheuse qualifiée et 1,5 fois plus susceptibles d'effectuer au moins quatre visites prénatales.

La violence sexuelle, notamment la violence du partenaire intime, le viol, l'avortement forcé, et les pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales féminines, le mariage des enfants et la grossesse des adolescentes, est ancrée dans l'inégalité de genre et peut avoir de graves conséquences sanitaires pour les femmes enceintes. Pour ne donner que deux exemples:

- **La violence conjugale**, en plus d'être associée à un démarrage tardif des soins prénatals, représente une proportion largement méconnue de la mortalité maternelle.¹⁵ Une recherche menée dans une région de l'Inde a estimé que 16% de tous les décès pendant la grossesse étaient le résultat de la violence conjugale.¹⁶ En outre, les conclusions de l'étude ont montré que près de 70% des décès maternels dans cette région ne sont pas enregistrés et 41% des décès enregistrés étaient mal classés. La violence conjugale est un problème important en Afrique où environ 37% de toutes les femmes qui ont été dans une relation ont subi des violences physiques et / ou des violences sexuelles de la part de leur partenaire intime (comparativement à 30% au niveau mondial) et pas moins de 40% de tous les meurtres de femmes sont commis par des partenaires intimes (comparativement à 38% au niveau mondial).¹⁷
- **La grossesse des adolescentes** met les filles en danger accru de morbidité et de mortalité maternelle. Les filles âgées de 10-14 ans sont 5-7 fois plus susceptibles de mourir pendant l'accouchement, et les filles âgées de 15-19 ans sont deux fois plus susceptibles par rapport aux femmes de plus de 20 ans.¹⁸ La grossesse des adolescentes est commune en Afrique subsaharienne, en partie en raison du mariage fréquent des enfants; environ 42% des femmes âgées de 20 à 49 ans dans la région ont été mariées ou en couple avant l'âge de 18 ans.¹⁹ Les très jeunes mères courent un risque particulièrement élevé de dystocie, qui est non seulement une cause directe commune de la mortalité maternelle, mais peut aussi conduire à la fistule obstétricale, une morbidité maternelle grave qui aboutit souvent à l'incontinence, l'extrême stigmatisation et la ségrégation sociale lorsqu'elle est laissée non traitée. On estime que plus de 2 millions de jeunes femmes vivent avec une fistule obstétricale non traitée en Asie et en Afrique subsaharienne.²⁰

2.4. Détection et riposte à la mortalité maternelle par l'intermédiaire des systèmes d'audit de la mortalité maternelle et de SDMR

Audit de la mortalité maternelle

Une première approche utilisée pour étudier et remédier à la mortalité maternelle est celle de l'audit de la mortalité maternelle, qui est un examen systématique en profondeur des décès maternels pour identifier les facteurs et circonstances sous-jacents qui ont contribué à chaque décès. Lorsqu'elles sont appliquées correctement, les leçons tirées des audits sont utilisées pour prévenir que d'autres décès semblables, ne se produisent à l'avenir, le plus souvent par l'amélioration de la qualité des soins offerts aux femmes enceintes. Il ne s'agit pas d'un processus pour blâmer ou accabler, mais vise plutôt à habilitier les autorités locales à comprendre ce qui s'est passé dans chaque cas et à prendre des mesures pour sauver la vie d'autres femmes.²¹ Il existe différentes approches utilisées pour mener des audits des décès maternels, dont beaucoup sont décrites à la section 4.

14 Ahmed 2010

15 OMS 2002

16 Ganatra 1998

17 OMS 2013b

18 ONU 2001

19 UNICEF 2014

20 OMS 2014a

21 La Banque mondiale 2011



Des études ont montrées plusieurs exemples de l'efficacité des audits des décès maternels correctement menés à déclencher des changements positifs dans les centres de santé maternelle et, lorsque la communauté est une partie intégrante du processus. Une étude menée dans un hôpital de district au Sénégal a constaté que, suite à la mise en œuvre d'audits des décès maternels, il y a eu une amélioration de la disponibilité et de la gestion des produits sanguins, une amélioration dans l'organisation générale des soins, et une augmentation des taux de transfusion sanguine. En outre, à la fin de la troisième année de mise en œuvre, la mortalité dans l'unité de maternité avait diminué de 55%.²²

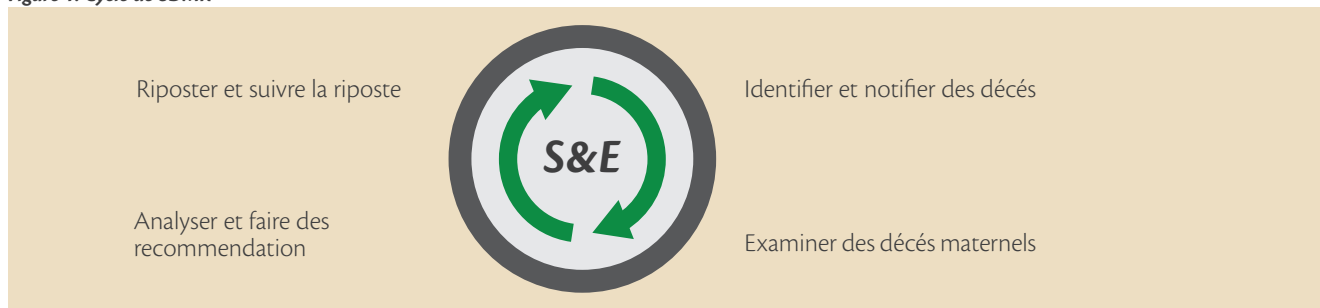
Par ailleurs, une étude pilote récente menée au Malawi a constaté qu'un processus communautaire d'audit des décès maternels mis en œuvre dans un district a non seulement conduit à l'identification de nombreux décès maternels non détectés par les systèmes de collecte de données existants, elle a permis d'augmenter l'action et la responsabilité des travailleurs de la santé et a incité une variété d'actions communautaires visant à améliorer la santé, dont l'établissement de statuts pour endiguer les coutumes traditionnelles présentant un risque pour les femmes enceintes et d'activités pour éduquer les hommes sur leurs rôles et responsabilités à soutenir les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum. Après une année de mise en œuvre, le processus a abouti à des taux élevés de réalisation des actions communautaires prévues (82%), ainsi que des actions visant à prévenir les décès maternels au niveau de l'hôpital de district (67%) et du centre de santé (65%).²³

Les processus d'audit de la mortalité maternelle doivent encore être pleinement institutionnalisés dans la plupart des pays africains en raison des défis qui comprennent la faiblesse des systèmes de santé, le manque de ressources dédiées suffisantes, l'insuffisance de l'orientation et de la coordination au niveau des pays, et l'insuffisance de formation et du soutien professionnel de la santé. La Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), une initiative lancée par la CUA en 2009, a contribué à la volonté politique accrue qui sera nécessaire pour intensifier les processus d'audit de la mortalité maternelle dans la région. Plus précisément, en 2012, l'initiative a coordonné un atelier régional avec des représentants de 26 pays d'Afrique subsaharienne qui ont porté spécifiquement sur les audits des décès maternels.

Mortalité maternelle et système de surveillance et de riposte

Un système plus complet, de surveillance continue, qui repose sur l'audit de la mortalité maternelle est le système de surveillance des décès maternels et de la riposte (SDMR). Ce système développé plus récemment est un cycle d'action continu qui vise à identifier, informer et examiner tous les décès maternels dans les communautés et les établissements, fournissant des informations pour développer des interventions efficaces basées sur des données qui réduiront la mortalité maternelle et permettront la mesure de leur impact (voir Figure 1). Le cycle se poursuit avec l'identification et l'examen des cas, en accordant une attention particulière au suivi de l'application des mesures recommandées et de leur efficacité.²⁴

Figure 1: Cycle de SDMR²⁵



Historiquement, la collecte de données précises relatives à la mortalité maternelle a été extrêmement difficile, en partie parce que la mortalité maternelle est sujette à la sous-déclaration et à la classification erronée, et parce que la plupart des pays ayant les plus hauts taux de mortalité maternelle ont les systèmes de notification systématique le plus faibles.²⁶ Les systèmes SDMR offrent une approche pour améliorer la précision de l'identification, du comptage et de la déclaration des décès maternels et disposent également d'une capacité à fournir des données infranationales qui peuvent aider à promouvoir l'action et la responsabilité.²⁷

22 Dumont 2006

23 Bayley 2015

24 OMS 2013a

25 Source : OMS 2013a

26 Ronsmans 2006

27 Hounton 2013



2.5. Détection et riposte aux inégalités de genre et la violence sexuelle dans les systèmes SDMR

Comme examiné précédemment, l'inégalité de genre et la violence basée sur le genre sont souvent étroitement imbriquées avec les facteurs qui conduisent à la morbidité et à la mortalité maternelle. Pourtant, le suivi des inégalités de genre et comment elles contribuent aux cas individuels de décès maternel n'a pas été une priorité spécifique des systèmes SDMR. Actuellement, les directives internationales pertinentes intègrent l'enquête et la documentation liées à l'inégalité de genre et la violence basée sur le genre des manières suivantes:

- Dans les recommandations d'audit de la mortalité maternelle publiées par la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens, des séances de team-building qui comprennent une session interactive sur le genre et la santé sont recommandées avant de commencer la formation d'audit de la mortalité maternelle, afin de sensibiliser le public sur l'impact de l'inégalité de genre sur l'accès aux services de santé et d'encourager les membres du comité d'examen d'étudier les événements à travers une « loupe genre » lors de l'examen des cas.²⁸

Les orientations techniques internationales récentes sur le SDMR incluent les questions liées de genre parmi les facteurs que les comités doivent généralement prendre en considération lors de l'évaluation du caractère évitable des décès. Plus précisément, elles recommandent aux membres du comité « d'évaluer les obstacles sociaux et économiques liés à la condition des femmes, le niveau d'alphabétisation des femmes et les croyances et pratiques sexistes qui peuvent être une cause première du niveau déplorable d'utilisation des services ». Cependant, dans les outils de collecte de données d'échantillon que le document d'orientation fournit, il y a quelques instructions spécifiques liées à l'inégalité de genre ou la violence basée sur le genre:

Dans l'exemple de formulaire de déclaration de décès maternel fourni, le seul emplacement où des renseignements relatifs à l'inégalité de genre ou à la violence basée sur le genre pourraient être enregistrés sont les espaces prévus pour la cause primaire et secondaire de la mort, et dans l'espace pour des remarques supplémentaires.

- Parmi les types de données spécifiques recommandées pour la collecte au niveau de la communauté, des indices pourraient être fournis par les réponses à des questions sociodémographiques de base, des questions ouvertes portant sur d'autres facteurs contributifs, et à la question, « y avait-il des obstacles à l'obtention de soins, tels que géographiques, financiers ou sociaux ou d'autres responsabilités? »
- Dans le questionnaire communautaire d'autopsie de 32 pages, en plus des questions ouvertes sur les événements qui ont conduit à la mort, les éléments suivants pourraient fournir des indices:
 - ▶ A-t-elle eu des blessures ou un accident qui ont conduit à sa mort? (Oui ou non)
 - ▶ Quel genre de blessure ou d'accident la défunte a-t-elle eu? (Accident de la circulation routière, chute, noyade, empoisonnement, brûlures, violence / agression, autre)
 - ▶ Est-ce que la blessure ou l'accident ont été intentionnellement infligés par une personne? (Oui ou non)
 - ▶ Quelles sont les raisons pour lesquelles elle (ou quelqu'un d'autre en son nom) n'a pas cherché des soins de santé avant sa mort? (Choix multiple)
 - ▶ Quelles difficultés a-t-elle rencontrées quand elle a cherché des soins de santé? (Choix multiple)
- Dans le formulaire de décès maternel en établissement, la réponse à la question suivante peut fournir des indices: « Est-ce les femmes en quête de soins ont pris du retard, pourquoi? Inclure les problèmes personnels, axés sur la famille et la communauté, notamment les problèmes sociaux et financiers ».

Ce manque général de renseignements spécifiques conduit ceux qui effectuent des audits des décès maternels à examiner ou à en savoir davantage sur la façon dont l'inégalité de genre et / ou à la violence basée sur le genre en particulier peuvent avoir contribué à la mort de la mère est problématique, car il empêche la documentation standardisée et le suivi significatif de ces facteurs pertinents. Pour combler cette lacune, la dernière section de ce rapport présente une série de recommandations sur la façon dont les systèmes SDMR pourraient être modifiés pour intégrer plus spécifiquement la contribution de l'inégalité de genre et de la violence basée sur le genre à la mortalité maternelle.

28 De Brouwere 2013



3. Méthodologie de l'étude

Pour atteindre l'objectif de l'étude consistant à identifier les lacunes liées à l'analyse des inégalités de genre dans les systèmes SDMR en Afrique, les chercheurs ont mené des entrevues en profondeur avec une variété d'informateurs clés dans cinq pays africains. Des entretiens en face-à-face ont été réalisés dans la mesure du possible et autrement, des informations ont été recueillies auprès d'informateurs clés par téléphone ou par communication email. L'équipe de recherche a choisi d'utiliser la méthode de recherche qualitative consistant en des entrevues en profondeur, car elle permet la saisie d'un large éventail de réponses nuancées des participants et est particulièrement appropriée pour des discussions sur un sujet aussi complexe et polymorphe que l'inégalité de genre.

Pour acquérir une compréhension des normes spécifiques à chaque pays de suivi et de riposte aux inégalités de genre dans les systèmes SDMR, l'équipe de recherche a effectué un examen préliminaire des documents provenant des ministères de la santé dans les cinq pays cibles. Les chercheurs ont également examiné les rapports d'enquête démographiques et de santé, les directives et rapports de SDMR et d'autres documents fournis par les comités SDMR et les acteurs nationaux.

3.1. Échantillon

Cinq pays ont été choisis à dessein pour être inclus dans l'étude, un de chacune des cinq régions d'Afrique (voir tableau 2). Ces pays ont été choisis afin de parvenir à une représentation régionale équilibrée et d'inclure des pays avec des taux de mortalité maternelle variés (un équilibre des pays avec des TMM relativement hauts et bas). Seuls les pays ayant déjà mis en œuvre un certain type de système d'audit des décès maternels / SDMR ont été inclus dans l'étude.

Tableau 2: Pays cibles

Pays	Région	TMM (pour 100,000 naissances vivantes) ¹
Tchad	Afrique centrale	980
Éthiopie	Afrique de l'Est	420
Nigeria	Afrique de l'Ouest	560
Afrique du Sud	Afrique australe	140
Tunisie	Afrique du Nord	46

Les personnes interrogées de chaque pays ont été choisies à dessein parmi les catégories résumées dans le tableau 3 pour obtenir un large éventail de perspectives des fonctionnaires, des prestataires de soins de santé, des représentants d'organisations de la société civile et des membres de la communauté. Au total, soixante-treize (73) entrevues en profondeur ont été réalisées entre novembre 2014 et janvier 2015 dans les cinq pays cibles.

**Tableau 3: Les informateurs clés ciblés pour des entretiens en profondeur dans chaque pays**

Parties prenantes	Nombre ciblé
Représentant du ministère de la Santé du gouvernement local	1
Coordonnateur du projet d'audit de décès maternel / SDMR du Ministère de la santé ou personne focale / fonctionnaire en charge du dossier	1
Professionnel de la santé publique ou communautaire	1
Membre du comité d'audit de la mortalité maternelle /SDMR ou à la tête du comité au niveau régional/provincial ou des établissements	1
Organisation non gouvernementale travaillant sur les audits de la mortalité maternelle / SDMR et / ou sur des problèmes de santé maternelle	1
Société de gynécologie et d'obstétrique, ou équivalent dans le pays	1
Prestataires de soins de santé, notamment un obstétricien (ou médecin expérimenté en obstétrique) et une infirmière (de préférence une sage-femme / matrone)	2
Leader ou représentant communautaire	2
Leader d'un groupe de femmes	1
Femme enceinte ou en âge de procréer	2
Représentant de la communauté masculine, marié	2
Partenaire de développement travaillant sur les audits de la mortalité maternelle / SDMR	1
Total	16

3.2. Collecte des données

Les chercheurs ont mené des entretiens approfondies avec les participants à l'aide d'un guide d'entretien structuré (voir annexe V) et ont pris des notes détaillées des réponses des participants. Concernant les participants non-anglophones, les chercheurs ont traduit le guide d'entretien et ont mené les entretiens dans la langue locale. Les notes de ces entretiens ont ensuite été traduites en anglais pour l'analyse des données. Une approbation déontologique a été demandée dans chaque pays cible, mais en raison de contraintes de temps, elle n'a été obtenue à temps pour la collecte de données qu'en Éthiopie. La participation à l'étude était volontaire et libre de toute forme de coercition. Les chercheurs ont pleinement informés chaque participant sur le but de l'étude avant de commencer l'entretien et les participants ont donné leur accord oralement avant le début de l'entretien.

3.3. Analyse des données

Les données générées par les entretiens approfondis ont été analysées en utilisant des méthodes d'analyse de données qualitatives. Le processus analytique consistait à examiner les transcriptions d'entretiens afin d'identifier les principales idées contenues dans les données, puis regrouper ces idées en thèmes spécifiques.

Les formulaires et directives d'examen des décès maternels ont été analysés à l'aide de méthodes d'analyse du contenu et du contexte.

3.4. Limites

Cette étude a présenté un certain nombre de limites. Tout d'abord, les traductions du guide d'entretien et des réponses des participants (de ou vers l'anglais, français et les langues locales parlées au Tchad et en Éthiopie) pourraient créer des biais dans le processus de collecte de données et, par conséquent, dans les conclusions de l'étude. Ce biais peut avoir été aggravé par le fait qu'aucune retraduction n'a été réalisée.

En outre, en raison de l'absence d'une autorisation déontologique complète dans quatre des pays cibles, un certain nombre de répondants ont indiqué que leurs réponses doivent être considérées comme le reflet de leurs seules opinions, et beaucoup voulaient garder leur identité confidentielle.



4. Résultats

Cette étude a révélé que les informateurs clés dans les cinq pays cibles ont identifié plusieurs facettes de l'inégalité de genre, notamment le manque de pouvoir de décision des femmes et la violence basée sur le genre, comme facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle dans leurs pays respectifs. L'étude a également constaté que les systèmes SDMR des cinq pays cibles ne tiennent pas spécifiquement compte du suivi des inégalités de genre ou de la violence basée sur le genre. En outre, dans de nombreux cas, les membres des comités SDMR n'étaient ni familiers des questions sur l'inégalité de genre, ni ne comprenaient pas bien l'importance de l'intégration d'une perspective axée sur le genre dans les systèmes SDMR.

4.1. Priorités en matière de santé maternelle

Les priorités en matière de santé maternelle identifiées par les participants à l'étude étaient similaires dans les cinq pays cibles. Les répondants de l'Éthiopie, du Nigeria, du Tchad et de l'Afrique du Sud ont souligné la nécessité d'accroître le nombre de professionnels de la santé qualifiés, de renforcer la capacité des établissements de santé existants et de promouvoir l'accouchement institutionnel comme priorités importantes dans leurs pays respectifs. Un informateur clé en Éthiopie a déclaré, « *pour ce qui est de la santé maternelle, nous nous focalisons sur la réduction du taux de mortalité*. Pour cela, la première chose est de veiller à ce que toutes les mères accouchent dans des établissements, donc la promotion de l'accouchement institutionnel. Nous faisons la promotion de l'idée qu'aucune femme ne doit donner naissance à la maison. . . . *Nous avons réussi à augmenter le nombre de professionnels qualifiés, en particulier les sages-femmes, à travers le programme de formation accélérée afin de répondre aux plus grandes nécessités* ».

En outre, les répondants au Nigeria et au Tchad ont identifiés l'accroissement de l'accès à la planification familiale, l'augmentation du nombre d'établissements de santé dans les zones rurales, l'augmentation de la fréquentation de soins prénatals et l'augmentation de la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence comme priorités importantes de santé maternelle. Les répondants en Afrique du Sud et au Nigeria ont articulé l'importance des programmes de prévention du VIH parce que, comme un répondant l'a souligné, « *le VIH est l'un des facteurs les plus importants qui contribuent à la mortalité maternelle dans le pays* ».

Les répondants des pays faisant partie de l'étude ont fait référence à des aspects spécifiques de l'inégalité de genre, en particulier l'importance de la réduction de la pauvreté grâce à l'autonomisation des femmes et la prévention de la grossesse des adolescentes. Aucun répondant n'a spécifiquement mentionné la lutte contre la violence basée sur le genre comme priorité de la santé maternelle, indiquant que soit les participants ne la considéraient pas dans les premiers rangs des priorités en matière de santé maternelle ou la violence basée sur le genre n'occupe pas une part importante dans le discours local sur la morbidité et la mortalité maternelle.

4.2. Facteurs contribuant à la morbidité et à la mortalité maternelle

Selon les participants à l'étude, de nombreux facteurs contribuent à la vulnérabilité des filles et des femmes aux complications obstétricales et à la mortalité maternelle. Les répondants de tous les pays cibles ont indiqué que parmi les causes directes, l'hémorragie est la cause la plus fréquente de la mortalité maternelle dans leur contexte local. Les répondants ont décrit également un large éventail de facteurs, la plupart interconnectés, qu'ils considéraient comme contribuant à la morbidité et à la mortalité maternelle. Ces facteurs comprennent:

Le manque de pouvoir de décision des femmes

Beaucoup de personnes interrogées à travers les pays ciblés par l'étude ont décrit des familles patriarcales qui limitent l'autonomie et la capacité des femmes à prendre des décisions. Comme un informateur clé l'a déclaré: « *Le système de la famille patriarcale éthiopienne fait que tout est contrôlé par le mari et, par conséquent, les femmes ne sont pas impliquées dans le processus de prise de décision* ». De même, un professionnel de la santé communautaire au Nigeria a indiqué que « *La plupart des femmes n'ont pas leur mot à dire dans la famille et elles attendent de leurs maris les prises de décision* ». Un répondant tunisien a expliqué que, « *Dans la plupart de nos régions, les hommes contrôlent les dépenses du ménage et les prises de décision dans la famille, et peuvent donc être réticents à utiliser les ressources limitées pour les soins de santé et les besoins nutritionnels des femmes* ».

Les répondants ont indiqué que ces normes patriarcales affectent de manière significative la capacité des femmes à prendre des décisions sur le quand et le comment obtenir des services de santé et, d'une importance particulière, sur la question d'aller à l'hôpital en cas de complications liées à la grossesse. Un certain nombre de répondants ont expliqué que, même si une femme peut jouer un rôle dans le processus de prise de décision, au final, elle doit souvent accepter ce que son mari décide. Un répondant de l'Éthiopie a déclaré, « *Elle prend la décision. Bien sûr, son mari fait également partie du processus de prise de décision. Surtout dans les zones rurales, si le mari ne*



l'approuve pas, elle pourrait ne pas aller ». De même, un répondant de l'Afrique du Sud a expliqué que « *le faible statut socio-économique des femmes influe sur leur pouvoir de décision dans le couple et parfois elles sont obligées de compter sur leurs maris pour la prise de décision concernant leur santé sexuelle et reproductive* ». En outre, un répondant au Tchad a noté que, « *En général, la femme n'a pas de pouvoir de décision en matière de transport vers un établissement de santé quand elle est en phase d'accouchement ou quand elle a des complications liées à l'accouchement nécessitant une intervention chirurgicale. La voix de la famille reste dominante. L'autorité d'un des hommes proches de la femme enceinte (frère, mari, oncle) est prédominante en termes du milieu socio-culturel dont la femme enceinte est issue* ».

La violence basée sur le genre

Les participants à l'étude ont décrit plusieurs formes de violence basée sur le genre rencontrées par les filles et les femmes dans leurs pays, dont la violence physique et sexuelle. Les répondants au Tchad, au Nigeria et en Éthiopie ont parlé de pratiques traditionnelles néfastes, telles que le mariage précoce et les mutilations génitales féminines, qu'ils considèrent comme contributeurs spécifiques à la morbidité et mortalité maternelle. Selon un répondant en Éthiopie, « *Les filles et les femmes dans le pays sont exposées à la violence basée sur le genre, soit comme une pratique traditionnelle de la communauté ou par leurs homologues masculins. Le viol, l'enlèvement, le mariage des enfants et les mutilations génitales féminines sont quelques-unes des principales formes de violence basée sur le genre auxquelles les femmes et les filles sont assujetties.* »

Les répondants au Nigeria ont identifié le problème des mariages précoces et forcés des filles à des hommes plus âgés comme un facteur contribuant à la mortalité maternelle, en particulier dans le nord du pays. Selon les répondants, le mariage précoce favorise le déséquilibre entre les sexes et met les jeunes filles à risque de complications liées à la grossesse, au VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles. Selon un répondant au Nigeria, « *les filles ne sont pas éduquées, elles se marient tôt et commencent à donner naissance à un âge précoce. Si les organes internes ne sont pas suffisamment développés pour la grossesse et l'accouchement, cela présente un danger et peut causer la mort de la mère* ».

Les répondants ont également indiqué que la violence basée sur le genre est sous ou non déclarée et que les données qui relient la violence basée sur le genre à la morbidité et à la mortalité maternelle ne sont généralement pas collectées. Un informateur-clé en Afrique du Sud a déclaré, « *les cas de violence basée sur le genre sont parfois signalés, mais pas les cas directs. Peu de cas de violence basée sur le genre signalés sont directement liés à la mortalité maternelle. La violence domestique est plus courante, mais également rarement signalée. Je me souviens d'un cas où un homme a frappé son partenaire enceinte dans l'estomac et le fœtus a été détaché du placenta* ». Un autre répondant a décrit un exemple similaire de violence, ce qui démontre le caractère anecdotique de causes de mortalité maternelle liées à la violence basée sur le genre: « *Je connaissais une dame qui a été rouée de coups et dont l'utérus a été rompu, elle est morte avec son bébé* ». Plusieurs répondants ont expliqué que, bien que les victimes de violence basée sur le genre puissent se présenter à un établissement de santé, c'est souvent seulement la complication de santé immédiate qui est enregistrée, et non les causes sous-jacentes.

Grossesse des adolescentes

De nombreux répondants ont indiqué que les adolescentes et les jeunes femmes ont un accès limité aux services de santé en raison de la honte et de la culture du silence qui entoure les soins de santé sexuelle et reproductive. Les répondants dans les cinq pays ont indiqué que la grossesse des adolescentes est une cause importante de mortalité maternelle, que les adolescentes ont tendance à cacher leurs grossesses et, en conséquence, souvent, ne reçoivent pas de soins prénatals appropriés. En plus d'avoir moins accès aux soins, certains répondants ont indiqué que les jeunes femmes reçoivent des soins de qualité inférieure à celle des femmes plus âgées. Une répondante sud-africaine a décrit sa propre expérience d'être mère à 19 ans: « *Je fus traité avec mépris et indifférence. Je pleurais tout le temps et n'ai pas eu du tout le soutien du personnel infirmier. D'après mon expérience, le personnel hospitalier fait de la discrimination envers les jeunes mères et les mères célibataires et par conséquent, ne porte aucune attention ni à elles ni à leurs plaintes, même lorsque les femmes ont raison* ».



Pauvreté et autres facteurs socio-économiques

Les répondants de tous les pays cibles de l'étude ont décrit un lien étroit entre la pauvreté et la mortalité maternelle. Comme un répondant nigérian a déclaré, « la pauvreté est un facteur important. Les gens sont pauvres. Même lorsque l'établissement est juste à côté, beaucoup ne peuvent pas se permettre de payer pour des services ». De même, une femme sud-africaine a expliqué, « les facteurs socio-économiques contribuent à la mauvaise santé maternelle, étant donné que beaucoup de femmes ne disposent pas de l'aide et des moyens externes pour répondre à leurs besoins ».

Beaucoup de personnes interrogées dans les cinq pays ont identifié le combat pour payer le transport aux établissements de santé comme un obstacle spécifique à l'accès aux soins de santé, en particulier pour les femmes vivant en milieu rural. Selon un répondant au Tchad, « *la maternité a un coût que le mari ou l'auteur de la grossesse ne couvrent pas nécessairement. Beaucoup de femmes et en particulier les adolescentes payent par elles-mêmes les dépenses liées à leur grossesse. Dans les zones rurales, cela est encore plus vrai, ou les moyens de transport pour se rendre régulièrement aux centres de soins prénatals ou aux établissements de santé les plus proches dans le cas de complications d'accouchement font souvent défaut* ». De même, un leader communautaire au Nigeria a déclaré, « *le problème majeur est la pauvreté. Prenez par exemple quelqu'un qui doit se rendre à des centres de soins prénatals, mais n'a pas d'argent pour le transport. Le manque d'une bonne nutrition est également un facteur, mais la question fondamentale est la pauvreté. 99 pour cent des problèmes rencontrés ont leur racine dans la pauvreté* ».

Les informateurs clés ont également cité les niveaux d'éducation et d'alphabétisation comme contributeurs importants à la morbidité et la mortalité maternelle. Ils ont indiqué que le niveau d'éducation des femmes et des filles affecte fortement leurs capacités de prise de décision, leur accès à l'information de santé et leur prise de conscience des risques pour la santé maternelle. En outre, une femme mieux éduquée sera plus habilitée à rejeter les croyances et les pratiques traditionnelles néfastes qui peuvent augmenter son risque de morbidité et de mortalité maternelle.

Facteurs culturels

Des répondants ont indiqué que les valeurs et les croyances culturelles spécifiques ont un impact significatif sur les résultats de santé maternelle. Par exemple, les répondants dans les cinq pays cibles ont signalé l'existence d'une préférence culturelle pour l'accouchement à domicile. Selon les informateurs clés au Nigeria, au Tchad, en Éthiopie et en Afrique du Sud, l'utilisation des guérisseurs traditionnels et des accoucheuses traditionnelles est l'une des principales raisons pour lesquelles des femmes ayant des complications obstétricales tardent à solliciter des soins médicaux. Selon un répondant en Afrique du Sud, « *les femmes sont également confrontées à un certain nombre de problèmes culturels qui affectent leur santé. Elles rendent visite à des sangomas [guérisseurs traditionnels] qui leur donnent des médicaments traditionnels qui affectent leur santé et celle des bébés à naître* ». Un autre a déclaré: « *beaucoup de mères vont chez les sangomas pour se faire soigner et se rendent aux hôpitaux seulement si le résultat souhaité ou prévu n'est pas atteint. Elles reçoivent souvent des cocktails forts d'herbes et parfois des médicaments toxiques à digérer qui tuent l'enfant et parfois tuent la mère aussi, ou entraînent des complications pour les deux* ». Au Nigeria, un informateur clé a fait remarquer que, « *Certaines familles ne croient pas aux établissements médicaux conventionnels et ne peuvent pas être convaincus du contraire, elles font appel à des accoucheuses traditionnelles* ».

Des informateurs clés au Tchad ont indiqué l'existence d'une préférence culturelle générale pour l'accouchement vaginal et une réticence à demander de l'aide médicale en cas de complications obstétricales. Les répondants ont indiqué que, même dans le cas d'une urgence obstétricale, les membres de la famille d'une femme enceinte peuvent se tourner vers les guérisseurs traditionnels pour le traitement, retardant ainsi l'accès de la femme à des soins médicaux appropriés. Selon les répondants aux entrevues au Tchad et au Nigeria, certaines communautés croient que la césarienne se traduira inévitablement par la mort de la femme, qui, dans certains cas, conduit les membres de la famille d'une femme ayant besoin d'une césarienne à refuser de signer le formulaire de consentement de la procédure. En outre, les répondants au Tchad et au Nigeria ont indiqué que les proches d'une femme peuvent refuser de donner leur sang dans le cas où une transfusion est nécessaire en raison des interprétations culturelles négatives liées à cette procédure médicale.

Plusieurs répondants ont également indiqué que les femmes peuvent trouver difficile de discuter comment elles se sentent pendant la grossesse et l'accouchement. Dans certains contextes, il est considéré comme une forme de force et de dignité de subir pour une femme les douleurs du travail dans le silence. En particulier au Nigeria, les répondants ont indiqué que l'attente culturelle dans certains domaines est que les femmes doivent être vues et pas entendues est une norme qui peut influencer significativement sur les décisions de santé maternelle des femmes. En outre, un certain nombre de répondants ont indiqué que les croyances religieuses peuvent influencer les comportements défavorables à la santé; par exemple, une acceptation fataliste de la mort au nom de la religion peut rendre les femmes et leurs familles moins susceptibles à la recherche active d'une intervention médicale dans le cas d'une urgence obstétricale.



Infrastructure de la santé

Les répondants à travers les pays cibles de l'étude ont déclaré que l'infrastructure de santé inadéquate contribue à la mortalité maternelle. Ils ont indiqué que le nombre d'établissements de santé est insuffisant et que de nombreux établissements existants ne sont pas correctement équipés, ne disposent pas d'un personnel suffisant et ne fournissent pas de services de haute qualité. Au Tchad, les informateurs clés ont indiqué un approvisionnement insuffisant à l'hôpital principal, notamment la disponibilité insuffisante de sang, de kits d'urgence et d'oxygène. De plus, en raison de problèmes d'électricité, de nombreux établissements de santé sont incapables de fournir des services de soins obstétricaux d'urgence 24 heures sur 24. Les répondants ont également cité l'insuffisance des routes et des systèmes de transport comme facteurs inhibant souvent l'accès des femmes aux soins de santé maternelle.

Gouvernance

Les répondants au Tchad et au Nigeria ont cité la mauvaise gouvernance et le manque de volonté politique comme facteurs contribuant à la morbidité et la mortalité maternelle. Selon les répondants au Tchad, il y a des mesures insuffisantes au niveau de la politique, visant à réduire la mortalité maternelle, comme en témoigne l'absence de mise en œuvre effective de la loi n° 006 / PR / 2002 sur la promotion de la santé reproductive; la non-adoption de plusieurs projets de textes qui protègent les droits des femmes, notamment contre la violence basée sur le genre; et la non-adoption du code des personnes et de la famille, qui porterait l'âge minimum du mariage à 17 ans. Au Nigeria, d'autre part, les répondants ont indiqué que la corruption contribue à la morbidité et à la mortalité maternelle parce que les fonds alloués à la santé maternelle ne sont pas toujours utilisés conformément à leur but, résultant en des établissements de santé mal équipés.

Conflits et troubles civils

Les répondants au Nigeria ont exprimé leur préoccupation que les conflits et troubles civils récents pourraient avoir un impact négatif sur la santé maternelle. Plus précisément, les répondants ont indiqué le besoin de recherche pour étudier les effets sur la santé maternelle de l'insurrection Boko Haram dans la partie nord-est du pays. Comme l'a déclaré un informateur clé, « *l'insurrection peut également avoir augmenté les niveaux de violence basée sur le genre dans le pays; cependant, une étude est nécessaire pour comprendre les ramifications de la situation de conflit sur la santé maternelle dans le pays* ».

4.3. SDMR: Expériences au niveau des pays

Les chercheurs ont examiné les approches actuellement utilisées pour mener des audits des décès maternels, ou SDMR, dans les cinq pays cibles, et leur niveau d'intégration du suivi de l'inégalité de genre et la violence basée sur le genre. En plus de l'analyse des informations fournies par les informateurs clés, les chercheurs ont utilisé le Guide de l'AusAID sur le genre et le développement comme base pour examiner les outils et les formulaires utilisés pour mener le SDMR dans les pays cibles de l'étude.²⁹ Plus précisément, les chercheurs ont utilisé les questions directrices principales incluses dans le guide pour les aider à évaluer le niveau de sensibilité et d'engagement envers les principes de l'égalité de genre émanant des outils et des formulaires.

Alors que certains types d'audits de décès maternels / SDMR ont été menés en Afrique du Sud et la Tunisie depuis 1997 et 1999, respectivement, le Tchad, l'Éthiopie et le Nigeria n'ont que récemment introduit des systèmes SDMR. Chaque pays utilise un ou plusieurs des cinq méthodes d'audit les plus courantes, résumées dans le tableau 4.

29 AusAID


Tableau 4: Approches pour mener des audits de décès maternels

Approche	Description	Pays utilisant l'approche
Audit de décès maternels en établissement	<ul style="list-style-type: none"> Enquête approfondie sur les causes et facteurs associés aux décès maternels survenus, dans les établissements de santé Fournit des informations qui peuvent être utilisées pour améliorer les soins obstétricaux Idéalement comprend un représentant de la communauté pour donner un aperçu des facteurs contributifs au niveau communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> Tchad Éthiopie Nigeria Afrique du Sud Tunisie
Audit de la mortalité maternelle / autopsie verbale en milieu communautaire	<ul style="list-style-type: none"> Enquête approfondie et qui ne porte pas de jugement des causes et facteurs associés aux décès maternels survenus en dehors des établissements de santé Consiste à interroger les membres de la famille sur les circonstances qui ont conduit au décès maternel 	<ul style="list-style-type: none"> Éthiopie Afrique du Sud
Enquêtes confidentielles sur les décès maternels	<ul style="list-style-type: none"> Un comité multidisciplinaire national ou infranational se réunit périodiquement pour enquêter systématiquement sur un échantillon représentatif (ou la totalité) des décès maternels documentés pour identifier les causes et les facteurs associés L'enquête est menée de manière confidentielle (« Pas de blâme, pas de honte ») 	<ul style="list-style-type: none"> Afrique du Sud Tunisie
Enquête sur la morbidité maternelle sévère et / les quasi-décès	<ul style="list-style-type: none"> Une enquête approfondie sur les facteurs qui ont conduit au quasi-décès, ce qui a bien fonctionné dans le traitement des complications mortelles, et les leçons tirées Contrairement aux autres approches, dans cette méthode, la femme enceinte elle-même est interviewée, créant la possibilité d'obtenir des informations de première main sur les circonstances du quasi-décès 	<ul style="list-style-type: none"> Éthiopie Afrique du Sud
Audit clinique	<ul style="list-style-type: none"> Un examen systématique des soins obstétriques prodigués aux femmes enceintes par rapport à des protocoles ou critères établis Vise à améliorer la qualité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> Éthiopie Afrique du Sud

Les résultats ont révélé que les formulaires et les systèmes de collecte de données du SDMR dans les cinq pays cibles n'intègrent pas spécifiquement le suivi des inégalités de genre ou de la violence basée sur le genre.

Les répondants de la Tunisie ont indiqué que le système SDMR local ne comprend pas actuellement les questions liées au genre, aux déterminants sociaux de la mortalité maternelle ou à la violence basée sur le genre. En fait, plusieurs participants à l'étude ont indiqué qu'ils ne considèrent pas l'inégalité de genre comme un problème important, en Tunisie: « Je pense que les femmes tunisiennes sont émancipées; elles organisent seules leur vie sexuelle et reproductive et je ne pense pas que les contraintes sexospécifiques soient importantes ». D'autre part, les membres des comités locaux de SDMR ont noté une augmentation récente de la mortalité maternelle dans les zones rurales et ont déclaré que des recommandations avaient été prises pour commencer à enquêter sur les déterminants sociaux et économiques de la mortalité maternelle, en utilisant une approche fondée sur les droits de l'homme.

En Afrique du Sud, même si un système de SDMR très développé est en place, les répondants ont indiqué que l'inégalité de genre et la violence basée sur le genre ne sont pas suivies de manière efficace par le système. Selon un répondant prenant part à la conduite d'audits de mortalité maternelle, « le comité n'étudie pas les problèmes sociaux de la santé dans le détail ... la qualité des examens locaux doit être améliorée et les recommandations du comité national doivent être mises en œuvre. » Les répondants ont indiqué qu'il y a un besoin



particulier d'introduire des questions centrées sur la violence basée sur le genre, compte tenu des niveaux élevés de violence dans le pays. En outre, certains répondants ont indiqué qu'il y a une augmentation des cas rapportés d'usage d'alcool et de drogues chez les femmes enceintes, de sorte que ces problèmes devraient être spécifiquement examinés dans les audits des décès maternels.

Au Nigeria, les répondants ont indiqué que les inégalités de genre et la violence basée sur le genre représentent un problème important dans le pays, mais que ces questions ne sont pas activement explorées dans les audits des décès maternels. Un informateur clé qui participe à des audits de décès maternels a déclaré: « **au** niveau de l'établissement, nous ne supervisons pas la violence basée sur le genre. En termes d'audits de décès maternels, nous n'avons pas analysé ce qui se passe, mais dans le pays en général il y a une augmentation de la violence basée sur le genre, en particulier du viol, et davantage de personnes se manifestent pour parler de leurs expériences ». Un autre répondant a déclaré que le système de SDMR au Nigeria est toujours en évolution, et qu'il peut être trop tôt pour identifier les lacunes spécifiques du système, mais qu'« **il existe une apathie nationale pour mettre en œuvre des audits de décès maternels** ».

En Éthiopie, les rapports de mortalité maternelle comprennent des informations de base sur la défunte et un résumé des facteurs cliniques et contributifs pertinents au décès maternel. Les causes cliniques comprennent des causes obstétricales directes et indirectes et les facteurs contributifs comprennent ceux qui ont trait aux trois retards décrits précédemment. Une majorité de répondants en Éthiopie ont indiqué qu'ils pensent que les questions liées au genre ont été indirectement abordées dans les catégories de retard un et deux, et qu'elles ne sont pas plus spécifiquement incorporées parce que le concept de genre est si large et subjectif, qu'il est difficile d'énumérer tous ses aspects avec le format des rapports. Les informateurs clés en Éthiopie ont également indiqué que le système de SDMR souffre d'un certain nombre de carences, notamment un manque de hiérarchisation au niveau régional, des ressources financières et techniques insuffisantes, le roulement rapide du personnel et les craintes de la faute médicale. Les audits communautaires de décès maternels sont sujets à des difficultés particulières, dont des difficultés à atteindre toutes les zones rurales en raison de contraintes financières et le manque de personnel pour effectuer le travail. D'autre part, dans certains cas, les répondants ont rapporté la réticence des membres de la famille à participer à l'autopsie verbale ou à fournir des renseignements exacts.

Les résultats de l'étude au Tchad ont révélé que le concept de SDMR est encore très nouveau dans le pays et la plupart des répondants ne sont pas familiarisés avec le processus. La mise en œuvre du SDMR a été lancée dans trois des 22 régions du Tchad (Logone Occidentale, N'Djamena et Ouaddaï), mais le processus n'est pas pleinement opérationnel. Selon un informateur clé, « **je** suis impliqué dans le processus d'audit de la mortalité maternelle, sauf qu'il vient juste de commencer. J'ai suivi la formation donnée par des formateurs sur les audits des décès maternels et ai également contribué à la mise en place de certaines équipes qui ont déjà commencé le processus. Il y avait un audit qui a déjà eu lieu à **Moundou en octobre 2014** ». Mis à part le personnel de santé directement impliqué dans les formations sur le SDMR, quelques informateurs clés étaient familiers avec le processus. Les répondants qui connaissaient des projets pilotes du SDMR dans des établissements de la santé spécifiques ont remarqué que le personnel clinique semblait confus par le processus et pourrait bénéficier d'une formation supplémentaire.



5. Conclusions

Un engagement à promouvoir l'égalité de genre est bien établi dans la région africaine.³⁰ Comme illustré par la CARMMA, il y a aussi une volonté politique en cours de renforcement dans la région afin de réduire davantage la mortalité maternelle. Reconnaisant que l'inégalité de genre dans toutes ses formes contribue au risque de morbidité et de mortalité maternelle pour les femmes, et que très peu de données sont actuellement collectées pour démêler ces liens et évaluer avec plus de précision l'importance réelles des contributeurs liés au genre individuels, il devient clair pourquoi il est important d'intégrer les aspects liés au genre dans les systèmes de SDMR (voir encadré 1). Tirer parti de ces systèmes pour générer des données qui aident à élucider les causes premières de la mortalité maternelle, avec toute leur complexité, a le potentiel de permettre aux décideurs politiques et parties prenantes locales de mieux cibler les interventions et les ressources pour résoudre le problème. En d'autres termes, l'utilisation de ces outils pour commencer à combler le déficit d'information existant va nous libérer pour aller au-delà des anecdotes isolées sur la contribution de l'inégalité de genre à la mortalité maternelle, à l'aide de preuves réelles pour déclencher et guider l'action.

Encadré 1: Définition de l'intégration des questions de genre

L'intégration des questions de genre est une stratégie mondialement acceptée pour promouvoir l'égalité de genre. L'intégration implique de veiller à ce que les perspectives de genre et les objectifs d'égalités de genre soient au centre de toutes les activités (élaboration de politiques, recherche, plaidoyer/dialogue, législation, allocation des ressources, planification, mise en œuvre et suivi des programmes et des projets.

30 Union africaine 1995



6. Suivi et riposte à l'inégalité de genre et la violence basée sur le genre dans les systèmes SDMR en Afrique: Recommandations sur les mesures à prendre

Cette section propose des recommandations pour appuyer l'intégration des aspects sexospécifiques dans les systèmes de SDMR. Le cadre identifie quatre dimensions le long desquelles des mesures doivent être prises:

1. la sensibilisation
2. l'adaptation des documents d'orientation de SDMR afin d'inclure davantage les questions liées à la promotion de l'égalité de genre
3. le renforcement des systèmes SDMR
4. les formations sur les questions liées au genre aux comités de SDMR

6.1. Sensibilisation

Afin de mobiliser la volonté politique indispensable et les ressources qui seront nécessaires pour intégrer efficacement les aspects sexospécifiques dans les systèmes SDMR, le plaidoyer ciblé sera nécessaire au niveau international, régional et national afin de:

- placer la question de l'inégalité de genre en haut des préoccupations en matière de la santé maternelle.
- encourager les gouvernements à engager, un financement et des ressources suffisants continus pour poursuivre les efforts de renforcement des systèmes d'audit de la mortalité maternelle et pour les transformer finalement en des systèmes de SDMR entièrement opérationnels.
- veiller à ce que les organismes gouvernementaux et d'autres intervenants soient sensibles aux principales conclusions des SDMR, une fois que les systèmes sont opérationnels. Par exemple, s'il devient clair que la violence conjugale contribue à un grand nombre de décès maternels, la sensibilisation sera probablement nécessaire pour veiller à ce que des ressources suffisantes soient allouées à la mise en œuvre des interventions ciblées pour traiter cette question.

6.2. Adaptation des documents d'orientation de SDMR afin d'inclure davantage les questions liées à la promotion de l'égalité de genre

Comme examiné précédemment, les documents et outils d'orientation de SDMR existants ne se focalisent pas spécifiquement sur la façon dont l'inégalité de genre contribue aux cas de mortalité maternelle. Il sera donc important que les directives existantes soient adaptées au niveau international et national pour mieux faire le suivi des facteurs sexospécifiques connus qui contribuent à la morbidité et à la mortalité maternelle. Cela comprendra la révision des formulaires d'audit de la mortalité maternelle pour sonder spécifiquement les répondants sur un large éventail de facteurs contributifs, comme par exemple:

- le revenu et / ou l'accès aux ressources financières
- le niveau d'autonomie et d'engagement dans les prises de décisions au sein du ménage
- l'éducation, notamment les années de scolarisation et d'alphabétisation
- l'exposition à la violence et aux pratiques traditionnelles néfastes basée sur le genre, dont:
 - ▶ la violence conjugale
 - ▶ le mariage des enfants
 - ▶ l'avortement forcé
 - ▶ les mutilations génitales féminines
 - ▶ le viol ou d'autres violences sexuelles
- l'exposition à des normes culturelles ou sociales néfastes qui augmentent le risque de complications obstétricales des femmes enceintes
- l'exposition à la discrimination basée sur le genre

Reconnaissant qu'il existe de nombreux facteurs complexes et interdépendants qui peuvent empêcher les femmes et les filles d'accéder



à des soins de santé appropriés, et que les inégalités de genre se manifestent de différentes façons dans différents contextes sociaux et culturelles, il est recommandé que chaque pays élabore un processus visant à adapter les directives et outils aux réalités locales. Plus précisément, ce processus devra :

- Utiliser une approche hautement participative qui comprend des experts locaux sur les questions de l'égalité de genre et des représentants de la société civile comprenant des femmes et des hommes, en tant que partie intégrante du processus.
- Inclure la formulation de questions spécifiques de sondage adaptées au contexte local du pays pour utilisation par les comités de SDMR.

6.3. Renforcement des systèmes SDMR

Les résultats de cette étude corroborent les exemples des études qui indiquent que de nombreux pays africains sont actuellement confrontés à des défis dans la mise en œuvre de systèmes fonctionnels de SDMR. Ces défis comprennent l'insuffisance des ressources techniques, humaines et financières pour institutionnaliser pleinement le SDMR, conduisant à des processus incohérents, des rapports incomplets et un manque de supervision, de coordination et de responsabilisation. Il sera par conséquent nécessaire de renforcer les systèmes existants dans ces pays, tout en augmentant également la focalisation sur les questions d'inégalité de genre. Plus précisément, les pays devront :

- Commencer et / ou renforcer la mise en œuvre des autopsies orales et des enquêtes sur les quasi-décès, qui sont souvent les plus stratégiques dans la collecte d'informations sur les facteurs liés au genre contribuant à la mortalité maternelle. Les enquêtes sur les quasi-décès se révèlent souvent particulièrement utiles et peuvent être menées à la fois au niveau des centres de santé et communautaire car elles permettent à la survivante de parler pour elle-même, racontant sa propre histoire et décrivant les circonstances qui l'ont amenée à subir une urgence obstétricale. De plus, étant donné qu'une proportion importante de femmes en Afrique donne naissance en dehors des établissements de santé, les autopsies orales sont une stratégie cruciale pour enquêter sur les décès maternels souvent non comptabilisés par les audits des décès maternels en établissement.
- Inclure des représentants communautaires et d'autres intervenants locaux ayant notamment une connaissance de la situation socio-culturelle qui mène aux décès maternels au sein des comités de SDMR. (Les résultats de cette étude ont révélé qu'aucun des cinq pays cibles n'a inclus un représentant de la communauté dans les comités de SDMR.) En plus de fournir des indications précieuses, la représentation de la communauté permet souvent d'améliorer la connaissance des principaux facteurs de risque au niveau communautaire, de renforcer les liens établissements-communautés et d'accroître la responsabilisation dans la mise en œuvre des mesures résultant du processus d'audit.
- Mettre en œuvre des stratégies visant à assurer que les recommandations issues des audits des décès maternels sont suivies et mises en œuvre. (Une question importante soulevée dans les cinq pays cibles était l'incapacité à donner suite aux recommandations formulées par les comités de SDMR.)
- Veiller à ce que tous les rapports d'audit de la mortalité maternelle comprennent un résumé spécifique des facteurs sexospécifiques que le Comité estime ont contribué à la mortalité maternelle.
- Veiller à ce que les audits de décès maternels soient effectués et qu'ils figurent dans les statistiques nationales sous la rubrique « décès liés à la grossesse », ainsi que sous celle « décès maternels ».
- établir / renforcer une collaboration continue entre le point focal sur les questions d'inégalités de genre dans le ministère de la santé et les points focaux qui supervisent le processus de SDMR, en particulier avec le but de garantir que les questions relatives aux inégalités de genre sont intégrées dans les plans, les évaluations et les rapports de SDMR. En outre, le point focal sur les questions d'inégalités de genre devra jouer un rôle actif dans tout comité national multidisciplinaire chargé de mener des enquêtes confidentielles sur la santé maternelle.

6.4. Formations sur les questions liées au genre aux comités de SDMR

Les résultats de cette étude indiquent que les membres des comités de SDMR dans de nombreux pays africains ne sont pas familiers aux concepts et au discours sur la sexospécificité. Pour réussir à intégrer les questions de sexospécificité dans les systèmes de SDMR, il sera très important de fournir une formation axée sur l'égalité de genre aux professionnels de la santé et à d'autres acteurs impliqués dans la réalisation d'audits de décès maternels. Idéalement, un spécialiste des questions sexospécifiques devrait jouer un rôle prépondérant dans ces formations, donnant un aperçu de la façon de poser efficacement des questions d'approfondissement pertinentes, indépendamment des connaissances propres du répondant des concepts en matière d'égalité de genre.



RÉFÉRENCES

1. A. Saifuddin, A. Creanga, D. Gillespie et A. Tsui.2010. «Situation économique, éducation et autonomisation: Implications sur l'utilisation des services de santé maternelle dans les pays en développement». *PLoS ONE* 5 (6): e11190.
2. Union africaine. 1995. «Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples sur les droits des femmes en Afrique».
3. Union africaine. 2010. «Assemblée de l'Union africaine; Quinzième session ordinaire; Décisions, Déclarations, Résolution «.
4. AusAID. *Guide de genre et de développement*.
5. Bayley, O., H. Chapota, E. Kainja, T. Phiri, C. Gondwe, C. King, B. Nambiar, C. Mwansambo, P. Kazembe, A. Kazembe, A. Costello, M. Rosato et T. Colbourn.2015. "Community-linked Maternal Death Review (CLMDR) to Measure and Prevent Maternal Mortality: A Pilot Study in Rural Malawi". *BMJ Open* 5 (4): e007753.
6. Conseil de l'Europe. 1998. «Intégration de la question liée au genre: Cadre conceptuel, méthodologie et présentation des bonnes pratiques». Strasbourg.
7. De Brouwere V., V. Zinnen et T. Delvaux.2013. *Comment mener des examens de mortalité maternelle (MDR). Directives et outils pour les professionnels de la santé*. Londres: Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens, FIGO LOGIC.
8. Dumont, A., A. Gaye, L. Bernis, N. Chaillet, A. Landry, J. Delage et M. Bouvier-Colle.2006. «Examen des décès maternels en établissement: Effets sur la mortalité maternelle dans un hôpital de district au Sénégal». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 84 (3).
9. Espinoza, H. et A. Camacho. 2005. "Maternal Death Due to Domestic Violence: An Unrecognized Critical Component of Maternal Mortality". *Pan Am J Public Health* 17 (2): 123-129.
10. Firoz, T., D. Chou, P. von Dadelszen, P. Agrawal, R. Vanderkruik, O. Tunzalp, L. Magee, N. Van den Broek, L. Say, Groupe de travail sur la morbidité maternelle.2013. «Mesurer la santé maternelle: Focus sur la morbidité maternelle». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 91: 794-796.
11. Ganatra B., K. Coyaji et V. Rao.1998. «Trop loin, trop peu, trop tard: Une étude témoin communautaire de cas de mortalité maternelle dans les régions rurales de l'Ouest de Maharashtra, en Inde». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 76: 591-598.
12. K. Gupta, K. et P. Bosselmann Maiti (Eds.).2008. *Problèmes et politiques mondiaux de l'environnement*. New Delhi: Atlantic Publishers and Distributors.
13. Hounton S., L. Bernis, J. Hussein, W. Graham, I. Danel, P. Byass et E. Mason.2013. "Towards Elimination of Maternal Deaths: Maternal Deaths Surveillance and Response". *Reproductive Health* 10:1.
14. Ronsmans C., W. Graham, The Lancet Maternal Survival Series steering group. 2006. "Maternal Mortality: Who, When, Where, and Why". *The Lancet* 368 (9542): 1189-1200.
15. Say L., J. Souza, R. Pattinson, WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. 2009. "Maternal Near Miss—Towards a Standard Tool for Monitoring Quality of Maternal Health Care". *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 23: 287-96.
16. Thaddeus, S. et D. Maine. 1994. "Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context". *Social Science & Medicine* 38 (8): 1091-1110.
17. La Banque Mondiale. 2011. «L'audit de la mortalité maternelle comme outil pour réduire la mortalité maternelle». HNPNotes.
18. Nations Unies 2014. *Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le développement*. New York: Nations Unies.
19. Nations Unies 2001. «Nous, les enfants: Examen de fin de décennie de la suite donnée au Sommet mondial pour les enfants. Rapport du Secrétaire général «. A / S-27/3.
20. Fonds des Nations Unies pour l'enfance 2014. *Mettre fin au mariage des enfants: progrès et perspectives*. New York: UNICEF.
21. OMS. 2014A. «10 vérités sur la fistule obstétricale». http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/. Consulté le 17 mai 2015.
22. OMS. 2013b. *Estimations mondiales et régionales de la violence faite aux femmes: Prévalence et conséquence sur la santé de la violence conjugale et de la violence sexuelle non-conjugale*. Genève: OMS.
23. OMS. 2014b. «Base des données de l'observatoire mondial de la santé: Données par pays du taux de mortalité maternelle». <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1390>. Consulté le 17 mai 2015.
24. OMS CIM-10: *Classification internationale des maladies*. Genève: OMS.
25. OMS. 2013a. *Surveillance de la mortalité maternelle et riposte: Information sur les conseils techniques concernant les interventions visant à prévenir les décès maternels*. Genève: OMS.
26. OMS. 2002. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève: OMS.



ANNEXE

ANNEXE I: LES CONCEPTS LIÉS AU GENRE

Genre

Le « genre » est un terme utilisé pour décrire les caractéristiques des femmes et des hommes qui sont socialement construites, tandis que le « sexe » se réfère à des traits qui sont biologiquement déterminés. Le genre décrit donc tous les attributs, rôles, activités et responsabilités socialement octroyés et reliés à la masculinité et à la féminité dans une société donnée.³¹

Égalité de genre

« L'égalité de genre » est l'absence de discrimination fondée sur le sexe d'une personne, dans l'octroi des chances, de l'accès aux services, et dans l'allocation des ressources et des avantages. En d'autres termes, l'égalité de genre signifie l'égale visibilité, autonomisation et participation des deux sexes dans toutes les sphères de la vie publique et privée.³²

Équité de genre

« L'équité de genre » se réfère à l'équité et à la justice dans la répartition des avantages et des responsabilités entre les femmes et les hommes. Le concept reconnaît que les femmes et les hommes ont des besoins et des points forts différents, et que ces différences doivent être identifiées et traitées pour corriger les déséquilibres entre les sexes.

Analyse de genre

« L'analyse de genre » identifie, analyse et recommande des mesures pour lutter contre les inégalités de santé qui émanent de la différence de rôles des femmes et des hommes ou des relations de pouvoir inégales entre eux, et les conséquences de ces inégalités sur leur santé. Les personnes naissent avec des attributs biologiques féminins et masculins, mais apprennent à être des filles et des garçons qui se transforment en grandissant en femmes et hommes. Ce comportement appris constitue l'identité de genre et détermine les rôles de genre.

Intégration des question de genre

L'intégration d'une perspective sexospécifique est le processus d'évaluation des implications pour les femmes et les hommes de toute action planifiée, notamment au niveau de la législation, des politiques ou des programmes, dans tous les domaines et à tous les niveaux. C'est une stratégie visant à faire des préoccupations et des expériences des femmes et des hommes une partie intégrante de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des politiques et des programmes dans toutes les sphères politiques, économiques et sociales, afin que les femmes et les hommes bénéficient d'avantages égaux et que l'inégalité ne soit pas perpétuée. Le but ultime de cette intégration est de parvenir à l'égalité de genre.³³

31 Gupta 2008

32 Conseil de l'Europe 1998

33 Tel que défini par le Conseil économique et social des Nations unies en 1997



ANNEXE II: EXAMEN DES RAPPORTS ET DES DIRECTIVES AU NIVEAU DES PAYS

Éthiopie

« Outil d'évaluation et de notification des facteurs correctifs de la mortalité et du quasi-décès maternel »; « Formulaire récapitulatif des cas d'audit de la mortalité /quasi-décès maternel »; « Format du rapport de la mortalité maternelle, formulaire récapitulatif de l'audit oral »; « Formulaire de notification du service de soins en établissement »; « Formulaire d'abstraction du quasi-décès en établissement ». Éthiopie.

Nigeria

1. ——. 2014. Comité d'examen des décès maternels du territoire de la capitale fédérale. Procès-verbal de réunion. Asokoro District Hospital (Nigeria), Septembre.
2. ——. 2013. « Directives nationales sur l'examen des décès maternels au Nigeria. »
3. « Formulaire d'examen de la mortalité maternelle en établissement de santé »; « Formulaire d'autopsie orale communautaire pour enquêtes sur les décès maternels dans le Territoire de la capitale fédérale »; « Formulaire de la session d'examen des décès maternels »; et « Examen des décès maternels: Formulaire de recommandations et de plan d'action ». Administration fédérale du Territoire de la capitale, Secrétariat des services de santé et sociaux, Comité des soins de santé primaires et Société de gynécologie et d'obstétrique du Nigeria (SOGON); Approuvé par le Ministère de la Santé.

Afrique Du Sud

1. ——. 2014. « Directives pour remplir le formulaire de notification des décès maternels ». 4ème édition. Département de la santé d'Afrique du Sud, Pretoria.
2. ——. « Formulaire de notification des décès maternels ». Département de la santé d'Afrique du Sud, Pretoria.
3. Comité national d'enquêtes confidentielles sur les décès maternels. 2012. « Sauver les mères 2008-2010: Cinquième rapport sur les demandes de renseignements confidentiels sur les décès maternels en Afrique du Sud. » Département de la santé d'Afrique du Sud, Pretoria.
4. Pattinson, R., S. et J. Fawcus Moodley. 2013. « Dixième rapport intérimaire sur les enquêtes confidentielles sur les décès maternels en Afrique du Sud: 2011 et 2012. » Département de la santé d'Afrique du Sud, Pretoria.
5. Département de la santé d'Afrique du Sud. 2012. Plan stratégique national de l'Afrique du Sud pour une Campagne sur la réduction accélérée de la mortalité maternelle et infantile en Afrique (CARMMA). Département sud-africain de la Santé, Pretoria.



ANNEXE III: ÉQUIPE DE RECHERCHE

1. Atinuke Odukoya Consultant, Nigeria
2. Victoria Balogun Recueil des données, Afrique du Sud
3. Lydie Beassmeda Recueil des données, Tchad
4. Mohammed Chaouch Recueil des données, Tunisie
5. Olasumbo Oladipo Recueil des données, Nigeria
6. Rofiah Ololade Sarunmi Recueil des données, Afrique du Sud
7. Tseday Zeraycob Recueil des données, Ethiopie



ANNEXE IV: GUIDES D'ENTREVUE

Guide d'entrevue semi-structurée pour des entrevues avec les membres du comité d'AMM et des coordonnateurs de projets AMM

A. Informations de pays

1. Date de l'entrevue / date d'achèvement (jj / mm / aaaa):
2. Nom du pays:
3. Région de l'Afrique:
 - Afrique centrale
 - Afrique de l'Est
 - Afrique du Nord
 - Afrique australe
 - Afrique de l'Ouest
4. TMM actuel:
5. Année:
6. Source:

B. Coordonnées du répondant

1. Nom de la personne interrogée / qui a rempli le formulaire:
2. Titre:
3. Nom de l'organisation / département:
4. Rôle dans le comité d'AMM (le cas échéant):
5. Téléphone:
6. Email:
7. Skype ID (si disponible):
8. Type d'interview (par exemple, par téléphone, en personne):

C. Nom de l'enquêteur:

CONTEXTE

1. Nous visons à obtenir une meilleure compréhension des audits de santé et de décès maternels en Afrique. De votre point de vue, et compte tenu de votre expérience en matière de santé maternelle, quelles sont les priorités en matière de santé maternelle dans votre pays?
2. Quels sont les facteurs qui à votre avis contribuent à la mortalité et à la morbidité maternelle? (Explorer divers facteurs qui conduisent à la mortalité maternelle, les facteurs liés à la violence sexuelle et sexiste, et prendre des notes sur les détails concernant la façon dont la violence sexuelle et sexiste contribue à la mortalité chez les femmes enceintes et en post-partum)
3. Outre les facteurs mentionnés plus haut, quels autres facteurs pensez-vous contribuent à la mortalité et à la morbidité maternelle? (Explorer les facteurs socio-économiques comme la pauvreté, etc.)
4. En vous basant sur votre expérience en matière de santé maternelle, quelles sont les questions de genre prioritaires en matière de santé maternelle?
5. Pouvez-vous fournir des détails précis sur les questions liées au genre tels que le manque de pouvoir de décision des femmes, les restrictions religieuses ou culturelles qui empêchent les femmes d'accéder aux services de soins de santé?
6. Comment vous ou votre programme / comité / système de santé entendez répondre aux questions soulevées? Que faites-vous actuellement?



AUDITS DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

1. Êtes-vous familier avec les audits de décès maternels?
2. Êtes-vous impliqué dans les audits de décès maternels? De quelle manière participez-vous aux activités d'audit? Que faites-vous? (Approfondir sur le niveau de connaissance et la participation aux comités d'AMM et la durée de la participation)
3. Quelles sont les approches d'audit de la mortalité maternelle utilisées dans votre pays? Décrire SVP.
4. Quelle est la constitution de votre comité d'audit de la mortalité maternelle? Combien d'hommes et de femmes siègent sur le comité?
5. Qui d'autre travaille sur l'amélioration de la santé maternelle / audits de la mortalité maternelle dans votre pays?
6. Dans quelle mesure le processus d'audit de la mortalité maternelle a été un succès? Qu'est-ce qui va bien? Qu'est-ce qui doit changer pour avoir encore plus de succès?
7. Quelles sont les lacunes que vous observez dans le système et les processus d'audit de la mortalité maternelle?
8. Quels types de changements aimeriez-vous voir dans les processus d'audit de la mortalité maternelle?
9. Nous avons identifié les inégalités de genre plus tôt, abordez-vous ces inégalités? Que pensez-vous que vous pouvez faire pour inclure la notion d'égalité de genre dans la santé maternelle?
10. Comment le concept d'égalité de genre est-il incorporé dans les audits des décès maternels? S'il n'est pas incorporé, comment pensez-vous qu'il pourrait l'être dans les audits des décès maternels?
11. Énoncez trois grands défis ou contraintes pour intégrer le concept d'égalité de genre dans les audits de la mortalité maternelle?
12. Quelles sont vos suggestions pour surmonter ces défis / obstacles?
13. Quelles suggestions avez-vous pour assurer l'intégration de l'égalité de genre dans les systèmes d'audit de la mortalité maternelle?

QUESTIONS FINALES

1. Pouvez-vous nous donner des copies de vos directives, stratégie, rapports d'audit de la mortalité maternelle, etc.?
2. S'il y a autre chose que vous voulez me dire et que vous n'avez pas pu car ce n'était inclus dans le questionnaire? Des commentaires / idées / questions que vous aimeriez partager?



Guide d'entrevue semi-structurée pour des entrevues avec: des représentants des ministères de la Santé des gouvernements nationaux; des représentants des services de santé des gouvernements provinciaux (ou équivalent); des représentants des services de la santé des collectivités locales; des professionnels de la santé publique ou communautaire; des prestataires de soins de santé, etc.

A. Informations de pays

7. Date de l'interview / date d'achèvement (jj / mm / aaaa):
8. Nom du pays:
9. Région de l'Afrique:
 - Afrique centrale
 - Afrique de l'Est
 - Afrique du Nord
 - Afrique australe
 - Afrique de l'Ouest
10. TMM actuel:
11. Année:
12. Source:

B. Coordonnées du répondant

1. Nom de la personne interrogée / qui a rempli le formulaire:
2. Titre:
3. Nom de l'organisation / département:
4. Rôle dans le comité d'AMM (le cas échéant):
5. Téléphone:
6. Email:
7. Skype ID (si disponible):
8. Type d'interview (par exemple, par téléphone, en personne):

C. Nom de l'enquêteur:

CONTEXTE : ENJEUX LIÉS À L'ÉGALITÉ DES SEXES DANS LE SYSTÈME DE PRESTATION DE SERVICE DE SANTÉ MATERNELLE

1. Nous visons à obtenir une meilleure compréhension des audits de décès maternels en Afrique. De votre point de vue, quelle est la situation de la mortalité maternelle dans ce pays?
2. Quelles sont les priorités en matière de santé maternelle dans votre pays?
3. Quelles sont les contraintes socio-économiques ou culturelles auxquelles les gens sont confrontés dans l'accès aux services de santé maternelle à chaque niveau de la prestation des services?
4. Quelles sont les mesures actuelles que le gouvernement prend pour remédier à ce problème?
5. Quels sont les enjeux liés à la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans votre pays?
6. Quelle est la prévalence de la mortalité maternelle? Quelles sont les principales causes cliniques, environnementales et socio-économiques de la mortalité maternelle dans votre pays? Les causes culturelles?



7. Quels sont les facteurs qui réduisent l'accès des femmes aux services de santé? (Explorer des facteurs tels que l'horaire des services, la distance aux établissements, le manque d'argent pour le transport, le manque de personnel féminin dans les cliniques, etc.)
8. Est-ce que la violence contre les femmes est fréquente dans votre région? Qu'est-ce que les services communautaires ou de soins de santé offrent aux femmes victimes de violence?
9. Y a-t-il des services de femme à femme dans les programmes de santé maternelle (notamment concernant la santé reproductive et la planification familiale)? Est-ce que l'absence de services de santé de femme à femme contraint les femmes à ne pas utiliser les services de santé?
10. Est-ce que les infections sexuellement transmissibles constituent un problème dans votre communauté? Pour les hommes? Pour les femmes? Y a-t-il des attitudes sociétales qui empêchent la population de reconnaître ou de déclarer ces infections? Y a-t-il des contraintes culturelles sur les mesures de protection contre la propagation des infections sexuellement transmissibles?
11. En vous basant sur votre expérience en matière de santé maternelle, quelles sont les enjeux sexospécifiques prioritaires en rapport avec la santé maternelle? (Explorer des détails spécifiques sur les questions liées à l'égalité de genre telles que le manque de pouvoir de décision des femmes, des restrictions religieuses ou culturelles qui empêchent les femmes d'accéder aux services de soins de santé)
12. Comment votre programme / comité / système de santé répond aux questions soulevées?

AUDITS DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

1. Avez-vous entendu parler des audits de décès maternels? Mettez-vous en œuvre le système d'audits de la mortalité maternelle dans votre pays? Quelles approches utilisez-vous dans votre pays pour les audits de décès maternels?
2. (Approfondir sur le niveau de connaissance et la participation aux comités d'AMM et la durée de la participation)
3. Y a-t-il des directives nationales sur la composition et la taille des comités d'audit de la mortalité maternelle dans votre pays? Pouvez-vous nous donner une copie?
4. Dans quelle mesure le processus d'audit de la mortalité maternelle été un succès? Qu'est-ce qui va bien? Ce qui doit changer pour avoir encore plus de succès?
5. Quelles sont les lacunes que vous notez dans le système et les processus d'audit de la mortalité maternelle?
6. Quel genre de changements aimeriez-vous voir dans les processus d'audit de la mortalité maternelle?
7. Est-ce que l'égalité de genre est en cours d'intégration dans l'audit de la mortalité maternelle? Si oui, comment? Si non, pourquoi?
8. Quelles suggestions avez-vous pour assurer l'intégration de l'égalité de genre dans le système d'audit de la mortalité maternelle?

QUESTIONS FINALES

1. Pouvez-vous nous donner des copies de vos directives, stratégie, rapports d'audit de la mortalité maternelle, etc.?
2. S'il y a autre chose que vous voulez me dire et que vous n'avez pas pu car ce n'était inclus dans le questionnaire? D'autres commentaires / idées / questions que vous aimeriez partager?



Guide entrevue semi-structurée pour des entrevues avec: les organisations non gouvernementales travaillant sur les AMM et les problèmes de santé maternelle; les sociétés de gynécologie et d'obstétrique (ou équivalent du pays); les partenaires au développement, etc.

A. Informations de pays

1. Date de l'interview / date d'achèvement (jj / mm / aaaa):
2. Nom du pays:
3. Région de l'Afrique:
 - Afrique centrale
 - Afrique de l'Est
 - Afrique du Nord
 - Afrique australe
 - Afrique de l'Ouest
4. TMM actuel:
5. Année:
6. Source:

B. Coordonnées du répondant

1. Nom de la personne interrogée / qui a rempli le formulaire:
2. Titre:
3. Nom de l'organisation / département:
4. Rôle dans le comité d'AMM (le cas échéant):
5. Téléphone:
6. Email:
7. Skype ID (si disponible):
8. Type d'interview (par exemple, par téléphone, en personne):

C. Nom de l'enquêteur:

CONTEXTE : ENJEUX LIÉS À L'ÉGALITÉ DES SEXES DANS LE SYSTÈME DE PRESTATION DE SERVICE DE SANTÉ MATERNELLE

1. Nous visons à obtenir une meilleure compréhension des enjeux de santé maternelle en Afrique. De votre point de vue, quelles sont les priorités en matière de santé maternelle dans votre pays?
2. Quels facteurs contribuent à la mortalité et à la morbidité maternelle? (Explorer des facteurs liés à la violence sexuelle et sexiste et prendre des notes sur les détails concernant la façon dont la violence sexuelle et sexiste contribue à la mortalité chez les femmes enceintes et en post-partum)
3. Quelles sont les contraintes socio-économiques ou culturelles auxquelles les gens sont confrontés pour l'accès aux services de santé maternelle à chaque niveau de la prestation des services?
4. Quelle est la prévalence de la mortalité maternelle? Quelles sont les principales causes cliniques, environnementales et socio-économiques dans votre pays? Les causes culturelles?
5. En vous basant sur votre expérience en matière de santé maternelle, quelles sont les enjeux sexospécifiques prioritaires en rapport à la santé maternelle? (Explorer des détails spécifiques sur les questions liées à l'égalité de genre telles que le manque de pouvoir de décision des femmes, des restrictions religieuses ou culturelles qui empêchent les femmes d'accéder aux services de soins de santé)
6. Dans quelle mesure votre programme aborde les questions soulevées?



AUDITS DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

1. Avez-vous entendu parler des audits de décès maternels? Mettez-vous en œuvre des systèmes d'audits de décès maternels dans votre pays? Quelles approches utilisez-vous dans votre pays pour les audits de décès maternels?
2. (Explorer le niveau de connaissance et de participation aux AMM et dans les comités d'AMM et la durée de la participation)
3. De quelle façon êtes-vous impliqué dans les audits de décès maternels? (Explorer le niveau de connaissance et de participation aux AMM et dans les comités d'AMM et la durée de la participation)
4. Quelles activités spécifiques liées aux audits de la mortalité maternelle votre organisation effectue?
5. Quelle est votre opinion sur les audits de décès maternels dans le pays? Dans quelle mesure le processus d'audit de la mortalité maternelle a été un succès? Qu'est-ce qui marche bien? Ce qui doit changer pour avoir encore plus de succès?
6. Quelles sont les lacunes que vous observez dans le système et les processus d'audit de la mortalité maternelle?
7. Quel genre de changements aimeriez-vous voir dans les processus d'audit de la mortalité maternelle?
8. Est-ce que l'égalité de genre est en cours d'intégration dans les systèmes d'audits de la mortalité maternelle? Si oui, comment? Si non, pourquoi?
9. Quelles suggestions avez-vous pour assurer l'intégration de l'égalité de genre dans les systèmes d'audit de la mortalité maternelle?

QUESTIONS FINALES

1. Pouvez-vous nous donner des copies des rapports et de la documentation sur la santé maternelle et sur les audits de mortalité maternelle dans votre pays; rapports d'activités ou des recherches menées sur les enjeux de santé maternelle par votre organisation, etc.?
2. S'il y a autre chose que vous voulez me dire et que vous n'avez pas pu car ce n'était inclus dans le questionnaire? Tout autre commentaire / idée / question que vous aimeriez partager?



Guide d'entretien semi-structuré pour des entretiens avec: des représentants de la communauté; des leaders de groupe femmes; des femmes enceintes / en âge de procréer; des dirigeants communautaires; des membres masculins de la communauté, etc.

A. Informations de pays

1. Date de l'interview / date d'achèvement (jj / mm / aaaa):
2. Nom du pays:
3. Région de l'Afrique:
 - Afrique centrale
 - Afrique de l'Est
 - Afrique du Nord
 - Afrique australe
 - Afrique de l'Ouest

B. Coordonnées du répondant

1. Nom de la personne interrogée / qui a rempli le formulaire:
2. Titre:
3. Téléphone
4. Type d'interview (par exemple, par téléphone, en personne):

C. Nom de l'enquêteur:

CONTEXTE : ENJEUX LIÉS À L'ÉGALITÉ DES SEXES DANS LE SYSTÈME DE PRESTATION DE SERVICE DE SANTÉ MATERNELLE

Nous visons à obtenir une meilleure compréhension de la santé maternelle en Afrique et des défis auxquels les femmes sont confrontées pour l'accès aux services de soins de santé.

1. Au cours de l'année dernière, avez-vous entendu parler de femmes qui meurent pendant la grossesse, lors de l'accouchement ou dans les 6 semaines suivant l'accouchement? Quelle est la fréquence des décès maternels dans votre pays / communauté?
2. De votre point de vue, quels facteurs contribuent à la mortalité / quasi-décès maternels dans votre communauté et dans votre pays? ((Explorer les facteurs liés à la violence sexuelle et sexiste et prendre des notes sur les détails concernant la façon dont la violence sexuelle et sexiste contribue à la mortalité chez les femmes enceintes et en post-partum); causes culturelles, cliniques, socio-économiques, etc.)
3. Dans quelle mesure il est important qu'une femme / votre femme / belle-fille assiste à toutes les visites prénatales recommandées? Qui décide pour qu'elle s'y rende?
4. Si une femme ne se présente pas aux services de soins prénatals pendant la grossesse, à votre avis, qu'est-ce qui l'a poussée à ne pas s'y rendre?
5. Quels sont les facteurs socio-économiques ou culturels qui empêchent les femmes d'accéder aux services de santé maternelle à chaque niveau de la prestation des services?



6. Qui prend la décision d'emmener une femme enceinte ayant des complications à l'hôpital?
7. Quels sont les obstacles que rencontrent les femmes pour l'accès aux soins de santé maternelle dans les hôpitaux?
8. Quelles sont les attitudes des hommes de cette communauté quand il s'agit d'obtenir une aide médicale pour leurs épouses quand celles-ci éprouvent des complications liées à leur grossesse? Quels sont les défis auxquelles ils sont confrontés?
9. À quel endroit les femmes peuvent obtenir des services de santé maternelle dans la communauté / pays si elles ne vont pas à l'hôpital? (Explorer pour savoir où elles vont: accoucheuses traditionnelles, maternités religieuses, églises, cliniques privées appartenant à des sages-femmes, etc.)
10. À quels défis les femmes font face quand elles vont dans ces lieux alternatifs pour les soins?
11. Quelles pratiques culturelles dans la communauté / pays sont spécifiques aux adolescentes / femmes en âge de procréer? Est-ce que ces pratiques ont un impact sur leur santé maternelle? (Discuter sur la nature de ces pratiques sont et explorer les problèmes de mutilations génitales féminines, dont le type de mutilation effectuée, les croyances à propos de cette pratique, etc.)
12. Comment pouvons-nous réduire le nombre de femmes qui meurent en raison de complications liées à la grossesse dans votre communauté?

AUDITS DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

1. Avez-vous entendu parler de groupes qui enquêtent sur les décès maternels? (Explorer le niveau de connaissance des comités d'AMM: autopsies orales, examens de la mortalité maternelle en établissement, etc. Que font-ils? Si absence de connaissance sur les AMM, ignorer cette section.)
2. Quelle est votre opinion sur les audits de décès maternels dans le pays? De quelles façons le processus d'audit de la mortalité maternelle a contribué à améliorer l'accès des femmes aux services de soins de santé maternelle de qualité? Qu'est-ce qui marche bien? Ce qui doit changer pour avoir encore plus de succès?
3. Quelles sont les lacunes que vous observez dans le système et les processus d'audit de la mortalité maternelle?
4. Quel genre de changements aimeriez-vous voir dans les processus d'audit de la mortalité maternelle?

QUESTIONS FINALES

1. S'il y a autre chose que vous voulez me dire et que vous n'avez pas pu car ce n'était inclus dans le questionnaire? Tout autre commentaire / idée / question que vous aimeriez partager?



African Union Commission

Department of Social Affairs

P.O. Box: 3243

Addis Ababa, Ethiopia

Tel Office: +251-115-517700/+251-115-526373

E-mail: dsocial@africa-union.org

Website: <http://au.int>

