

IMPACT DES AUDITS CLINIQUES SUR LA QUALITE DES SOINS OBSTETRIKAUX ET NEONATAUX D'URGENCE A L'HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT LAGUNE DE COTONOU AU BENIN

J.L. DENAKPO, E. ZOUMENOU, B. HOUNKPATIN, C. AGUEMON, A. LOKOSSOU, P. GBEGAN, R.X. PERRIN

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis quelques années, il est organisé au Bénin des audits cliniques des décès maternels et des cas de "near-miss". L'objectif de cette étude était d'analyser les dysfonctionnements dans la prise en charge des patientes.

Matériel et méthode : L'étude a été réalisée à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou du 1er Septembre 2007 au 31 Août 2008. Il s'agit d'une étude rétrospective, de type descriptif et analytique. Elle a porté sur les dysfonctionnements à l'origine de décès maternels enregistrés dans cet hôpital. Tous les décès audités ont été inclus dans l'étude.

Résultats : Durant la période d'observation, 20 cas de décès ont été audités sur 51. Les dysfonctionnements avant la référence étaient : le retard dans la référence (70%), la non évocation du diagnostic (50%), le transport non médicalisé (80%). Des dysfonctionnements ont été également relevés à l'hôpital de référence : le bilan paraclinique incomplet (30%), le délai de réalisation supérieure à une heure (50%), le traitement inadéquat (20%), le protocole de surveillance non respecté (75%).

Conclusion : Tous les décès audités étaient évitables et imputables à la mauvaise organisation du travail, et au manque de suivi et de réalisation des recommandations des audits.

Mots clés : Décès maternels, Audit clinique, Qualité des soins, Prévention.

INTRODUCTION

Au Bénin, le taux de mortalité maternelle était estimé à 313 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 2006 [6]. Les études effectuées à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) en 1999 et 2003 sur la mortalité maternelle rapportaient respectivement 1120 et 1014 décès pour 100 000 naissances vivantes [12].

Tirés à part : Dr DENAKPO Justin Lewis,
Tél : + 229 95 42 67 19 E-mail : justindenakpo@hotmail.com

SUMMARY

Impact of the clinical audit on the quality of obstetric and neonatal care emergency in the Hospital of Mother and Child in Cotonou, Benin

Introduction: For a few years, it has been organized in Benin clinical audits of the maternal deaths and cases of near-miss. The objective of this study was to analyze the dysfunctions in the coverage of patients.

Material and method: The study was carried out at the Hospital of Mother and Child Lagune of Cotonou, between September 1, 2007 to August 31, 2008. It was a retrospective, descriptive and analytical study. It related to the dysfunctions at the origin of maternal deaths recorded in this hospital. All the audited deaths were included in the study.

Results: Over the period of observation, 20 cases of death were audited among 51 deaths. The dysfunctions before the reference were : delay in the reference (70%), non evocation of the diagnosis before the admission (50%), lack of medicalized transport (80%). Dysfunctions were also raised at the reference hospital: incomplete paraclinical assessment (30%), lead time over one hour (50%), inadequate treatment (20%), protocol of monitoring not respected (75%).

Conclusion: All the audited deaths were avoidable and ascribable with weak organization of work, and with not followed recommendations of the audits.

Key words: Maternal death, Clinical audit, Quality of care, Prevention

Ce taux élevé par rapport à la moyenne nationale s'expliquerait par le fait que cet hôpital est le premier centre de référence gynéco-obstétricale au Bénin et reçoit les cas qui ne peuvent pas être pris en charge dans les centres périphériques. Plusieurs méthodes d'évaluation de ces décès ont été décrites et vont au-delà de leur simple recensement. Elles cherchent à comprendre pourquoi ces décès sont survenus et comment ils peuvent être évités.

DENAKPO J.L., ZOUMENOU E., HOUNKPATIN B., AGUEMON C., LOKOSSOU A., GBEGAN P., PERRIN R.X. Impact des audits cliniques sur la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou au Bénin. Journal de la SAGO, 2010, vol. 11, n°2, p.13-17

Parmi ces méthodes, figure l'audit clinique. Depuis quelques années, il est organisé à l'HOMEL des audits cliniques des décès maternels et des cas de near-miss. Il s'agit de revues systématiques et critiques de la prise en charge des patientes. Au cours de ces réunions, les circonstances des décès maternels et des near-miss sont analysées et des recommandations sont faites en direction de l'équipe soignante. Depuis l'introduction des audits de décès maternels et de near-miss à l'HOMEL, aucune étude n'a évalué l'impact de cette activité sur la réduction de la mortalité maternelle.

L'objectif de la présente étude était d'analyser les causes directes et les dysfonctionnements à l'origine des décès maternels.

I. MATERIEL ET METHODE

L'étude a été réalisée à l'HOMEL de Cotonou sur une période de 12 mois allant du 01 Septembre 2007 au 31 Août 2008. C'était une étude rétrospective à but descriptif et analytique. Elle avait porté sur les cas de décès maternels audités pendant la période d'observation. Etaient incluses dans l'étude les gestantes, parturientes ou accouchées récentes décédées et dont les dossiers étaient étudiés au cours d'un audit.

Nous avons procédé au recensement de tous les cas de décès maternels et identifié les décès audités. Les données étaient collectées à partir des rapports d'audits, des rapports de suivi et de mise en œuvre des recommandations. Elles portaient sur les caractéristiques des patientes, les causes de décès, la qualité de la prise en charge dont la patiente a bénéficié depuis le premier centre de recours jusqu'à l'HOMEL, avec une rubrique "organisation du travail" et une rubrique "suivi des recommandations". L'analyse statistique a été faite à l'aide des logiciels SPSS et Epi Info. Le test statistique utilisé était le test Chi carré de Pearson. Une différence était jugée statistiquement significative si p était inférieur à 0,05.

II. RESULTATS

1. Fréquence des audits cliniques

Du 1^{er} Septembre 2007 au 31 août 2008, 7870 patientes étaient admises aux urgences de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune de Cotonou, dont 715 cas d'urgences obstétricales graves. Cinq mille cent trente deux (5132) accouchements étaient effectués avec 4892

naissances vivantes. Il avait été enregistré dans la même période 51 décès maternels. Ainsi le taux de décès maternels au cours de la période d'étude était de 1042 pour 100 000 naissances vivantes. Vingt (20) cas de décès maternels sur les 51 avaient fait l'objet d'un audit. La fréquence des audits des décès maternels à l'HOMEL était de 39,2%.

2. Données générales

Seize patientes sur 20 étaient âgées de 20 à 29 ans (80%). Les patientes résidaient surtout à Cotonou et sa périphérie (90%). Elles étaient vendeuses, coiffeuses, couturières (75%). Toutes les femmes décédées dont le dossier avait fait l'objet d'un audit clinique étaient mariées. La parité était de 2 à 4 dans la majorité des cas (85%). Dans la plupart des cas, les consultations prénatales étaient faites dans une maternité périphérique (90%). Le nombre de consultations variait de 2 à 5. Le bilan prénatal était le plus souvent incomplet (85%). L'accouchement était réalisé par voie basse dans 75% des cas. L'enfant était mort-né dans 25% des cas.

3. Les dysfonctionnements avant la référence

Tableau I : Répartition des patientes selon les dysfonctionnements avant l'admission à l'HOMEL

Dysfonctionnements hors HOMEL	Nombre	%
Délai entre survenue de la complication et l'admission (heures)		
< 12	15	75
12 – 24	1	5
Non précisé	4	20
Retard dans la référence	14	70
Diagnostic avant l'admission		
Evoqué	10	50
Erroné	10	50
Surveillance non adaptée	18	90
Transport non médicalisé	16	80
Fiche de transfert non transmise	7	35
Facteurs de perte de temps	19	95

4. Les dysfonctionnements à l'hôpital de référence

Tableau II : Répartition des patientes en fonction des dysfonctionnements à l'HOMEL

Dysfonctionnements à l'HOMEL	Nombre	%
Personne de 1 ^{er} contact		
Sage-femme	10	50
Sage-femme et Résident	10	50
Interrogatoire non fait	1	5
Examen physique incomplet	2	10
Bilan paraclinique		
non fait	2	10
Incomplet	6	30
Délai de réalisation du bilan		
0 – 1 heure	10	50
> 1 heure	10	50
Traitement inadéquat	4	20

Le diagnostic était correct dans 95% des cas. Le délai entre la décision thérapeutique et l'exécution des soins était inférieur à 30 minutes dans 90% des cas. La fiche de surveillance a été établie pour 17 patientes (85%). Mais le protocole de surveillance n'avait pas été respecté (10%).

Le délai entre l'admission à l'HOMEL et le décès était inférieur à 12 heures dans la plupart des cas (70%). Tous les décès étaient survenus dans le post-partum et souvent dans le service de réanimation (75%). Il ressortait des audits que tous les décès étaient évitables.

5. Causes des décès maternels

Tableau III: Répartition des décès audités en fonction des causes médicales

Causes	Effectif	%
Placenta prævia	1	5
Hémorragies de la délivrance	10	50
Rupture utérine	1	5
Eclampsie	5	25
Septicémies	3	15
Total	20	100 %

Les principales causes médicales des décès étaient les hémorragies obstétricales (60%). Outre ces causes, la mauvaise organisation du travail (45%) et le non suivi des recommandations (80%) étaient les autres facteurs incriminés.

III. DISCUSSION

1. De la fréquence des audits cliniques

Lors du Sommet du Millénaire sur le Développement en 2000, la communauté internationale s'était fixée des objectifs appelés Objectifs du Millénaire pour le Développement. L'un de ces objectifs consistait à réduire de 75% d'ici à 2015 la mortalité maternelle dans le monde [5]. Au Bénin, la mortalité maternelle est très élevée, estimée à 313 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de décès maternels à l'HOMEL de Cotonou pendant la période d'observation était 3 fois plus élevé que la moyenne nationale (1042 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). Cela s'explique par le caractère particulier de l'HOMEL qui est un hôpital de dernier recours où sont reçus les cas qui ne peuvent bénéficier d'une prise en charge adéquate dans les structures périphériques ou régionales (niveaux I et II). Pour réduire ces taux, il a été décidé à l'HOMEL de faire les audits cliniques des décès maternels, avec pour objectifs de mettre en évidence les dysfonctionnements avant et après l'admission des patientes et de proposer ainsi des mesures correctives. Malgré la pertinence de l'initiative, la pratique des audits cliniques n'était pas une activité fréquente à l'HOMEL ; en effet, seuls 39,21% de dossiers concernés ont fait l'objet d'un audit durant toute une année.

2. Des caractéristiques des patientes

Dans notre étude, les patientes étaient souvent jeunes (20 à 29 ans). Cette tranche d'âge correspond en effet à la période d'activité génitale maximale. Le lieu de provenance des patientes dépendait de l'organisation du système sanitaire et des moyens d'investigation des auditeurs. Dans notre étude, elles résidaient pour la plupart à Cotonou et sa périphérie. Dans la série de Lankoandé au Burkina Faso [2], les patientes provenaient surtout des zones rurales. Au Bénin, l'assurance maladie est quasi inexistante. Dans ces conditions, le faible revenu des patientes et de leur conjoint, l'absence de prise en charge administrative étaient des facteurs limitant l'accès aux soins d'urgence. Par ailleurs, leur niveau d'instruction était bas, ou les patientes n'étaient pas scolarisées. Royston [10] en avait déduit que ce sont les femmes analphabètes ou de niveau scolaire très faible

qui payent un lourd tribut à la tragédie des décès maternels.

D'une manière générale, les antécédents des patientes n'étaient pas précisés. Cette insuffisance serait liée à l'état d'extrême urgence à l'admission qui ne pouvait souffrir d'aucune perte de temps. Mais ces informations devraient être complétées en différé. Selon Supratikto [13], l'audit recherche également à rattacher les décès aux antécédents personnels et familiaux des patientes.

La plupart des patientes (90%) avaient fait les consultations prénatales dans une maternité périphérique, souvent par un personnel non qualifié. Aux Philippines, le taux de suivi des grossesses par un personnel qualifié était de 50% [11]. Selon Prual [8], pour éviter les décès maternels, toutes les femmes enceintes devraient avoir accès à un personnel qualifié.

3. Des dysfonctionnements avant l'admission

Dans notre étude, nous avons répertorié plusieurs dysfonctionnements avant l'admission à l'HOMEL entraînant le retard à l'accès à des soins de qualité : il s'agissait d'erreurs diagnostiques, de références sans motif, de références non médicalisées et sans abord veineux (90%). Ce taux était de 80% dans la série de Wellfens-Ekra [14]. Le seul cas de transport médicalisé dans notre étude avait mis plus d'une heure pour rallier les urgences de l'HOMEL. Pour les patientes dont l'heure d'admission dans les centres référents a été obtenue, ce retard était en moyenne de 5 heures d'horloge avec des extrêmes de 3 et 18 heures. Les chances de survie de ces patientes s'en trouvaient ainsi réduites. Pour Philibert [7], les patientes référées courent 3 fois plus de risque de décéder que celles qui sont venues d'elles-mêmes.

4. Des dysfonctionnements à l'hôpital de référence

Les audits avaient aussi mis en évidence des dysfonctionnements au sein même de l'hôpital de référence (HOMEL).

A l'admission, toutes les patientes avaient été reçues par un personnel qualifié : sages femmes et médecins en formation pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spéciales (DES) de Gynécologie-Obstétrique. Les médecins « séniors » de l'hôpital intervenaient comme

personne de 2^{ème} recours. Le délai de réalisation du bilan de base était supérieur à une heure dans la moitié des cas. Même si le bilan était fait, le temps mis pour récupérer les résultats était trop long. Cela traduisait une mauvaise organisation du travail au sein de l'équipe de garde.

Dans ces audits, le traitement était souvent inadapté (20%) ; quand il était adapté à la situation, il était insuffisant. A l'origine de ce dysfonctionnement, il y avait la non application des protocoles disponibles, le manque d'équipements, de consommables médicaux et de produits sanguins. Le délai entre la décision et l'exécution des soins, inférieur à 30 minutes (90%), traduisait l'amélioration de la prise en charge des patientes. Cependant, il existait des facteurs de perte de temps. Cette notion de perte de temps appelée 3^{ème} retard, était retrouvée à des degrés divers chez la plupart des patientes. Outre le retard dans la récupération des résultats des examens paracliniques, il s'agissait de l'hésitation dans la décision thérapeutique, du recours tardif au « sénior », de la non disponibilité du bloc opératoire, de problèmes récurrents de disponibilité de sang et ses dérivés, de conflits interpersonnels.

Les principales causes des décès audités étaient des causes obstétricales directes, parmi lesquelles les hémorragies obstétricales. L'hémorragie de la délivrance avec son évolution rapide vers la coagulopathie dans un contexte de pénurie de produits sanguins était la grande cause de ces décès (50%). Les complications de l'hypertension artérielle associée à la grossesse constituaient le 2^{ème} groupe de causes des décès maternels dans notre étude. Selon Maria [3] et Girard [1], la prise en charge de la prééclampsie sévère et de l'éclampsie demande une hiérarchisation des soins et une promptitude de l'équipe soignante, une préparation préhospitalière dans les maternités périphériques. En fait, cette recommandation n'est pas souvent observée dans les maternités qui réfèrent les patientes à l'HOMEL.

Le post-partum immédiat était la période de survenue du décès pour toutes les patientes de notre étude. Ce constat est le même dans d'autres séries [14]. Pour la plupart de nos patientes, le décès est survenu dans les douze premières heures qui ont suivi leur admission à l'HOMEL. Cette situation est la même dans la plupart des pays en développement [4]. Par ailleurs, tous les décès audités étaient évitables. Le décès évitable selon Rodriguez [9] n'aurait

pas dû se produire si l'on avait appliqué à bon escient la technologie de santé appropriée à la nature de la maladie et au niveau de soins. On peut donc affirmer que les dysfonctionnements identifiés dans notre étude avaient occasionné les différents retards qui ont été davantage préjudiciables que les complications de la gravido-puerpéralité elles-mêmes.

CONCLUSION

L'introduction des audits des décès maternels mais aussi ceux des near-miss à l'HOMEL de Cotonou est une bonne approche pour l'amélioration de la qualité des soins. La faible fréquence de ces audits traduit aussi la réticence des personnes impliquées qui redoutent à tort les sanctions qui découleraient des dysfonctionnements notés. La pratique des audits cliniques quoique nécessaire serait un exercice vide de sens si des efforts particuliers ne sont pas faits pour mettre en œuvre les recommandations qui en découlent.

REFERENCES

1. **Girard F, Burlet G, Bayoumeu F.** Les complications sévères de la grossesse et de l'accouchement : Etat des lieux en Lorraine dans le cadre de l'enquête européenne. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2001; 30(6): 2810-17.
2. **Lankoandé J, Sondo B., Ouédraogo CMR., Ouédraogo A., Koné B.** La mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou (Burkina Faso) à propos de 123 cas colligés en 1995. *Rev. Epidémiol. Santé Publique*, 1997 ; 2 : 174-6.
3. **Maria B.** Mortalité maternelle : les complications obstétricales évitables. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2001 ; 30 (6) : 2823-32.
4. **Merger R, Lévy J, Melchior J.** Précis d'Obstétrique. Masson, 4^{ème} édition, Paris, 1974 : 676p.
5. **Ministère chargé du Plan, de la Prospective et du Développement du Bénin** Premier Rapport sur les Objectifs du Millénaire sur le Développement. Cotonou, 2003, 28p.
6. **Ministère de la Santé du Bénin.** Annuaire des Statistiques Sanitaires du Bénin. Cotonou, 2007, 209p.
7. **Philibert M, Boisbras F, Bouvier-Colle M-H.** Epidémiologie de la mortalité maternelle en France de 1996 à 2002 : fréquence, facteurs et causes. *BEH* 2006; 50: 392-95.
8. **Pruat A.** La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : théorie et pratique. *Méd. Trop.* 2004; 64(6): 569-75.
9. **Rodriguez J, Quintero C, Bergouzol I.** La notion de mortalité évitable et son application à la mortalité maternelle, Cali (Colombie). OMS, Réunion Inter-Régionale sur la Prévention de la Mortalité Maternelle, Genève, 1985.
10. **Royston E, Armstrong S.** La prévention des décès maternels. OMS, Genève, 1990.
11. **Sabagun G H.** Les services médicaux ne garantissent pas à eux seuls une naissance sans risque. *Maternité sans risque* 1992 ; 13 : 66-71.
12. **Saizonou J, Ouendo E-M, Dujardin B.** Maternal deaths audit in four Benin referral hospitals: quality of emergency-care causes and contributing factors. *Rev. Afr. Santé Reprod.* 2006; 10(3):28-40.
13. **Supratikto G, Wirth M E, Achabi E et al.** A district-based audit of the causes and circumstances of maternal deaths in south Kalimantan, Indonesia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002; 80 (3): 228-34.
14. **Welfens Ekra C.** La mortalité maternelle en Afrique: situation en milieu hospitalier à Abidjan: Séminaire-atelier sur la mortalité et la morbidité maternelles. OMS/CIE Ouagadougou, 1990 ; 27-29.