



Article Original

Audits des Décès Maternels à l'Hôpital Régional de Kayes : Place des 3 Retards et Impact sur le Service de Gynécologie-Obstétrique

Audits of maternal deaths in a regional hospital in Mali (kayes), place of 3 delays and impact on the gynecology-obstetrics service

Diassana M¹, Dembele S¹, Macalou B¹, Ndaou K¹, Sidibe A², Bocoum A³, Fane S³, Traore Y³

RÉSUMÉ

- (1) Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de kayes;
- (2) Centre de santé de référence de kayes;
- (3) Département de gynécologie-obstétrique du CHU GABRIEL TOURE.

Auteur correspondant :
Dr Diassana Mahamadou
Adresse e-mail :
mahamadoudiassana@gmail.com
Boite postale :
Téléphone : (+ 223) 66 89 83 83

Mots-clés : Décès maternels
- Audit - Retards - Impact des audits.

Keywords : Maternal deaths
- Audits - Delays - Impact of audits.

Introduction. La grossesse est un état normal auquel aspirent la plupart des femmes. Elle peut toutefois aboutir à des complications maternelles graves, voire au décès. L'audit des décès maternels consiste à rechercher de manière qualitative et approfondie, les circonstances ayant entouré le décès. Il permet de poser le diagnostic et proposer la démarche à suivre pour éviter la survenue des décès maternels. Le but de notre étude était de déterminer la place des 3 retards et l'impact des audits de décès maternels dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes. **Matériels et méthodes.** Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective allant du 26 février 2014 au 31 Juillet 2018, portant sur toutes les femmes enceintes décédées pendant la grossesse, le travail ou dans les suites de couches dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Les données ont été recueillies à partir des dossiers des cas audités en comité d'audit de décès maternel, composé de représentants des services impliqués dans la prise en charge des urgences obstétricales (administration, gynécologie-obstétrique, laboratoire, pharmacie). **Résultats.** Nous avons enregistré 219 cas de décès maternels et avons audité 108 dossiers soit 49,31%. Quatre-vingt-deux pour cent des patientes étaient des évacués (89 /108). Les causes obstétricales directes de décès maternels ont représenté 73,8% des cas; dominées par HTA et ses complications (38%) et l'hémorragie (33%). Le pourcentage des décès maternels évitables était de 39% contre 61% pour les décès inévitables. Les 3 retards ont été évalués respectivement à 37%, 19%, 44. La tenue des audits de décès maternels a eu un impact appréciable sur la gestion des urgences obstétricales tant sur le plan de l'amélioration de la communication interpersonnelle et inter- services que sur le plan de l'organisation des soins. **Conclusion.** La réalisation des audits de décès maternels a comme effet sur le personnel du service une prise de conscience sur le caractère dramatique des décès maternels évitable et l'engagement du dit personnel à mettre en œuvre les mesures correctrices recommandées pendant les séances d'audits Parce que les audits de décès maternels visent à améliorer le système et non à sanctionner le personnel, ils sont l'une des meilleures stratégies pour réduire la mortalité maternelle et néonatale.

ABSTRACT

Introduction. Pregnancy is a normal state to which a woman aspires. The maternal death audit consists of a qualitative and thorough search for the circumstances surrounding the death. The audit of maternal deaths makes it possible to make the diagnosis and suggest the best procedure to avoid maternal deaths. The aim of our study was to determine the place of the 3 delays and the impact of maternal death audits on the obstetrics and gynecology department of the Fousseyni Daou Kayes Hospital. **Materials and methods.** It was a retrospective cross-sectional study from February 26, 2014 to July 31, 2018 concerning all pregnant women who died during pregnancy; labor, or after childbirth at the gynecology-obstetrics department of the Fousseyni Daou Hospital in Kayes. Data were collected from audited case files. A maternal death audit committee composed of personnel of services involved in the management of obstetric emergencies (administration, gynecology-obstetrics, laboratory, pharmacy) audited each case. Anonymity and confidentiality were respected. **Results.** During the study period, we recorded 219 cases of maternal death and we audited 108 cases (49.31%). 82% of audited cases were evacuated (89/108). The main direct obstetrical causes accounted for 73.8% of death. Hypertension and its complications for 38% and hemorrhage accounted for 33%. The percentage of preventable maternal deaths was 39% while 61% of death were considered unavoidable. The 3 delays percentages were 37%, 19%, and 44% respectively. Maternal death audit had a significant impact on the management of obstetric emergencies, both in terms of improving interpersonal and inter-service communication and in terms of the organization of care. **Conclusion.** The performance of maternal death audits improves the awareness of personnel on the dramatic nature of preventable maternal deaths and boosts its commitment to implement the corrective measures recommended during the audit sessions. Maternal death audits aim to improve the system and not to punish staff. Therefore, they are one of the best strategies to reduce maternal and neonatal mortality.

INTRODUCTION

La grossesse est un état normal auquel aspirent la plupart des femmes à un moment ou un autre de leur existence. Cependant, ce processus normal et créateur de vie comporte un sérieux risque de décès et de séquelles.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), chaque année un demi-million de femmes meurent des suites de complications de la grossesse ou de l'accouchement, près de 99 % de ces décès surviennent dans les pays en développement [1]. Pourtant ces décès pourraient être évités si des mesures de prévention étaient prises et si les soins nécessaires étaient disponibles. Pour chaque femme qui meurt, de nombreuses autres souffrent de séquelles graves.

Aux États-Unis l'OMS a rapporté des taux de 1/3500 naissances vivantes (NV) contre 1/8700 NV en Suisse [2]. En Afrique, la région Ouest africaine enregistre 1 020 décès maternels pour 100 000 NV. En Afrique sud Saharienne, le taux de mortalité maternelle reste encore élevé [3].

Selon l'enquête démographique et de santé du Mali EDS.M 2018, la mortalité maternelle est de 325 décès pour 100 000 NV [4] et le pays veut atteindre 146 décès pour 100 000 NV en 2023 [5]. Si les plans et programmes du Mali atteignaient leurs cibles, la mortalité maternelle sera réduite de seulement 26 % de 2014 à 2023; mais cet objectif ne peut pas être atteint d'après une évaluation d'un groupe d'expert de la plate-forme Nationale évaluation du Mali [6].

Les causes directes de la mortalité maternelle constituent 80% des causes de décès maternels avec cinq principales causes qui sont les hémorragies, les infections, les complications de l'hypertension artérielle, le travail dystocique et les avortements clandestins [7]. Les causes indirectes, quant à elles, constituent 20 % et sont imputables à des pathologies préexistantes à la grossesse ou contemporaines de son évolution mais aggravées par elle [8].

Il ne suffit pas de connaître les statistiques de la mortalité maternelle, mais il faut avoir des informations qui aident à identifier ce qui peut être fait pour éviter ce taux élevé de mortalité. Chaque décès maternel a une histoire à raconter et peut produire des indications sur les façons possibles de résoudre le problème. Une étude sur les décès maternels dans les établissements de soins consiste à rechercher de manière qualitative et approfondie, les circonstances ayant entouré des décès survenus dans des établissements de soins. Il s'agit en particulier de retracer le parcours des femmes qui sont décédées, au sein du système de soins de santé et dans l'établissement sanitaire, ceci dans le but d'identifier les facteurs évitables afin d'améliorer les soins maternels à l'avenir [9]. L'audit des décès maternels permet de poser le diagnostic et proposer la démarche à suivre pour éviter les décès maternels.

Figure 1 : Cycle d'étude des audits de décès maternels dans les établissements de soins

La Direction Nationale de la Santé (DNS) à travers la Division Santé de la Reproduction a introduit l'audit des

décès maternels dans les politiques normes et procédures (PNP) en santé de la reproduction. C'est ainsi que cette activité a été initiée à l'EPH Fousseyni Daou de Kayes le 26 Février 2014. De son introduction à nos jours aucun travail n'a été initié pour évaluer son impact sur nos habitudes, ce qui motive la présente étude.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective allant du 26 Février 2014 au 31 Juillet 2018 dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. La région de Kayes est située à l'ouest du Mali. Elle couvre une superficie de 120 760 km² et compte 2 338 999 habitants. L'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes est un établissement public hospitalier de 2^{ème} référence avec une capacité de 160 lits répartis entre les services de gynécologie -obstétrique de médecine, spécialités médicales, de pédiatrie, des urgences et de chirurgie.

Étaient incluses dans cette étude, toutes les femmes enceintes décédées pendant la grossesse, le travail ou dans les suites de couches, c'est-à-dire pendant les 42 jours suivant l'accouchement quelle que soit la cause (directe ou indirecte) mais déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé quel que soit l'âge de la grossesse ou sa localisation. Un comité d'audit de décès maternel composé de représentant(s) des services impliqués dans la prise en charge des urgences obstétricales (administration, gynécologie-obstétrique, laboratoire, pharmacie) a audité chaque décès (dossier) de cette étude.

Étaient exclues : toutes les femmes décédées hors de l'EPH FDK, toutes femmes décédées après 42 jours du post partum ou post abortum, toutes femmes non enceintes décédées, toutes femmes décédées suite à un accident de la voie publique ou décès fortuit.

Les données ont été recueillies à partir des registres (de décès maternels, d'accouchement, de soins obstétricaux et néonataux d'urgence, de compte rendu opératoire, d'hospitalisation), des carnets de santé mère-enfants, des dossiers obstétricaux et des dossiers des cas audités. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

La saisie a été faite par Microsoft Word 2010 et l'analyse des données avec SPSS 18.0.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude nous avons enregistré 219 cas de décès maternels et avons audité 108 cas soit 49,31%.



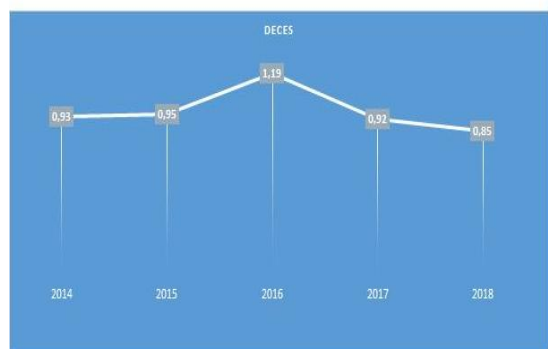


Figure 2 : L'évolution de la mortalité maternelle à l'HFDK de 2014 à 2018

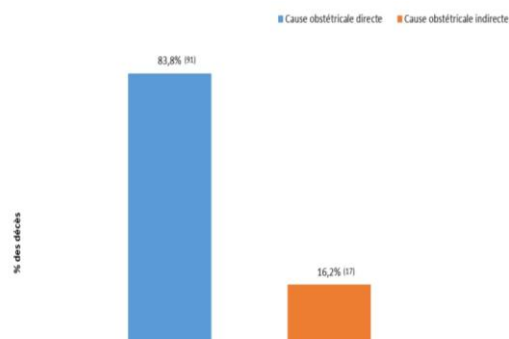


Figure 5 : Distribution des femmes décédées en fonction des causes obst directes ou indirectes de décès selon la conclusion de l'audit (N=108)

Tableau I : Distribution des femmes décédées en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	n	%
Référence/évacuation	89	82
Venue d'elle-même	19	18
Total	108	100

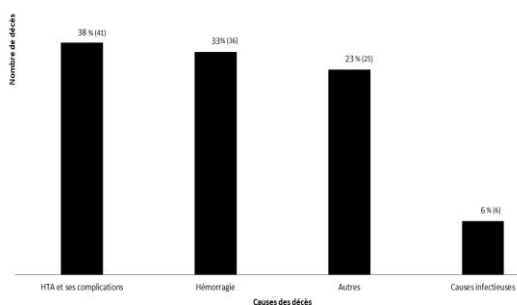


Figure 6 : Répartition des femmes décédées en fonction de la cause du décès

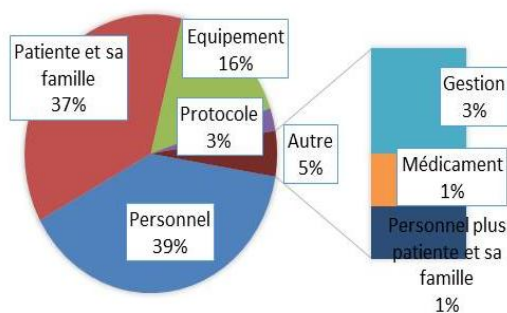


Figure 3 : Répartition des femmes décédées en fonction des principales causes de dysfonctionnement dans la gestion des cas (n=108).

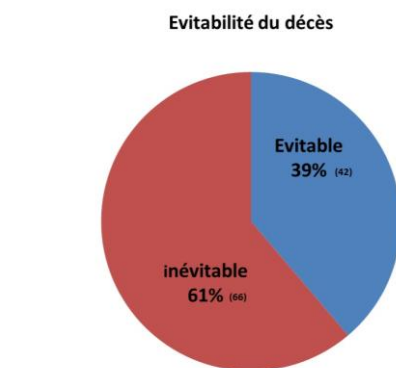


Figure 7 : Répartition des femmes décédées en fonction du caractère évitable ou non évitable

3 retards

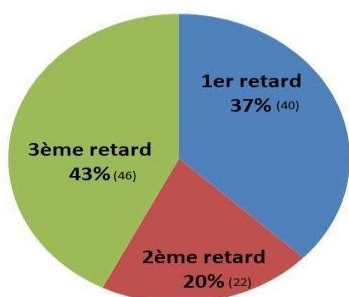


Figure 4 : Répartition des femmes décédées en fonction des 3 retards

Impact de l'audit des décès maternels

> Communication/ implication

Les audits de décès maternels ont eu comme effet sur le personnel du service une prise de conscience sur le caractère dramatique des décès maternels évitable et l'engagement du dit personnel à mettre en œuvre les mesures correctrices recommandées pendant les séances d'audits; l'amélioration de l'échange et l'implication effective des autres services associés à la prise en charge;

l'implication des assistants anesthésistes dans la gestion des urgences obstétricales dès leurs admissions.

› **Organisation des soins**

Renforcement de la surveillance des urgences obstétricales par la mise en place d'une équipe supplémentaire de garde affectée à cette tâche,

Instauration de la garde effective des gynécologues ;

Mise en place d'un kit pour la prise en charge des hémorragies du post partum, et des éclampsies

Adaptation du protocole de prise en charge des hémorragies au plateau technique ;

Pré positionnement d'un stock de sang réservé aux urgences obstétricales ;

Réorganisation de l'équipe de garde en mettant l'accent sur la répartition de tâche pour éviter les retards de prise en charge.

› **Matériels**

Acquisition d'un réfrigérateur supplémentaire pour la conservation de l'ocytocine.

DISCUSSION

La fréquence la plus élevée au cours de notre période d'étude a été enregistrée en 2016 avec 1,25 %. Notre résultat est supérieur à celui de Diarra [10] qui a trouvé une fréquence la plus élevée en 2011 avec 1,1% cela s'explique une augmentation de la fréquence de décès maternels dans la région de Kayes.

La tranche d'âge 19 - 35 ans a été la plus représentée avec 49 cas soit 61,2 %. Ceci s'expliquerait par le fait qu'à cette tranche d'âge, la fréquence des accouchements est élevée. Il s'agit donc des femmes en période d'activité génitale. Notre résultat est supérieur à celui de Diarra [11] qui a trouvé un pourcentage de 58,6 % et celui de Coulibaly Z [12] qui a trouvé 56 %. Par contre, Bah [10] a trouvé 31,4 % dans la tranche d'âge de 15 - 19 ans qui explique que dans cette tranche d'âge on rencontre l'absence de suivi de la grossesse, grossesse non désirée, la négligence, les conditions socio- économiques défavorables.

Dans notre étude la majorité des femmes décédées était des ménagères non scolarisées 79 cas soit 98,8 %. Cela s'expliquerait par la fréquence des mariages précoces et la baisse du taux de scolarisation des filles dans notre pays en particulier dans la région de Kayes. Le même constat a été fait par Diarra [11] qui a trouvé un pourcentage de 90,4 % des femmes mariées.

50 % des femmes décédées n'a effectué aucune CPN. Notre résultat était en concordance avec ceux de Diarra [12] et Bah [10] qui ont trouvé respectivement 63,6 % et 50 %.

L'évacuation représentait 70 % des cas et la non référence 30% des cas. La majorité de ces femmes était au bord d'un véhicule privé. Diarra [12] et Bah [10] ont rapporté respectivement 63,6 % et 68,6 %. Le résultat de Coulibaly Z [12] était supérieur à celui de notre étude avec 72 % des cas.

Il y avait concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic à l'admission dans 52 cas soit 65 % des cas. Par contre Diarra [11] et Bah [10] ont eu des avis contraire et ont trouvé respectivement 71,7 % et 51,5 % de non concordance entre le motif et le diagnostic d'entrée dans le service.

Les femmes décédées moins de 6 heures après leur admission représentaient 35 % des cas. Ce résultat était inférieur à celui de Diarra [11] qui a trouvé 68,7 % des cas de décès survenus dans les premières 24h qui ont suivi leur admission. Ceci s'expliquerait par l'état déjà moribond dans lequel nous arrivaient les femmes.

Le décès en post-partum était 83,8 % des femmes décédées. Notre résultat est supérieur à ceux de Diarra [11] et Bah [10] qui ont trouvé respectivement 60,6 % et 54,3 %. Chez Coulibaly Z [12] 88 % des femmes décédées étaient dans le post-partum.

Les femmes décédées de causes obstétricales directes représentaient 73,8 % des cas. HTA et ses complications ont été la principale cause obstétricale directe avec 32,5 % des cas. Coulibaly Z [12] et Diarra [11] ont rapporté respectivement 88 % et 72,22 % des cas de cause obstétricale directe. Parmi les autres causes du décès, les causes inconnues étaient représentées par 6 cas dont les diagnostics d'entrées étaient l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs.

Au terme de notre étude 38,8 % de décès maternels pouvaient être évités. Les décès évitables au cours du traitement représentaient 90,3 % des cas. Ces décès pourraient être évités si les évacuations avaient été faites à temps, s'il y avait un service de réanimation et si le sang était disponible dans les urgences obstétricales. Coulibaly Z [12] et Bah [10] ont rapporté respectivement 63,6 % et 78,72 % de cas de décès évitables.

CONCLUSION

Le décès maternel reste un problème et une priorité pour les autorités et les prestataires de soins des pays en voie de développement.

L'audit est en effet une excellente activité qui vise à faire la lumière sur les cas de décès maternel en vue de les prévenir, donc les réduire.

Ils visent à améliorer le système et non à sanctionner le personnel.

RÉFÉRENCES

- 1 Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1998 Abortion. A tabulation of available Data on the Frequency and mortality of unsafe abortion

- 2 OMS/ UNICEF. Nouvelles méthodologies. Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle. Avril 1996.
- 3 Nem T, Danielle S. Étude de la mortalité au CS Réf CV du district de Bamako de 1998 à 2002 à propos de 106 cas. Thèse Médecine 2004 ; 77 P ; N°27.
- 4 Cellule de planification et de statistique (CPS/SSDSPF), institut national de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2018. Enquête démographique et de santé au Mali (EDS.M) 2018.
- 5 Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille (CPS/SS-DS-PF). Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023.
- 6 N E P. Rapport du cycle 1 de la NEP au Mali. Mai 2015
- 7 Thierry G. La semaine mondiale de sensibilisation de la population: sauvons des vies de femmes. Journal du médecin N. 1235- Vendredi 14 Janvier 200.
- 8 Elizabeth G, Oana C. British medical Journal April 2001 N.322 p.917-920, site www.bmj.com.
- 9 Au-delà des nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. P. 47- 116.
- 10 Bah O M. Étude Cas-Témoin de la mortalité maternelle dans le service Gynéco-obstétrique de l'hôpital de Sikasso de 2007-2009 à propos de 70 cas. Thèse de médecine Bamako 2010 ; N° 599.
- 11 Diarra D S. Évolution de la mortalité maternelle dans le service de Gynéco-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes sur 5 ans et demi. Thèse de médecine, Bamako 2014 ; N°92.
- 12 Coulibaly Z. Place de l'audit clinique des décès maternels dans la lutte contre la mortalité maternelle 2009-2014 au Cs Réf CI du District de Bamako. Thèse de médecine 2015 ; 86p ; N° 65.