

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
RAPPELS.....	2
I- L’AUDIT CLINIQUE.....	2
I-1- Définition	2
I-2- Etapes de la méthode de l’audit clinique.....	2
I-3- Cycle de l’audit clinique.....	3
I-4- Choix du thème.....	3
I-5- Plan d'actions d'amélioration et de réévaluation.....	4
II- DÉCIDER L’AUDIT CLINIQUE.....	4
III- MORTALITE MATERNELLE.....	5
III-1- Définition.....	5
III- 2- Ampleur du problème.....	6
III- 3 - Facteurs prédisposant au décès maternels.....	6
III-4 - Prévention de la mortalité maternelle.....	7
MATERIELS ET METHODES.....	9
RESULTATS.....	10
I- CONCERNANT LE DOSSIER DE LA PARTURIENTE.....	9
I-1- La fiche d’observation.....	10
I-2- La fiche de suivi.....	11
I-3- La fiche de surveillance.....	12
I-4- La fiche de traitement.....	13
I-5- Le partogramme.....	14
II- SUR LE PLAN TECHNIQUE.....	15
II-1- Observation numéro 1.....	15
II-2- Observation numéro 2.....	17
II-3- Observation numéro 3.....	18
II-4- Observation numéro 4.....	21
II-5- Observation numéro 5.....	23

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	24
I- L'OBSERVATION DES PARTURIENTES.....	24
I- 1- L'observation médicale.....	24
I- 2 -Tenue des dossiers des malades.....	26
I- 3 - Informatisation du dossier.....	27
II- SUR LE PLAN TECHNIQUE.....	28
II- 1 - Observation numéro 1.....	28
II- 2 - Observation numéro 2.....	30
II- 3 - Observation numéro 3.....	32
II- 4 - Observation numéro 4.....	34
II- 5 – Observation numéro 5.....	35
SUGGESTIONS.....	36
I- AMELIORATION DES DOSSIERS.....	36
II- FORMATION DU PERSONNEL.....	37
III- ELABORATION DE REFERENTIEL.....	39
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DE SCHEMA

NUMERO	PAGE
Schéma n°1 : Cycle de l'audit clinique	3

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
BIP	: diamètre bi parietal
CHU.A/GO	: Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo Gynécologie Obstétrique
CSB II	: Centre de Santé de Base niveau II
HTA	: Hypertension artérielle
OIGA	: Occipito iliaque gauche antérieur
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
%	: Pour cent

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
RAPPELS.....	2
I- L’AUDIT CLINIQUE.....	2
I-1- Définition	2
I-2- Etapes de la méthode de l’audit clinique.....	2
I-3- Cycle de l’audit clinique.....	3
I-4- Choix du thème.....	3
I-5- Plan d'actions d'amélioration et de réévaluation.....	4
II- DÉCIDER L’AUDIT CLINIQUE.....	4
III- MORTALITE MATERNELLE.....	5
III-1- Définition.....	5
III- 2- Ampleur du problème.....	6
III- 3 - Facteurs prédisposant au décès maternels.....	6
III-4 - Prévention de la mortalité maternelle.....	7
MATERIELS ET METHODES.....	9
RESULTATS.....	10
I- CONCERNANT LE DOSSIER DE LA PARTURIENTE.....	9
I-1- La fiche d’observation.....	10
I-2- La fiche de suivi.....	11
I-3- La fiche de surveillance.....	12
I-4- La fiche de traitement.....	13
I-5- Le partogramme.....	14
II- SUR LE PLAN TECHNIQUE.....	15
II-1- Observation numéro 1.....	15
II-2- Observation numéro 2.....	17
II-3- Observation numéro 3.....	18
II-4- Observation numéro 4.....	21
II-5- Observation numéro 5.....	23

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	24
I- L'OBSERVATION DES PARTURIENTES.....	24
I- 1- L'observation médicale.....	24
I- 2 -Tenue des dossiers des malades.....	26
I- 3 - Informatisation du dossier.....	27
II- SUR LE PLAN TECHNIQUE.....	28
II- 1 - Observation numéro 1.....	28
II- 2 - Observation numéro 2.....	30
II- 3 - Observation numéro 3.....	32
II- 4 - Observation numéro 4.....	34
II- 5 – Observation numéro 5.....	35
SUGGESTIONS.....	36
I- AMELIORATION DES DOSSIERS.....	36
II- FORMATION DU PERSONNEL.....	37
III- ELABORATION DE REFERENTIEL.....	39
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

Le programme de maternité sans risque a été officiellement lancé en 1987 à Nairobi à l'occasion de la première conférence internationale traitant la santé des femmes. Plusieurs travaux et publications ont fait le point des études effectuées sur la mortalité maternelle, de ses causes et des stratégies qui pourraient être mises en œuvre pour réduire cette mortalité, qui reste élevée dans les pays en développement (1).

Selon les estimations de l'OMS, il se produirait chaque année 500 000 décès maternels dans le monde, soit près d'un par minute (2).

Dans leur grande majorité, ces décès ont lieu dans les pays en développement (3) dont Madagascar.

L'objectif de réduire la mortalité maternelle a été adopté par les gouvernements et lors d'autres conférences internationales. Nous citons en particulier le Sommet Mondial pour les Enfants à New York en 1990 et la Conférence Mondiale sur les Femmes à Beijing en 1995 (4).

L'ampleur de ce problème nous incite à réaliser ce travail. Notre but est de contribuer à la recherche de stratégie pour réduire les facteurs prédisposant et par là le taux de mortalité maternelle dans notre pays, en particulier dans le Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana.

Une question doit être toujours posée : le décès est-il évitable ? Une amélioration de la prise en charge à travers les soins de qualité peut – elle être une bonne stratégie ? Des questions auxquelles cette étude veut répondre.

Avec le peu de moyens qu'on a actuellement, comment peut-on faire pour éviter le décès maternel ?

PREMIERE PARTIE
RAPPELS

RAPPELS

I- L'AUDIT CLINIQUE

I-1- Définition :

L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec pour objectif, de les améliorer (5).

Le principe de l'audit clinique est de mesurer la qualité d'une pratique à l'aide de critères explicites, objectifs et de comparer les résultats au référentiel. L'écart observé entre la qualité souhaitée explicitée dans le référentiel et la qualité appliquée impose la mise en place d'un plan d'amélioration, puis le suivi de son impact (6).

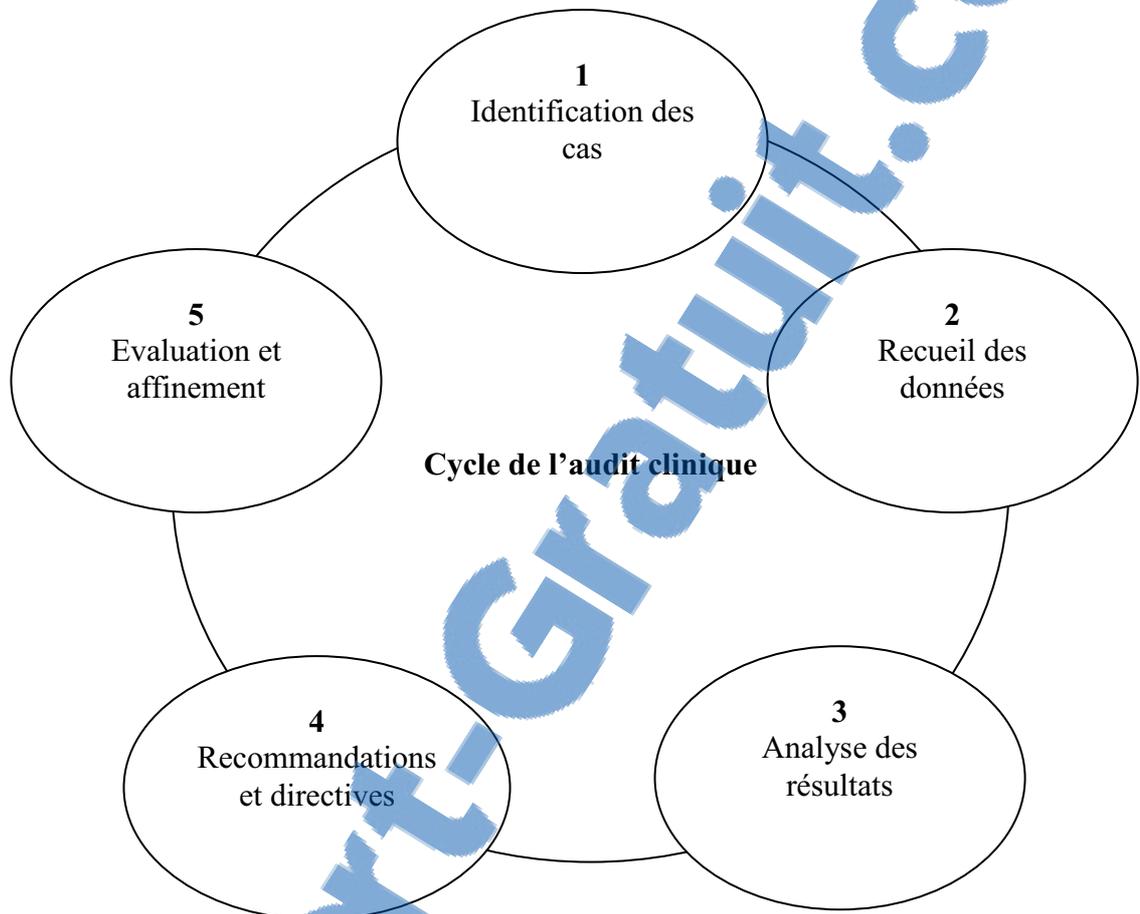
I-2- Etapes de la méthode de l'audit clinique (7).

Une méthode est l'ensemble des démarches raisonnées à suivre pour parvenir à un but.

L'audit clinique distingue six étapes :

- choix du thème ;
- choix des critères ;
- choix de la méthode de mesure ;
- recueil des données ;
- analyse des résultats ;
- plan d'action d'amélioration et réévaluation.

I- 3- Cycle de l'audit clinique (8)



I- 4 - choix du thème (7)

Le thème d'audit clinique est choisi en fonction de la fréquence de la pratique, du risque pour le patient, du potentiel d'amélioration, de l'existence de références scientifiques, réglementaires et professionnelles.

Pour ce choix il est essentiel d'identifier les opportunités d'amélioration et/ou les dysfonctionnements.

La connaissance de la réalité de la pratique est une étape fondamentale.

En fonction de la situation à traiter et en l'absence de données qualitatives disponibles (enquête récente, par exemple), il est nécessaire de procéder à une mise à plat de la pratique, afin d'identifier les points faibles.

Le diagnostic de situation résume la réalité observée en énonçant le problème, sa cause principale, et si possible, ses effets sur les patients et les professionnels.

I- 5- Plan d'actions d'amélioration et de réévaluation

Avant d'élaborer un plan d'amélioration, il faut présenter les résultats aux professionnels concernés et leur faire valider les causes des écarts ; recenser et prioriser les actions correctives.

Ce plan est défini en concertation avec les professionnels après validation des causes des écarts. Il identifie les mesures correctives dont la priorité est définie en fonction de la gravité des écarts et de la nature des actions à mettre en œuvre.

Le choix des actions d'amélioration fait suite à la présentation des résultats aux professionnels.

II- DÉCIDER L'AUDIT CLINIQUE (9)

S'engager dans un audit clinique n'a d'intérêt que si l'on recherche les meilleures stratégies de soins. Conduire un audit clinique et un plan d'amélioration nécessite de réunir des conditions favorables et représentent pour les acteurs du projet une charge de travail conséquente. Les responsables de l'établissement et le chef de projet doivent s'interroger sur un certain nombre de points avant de prendre la décision de s'investir dans une telle démarche.

La démarche d'un audit clinique est à l'opposé de la démarche médico-légale qui cherche un «coupable» quand un accident est survenu. La démarche d'audit portant sur les morts maternelles a pour but non pas de rechercher des coupables, mais d'identifier des dysfonctionnements qui sont à l'origine de l'accident et dont la correction peut être le moyen d'améliorer la qualité des soins (10).

Dans le domaine de la prévention des accidents de morts maternelles, l'audit le plus ancien et le plus connu est l'action du *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* qui a entrepris, depuis 1957, d'étudier toutes les morts maternelles observées au Royaume-Uni et de les analyser afin de faire des propositions de modifications collectives des pratiques professionnelles (10).

L'objectif ne peut pas et ne doit pas être la recherche de responsabilités individuelles. La confidentialité doit être respectée. L'avantage principal de la confidentialité dans la démarche fait qu'elle ne permettra jamais de démontrer une responsabilité individuelle (10).

L'audit ne peut pas prétendre avoir un impact sur la pratique professionnelle s'il ne montre pas des anomalies accessibles à un changement. Ce qu'on attend de l'audit est de mettre en évidence des défauts dans la prise en charge de certaines femmes (10).

III- LA MORTALITE MATERNELLE

III-1- Définition

D'après la classification Internationale des Maladies, la mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou par les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite » (11).

III- 2 - Ampleur du problème

Selon les estimations de l’OMS, il se produirait chaque année 500 000 décès maternels dans le monde, soit près d’un par minute.

La majorité de ces décès survient dans les pays en développement. Par exemple en 1988, 11% des femmes en âge de procréer vivent en Afrique, le continent où on déplore 30% de décès maternels (12).

III- 3 - Facteurs prédisposant au décès maternel.

III-3-1 - Comportement sanitaire

De nombreux facteurs, et notamment divers aspects de la situation socio-économique, influent sur ce qu’une personne fait ou ne fait pas pour sa santé. Le type de comportement le plus couramment mentionné concerne l’utilisation des services de consultation prénatale.

III-3-2 - Accès au soins

La technologie médicale peut depuis plusieurs décennies empêcher la plupart des décès qui résulteraient de complications obstétricales courantes. Ces moyens sont par exemple les transfusions, les antibiotiques, la césarienne. De ce fait dans les pays développés il est possible d’empêcher la plupart des décès qui résulteraient de complications comme l’hémorragie et l’infection (13).

III-3-3 - Accès à l'information

Pour que les femmes puissent bien utiliser les ressources médicales disponibles, elles doivent savoir à quel moment il faut consulter. Par exemple au Sénégal, dans les zones rurales certaines femmes ont indiqué qu'elles considéraient la fièvre, les vertiges et la pâleur comme attributs d'une grossesse normale (14).

III-3-4 - Qualité des soins

L'un des éléments de la qualité des soins est la présence d'un personnel compétent. L'absence de médecins, d'infirmières et de sage-femmes qualifiés contribue au nombre de décès maternels. Une étude faite en Afrique de l'Est en 1978 - 1981 a montré qu'une femme sur dix ayant besoin d'une césarienne bénéficiait effectivement de cette opération (15).

L'existence d'un personnel médical ne signifie pas que les soins soient adéquats. Quand on effectue des études approfondies, on constate que c'est un traitement insuffisant ou erroné qui explique une proportion importante des morts maternelles se produisant à l'hôpital (16).

III-4 - Prévention de la mortalité maternelle

III-4-1 - Améliorer la condition socio-économique (1)

L'éducation scolaire modifie le comportement sanitaire de la femme. La bonne nutrition rend la femme moins vulnérable, et affecte directement leur état de santé.

III-4-2 - Informer et mobiliser la communauté

L'expérience a montré que le succès des programmes sanitaires dépend souvent de la participation de la communauté. La communauté facilitera l'accès aux soins médicaux des femmes qui font des complications obstétricales.

Le moins qui doit être fait dans la communauté serait d'informer chacun des quelques symptômes qui signalent une urgence obstétricale.

Par exemple l'existence d'un saignement, de convulsion, un visage ou des pieds enflés doit faire prendre une décision de consulter.

DEUXIEME PARTIE
RESULTATS

MATERIELS ET METHODES

MATERIELS

- CHU.A/GO de Befelatanana
- dossier de cinq décès maternels choisis au hasard parmi les parturientes entrées pour un accouchement pathologique ou non pendant l'année 2004.

METHODOLOGIE

Nous avons fait une étude rétrospective de ces cinq décès maternels survenant dans la salle d'accouchement du service de gynécologie obstétrique de Befelatanana.

Les paramètres analysés sont :

1- Concernant le dossier :

- la fiche d'observation
- la fiche de traitement
- la fiche de surveillance
- le partogramme

2- Sur le plan technique :

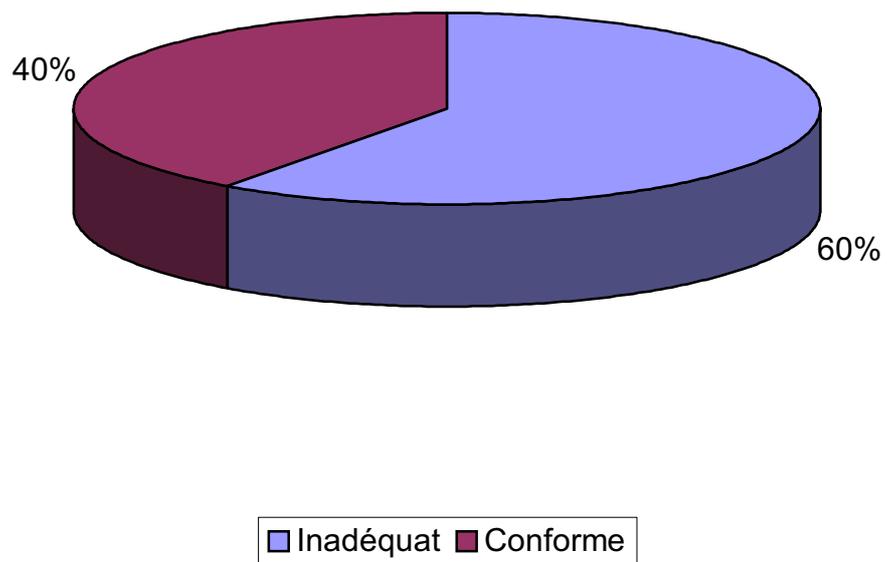
- délai du premier contact avec un médecin depuis l'entrée de la parturiente
- diagnostic d'entrée
- écart du traitement au référentiel
- surveillance
- le diagnostic de décès

RESULTATS

I- CONCERNANT LE DOSSIER DE LA PARTURIENTE

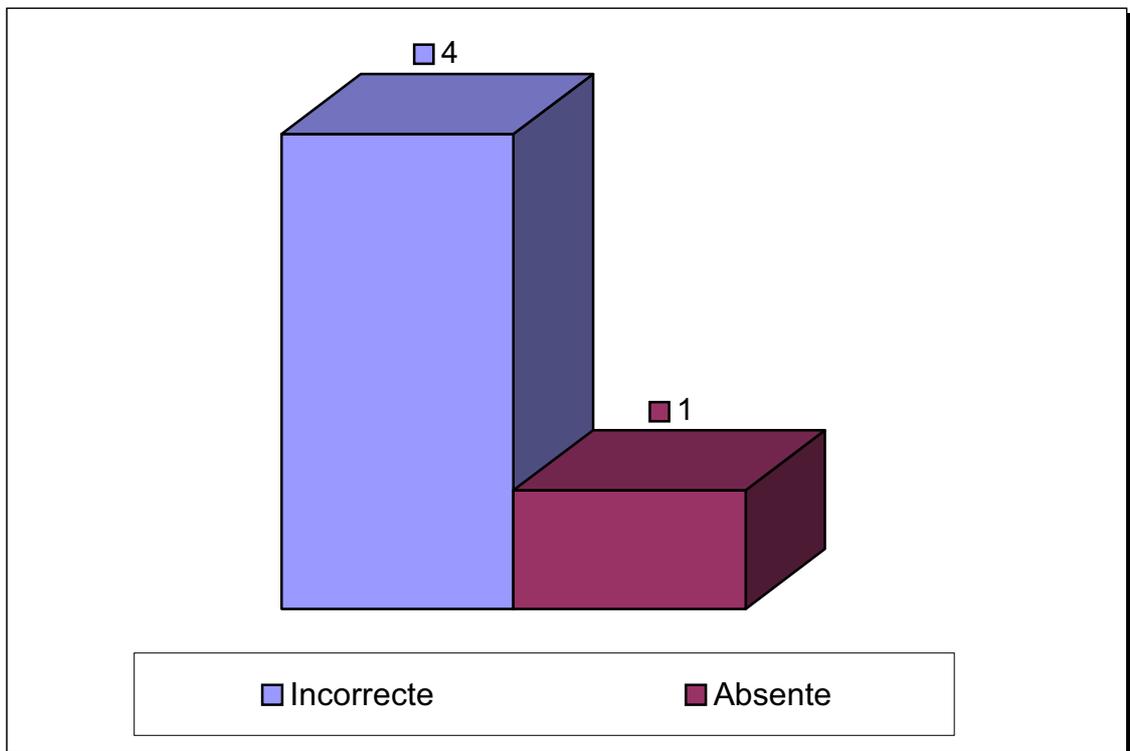
I-1- La fiche d'observation

Figure 01 : SELON LA FICHE D'OBSERVATION



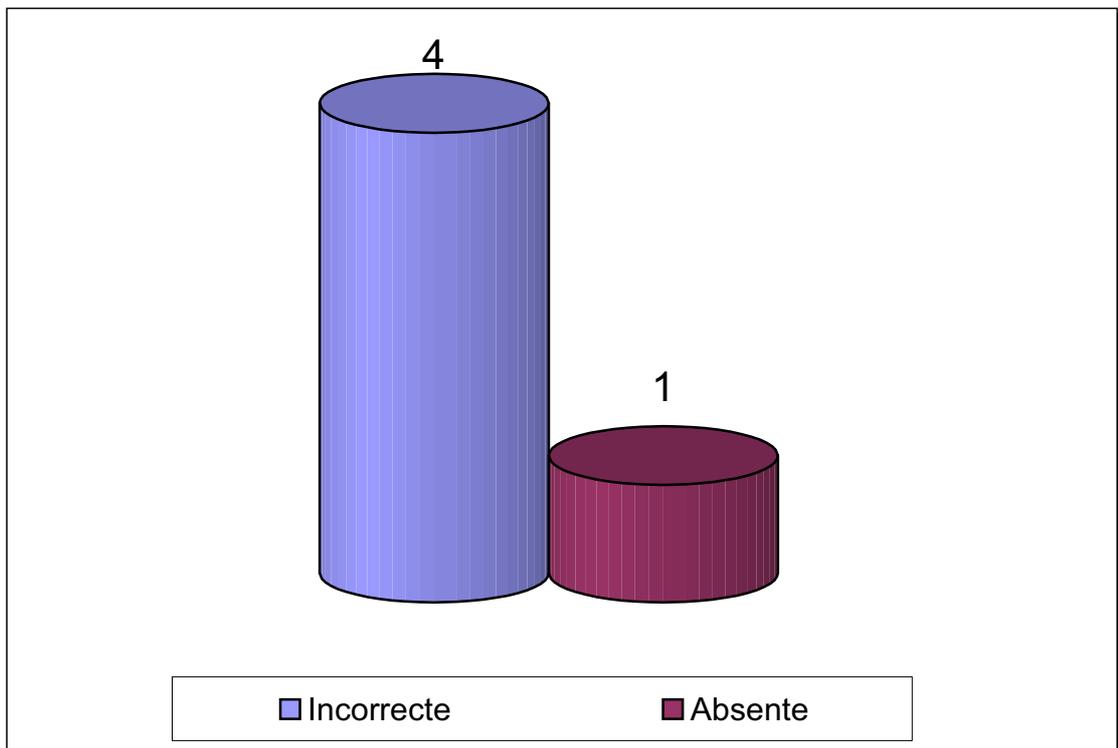
I-2- Fiche de suivi

Figure 02 : FICHE DE SUIVI



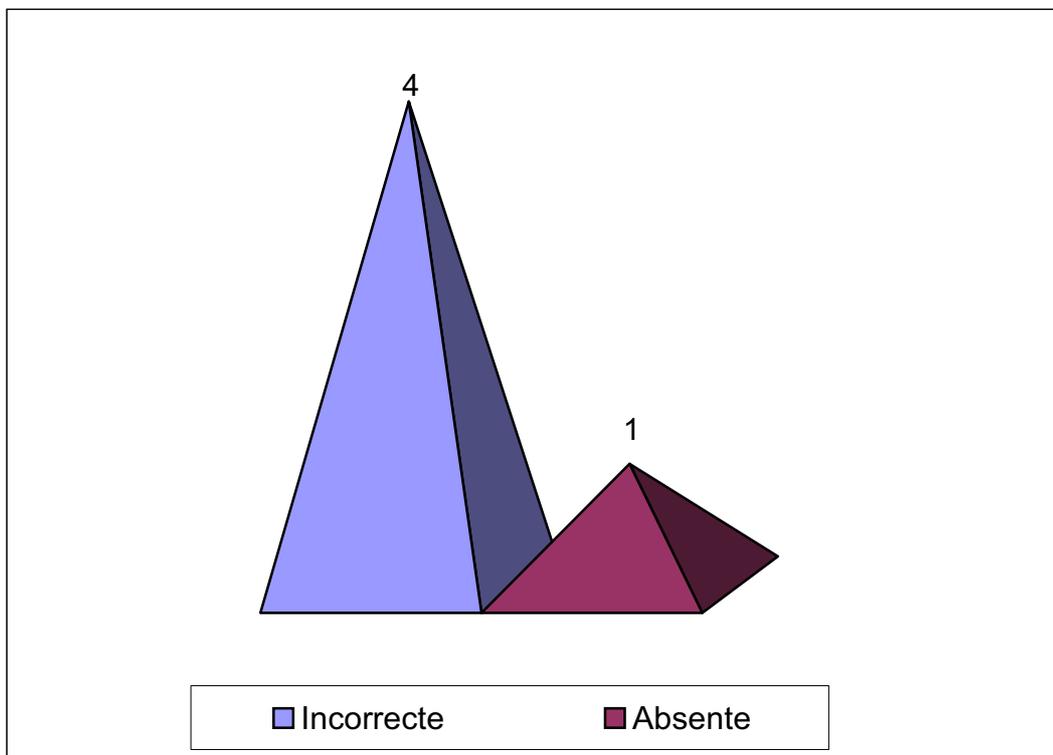
I-3- Fiche de surveillance

Figure 03 : FICHE DE SURVEILLANCE



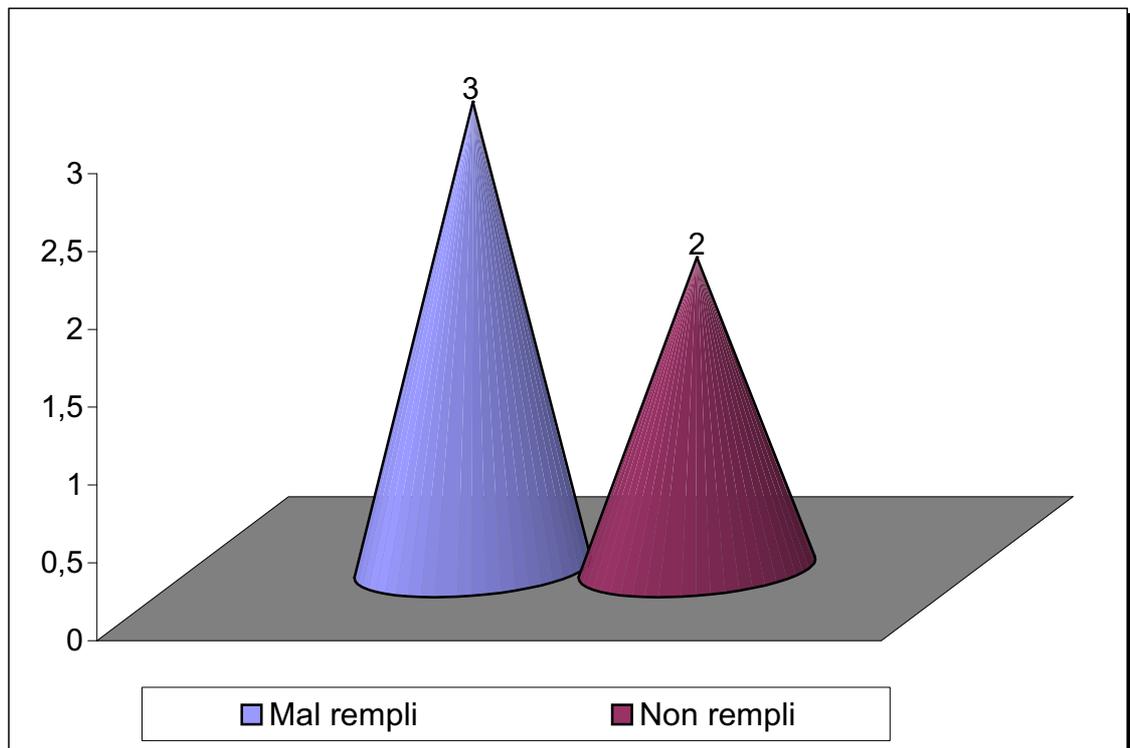
I-4- Fiche de traitement

Figure 04 : FICHE DE TRAITEMENT



I-5- Partogramme

Figure 05 : PARTOGRAMME



II- SUR LE PLAN TECHNIQUE

II-1- **Observation numéro 1**

- C'est une femme âgée de 35ans, deuxième geste , deuxième pare.
- L'examen au triage à 09h 00 :
 - Ses dernières règles datent du 24 décembre 2003, donnant 35 semaines d'aménorrhée.
 - Elle n'a pas fait de consultation prénatale durant cette grossesse, aucun examen complémentaire n'a été demandé.
 - La tension artérielle était de 11>7, la hauteur utérine à 30cm, la présentation est céphalique gauche amorcée, le bruit du cœur fœtal était positif.
 - Le toucher vaginal a montré un col effacé dilaté à 1,5cm et des pertes sanguines aux doigtiers.
- L'échographie a retrouvé une grossesse mono fœtale évolutive avec activité cardiaque positive à gauche. Le diamètre bi pariétale mesurait 81 mm, le diamètre abdominal transverse était de 92 mm et la longueur du fémur à 70 mm. Le placenta est bas inséré à 3 cm de l'orifice interne du col.
- La femme a été transférée en salle d'accouchement pour début de travail sur un placenta praevia marginal.
- A 09h 30 la femme a été examinée par un médecin du service.
 - A cette heure la femme était consciente. Les conjonctives étaient très pâles. La tension artérielle 11>7, la pulsation 104 par minute. L'abdomen était souple, pas de cicatrice ni de vergeture.
 - Le bruit du cœur fœtal était à 125 battements par minute. On notait deux contractions de 30 secondes par dix minutes.

- Le toucher vaginal retrouvait un col effacé dilaté à 1,5 cm. La présentation était céphalique mobile. Les doigts ramenaient des pertes sanguines minimes avec caillots + + +.
- La conduite à tenir : un décubitus latéral gauche.
- A 10h elle était examinée par deux autres médecins du service. La tension artérielle mesurait 11>6. Le toucher vaginal retrouvait un col effacé dilaté à 3 cm, la poche des eaux bombante.

Traitement :

- rupture artificielle des membranes
- puis SGI (Sérum Glucosé Isotonique) + ocytocine à VIII gouttes par minute
- vérifier l'hémorragie
- groupage et bon de sang
- A 12 h 00 la femme était obnubilée, la tension artérielle chutait à 9>6. Les conjonctives étaient pâles. Elle avait de sueurs froides, des extrémités froides.

Conduite à tenir :

- pose de kit hémorragique
- transfusion
- sonde vésicale
- A 12h 15 : pose de Ringer Lactate
- A 13h 45 la tension artérielle était imprenable, le col à dilatation complète. On a prescrit Hydrocortisone 200 mg, Calcium 1 ampoule en intra veineuse directe lente, une oxygénothérapie et une position en tête basse.
- A 13h 55 on observait un arrêt cardiorespiratoire irréversible malgré toute tentative de réanimation à la suite d'un choc hémorragique.

II- 2 - Observation numéro 2

- C'est une femme âgée de 35 ans, quatrième geste et quatrième pare.
- Le premier examen au triage notait des antécédents de 3 accouchements normaux. Les dernières règles survenaient le 16 Novembre 2003. Ceci équivaut à un terme de 39 semaines d'aménorrhée. Cette grossesse n'a pas été suivie et aucun examen complémentaire n'a été effectué.

La hauteur utérine mesurait 34 cm. La présentation était céphalique fixée. Le bruit du cœur fœtal était à 136 battements par minute.

La femme a été admise en salle d'accouchement pour femme en travail et dilatation complète.

- A 02h 45 : l'examen en salle d'accouchement révélait une femme consciente, des conjonctives peu colorées, une hauteur utérine à 34 cm. Le rythme cardiaque fœtal était à 136 battements par minute. Le toucher vaginal montrait une dilatation complète du col.
- A 04h 00 : la femme devenait agitée.
- A 04h 05 : elle était inconsciente, la tension artérielle et le pouls étaient imprenables. Les conjonctives étaient pâles. Le médecin examinateur a suspecté une rupture utérine.

Elle a reçu comme traitement :

- un kit hémorragique
 - une voie veineuse jugulaire
 - une intubation oro-trachéale.
- A 04h 20 : la femme recevait 1 ampoule d'adrénaline et à 04h 30 une transfusion et un sérum glucosé isotonique à 5 % + Dopamine.

- A 05h 00 : on a noté une bradypnée, une mydriase bilatérale réactive.
- A 05h 30 : elle a reçu adrénaline intra trachéale, adrénaline 3 ampoules en intraveineuse. On pratiquait un massage cardiaque externe et une ventilation assistée.
- La femme décédait à 06h 20 d'un collapsus cardio vasculaire probablement suite à une rupture utérine.

II- 3 – Observation numéro 3

- C'est une femme âgée de 32 ans deuxième geste deuxième pare entrée pour femme en travail.
- Le premier examen au triage a montré une grossesse de 39 semaines d'aménorrhée.

Dans ses antécédents on retenait un accouchement antérieur d'un enfant mort-né dont le poids n'a pas été précisé, et une splénectomie en 1998

Cette grossesse a été régulièrement suivie dans un centre de santé de base niveau II ou CSB II. Elle a fait 3 vaccins antitétaniques. La sérologie de la syphilis était négative.

Cette femme mesurait 133 cm. La tension artérielle mesurait 9>6. la hauteur utérine était de 30 cm. La présentation était céphalique mobile. Le col est en voie d'effacement, dilatée à 3 cm. La poche des eaux était rompue. Le promontoire était accessible aux doigts.

- L'échographie montrait une grossesse mono fœtale en céphalique. Activité cardiaque positive à gauche. Le diamètre bi pariétale mesurait 91 mm, le diamètre abdominal transverse était 95 cm. Le placenta était fundique. La quantité du liquide amniotique était normale.
- Elle est admise en salle d'accouchement pour femme en travail et bassin généralement rétréci.
- Le premier examen en salle d'accouchement était effectué à 09h 45 et a montré :
 - une tension artérielle à 11>7, pulsation à 90 par minute ;
 - conjonctives bien colorées, langue normale ;
 - pas de goitre, seins normaux, colostrum + ;
 - abdomen souple avec présence de cicatrice de laparotomie ;
 - hauteur utérine 27 cm ;
 - présentation céphalique mobile,
 - rythme cardiaque fœtal 136 battements par minute
 - au toucher vaginal : col court centré en voie d'effacement recevant la pulpe, poche des eaux non perçue.
- A 10h 00 : un deuxième examen soulignait outre les antécédents l'état du bassin, que le promontoire était accessible à 11 cm, les contractions utérines étaient rares. Le médecin examinateur a proposé une césarienne.
- A 11h 00 : un médecin gynécologue obstétricien examinait la parturiente. On a trouvé une hauteur utérine à 27 cm, un rythme cardiaque fœtal à 136 par minute, des contractions utérines rares et de courte durée. Le col était court, dilaté à 1 cm, la présentation céphalique était mobile. Le bassin était normal, le reste de liquide amniotique était clair. On a alors institué une perfusion d'ocytocine dans un sérum glucosé isotonique à 5 % à une vitesse de VIII gouttes par minute. Ce traitement était mis en place vers 11h 30 mn.

- A 13h 30 : le col est centré, la dilatation à 3 cm. La présentation restait mobile et le rythme cardiaque fœtal était de 130 par minute.
- A 14h 30 : la présentation s'amorçait et la dilatation était de 2 cm.
- A 15h 00 : on a augmenté le débit de la perfusion à XVI gouttes par minute. La dilatation reste 2 cm jusqu'à 17h 30
- A partir de 20h 00 : on a observé cinq contractions utérines durant plus de 40 secondes dans 10 minutes. Ceci persiste et sans traitement jusqu'à 01 h du matin où la dilatation était complète.
- A 01h 25, On a décidé de faire une extraction instrumentale au forceps de Tarnier pour complément de dégagement après échec de vacuum extractor. Le dégagement se faisait en occipito pubien. L'enfant naissait avec un indice d'Apgar 1 à la première minute, 2 à la dixième et à la quinzième. Le bébé pesait 2400g, sa taille mesurait 47 cm, le périmètre crânien à 32 cm et le périmètre thoracique à 30 cm.
- Après la délivrance on effectuait une révision utérine. La femme saignait du sang rouge abondant. On a suspecté une déchirure cervicale. La tension artérielle chutait à 8>5. Dans un ordre non précisé, la femme a reçu sérum glucosé hypertonique 10%, Ringer Lactate et dextran, hydrocortisone, Dopamine et on demandait un groupe sanguin et un bon de sang.
- Après cet état de choc, la femme a été réexaminée une heure après. A 02h 30 la femme s'agitait, les conjonctives étaient très pâles, la pression artérielle systolique chutait à 5. la diastolique est imprenable. Des gestes de réanimation ont été effectués par des réanimateurs mais en vain. La femme décédait à 06h 00 d'un choc hémorragique probablement par rupture utérine.

II- 4 – Observation numéro 4

- Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans quatrième geste deuxième pare référée par un médecin libre pour hémorragie sur une grossesse à terme.
- L'examen au triage à 14h 30 notait un antécédent de deux avortements de deux et trois mois sans en connaître l'étiologie. La femme a un enfant vivant.
 - Sa grossesse a été périodiquement suivie par une sage femme libre, elle a fait ses cinq vaccins antitétaniques. La sérologie de la syphilis n'a pas été demandée.
 - L'examen physique montrait une hauteur utérine à 28 cm, une présentation céphalique amorcée. Le rythme cardiaque fœtal était de 140 battements par minute. Au toucher vaginal le col est court, dilaté à 1,5 cm. La poche des eaux était bombée. Les doigtiers ramenaient des pertes sanguines minimales avec caillots.

Elle était admise en service de pathologie obstétricale.

- L'échographie montrait une grossesse mono fœtale avec une activité cardiaque positive. Le BIP était 92 mm, le fémur 70 mm, la circonférence abdominale mesurait 282 mm. Le liquide amniotique était normal, on n'a pas noté une image d'hématome retro placentaire et il n'y avait pas de décollement visible.
- A 20 heures, presque 6 heures après son admission s'effectuait son premier examen, en salle.

La tension artérielle était de 14>10, la pulsation à 68 par minute. La hauteur utérine mesurait 30 cm. La présentation céphalique était amorcée. Le rythme cardiaque fœtal était normal (144/mn). Au toucher vaginal le col était court et dilaté à 2 cm. La poche des eaux était bombée. Les doigtiers ramenaient beaucoup de caillots. Le

médecin examinateur instituait comme traitement un sérum glucosé isotonique pour garde veine, et Aldomet comprimé à 250 mg (un comprimé deux fois par jour.)Elle était ensuite transférée en salle d'accouchement.

- A 21h 30 : la tension artérielle n'a pas été prise. La dilatation du col était de 8 cm. Le rythme cardiaque fœtal était 138 par minute.
- A 22h : la femme s'agitait, la tension artérielle chutait à $6 > 4$, la dilatation du col était complète. Le bruit du cœur fœtal était non perçu
- A 22h 30 ; la tension artérielle devenait imprenable, la mise en place d'une voie veineuse de remplissage était impossible.
- A 22h 45 : la femme devenait inconsciente et elle est décédée à 23h 15 d'un apoplexie par hématome rétro placentaire.

II- 5 – Observation numéro 5

- C'est une femme âgée de 29 ans troisième geste troisième paré référée par un CSB II pour femme difficile en travail, tête à la vulve, manque de poussée et bruit du cœur fœtal bien frappé.
- L'examen du triage à l'entrée notait un antécédent de deux accouchements normaux. La grossesse était suivie au CSB II. Elle a fait deux consultations prénatales, deux vaccins antitétaniques. La sérologie de la syphilis n'a pas été demandée.

L'examen physique retrouvait une tension artérielle à 7>4, une hauteur utérine à 30 cm, une présentation céphalique engagée. Le bruit du cœur fœtal était non perçu. Le col était effacé et dilaté à 10 cm. La poche des eaux rompue et la tête à la vulve. La femme décédait et le diagnostic qu'on a posé était une embolie pulmonaire probable.

Sur ce dossier aucune autre information n'est disponible.

TROISIEME PARTIE
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I- L'OBSERVATION DES PARTURIENTES

I- 1- L'observation médicale

Dans notre étude, parmi ces cinq dossiers choisis au hasard, aucune fiche d'observation n'est correcte. L'observation médicale était non faite ou à peine existante. Sur ces dossiers, les fiches de suivi et de surveillance étaient inadéquates, incorrectes ou absentes. La fiche de traitement se confondait avec la fiche de surveillance et elles sont constituées par des feuilles mobiles de cahier. Aucun partogramme n'est bien rempli.

Ne sont pas toujours affichés : les renseignements intéressants pour le diagnostic et le traitement des parturientes, ni le nom et la signature du médecin examinateur et prescripteur.

Dans certains dossiers le nom et prénoms de la parturiente ne sont pas entièrement identiques. Si la femme a deux prénoms, le premier est inscrit sur une feuille et le second sur une autre. Ceci rend souvent difficile la bonne identification des patientes si on se contente de son nom. Très souvent il faut vérifier son âge, son domicile, ou même le nom de son mari pour s'assurer qu'il s'agit d'une même parturiente.

L'observation médicale constitue un élément essentiel du suivi de chaque patiente. Elle doit contenir les renseignements concernant la parturiente, l'histoire de la maladie, la condition de transfert, les traitements reçus et l'évolution (17).

Le dossier ou l'observation médicale doit aider le médecin à structurer sa démarche au cours de la rencontre avec les patientes. Le médecin a besoin de toutes les informations disponibles pour prendre de bonnes décisions et pour planifier les actions. Comme un tableau de bord, le dossier doit permettre une visualisation à la fois rapide et

précise de ces informations. Dans le dossier, les « cadrans » de ce tableau de bord sont au nombre de cinq :

- les informations administratives ;
- la grille de saisie des dernières rencontres et celle de la rencontre en cours (antécédents);
- l'histoire médicale actualisée ou au moins son résumé (fiche de synthèse) ;
- les données d'alerte (motif d'hospitalisation);
- la fiche de suivi personnalisée (surveillance et soins) (18).

Hector Falcoff pense que parmi les informations à recueillir dans une observation médicale certaines sont indispensables et d'autres sont souhaitables. Selon cet auteur les informations suivantes sont indispensables :

- nom complet de la parturiente
- date de naissance
- adresse
- téléphone
- profession
- données d'alertes (motif de consultation ou d'hospitalisation)
- nom du médecin
- date et heure de son examen
- synthèse de son examen
- décisions prises
- antécédents personnels et familiaux
- facteurs de risque à une pathologie
- vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage

I- 2 - Tenue des dossiers des malades

Dans notre étude nous avons observé que la tenue des dossiers des parturientes est à améliorer. Il est difficile d'explorer ces dossiers. La recherche des renseignements concernant la parturiente, le diagnostic et le traitement reçu demande beaucoup de patience et de persévérance. Le dossier n'est constitué que des feuilles mobiles qui risquent de se disperser.

L'ANAES, en 1998 a choisi de réaliser un audit sur la tenue du dossier médical. Les obligations juridiques instaurées par le code de déontologie (France) rendent obligatoire la tenue d'un dossier médical par patient (19).

La bonne tenue d'un dossier médical peut s'avérer, en de nombreuses circonstances, indispensable : une mise en cause de la responsabilité du médecin (civile, pénale, disciplinaire), un contrôle médical, etc. En France une loi prévoit expressément que le dossier médical du patient hospitalisé demeure la propriété de l'établissement qui l'a constitué (articles R.410-2-1) (20).

Des auteurs ont souligné qu'il y a une étroite relation entre la qualité de soin et le dossier médical. Selon Hector Falkoff, le lien entre dossier médical et la qualité des soins peut être exprimé ainsi :

- la recherche de la qualité des soins s'appuie sur une démarche systématique dite d'amélioration continue de la qualité ;
- la démarche d'amélioration continue de la qualité exige un travail d'analyse et de réflexion sur les données de la pratique ;
- la principale source des données sur la pratique est constituée par les dossiers médicaux (18).

Le dossier constitue « la pierre angulaire de l'évaluation de l'exercice » et de nombreux audits de pratique ont été réalisés à partir des données contenues dans les dossiers (21). L'ANAES a fait un travail qui montrait que la qualité d'un dossier pouvait témoigner de la qualité des soins (22).

I- 3 - Informatisation du dossier (18)

Dans notre étude aucun des dossiers n'est informatisé. Les renseignements médicaux de la femme sont contenus dans des feuilles mobiles agrafées.

L'ANAES a souligné que l'informatisation ouvrait des perspectives nouvelles. La principale force du dossier informatique est probablement que les informations sont libérées des contraintes liées à une organisation spatiale ou temporelle.

Le dossier informatique peut présenter les informations dans n'importe quel ordre et format voulu. L'ordinateur peut produire de nombreux comptes rendus, résumés, index, à partir de la totalité des données enregistrées : une synthèse des données les plus importantes du dossier, une liste des problèmes actifs, une liste des médicaments, des résultats biologiques anormaux, des données spécifiques pour une maladie chronique.

Un système informatique peut générer des alertes et des rappels, permettant d'améliorer la sécurité des prescriptions et le respect des protocoles de suivi. Il peut contribuer à améliorer la pratique et à mettre en œuvre des recommandations en proposant des aides à la décision immédiate, des ordonnances préétablies conformes à des protocoles validés, une rétroaction par l'apport régulier d'information sur les performances.

II- SUR LE PLAN TECHNIQUE

II- 1 - Sur l'observation numéro 1

Cette femme n'a pas été suivie durant sa grossesse. Cette situation rend un peu difficile sa prise en charge mais ne constitue pas du tout à elle seule le facteur de décès. En effet le déroulement de son accouchement pourrait être prévu d'avance si on diagnostiquait l'insertion basse du placenta.

Au cours du premier examen au triage, beaucoup de renseignements importants ne sont pas mentionnés. On n'a pas demandé le début de saignement, les circonstances de survenue, l'abondance de l'hémorragie, la nature du sang extériorisé (couleur et fluidité).

A l'examen physique on ne retrouve pas la nature et l'abondance des pertes sanguines. Pourtant ces renseignements sont extrêmement importants car le pronostic fœtal et maternel et le traitement en dépendent.

Devant un placenta praevia, il y a trois modalités thérapeutiques (23):

- la césarienne
- l'expectative
- la rupture des membranes

Le volume du saignement est un des facteurs qui doit être pris en considération avant toute décision. S'il existe un saignement, le but est d'arrêter l'hémorragie avant que la vie de la mère soit en danger. Une hémorragie qui entraîne un état de choc nécessite une intervention (23). F. Pierre et J. Bertrand ont remarqué que pour un placenta latéral ou marginal on recourt dans 95% des cas, à une césarienne. Cette décision doit être rapide s'il y a souffrance fœtale ou si l'hémorragie ne s'arrête pas (24).

La patiente n'est examinée à la salle d'accouchement qu'après 30 mn. La question qu'on se pose est le « pourquoi ». Sachant qu'un placenta praevia est une urgence obstétricale et chirurgicale, ce délai paraît excessif.

Après ce premier examen par un médecin, la conduite à tenir était un décubitus latéral gauche. La pâleur des conjonctives qui est importante n'a pas inquiété le médecin alors que c'est un signe fidèle d'une hémorragie en cours et c'est un reflet d'un début de mauvaise tolérance clinique. On aurait dû au moins penser à mettre une voie veineuse d'autant plus que le début du saignement n'est pas connu (24).

Ce médecin a mentionné des « pertes sanguines minimales avec caillots + + + ». La présence de caillot témoigne de l'abondance du saignement. Il ne peut pas s'agir d'un saignement minimal lorsqu'on observe des caillots.

N'est pas mentionné dans le dossier si l'anesthésiste a été mis au courant ou non de la présence de cette parturiente.

Vers 10h 00, deux médecins ont examiné la femme. La caractéristique du saignement n'est pas mentionnée, ainsi que l'état général de la patiente. Concernant la conduite à tenir, ne serait-il pas plus prudent de poser l'indication d'une césarienne ? (23) (24) (25).

L'indication de la perfusion d'ocytocine a été faite à 10 heures. Le prochain examen était à 12 heures. On n'a pas surveillé la femme et le saignement. La femme devient obnubilée, sa tension artérielle chute à 9/6.

Alors que la femme était déjà choquée vers midi, elle n'a été réexaminée qu'à 1h 30 après. L'insuffisance des matériels, à elle seule, ne peut être incriminée pour cette mauvaise surveillance. Un tensiomètre, une montre, les yeux et les doigts suffisent largement dans ce cas précis pour bien suivre l'évolution de cette pathologie. Il aurait suffi de quantifier régulièrement le saignement, de voir son retentissement sur l'état hémodynamique pour prendre une bonne décision.

Au total, concernant cette patiente nous pouvons retenir :

- Un retard de premier contact avec le médecin
- Un dossier très insuffisant
- Prise en charge mal adaptée des symptômes et de l'étiologie
- Une surveillance inadéquate par rapport à sa pathologie

II- 2 - Sur l'observation numéro 2

Comme pour le premier cas, cette femme n'a pas effectué la consultation pré natale. Des informations très utiles sont oubliées ou négligées au cours du premier examen au triage. Pour cette parturiente, y-a-t-il une tentative d'accouchement à domicile ou dans une autre formation sanitaire ? A t-elle reçu des médicaments ou des décoctions ? Où et comment se déroulaient ses trois accouchements ? A t-on demandé le poids du plus gros bébé ?

Au cours de l'examen, on n'a pas pris la tension artérielle et la pulsation de la femme. Ces examens font partie des signes vitaux. Ceci souligne qu'on ne connaît pas exactement l'état général de cette femme à l'entrée.

Arrivée à la salle d'accouchement 15 mn après son admission, elle a été examinée. Ne sont pas indiqués dans le dossier le nom et la qualité de cet examinateur.

Comme au triage, beaucoup d'informations sont perdues. L'interrogatoire n'a pas mentionné la date et l'heure du début du travail, la disparition ou non des contractions utérines. Comment était la tension artérielle ? L'examen physique n'a pas indiqué le niveau de la présentation, les contractions utérines, la présence ou non des signes de disproportion foetopelvienne. La dilatation était complète dès son admission mais on ne sait pas quelle était la conduite à tenir devant ce cas.

A 04h 00, 01h 15 après le dernier examen, la parturiente devient agitée. Quelle en est la cause ? Qui a vu la femme ? Quel était le traitement ? Est-ce qu'elle a saigné ?

A 04h 05 : on a enfin décidé de prendre la tension artérielle de la parturiente et la pulsation mais déjà imprenables. On se demande alors si la tension artérielle était normale ou basse dès le début.

Le médecin examinateur a suspecté une rupture utérine sans détailler les signes présentés. A cette heure on n'a pas mentionné l'état de la conscience, l'existence ou non de métrorragie, l'état de l'utérus. Si c'est le diagnostic le plus probable, quand est-ce qu'elle est survenue ? Quels étaient les facteurs de risques ?

Au total

- Le dossier incomplet
- Le premier examen très insuffisant
- Un retard de diagnostic et de prise en charge
- La surveillance non régulière

II- 3 - Sur l'observation numéro 3

Contrairement aux deux premiers cas, cette grossesse a été bien suivie. Seulement elle n'a pas été classée parmi les femmes à risque malgré sa taille de 133 cm et l'antécédent de mort-né. Elle a été régulièrement suivie au CSB II et a été vue au CHU pour sa dernière consultation. Elle a pu bénéficier d'une échographie.

L'examen au triage a mentionné que le promontoire était accessible aux doigts. Ce qu'il fallait faire est de mesurer la distance promonto-sous-pubien. On retranche 1,5 cm et on peut avoir le diamètre utile de Pinard ou diamètre promonto-retro-pubien. A partir de ce diamètre on classe le bassin comme normal, limite ou rétréci (26).

Le premier examen de la salle d'accouchement 15 mn après l'admission ne comportait pas un interrogatoire. L'examen physique n'a pas étudié le bassin alors que le motif de consultation était un bassin généralement rétréci.

Le deuxième examen à 10h avait au moins mentionné le diamètre promonto-sous-pubien qui est de 11cm. Ce médecin avait proposé une césarienne mais on avait barré secondairement ce qu'il a écrit, alors que cette proposition paraît prudente et logique. Ce qui manque est qu'il n'avait pas demandé le poids du premier bébé (mort-né), et n'avait pas recherché des signes de disproportion foeto-pelvienne.

A 11h 00 un médecin gynécologue obstétricien examinait la parturiente et trouvait un bassin normal. Il instituait une perfusion d'ocytocine dans un sérum glucosé isotonique avec un débit de VIII gouttes par minute pour une épreuve de travail. Le col était juste perméable à un doigt.

Une étude faite au Sénégal a précisé qu'une épreuve de travail s'effectue à partir d'une dilatation à 4 cm. La confrontation pelvienne doit être favorable. Les facteurs prédictifs d'un succès de l'épreuve sont : la variété de position en OIGA, un palper introducteur positif et une bonne ampliation du segment inférieur (27).

Après 02h 30 la dilatation était à 3 cm, la présentation mobile. On ne sait pas grand chose concernant les contractions utérines (fréquence et durée). Puis à 15 heures on augmentait le débit de la perfusion à XVI gouttes par minute. On ne connaît pas le médecin prescripteur ni la raison de cette augmentation du débit de l'ocytocine.

A 17h 30 la dilatation reste entre 2 et 3 cm, 6 heures après la pose de perfusion. Ce délai pourrait être suffisant pour arrêter l'épreuve, et recourir à la césarienne. La durée moyenne d'épreuve est de 90 mn selon Cissé; les extrêmes étant de 30 à 300mn (27).

Selon le partogramme qui est mal rempli , on notait 5 contractions durant plus de 40 secondes en 10 minutes depuis 20 h 00.

La durée des contractions dans un travail normal varie de 15 à 20 secondes au début et atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation. Les contractions utérines sont séparées par un intervalle de durée variable, d'abord long au début du travail, puis de plus en plus court (2 ou 3 minutes en fin de travail) (25).

On n'a pas mentionné l'existence ou non des signes de pré rupture. Pourtant la rupture utérine est précédée par une période où les contractions deviennent rapprochées, subintrantes. L'utérus se relâche mal. Une zone de rétraction apparaît au niveau du segment inférieur. La rétraction utérine s'accroît. Le segment inférieur s'éloigne, s'étire. C'est le signe de Bandl-Frommel traduit par l'ascension de l'anneau de rétraction (25).

Letourneur a rapporté un cas de rupture utérine après une interruption médicale de grossesse du deuxième trimestre. Il a observé au cours de la surveillance une modification nette du relief utérin. La palpation de l'anneau de rétraction était très douloureuse. Peu de temps après, l'échographie a montré que le fœtus était dans la cavité abdominale (28).

Au total

- L'examen de la femme ne permet pas de prendre une bonne décision
- Désaccord entre deux médecins pour la décision de césarienne
- Insuffisance de surveillance clinique

II- 4 - Observation N°4

Cette femme était référée par un médecin libre pour hémorragie sur une grossesse à terme. Ce motif n'est pas pris en compte par le personnel hospitalier. Le diagnostic d'entrée écrit est : femme en travail et HTA.

L'examen fait au triage a mentionné la présence du saignement sans avoir précisé le début, l'abondance et la circonstance de survenue.

On a noté un contraste entre le fait de dire que la perte sanguine était minime alors qu'il existe des caillots. La présence des caillots signe déjà un saignement abondant. Une hémorragie du troisième trimestre, lorsqu'elle est abondante a une incidence sur le fœtus (souffrance fœtale) et rapidement sur la mère (trouble hémodynamique) (24).

En fait, l'examen clinique du triage ne donne que peu d'information. L'interrogatoire vers l'orientation diagnostique était presque absent: caractéristique du saignement, notion d'hypertension artérielle au cours de la grossesse.

Des paramètres essentiels comme la tension artérielle et la pulsation artérielle sont négligés lors du premier examen.

De plus, la femme n'a été vue par un médecin qu'après plus de cinq heures après son admission alors que l'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse constitue une urgence obstétricale.

Pour cette femme, il fallait penser dès le début à un hématome rétro placentaire. Devant une hémorragie du troisième trimestre, deux causes doivent être diagnostiquées : le placenta praevia et l'hématome rétro placentaire.

Pour les rechercher, l'interrogatoire précisera l'existence d'un saignement antérieur, les modalités de survenue et le déroulement de la grossesse depuis le début.

Une pression artérielle élevée, alors que l'hémorragie paraît abondante ou au contraire une pression basse alors que l'hémorragie paraît minime, évoque le décollement placentaire (23).

Arrivée en salle d'accouchement, aucune précaution n'était mentionnée malgré l'importance du saignement.

2 heures plus tard la femme était choquée avec une tension artérielle à $6 > 4$ mais le geste de réanimation n'est effectué que 30 mn après le début du choc.

Au total,

- Le dossier incomplet ;
- Le diagnostic d'entrée non élucidé ;
- Le premier contact avec le médecin retardé ;
- La surveillance insuffisante ;
- Retard de prise en charge, et insuffisance de traitement.

II- 5 – Observation numéro 5

Pour cette parturiente qui est référée par un CSB II, la lettre de référence ne contient pas les renseignements importants concernant la femme. A l'hôpital la connaissance des traitements reçus et des manœuvres effectuées sont très souvent nécessaires pour une prise de décision.

Par exemple s'il avait noté une disparition de la douleur (contractions utérines), avec une sensation de bien être apparent, on pourrait penser à la possibilité d'une rupture utérine. L'apparition d'un état de choc après ce bien être en est fortement indicateur (25).

Le personnel référant n'a pas mentionné l'existence d'une dyspnée, de quinte de toux, de vomissement ou sensation de lassitude extrême ou de mort imminente. L'existence de ces signes fait penser à une embolie amniotique. Le syndrome respiratoire aigu ou suraigu est constant ; puis s'ajoute un état de choc.

Cette femme était déjà choquée à son admission, on ne sait pas si elle a saigné ou non, si elle a été hypertendue ou non durant sa grossesse.

Ne sont pas mentionnés dans le dossier l'examen de la parturiente dans la salle d'accouchement, le traitement reçu, l'heure de décès

Au total

- Le dossier incomplet ;
- Le délai du premier contact avec le médecin inconnu ;
- Le diagnostic de décès erroné.

QUATRIEME PARTIE
SUGGESTIONS

SUGGESTIONS

I- AMELIORATION DES DOSSIERS

Pour faciliter la prise en charge des parturientes, nous proposons une élaboration d'un dossier médical complet. Sur cette fiche, doivent être mentionnés :

- ❖ l'identité de la femme,
- ❖ antécédents personnels et familiaux en rapport avec la pathologie qu'elle présente,
- ❖ histoire et déroulement de la grossesse,
- ❖ motif d'hospitalisation,
- ❖ histoire de la maladie avec les caractéristiques des signes présentés,
- ❖ traitement déjà reçu et évolution.

Une fiche de surveillance et de traitement bien rempli doit être également mise en place. Le traitement s'effectuera dans la salle selon le diagnostic posé ou évoqué. On ne traite plus une femme sans avoir posé ou évoqué un diagnostic.

Un dossier clinique clair, une fiche de surveillance et de traitement mise à jour conduiront certainement le médecin à agir de façon adéquate.

L'utilisation d'un classeur par parturiente facilitera la tenue du dossier et évitera la dispersion des fiches.

II- FORMATION DU PERSONNEL

La prestation de soins professionnels au moment de l'accouchement est une condition préalable si l'on veut réduire la mortalité et la morbidité maternelles

Les pays qui ont réussi à abaisser la mortalité maternelle à moins de 100 décès pour 100 000 naissances vivantes semblent y être parvenus pour la même raison : la grande majorité des accouchements se déroulent en présence de personnels qualifiés.

La formation du professionnel de santé en matière d'observation médicale, de tenue de dossier, d'élaboration et d'application des référentiels participent activement à améliorer la qualité de soins des patientes.

Pour une bonne formation il faut :

- Accélérer ou créer un processus de formation des équipes régionales de formateurs et prestataires de soins obstétricaux d'urgence ou SOU (médecins, techniciens supérieurs, sages femmes, infirmières et accoucheuses auxiliaires) (29) ;
- Continuer la formation des médecins gynécologues obstétriciens ;
- Renforcer une école des sages femmes ou d'infirmières à compétence obstétricale.

On ne se limite pas seulement au professionnel hospitalier mais également au niveau périphérique.

Le personnel hospitalier doit avoir en tête que le décès maternel est une tragédie à laquelle nous n'espérons jamais être confrontés. Bien que la grossesse et l'accouchement soient des événements naturels, ce sont des événements qui confèrent le risque de décès le plus élevé chez la femme en âge de reproduction.

Le personnel de santé, en particulier les médecins doivent admettre que le taux de mortalité maternelle peut être réduit. Le recensement des publications permet d'établir que la mortalité maternelle était évitable chez 19 à 77% de tous les décès (30).

Au Québec, le comité provincial a tenté d'élucider si une responsabilité pouvait être imputable à une cause professionnelle, à la patiente elle-même ou à l'hôpital. Parmi les causes directement reliées à la grossesse, près de 80% des décès furent déclarés évitables. Le médecin aurait pu éviter le décès dans 60% des cas. La patiente partageait cette responsabilité une fois sur quatre et l'hôpital dans 8% des cas (31).

Pour pouvoir réduire la mortalité maternelle, les obstétriciens, les anesthésistes, les pathologistes et les autres personnels doivent conjuguer leurs efforts pour travailler ensemble (30).

En France, selon Isabelle Eustache, la moitié des décès maternels peuvent être évités par des pratiques médicales plus adaptées. Elle souligne que tous les décès par hémorragies sont pratiquement évitables, ainsi que ceux par infection et les deux tiers des maladies hypertensives. Le décès survient par un traitement inadéquat dans 38% des cas puis par un retard de diagnostic ou d'intervention (32).

Le personnel bien formé pour la prise en charge des urgences travaillant en équipe va participer activement à la réduction de la mortalité maternelle.

Il ne suffit pas d'équiper le centre hospitalier en matériel sophistiqué, mais surtout de sensibiliser et de motiver le personnel pour avoir un comportement responsable devant la parturiente.

III- ELABORATION DE REFERENTIEL (29)

Les textes de références sont les recommandations de pratique clinique, les textes réglementaires, les accords professionnels.

Ces textes de références doivent être adaptés ou traduits en critères permettant de décrire de manière simple, objective et reproductible la prise en charge des patients pour une pathologie donnée. Cette adaptation doit le plus souvent faire l'objet d'un travail d'équipe, mono ou pluridisciplinaire avec un pilote identifié pour le projet.

Le référentiel peut être choisi parmi ceux qui ont été produits par l'ANAES en relation avec les sociétés savantes. Le choix des référentiels est réalisé en concertation avec les professionnels de l'établissement.

L'établissement décrit la méthode (protocole) choisie et argumente la pertinence de celle-ci en regard du problème posé.

Les résultats doivent être partagés entre tous les professionnels impliqués de l'établissement dans la conduite du projet. Ils doivent être ensuite diffusés dans l'établissement.

Le résultat sera utilisé pour bâtir un plan d'action. L'établissement propose un plan d'action qui sera suivi par une évaluation de l'impact des actions menées

L'élaboration du référentiel impose l'analyse de la littérature avec recherche exhaustive des critères de qualité et de la prise en compte du contexte, de la discipline, dans lesquels la pratique est exercée. Le référentiel peut comporter par exemple un protocole de soins et une fiche technique (7).

CONCLUSION

Tous les jours, on compte au moins un décès maternel par minute dans les pays en développement. Dans notre service il y en a autant. Nous avons fait notre étude sur l'audit clinique de cinq dossiers de décès maternels afin de rechercher une stratégie pour réduire le taux de mortalité.

Une étude rétrospective porte sur ces dossiers. Nous avons analysé la qualité des dossiers, et sur le plan technique, la prise en charge d'une pathologie donnée.

Les dossiers des parturientes n'étaient pas complets. L'observation ne fournit pas tous les renseignements nécessaires d'une part pour la prise en charge et le suivi, d'autre part pour une étude ultérieure. La fiche de surveillance est absente ou mal remplie.

Nous avons constaté au cours de notre recherche une défaillance sur la prise en charge des parturientes en général. Quelques exemples doivent attirer l'attention. Un placenta praevia hémorragique ne devrait pas entraîner la mort si on savait le prendre en charge ; une femme à risque de rupture utérine doit bénéficier d'une surveillance méticuleuse; un saignement chez une femme en travail doit attirer l'attention du médecin sur le caractère urgent de ce motif.

La présente thèse a pour dessein la recherche d'une stratégie en vue de diminuer le nombre de décès. Ainsi, nos suggestions consistent à la sensibilisation, la formation et la motivation du personnel soignant : médecins, infirmiers et étudiants.

La formation du professionnel de santé en matière d'observation médicale, de tenue de dossier, d'élaboration et d'application des référentiels contribuent à l'amélioration de la qualité des soins des patientes. En effet, il est plus simple de prendre en charge des patients quand tous les renseignements sont notés et facilement accessibles.

Nous pensons, comme beaucoup d'auteurs, que la réduction de la mortalité maternelle est possible. Malgré l'insuffisance des moyens matériels dont nous disposons, elle sera atteinte avec l'amélioration de la prise en charge des parturientes.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Adetokunbo O. Lucas, Rosenfield A. Programme pour la Maternité sans danger: option et problèmes. Columbia University, 1992.
- 2- Organisation Mondiale de la Santé. Prevention of Maternal Mortality : report of a World Health Organisation Interregional Meeting. Genève : OMS, 1985.
- 3- Starrs A. Preventing the Strategy of Maternal Death: a report on the International Safe Motherhood Conference. Nairobi : Word Bank, 1987.
- 4- Niangoran E. Evaluation de la disponibilité de l'utilisation et de qualité de soins obstétricaux d'urgence au Sénégal. Indicateur de processus de la mortalité maternelle. FNUAP, 2000.
- 5- Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. Paris : ANDEM, 1994. ISBN 2 ; 910653-00-5.
- 6- Matillon Y. L'audit clinique. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. ANAES, 1999.
- 7- Dupuy M, Maisonneuve H, Terra JL. L'audit clinique. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. ANAES, 1999.
- 8- OMS. Au-delà des nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. OMS, Genève, 2004.
- 9- Coulomb A. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. ANAES, 2003.

- 10- Papiernik E. Audit et anonymat des informations : réflexion sur la technique utilisée par le Haut Comité des Experts pour la réduction de la mortalité maternelle. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* Masson, Paris, 2002 ; 31: 125-129.
- 11- Pavillon G. Laurent F. Certification et codification des causes médicales de décès. *Bull Epidemiol Hebd*, 2003 ; 30 ; 31 : 134 -138.
- 12- Nations Unies. United Nations Population Chart 1988. New York. Nations Unies, Division de la population, Département des affaires économiques et sociales internationales, ONU, 1988.
- 13- Turnbull AC et al. Report on confidential Enquiries into Maternal Deaths in England and Wales 1982-1984. Report on Health and Social Subjects . Londres: Her Majesty's Stationery Office, 1989.
- 14- Dia A et al. Maternal Mortality in Senegal. Contributing Factors in the Health System in the Community. Document présenté lors d'une série de séminaires organisés par le Center for Population and Family Health, Columbia University, New York, 1990.
- 15- Nordberg EM. Incidence and Estimated Need of Caesarian Section, Inguinal Hernia Repair, and Operation for strangulated Hernia in Rural Africa. *British Medical Journal*, 1984; 289: 92-93.
- 16- Institute for the Protection of Mother and Newborn. Maternal Mortality in Selected Areas of Vietnam. Document présenté à la Réunion Interrégionale de l'OMS sur la prévention de la mortalité maternelle. OMS, Genève, 1985
- 17- Houllemare L. Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement. INSERM, Paris, 1988.

- 18- Falcoff H. Tenue du dossier : les recommandations toujours d'actualité. La Revue du praticien. Médecine générale. 1999 ; 481 ; 13 : 268-269.
- 19- Brami J. Les enseignements d'un audit sur le dossier médical. La Revue du Praticien. Médecine Générale. 1999 ; 481 ; 13 : 2077-2078.
- 20- Sokoloff V. Que dit le droit sur le dossier médical ? La Revue du Praticien. Médecine Générale. 1999 ; 481 ; 13 : 2070.
- 21- Corporation professionnelles des médecins du Québec. Tenue du dossier. Guide concernant la tenue du dossier par le médecin dans les centres hospitaliers de soins de courte durée et dans les CLSC. Montréal : CPMQ, 1989 : 1-22.
- 22- Chabot O. Le dossier de santé est nécessairement communicant. La Revue du Praticien. Médecine Générale. 1999 ; 481 ; 13 : 2066-2067.
- 23- Lansac J , Berger C, Magnin G. Obstétrique pour le Praticien. SIMEP, Paris, 1990.
- 24- Pierre F, Bertrand J. Mémento Obstétrique. Maloine, Paris, 2000.
- 25- Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. Masson, Paris, 2001.
- 26- Kamina P. Anatomie gynécologique et obstétricale. Maloine, Paris, 1968.
- 27- Cissé CT, Kokaina C, Ndiaye O, Moreau JC. Epreuve de travail dans les dystocies osseuses modérées au CHU de Dakar. J Gynecol Obste Biol Reprod. Masson, Paris, 2004 ; 33 : 312-317.
- 28- Letourneur B, Parant O, Tofani V, Berrebi A. Rupture utérine sur un utérus sain au cours d'une interruption médicale de grossesse du deuxième trimestre. J Gynecol Obstet Biol Reprod. Masson, Paris, 2002; 31 : 371-373.
- 29- Banque Mondiale. Financement et évaluation des soins. BM, 2004- ; 38.

- 30- Moutquin JM. La mortalité et morbidité maternelles. Obstétrique. Ellipses. AUPELF/UREF, Paris, 1995.
- 31- Brault R. La mortalité maternelle au Québec. Union Med. Can 1994, 113 : 562-565.
- 32- Eustache I. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. CNR, Paris, 2002.

VELIRANO

« Eto antrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoaafady na hanamoràna famitàn-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APROUVE

Le Président de thèse

Signé : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

Name and First Name : RAKOTOMAHENINA Hajanirina

Title of the thesis : FIVE MATERNAL DEATHS RECORDS CLINICAL AUDIT
IN CHUA GYNECOLOGY OBSTETRIC BEFELATANANA

Category : Public Health

Number of pages : 37 **Number of scheme** : 01

Number of references of bibliography : 32 **Number of figures** : 05

SUMMARY

Justifying : Maternal death within CHUA Gynecology Obstetric Befelatanana is still to high despite some strategies applied and thoughts to decrease such inopportune situation.

Objectives : To research other effective strategies to reduce maternal death

Methodology : The study is a clinical audit and concerns five maternal deaths selected among maternal deaths occurring during 2004 in CHUA Gynecology Obstetric Befelatanana.

Results : The study finds that the care of patient is not sufficient in many points : record are incomplete; medical first contact is delayed; protocol use is not effective; patient surveillance is not adequate during her hospitalization.

Conclusion : To improve patient caring and to reduce maternal death in CHUA Gynecology Obstetric Befelatanana, we suggest that team must trained and sensitized in complete medical record, patient take caring and surveillance. Materials and equipment supply, increase medical agent's number will improve that regrettable maternal death, through out organization management. Maternal death clinical audit must be a periodical activity in this health center.

Key words : Audit, maternal death, record, surveillance, decrease.

Director of thesis : Professor RAMAKAVELO Maurice Philippe

Assisted by : Doctor RAKOTOVAO Jean Pierre

Correspondence : Lot II H 12 H Ankadindramamy -Antananarivo 101

Nom et prénom : RAKOTOMAHENINA Hajanirina

Titre de la thèse : AUDIT CLINIQUE DE CINQ DOSSIERS DE DECES
MATERNELS AU SERVICE DE GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE DE BEFELATANANA

Rubrique : Santé Publique

Nombre de pages : 37 **Nombre de schéma** : 01

Nombre de référence bibliographique : 32 **Nombre de figures** : 05

RESUME

Justification : Le décès maternel est élevé dans le CHU A Gynécologie Obstétrique de Befelatanana. Ceci malgré des stratégies qu'on a appliquées.

Objectif : Rechercher d'autres stratégies pour réduire le décès maternel.

Méthodologie : Nous avons effectué un audit clinique de cinq dossiers de décès maternels survenu en 2004 au service de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana.

Résultats : Notre étude a souligné une prise en charge insuffisante des parturientes. Le dossier par patiente est incomplet ; le délai du premier contact avec le médecin est long. L'application du protocole de soin n'est pas effectif. Les parturientes ne sont pas bien surveillées au cours de son hospitalisation.

Conclusion : Pour réduire la mortalité maternelle au CHUA Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, nous suggérons une formation et sensibilisation de tout personnel hospitalier en matière d'observation médicale, de prise en charge et de surveillance. La dotation du centre en matériels plus adaptés facilitera la tâche.

Le taux de mortalité maternel peut être réduit malgré le manque de matériel lorsque tout un chacun prend entièrement sa part de responsabilité.

Mots clés : Audit, dossiers, décès maternel, surveillance, réduction

Directeur de thèse : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

Rapporteur de thèse : Docteur RAKOTOVAO Jean Pierre

Adresse de l'auteur : II H 12 H Ankadindramamy -Antananarivo 101