

COMMENT CONDUIRE DES REVUES DE CAS DE DECES MATERNELS (RDM)

Guide et outils pour les
professionnels de santé



Août 2012



Auteurs:

Pr Vincent De Brouwere, Dr Veronique Zinnen et Dr Therese Delvaux, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique avec la participation du Pr Gwyneth Lewis, University College London, UK, Dr Veronique Filippi, the London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK et Dr Alberta Bacci, Trieste, Italie.

Citation suggérée :

De Brouwere V., Zinnen V., Delvaux T. (2012) *Conduire des Revues des cas de Décès Maternels (RDM). Guide et outils pour les professionnels de la santé*. Londres, Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, FIGO LOGIC, <http://www.figo.org/projects/maternal-and-newborn-health/publications>.

Copyright © Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique [août 2012].
Tous droits réservés

TABLE DES MATIERES

INFORMATIONS GENERALES.....	5
I. Introduction	7
II. Le guide.....	8
Objectifs du guide	8
Public cible du guide	9
Contenu du guide.....	9
III. Les audits en milieu médical	9
Définition et rôles des audits	10
Cycle et principes des audits.....	10
Types d’audits (5).....	12
Revue des cas de Décès Maternels (5).....	14
Le concept des « échappé belle »(ou near-miss).....	16
Les facteurs qui influencent un audit (20)	17
GUIDE : REVUE DES CAS DE DECES MATERNELS ETAPE PAR ETAPE.....	19
Phase I. Préparer une séance de RDM en 6 étapes.....	21
Etape 1 : Identifier et sélectionner les acteurs des RDM.....	21
Etape 2 : Rendre disponibles des standards de bonne pratique	23
Etape 3 : Identifier les cas de décès maternels.....	23
Etape 4 : Constituer les dossiers des cas de décès	24
Etape 5 : Préparer un résumé clinique du cas	25
Etape 6 : Organiser la séance de RDM	29
Phase II. Réaliser une séance de RDM en 6 étapes.....	31
Etape 1 : Séance de RDM : mise en place et présidence de la séance	31
Etape 2 : Réévaluer les résultats par rapport aux recommandations de la séance précédente	31
Etape 3 : Présenter le résumé clinique du cas	31
Etape 4 : Mener la revue du cas (RDM)	33
Etape 4.1 : <i>Analyse systématique du cas</i>	33
Etape 4.2 : <i>Synthèse de l’analyse du cas</i>	34
Etape 4.3 : <i>Recommandations et plan d’action</i>	35
Etape 5 : Préparer un rapport de séance de RDM	39
Etape 6 : Planifier la séance suivante.....	43
Références	43

INFORMATIONS GENERALES

I. Introduction

La dernière estimation sur le nombre de décès maternels survenus dans le monde en 2010 était de 287.000 (1). Ce chiffre, comparé à celui enregistré en 1990, représente une baisse de 47%. Néanmoins, 99% de ces décès continuent de survenir dans les pays en développement et 85% en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud Est. Toutefois, c'est en Afrique que le Ratio de Mortalité Maternelle (RMM) est le plus élevé avec 500 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (pour un RMM de 210 au niveau mondial).

En outre, pour chaque femme qui meurt, vingt fois plus vont souffrir d'infection, de lésions et/ou d'invalidité (2).

La mortalité périnatale tend à suivre la même tendance géographique que la mortalité maternelle ; c'est aussi chaque année 3,3 millions d'enfants mort-nés et plus de 4 millions de nouveau-nés qui décèdent durant les 28 premiers jours de vie, dont 3 millions pendant les 7 premiers jours (3-4). Dans les pays en développement, environ un tiers de ces décès périnataux sont en relation avec des complications responsables d'asphyxie à la naissance (4).

Les principales causes de mortalité maternelle sont connues et plus de 80% des décès pourraient être prévenus ou évités par des actions qui ont déjà prouvé leur efficacité et qui sont abordables même dans les pays les plus pauvres du monde (5).

A de nombreuses reprises, la communauté internationale concernée par la santé a appelé à l'action pour réduire le grand nombre de ces décès évitables ainsi que les complications liées à la grossesse. Les gouvernements se sont formellement engagés à agir pour atteindre ces objectifs.

L'accouchement par du personnel qualifié est une des stratégies majeures qui est préconisée dans la prévention des décès maternels. La proportion d'accouchements réalisés par du personnel qualifié est d'ailleurs l'un des indicateurs du cinquième Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD). D'autre part, l'accès aux soins prodigués par du personnel qualifié est également crucial pour prévenir la mortalité périnatale (3, 6).

Il est crucial que les femmes qui souffrent de complications obstétricales sévères reçoivent des soins de qualité qui sont prodigués par du personnel qualifié dans un environnement approprié avec tous les médicaments, l'équipement et les infrastructures standards nécessaires.

« Les naissances à l'hôpital ne suffisent pas à sauver la vie des mères ; des taux élevés de mortalité maternelle ont lieu dans les hôpitaux où la qualité des soins laisse à désirer » (7, p 5).

« La qualité des soins prodigués aux femmes est un déterminant essentiel de l'issue de la grossesse et le simple fait de modifier les pratiques permet de sauver de nombreuses vies » (5, p 5).



Pour améliorer la qualité des soins, l'OMS a généré, développé et mis à disposition des pays en développement des normes, des standards cliniques et des outils pour assurer une guidance optimale dans le traitement et la prévention des principales complications obstétricales responsables de la majorité des décès et des invalidités.

Or, le fait de disposer de guides standards et de protocoles basés sur les preuves n'est pas suffisant pour garantir la bonne adhérence aux recommandations prônées par les stratégies de réduction de mortalité maternelle. Les audits sont un des mécanismes qui peuvent aider les équipes des maternités de référence à maintenir ou élever leur niveau de qualité des soins (8). La Revue des cas de Décès Maternels (RDM) est un type d'audit médical. C'est « une méthode de recherche approfondie et qualitative des causes et circonstances entourant les décès maternels survenus dans des établissements de soins de santé » (5, p 4).

II. Le guide

« Les décès maternels peuvent être évités même dans les pays ayant peu de ressources, mais il faut disposer pour cela des données nécessaires à l'élaboration de programmes. ***Il ne suffit pas de connaître les chiffres de la mortalité maternelle ; il nous faut comprendre quels sont les facteurs profonds qui ont entraîné le décès.*** Chaque décès maternel ou complication sévère est riche d'enseignements et peut fournir des indications sur les moyens pratiques de traiter le problème. S'engager à donner suite aux résultats de ces enquêtes est l'une des principales conditions préalables au succès » (5, p 1).

OBJECTIFS DU GUIDE

Les objectifs de ce guide sont :

- De guider et appuyer les professionnels de la santé dans leurs tentatives d'évaluer la qualité des soins dans leur propre service.

- De rendre le personnel de santé capable d'effectuer des revues de cas de décès maternels qui sont survenus dans leur établissement en suivant une approche structurée.

PUBLIC CIBLE DU *GUIDE*

Ce guide est destiné aux personnes qui sont déterminées à améliorer la qualité des soins périnataux fournis principalement au niveau de l'hôpital. Il cible les cliniciens (gynécologue-obstétriciens, anesthésistes, urgentistes, réanimateurs, pédiatres-néonatalogues, médecins généralistes, sages-femmes, infirmières, infirmiers, pharmaciens et techniciens de laboratoire), les administrateurs et les gestionnaires.

CONTENU DU GUIDE

Ce guide est divisé en deux parties.

- La première partie explique le concept des audits médicaux : définition, cycle, principes et les types d'audit, avec une attention particulière aux Revues des cas de Décès Maternels (RDM).
- La deuxième partie est elle-même divisée en deux phases et explique étape par étape comment réaliser une revue complète des cas de décès de la mère (RDM) :

Phase I : Préparer une séance de RDM (6 étapes)

- ✓ Etape 1 : Identifier et sélectionner les acteurs des RDM
- ✓ Etape 2 : Rendre disponibles des standards de bonne pratique
- ✓ Etape 3 : Identifier les cas de décès maternels
- ✓ Etape 4 : Constituer les dossiers des cas de décès
- ✓ Etape 5 : Préparer un résumé clinique du cas
- ✓ Etape 6 : Organiser la séance de RDM

Phase II : Réaliser une séance de RDM (6 étapes)

- ✓ Etape 1 : Séance de RDM : mise en place et présidence de la séance
- ✓ Etape 2 : Réévaluer les résultats par rapport aux recommandations de la séance précédente
- ✓ Etape 3 : Présenter le résumé clinique du cas
- ✓ Etape 4 : Mener une revue de cas (ou RDM) : analyse systématique du cas, synthèse de l'analyse du cas, recommandations et plan d'actions
- ✓ Etape 5 : Préparer un rapport de séance de RDM
- ✓ Etape 6 : Planifier la séance suivante

III. Les audits en milieu médical

Toute personne qui va s'impliquer dans un projet d'audit a besoin d'en comprendre le processus général. L'adoption d'un langage commun est particulièrement importante, car l'utilisation d'une terminologie incohérente et/ou incomprise peut créer des problèmes entre personnel ayant une formation différente (9). Le manque de formation

et de compétences en audit médical est d'ailleurs mis en exergue lors des évaluations sur les causes des échecs des audits.

DÉFINITION ET RÔLES DES AUDITS

Les audits sont un des mécanismes qui peuvent aider les équipes des maternités à maintenir ou élever la qualité des soins et à fournir les meilleurs services possibles aux patients.

L'audit clinique est décrit comme étant une analyse systématique et critique de la qualité des soins au sens large, c'est-à-dire qui inclut les procédures pour le diagnostic, les traitements, les soins et les résultats pour les patients (10, 11). Fondamentalement, l'audit consiste à comparer une situation à une norme standard. En 2004, l'OMS a recommandé d'introduire les audits dans toutes les maternités (1). L'audit a, en effet, été présenté comme étant une méthode pertinente pour améliorer la prise en charge des urgences obstétricales (2-4, 12-14), bien que leur impact sur la survie de la mère et de l'enfant n'ait jamais été clairement démontré (15).

L'audit médical est un processus interne qui repose sur une série d'hypothèses telles que décrites par P. Bailey et al. (16). En réalisant un audit clinique, le personnel en charge des soins commence par définir les meilleures pratiques et accepte que cela constitue le standard de référence. Un standard clinique approprié va nécessairement rationaliser l'usage des ressources pour qu'il soit applicable dans un contexte donné. L'amélioration de la prise en charge qui s'ensuit a un effet sur la motivation et le moral du personnel de santé. L'effet principal recherché reste cependant l'amélioration des résultats maternels et néonataux et on s'attend à une réduction des taux de létalité maternelle et périnatale avec un autre effet à terme, une meilleure utilisation des services.

L'audit est un instrument utile pour le suivi et l'évaluation ; il permet d'identifier les secteurs où la qualité des soins prodigués devraient (et pourraient) être améliorés et permet d'organiser la mise en œuvre des changements nécessaires pour répondre aux standards de soins définis.

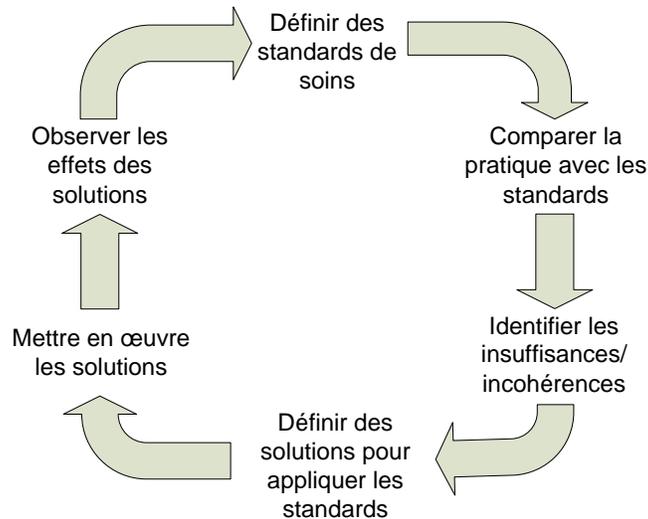
CYCLE ET PRINCIPES DES AUDITS

Classiquement un audit se déroule comme un cycle composé de différentes étapes, étapes qui se répètent jusqu'à ce que les objectifs fixés soient atteints. Les étapes suivent un processus systématique avec l'établissement des critères de bonnes pratiques, la mesure de la pratique par rapport aux critères de soins, la décision concernant les mesures à prendre pour améliorer les soins et le suivi pour maintenir l'amélioration (16). La spirale indique que le processus se poursuit, chaque cycle menant à un niveau chaque fois plus élevé de la qualité. Ces différentes étapes sont illustrées à la Figure 1. Pour que la boucle du cycle se referme tout à fait, les changements dans la pratique doivent avoir été mis en œuvre et puis il faudra révéifier et déterminer si des améliorations dans la prestation de services ont bien eu lieu.

Avant de réaliser un audit, les professionnels de la santé doivent identifier et définir les standards de bonnes pratiques (Figure 1). Les standards sont des énoncés explicites sur la façon dont un patient doit être pris en charge. Ils facilitent la mise en évidence des

lacunes et défauts en comparant la prise en charge réelle qui a été effectuée avec le ou les standards de bonne pratique établis auparavant (16).

Figure 1. Le cycle de l'audit



Une fois que des insuffisances dans la prise en charge ont été identifiées, il est alors possible de définir des solutions pour y remédier. Celles-ci seront généralement établies pour les problèmes qui sont les plus importants en regard des conséquences pour la mère et son bébé. Les actions pour résoudre les problèmes doivent alors être mises en œuvre et le suivi doit également être planifié pour vérifier que les problèmes ont effectivement été corrigés (« observer les effets des solutions »).

Puis un nouveau cycle d'audit peut commencer, soit avec le ou les mêmes problèmes si cela n'a pas été résolu ou alors en sélectionnant d'autres.

L'audit est un processus qui repose sur différents **principes** :

- La recherche d'amélioration en fonction des résultats apportés par l'audit.
- Le respect de la pratique basée sur les preuves lors de l'élaboration des standards de bonne pratique.
- Le processus est non punitif = « pas de blâme ».
- Le respect de la confidentialité = « pas de nom ».
- Les audits ne sont pas des staffs cliniques.
- Pour faire qu'un audit soit réalisable, il y a deux éléments essentiels (16) :
- Les standards de bonne pratique.
- La documentation des éléments de la prise en charge. Si les dossiers ne sont pas ou mal tenus il sera très difficile de réaliser un audit : « si ce n'est pas inscrit quelque part, ce n'est pas arrivé ! ».



TYPES D'AUDITS (5)

Il existe plusieurs méthodes ou approches pour réaliser un audit sur l'étude des cas de décès maternels et sur l'étude des cas avec une morbidité sévère. L'objectif ultime de ces différentes approches est bien de réduire la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale en améliorant la qualité des soins prodigués.

Ces approches peuvent être utilisées :

- Au niveau des communautés avec les « autopsies verbales ».
- Au niveau des établissements de soins avec les Revues de cas individuels de Décès Maternels (RDM), la revue de cas individuels avec une morbidité sévère (les « échappé belle ou *near miss* ») et les Audits Cliniques Basés sur les Critères (ACBC).
- Au niveau régional ou national avec les « enquêtes confidentielles sur les décès maternels ».

La description de chacune de ces approches est résumée dans le Tableau 1. **Les RDM (et les revues de cas 'échappé belle') sont expliquées plus en détails dans la section suivante**, les autres types d'audits étant bien détaillés dans le livre de référence de l'OMS de 2004 (5) « Au-delà des Nombres Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse ».

Table 1: Résumé des différents types d'approche

Type d'audit et endroit de réalisation	Définition	Avantages	Désavantages
Autopsie verbale = Communauté	Une méthode de recherche visant à élucider les causes médicales du décès et à mettre à jour les facteurs susceptibles d'avoir contribué au décès d'une femme survenu en dehors d'un établissement médical	<ul style="list-style-type: none"> - Explore les facteurs médicaux et non médicaux donc plus complet - Tient compte de la famille et des communautés 	<ul style="list-style-type: none"> - Causes médicales pas absolues - Facteurs évitables identifiés sont subjectifs - Causes identifiées pas toujours en accord avec celles des certificats : risque de sous-notification ou sur-notification
Revue des cas de Décès Maternels = Etablissement de soins	Une méthode de recherche approfondie sur les causes et les circonstances entourant le décès de la mère	<ul style="list-style-type: none"> - Donne un tableau plus complet du décès - Pas onéreux - Bon apprentissage - Stimule à établir des normes 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas aussi systématique que les audits cliniques - Difficile de retracer les facteurs liés à la communauté - Pas de donnée de populations
Revue des 'échappé belle' = Etablissement de soins	Identification et investigations des cas de femmes enceintes ayant survécu à des complications obstétricales	<ul style="list-style-type: none"> - Cas plus nombreux et permet une quantification - Moins inquiétant pour les prestataires - La patiente peut-être interviewée - Fournit une feedback direct 	<ul style="list-style-type: none"> - Ignore la communauté - Nécessite des outils sophistiqués et des définitions claires - La vérification des cas peut nécessiter l'examen d'un grand nombre de registres et dossiers
Audit Clinique Basé sur les Critères = Etablissement de soins	Revue systématique des soins prodigués par rapport à des critères précis en vue d'améliorer la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Moins inquiétant pour les prestataires - Fournit une feedback direct - Evaluation moins subjective - Fait ressortir les insuffisances dans la tenue des dossiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Limité à l'établissement de soin - Ne donne pas une vue d'ensemble de tous les décès maternels - Exige d'avoir ou de préparer les séries de critères
Enquête confidentielle sur les décès maternels = Niveau Régional/ National	Une méthode de recherche pluridisciplinaire et anonyme portant sur la totalité ou sur un échantillon des décès maternels survenus au niveau régional ou national, qui permet de recenser leur nombre, leurs causes et les facteurs évitables	<ul style="list-style-type: none"> - Permet de formuler des recommandations plus générales - Donne une image plus complète de la mortalité maternelle - Peut servir à faire pression pour avoir plus de moyens - Le nombre absolu n'est pas souvent élevé → recherche approfondie 	<ul style="list-style-type: none"> - Donne uniquement des renseignements sur les décès - Peut y avoir risque de perte en intérêt si ne se concentre que sur les aspects médicaux - Exige un engagement de tous les participants et peut nécessiter beaucoup de ressources

REVUE DES CAS DE DÉCÈS MATERNELS (5)

Les études sur les décès maternels dans les établissements de soins sont les plus simples des différentes approches d'audit et sont déjà pratiqués dans de nombreux établissements.

Les concepts de mortalité maternelle

La mort maternelle se définit comme : « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite » (13).

La mort lié à la grossesse est : « La mort d'une femme pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quelle que soit la cause de la mort » (1).

La mort maternelle tardive est «La mort d'une femme pour causes obstétricales directes ou indirectes, plus de 42 jours après la fin de la grossesse mais moins d'un an après. Malgré le fait qu'ils sont causés par des événements liés à la grossesse, ces décès ne sont pas considérés comme des décès maternels dans les systèmes d'enregistrement de routine de l'Etat-civil (1).

Comme nous avons l'intention de revoir les décès maternels survenus à l'hôpital, ce guide examine le processus en rapport avec la première définition et qui dès lors ne tient pas compte des cas de « mort maternelle tardive » ni des cas de décès accidentels ou fortuits classés comme « liés à la grossesse ».

Définition et principes

Une Revue des cas de Décès Maternels (RDM) dans un établissement de soins consiste à « **rechercher de manière qualitative et approfondie, les causes et les circonstances ayant entouré des décès survenus dans des établissements de santé** ». 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, afin d'identifier les facteurs évitables ou auxquels on peut remédier, et que l'on pourra modifier pour améliorer les soins maternels à l'avenir. Les informations doivent, de préférence, être complétées par des données recueillies dans la communauté mais cela n'est pas toujours possible.

Une RDM dans un hôpital **nécessite de revoir et d'analyser tous les cas décès maternels qui sont survenus dans cet établissement**. Cela va inévitablement influencer le nombre et la fréquence des séances de RDM.

L'objectif des RDM est de recenser et d'analyser tous les décès maternels pour avoir l'image la plus complète des causes et des circonstances des décès maternels intra-hospitaliers. Un objectif à plus long terme est de rassembler tous les décès intra-hospitalier pour pouvoir évaluer les causes et les circonstances au niveau national. En faisant cela, on espère contribuer à l'évaluation de la mise en place des politiques de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Le fait d'associer tous ceux qui ont participé à la prise en charge de la patiente en question, permet d'apporter aussi des éclaircissements sur les questions liées à

l'élaboration et à l'appropriation des protocoles locaux pluridisciplinaires, le travail inter-équipes et les domaines de responsabilité de chacun.

Si l'examen séparé de chacun des cas est important et peut fournir des renseignements utiles, il est bon de temps à autre de rechercher les facteurs locaux et les causes évitables pouvant être communs à plusieurs décès, ce qui ferait apparaître la nécessité d'apporter des remaniements plus importants dans les services ou de mieux adapter les protocoles locaux. Il est donc utile de regrouper ces éléments et de les examiner régulièrement.

L'étude requiert la coopération des personnes ayant administré des soins à la personne décédée qui doivent être prêtes à relater précisément la façon dont le cas a été pris en charge. La réussite de cette démarche dépendra de la manière dont on traite les questions de confidentialité et d'impartialité. Le personnel impliqué doit être assuré du fait que l'étude ne cherche pas à désigner des coupables pour ce qui est arrivé. Il doit savoir que tous les résultats seront enregistrés et rapportés de façon totalement anonyme (« **Pas de nom, pas de blâme** »).

Au cours de la séance, l'anonymat des personnes impliquées dans la prise en charge des cas est difficile à maintenir puisque le processus d'audit est effectué par les mêmes personnes. **Le fait est que les informations et les problèmes identifiés lors des audits ne doivent pas être divulgués à l'extérieur.**



Les avantages

- Améliorer les pratiques professionnelles : les RDM permettent de déterminer à quel moment les soins cliniques prodigués à une patiente particulière ont été de mauvaise qualité, de façon à ce que des mesures puissent être prises pour que cela ne se reproduise pas.
- Améliorer la formation : en modifiant les programmes d'enseignement ou en introduisant des méthodes d'apprentissage et des mécanismes de supervision/rétro-information plus adaptés.

- Améliorer les ressources : en s'appuyant sur les conclusions des revues pour démontrer aux gestionnaires ou aux responsables de l'élaboration des politiques que la maternité a besoin de davantage de ressources (personnel, équipement et médicaments).
- Sensibilisation : en fournissant à la communauté, aux organisations non gouvernementales et aux autorités de santé publique une information en retour généralisée concernant les facteurs liés aux communautés. Il est possible que ce genre de retour d'information conduise, par exemple, à essayer de créer des groupes d'entraide pour fournir de l'argent ou des moyens de transport aux personnes ayant besoin de toute urgence de soins obstétricaux.
- Charges financières : étant donné qu'une telle étude est généralement réalisée par le personnel en poste, il est habituellement moins coûteux de la réaliser que d'utiliser d'autres méthodes d'investigation.

Les désavantages

- Manque de données relatives à l'ensemble de la population : les RDM dans les établissements ne donneront pas une image globale de la mortalité maternelle dans une population donnée, en particulier dans les pays ou les régions où les femmes meurent plus souvent dans la communauté.
- Les données relatives aux facteurs communautaires conduisant au décès d'une femme dans un établissement peuvent être difficiles à obtenir (sauf si une collecte de donnée est organisée à ce niveau).
- Les résultats ne sont pas aussi précis que ceux que l'on obtient dans le cadre d'un audit clinique.
- Les RDM ne sont pas aussi systématiques que les audits cliniques et peuvent générer un volume important d'informations difficiles à interpréter et à synthétiser.

LE CONCEPT DES « ÉCHAPPÉ BELLE » (OU NEAR-MISS)

Une « échappé belle », ou un cas de morbidité obstétricale aiguë grave (*near miss*), se définit comme suit : « Toute femme enceinte ou qui a récemment accouché (dans les six semaines suivant une interruption de grossesse ou un accouchement), dont la survie immédiate est menacée et qui survit par hasard ou grâce aux soins hospitaliers dont elle bénéficie » (5, p 17). Les dysfonctionnements à l'origine des troubles peuvent être détectés cliniquement et cela a été défini comme étant la morbidité maternelle grave aiguë (MMGA). Logiquement on peut supposer que les processus sous-jacents qui causent la MMGA sont les mêmes que ceux qui causent la mort de la mère. Donc, il est possible que l'étude des circonstances entourant les femmes avec une MMGA puisse agir comme un proxy pour la mortalité maternelle et permettre une évaluation plus rapide des soins de santé maternelle (17-19).

LES FACTEURS QUI INFLUENCENT UN AUDIT (20)

Facteurs facilitant

1. Un minimum de ressources, en matériel et en personnel, pour pouvoir assurer un minimum basique de qualité de soin dans la structure hospitalière.
2. L'engagement et l'appui de l'autorité administrative pour assister l'équipe, mobiliser les ressources nécessaires et s'engager pour le changement.
3. La volonté et l'engagement de l'équipe de la maternité qui doit se sentir concernée par l'amélioration de la qualité des soins qu'elle fournit, qui doit être prête à se remettre en question mais aussi qui doit être impliquée dans les décisions.
4. Un contexte favorable, où la critique constructive est possible et l'environnement non menaçant.
5. Un appui aux équipes hospitalières en méthodologie de l'audit par une assistance de départ qui va leur permettre d'acquérir les connaissances nécessaires à la réalisation des audits.

Les obstacles

6. Les croyances et a priori : suspicions, doutes, peur de la critique et manque de confidentialité accentués par un environnement menaçant ou répressif.
7. Le manque de support didactique.
8. Le manque de ressources pour soutenir l'audit.
9. Une mauvaise qualité des dossiers et une documentation insuffisante.

Les risques

10. Démotiver le personnel de santé si les changements proposés n'ont pas lieu.
11. Encourager des faux rapports si l'audit est perçu comme menaçant.
12. Détériorer les relations entre les membres du personnel (en particulier si les règles de base des séances d'audit ne sont pas respectées)



GUIDE : REVUE DES CAS DE DECES MATERNELS ETAPE PAR ETAPE

Phase I. Préparer une séance de RDM en 6 étapes

ETAPE 1 : IDENTIFIER ET SÉLECTIONNER LES ACTEURS DES RDM

Sélectionner les membres du Comité de RDM

Les membres sont sélectionnés pour représenter les différentes catégories concernées par les cas : personnel de santé, administration et gestion, structures de santé périphériques qui réfèrent des patientes et la communauté. Un comité de RDM devrait comprendre entre 6 et 10 membres (maximum 12).

Les membres sont supposés avoir :

- Une compréhension de base des RDM (un obstacle pour réussir des audits mis en évidence par des études scientifiques est le manque de formation et de compétences)
- Une compréhension et un engagement pour le projet et ses objectifs
- Une bonne compréhension de ce qui est attendu du comité
- Un intérêt et un engagement pour enquêter sur les décès maternels, et être en mesure de consacrer suffisamment de temps pour faire le travail

Les principales responsabilités du comité sont d'organiser et de mener les revues, d'assurer la diffusion des résultats et de monitorer le suivi de la mise en œuvre des recommandations.

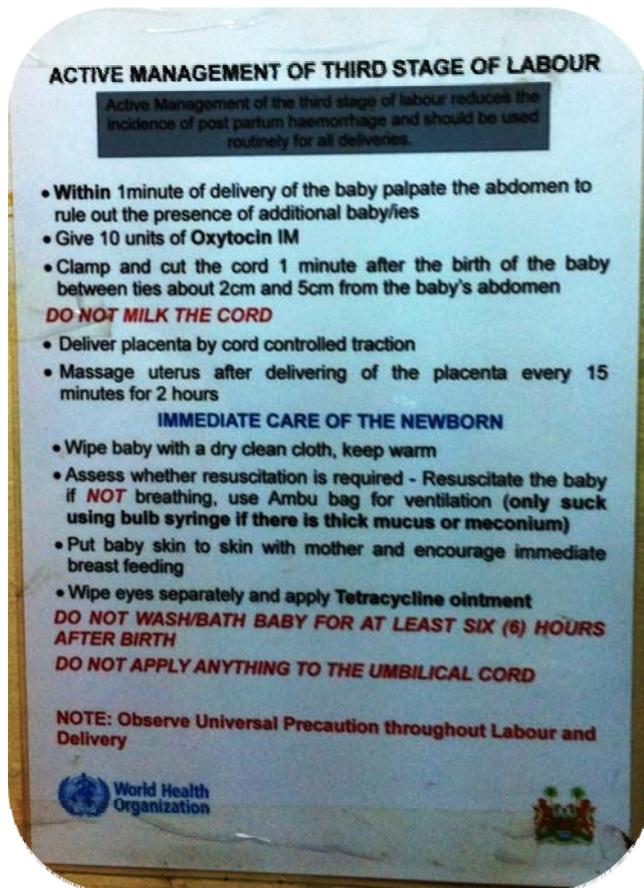
Quelqu'un avec l'expérience et une certaine autorité sera choisi pour assumer la responsabilité de la coordination.

Les statuts et règlements intérieurs du comité seront également établis.

Sélectionner les trois animateurs d'une séance de RDM

1. Le **présentateur du cas** : doit identifier tous les cas de décès maternels, recueillir toutes les informations concernant ces cas, résumer et finalement présenter les cas de la séance de RDM. Le présentateur doit faire preuve de tact, de sensibilité et d'attention lors de la collecte des données en interrogeant les personnes impliquées dans la prise en charge des cas des décès maternels. Il/elle est en mesure d'encourager le personnel à rendre compte librement de tous les événements et de procéder à l'entretien d'une manière non moralisatrice et sans jugements. Il/elle s'assure que les renseignements recueillis sont traités confidentiellement.
2. Le **modérateur** : préside la séance et les débats. Le modérateur est en mesure d'animer un débat, de mettre les participants à l'aise afin de permettre des discussions ouvertes et de traiter tous les participants de façon juste et équitable. Le modérateur doit également prendre des décisions telles que l'arrêt de la revue de cas si nécessaire.
3. Le **rapporteur** synthétise les discussions et l'analyse du cas produites lors de la séance et fait le rapport.

En ce qui concerne le rôle et la sélection des principaux acteurs qui animent la séance, il est conseillé de conserver les mêmes personnes pour les trois ou quatre premières séances. Cependant d'autres personnes doivent être formées pour assurer la continuité.



Sélectionner les participants à la séance de RDM

Le nombre de participants à une séance de RDM ne devrait pas être trop élevé (au maximum 15 à 20 personnes), sinon on risque d'avoir des discussions inutiles/improductives et/ou de mettre mal à l'aise les participants. En effet, lors d'une séance de RDM, tous les participants ont le même droit d'exprimer une opinion et ils devraient autant que possible s'asseoir autour de la même table pour débattre.

Les participants qui devraient être impliqués dans une RDM sont :

1. Les cliniciens : gynécologue-obstétriciens, anesthésistes, urgentistes, réanimateurs, pédiatres et/ou néonatalogues, médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens et techniciens de laboratoire.
2. Des représentants de l'administration et de la direction de l'hôpital.
3. Les représentants des structures de soins qui réfèrent des patientes.
4. Des représentants de la communauté

ETAPE 2 : RENDRE DISPONIBLES DES STANDARDS DE BONNE PRATIQUE

Les standards cliniques définissent le niveau minimum de soins de qualité acceptable. Ils reflètent « la meilleure façon de traiter les patients », selon les preuves scientifiques, l'opinion d'experts et en tenant compte du contexte local et des ressources disponibles. Quand il n'existe pas de standards explicites, le risque est alors élevé de ne pas atteindre un consensus sur la pertinence des soins dispensés, et ce, en particulier si les professionnels ont des pratiques différentes car provenant de différentes écoles.

Les standards de bonne pratique sont des énoncés explicites sur la façon dont un patient doit être pris en charge. Ils facilitent l'identification des carences et dysfonctionnements en comparant la prise en charge qui a été faite avec celle qui aurait dû être donnée (16).

Dans la plupart des hôpitaux, des standards sont déjà disponibles venant généralement de différentes sources, à la fois nationales et locales. Par exemple, des standards nationaux et lignes directrices, des standards professionnels et des guides internationaux comme celui publié par l'OMS (« La gestion des complications de la grossesse et l'accouchement : un guide pour les sages-femmes et médecins »).

ETAPE 3 : IDENTIFIER LES CAS DE DÉCÈS MATERNELS

1. **Tous les cas de décès maternels doivent être identifiés** : les RDM nécessitent de passer en revue tous les décès survenus au niveau de l'établissement pendant une période de temps définie.
2. Lorsqu'on conduit une **RDM pour la première fois**, il peut être décidé d'incorporer certains décès survenus lors d'une période précédente. Il n'existe pas de conseil absolu pour savoir sur quelle période il faut remonter dans le temps. En fait, cela dépend du nombre de décès et pour une séance il faudrait en identifier deux en moyenne.
3. Les décès maternels sont généralement identifiés à partir des registres de l'établissement ; dès lors il est conseillé de regarder dans :
 - Les registres des admissions et des sorties
 - Le registre du bloc opératoire
 - Le registre de la maternité
 - Le registre des soins intensifs
 - Le registre des urgences
 - Le registre de la morgue
4. Il faut une attention particulière sur le risque d'omission de certains cas :
 - Qui surviennent très tôt dans la grossesse
 - Qui sont dus à des causes indirectes
 - Qui sont mal classés et mal répertoriés
5. Il faudra vérifier en préparant une liste de tous les décès survenus chez les femmes âgées de 15-49 ans en consultant tous les registres de sortie. Une fois la liste établie, les décès qui ne sont pas dus aux causes obstétricales directes ou indirectes pourront être éliminés après la consultation des dossiers médicaux.

6. Dans les établissements où les décès maternels sont relativement peu nombreux (ou sans décès au cours d'une période de trois mois), les cas pour une séance peuvent inclure des « échappé belle ».

ETAPE 4 : CONSTITUER LES DOSSIERS DES CAS DE DÉCÈS

Les circonstances qui entourent chaque décès sont établies par la collecte de données provenant de sources multiples pour tenter d'obtenir le tableau le plus complet possible :

1. Collecter des informations écrites venant :
 - Des registres des salles/unités et du bloc opératoire
 - Des fiches de soins prénatals
 - Du dossier médical de la patiente et des notes de suivi
 - Du service des urgences
 - Des registres d'admissions et de sorties
2. Interviewer le personnel impliqué dans la prise en charge de la patiente pour obtenir des compléments d'information, pour clarifier certains événements qui sont confus ou qui paraissent inconsistants.
3. Quand c'est possible, interviewer les personnes proches de la patiente comme le mari ou d'autres membres de la famille.

L'objectif est d'identifier puis d'interviewer les deux ou trois personnes qui sont susceptibles de mieux connaître le cas ; il faut éviter de recueillir des renseignements qui sont de seconde main. Si les personnes concernées sont soit gênées, soit se sentent coupables de négligence, il peut y avoir des difficultés à obtenir des informations ; néanmoins le tact et la persévérance peuvent mener à la réussite. Dans certaines circonstances, la manière la plus appropriée pour obtenir des informations nécessaire est de former un groupe de discussions.

4. Rendre les dossiers anonymes.
5. Lorsque cela est possible, essayer de recueillir des données auprès de la communauté pour couvrir les circonstances ayant eu une influence sur la grossesse avant la recherche d'assistance spécialisée. Ce genre d'enquête n'est pas possible partout et pour tous les décès. Elle suppose l'envoi d'un enquêteur ce qui nécessite une approche beaucoup plus sophistiquée et coûteuse. Dans de nombreuses situations, cela est difficile à réaliser. Une suggestion est de recueillir ce type de données uniquement pour certains cas où cela paraît important. D'autre part et pour tous les cas admis, il faudrait veiller à ce que des informations en relation avec les facteurs liés à la communauté soient systématiquement recueillis.
6. Une fois le dossier du décès maternel établi, le présentateur du cas préparera un résumé clinique (voir Etape 5).

ETAPE 5 : PRÉPARER UN RÉSUMÉ CLINIQUE DU CAS

1. Le résumé clinique consiste en un rapport de 5 à 10 minutes qui reprend les événements les plus significatifs qui se sont déroulés depuis la période précédant l'admission jusqu'à l'issue fatale. Le résumé inclut aussi les données en relation avec la grossesse.
2. Les informations viennent du dossier médical qui a été constitué par le présentateur avant la séance proprement dite.
3. Ce résumé brosse brièvement les principales étapes de la prise en charge de la patiente depuis avant son admission (a-t-elle été référée ? Sous quelles conditions ?) jusqu'au décès pour donner aux participants un tableau général du cas à auditer.
4. Un outil est proposé ci-dessous pour faciliter la capture de tous les éléments qui sont nécessaires pour obtenir une description la plus complète possible du cas « **RDM : Fiche pour le résumé clinique** » :
 - a. Remplir les différentes parties de la fiche
 - b. Ne pas oublier de rendre les informations anonymes (patiente, personnel, structures de soins)
 - c. Si certaines parties ne peuvent pas être remplies, il faut expliquer pourquoi. Dans certains cas, il peut même arriver que pratiquement aucune information ne soit disponible. Cependant, ce n'est pas une raison pour omettre ces cas et justement il faudrait essayer de comprendre pourquoi les informations sont manquantes
5. Le présentateur exposera un résumé des informations obtenues sous forme narrative.
6. Le résumé présente les faits d'une façon complète et précise mais **sans jamais émettre aucun jugement sur la qualité et la pertinence des actions menées**. Sur la dernière page de la fiche proposée ci-dessous, une synthèse peut-être rédigée.
7. Un exemple de synthèse d'un cas sous forme narrative fait suite à la « Fiche pour le résumé clinique ».



Principal motif d'admission :

Principaux éléments retrouvés à l'admission par l'examen clinique, l'échographie et les examens de laboratoire :

Diagnostic fait à l'admission :

Résumé de l'évolution du cas si des complications sont apparues après l'admission :

Séquences si accouchement/avortement s'est déroulé après l'admission :

Complications :

Principaux éléments retrouvés par l'examen clinique, l'échographie et les examens de laboratoire :

Diagnostic :

Traitement donné :

Temps écoulé entre le moment où le diagnostic de complication a été posé et le moment où la patiente a reçu le traitement adéquat :

Examens complémentaires réalisés après avoir traité la patiente pour sa complication :

Résumé de l'évolution du cas et le monitoring mis en place (T°, TA, pouls, saignements, etc.) :

Date et heure du décès :

Temps écoulé entre l'apparition de la complication et le décès :

Cause du décès notifié dans le dossier :

Résultat de la grossesse (Nouveau-né vivant, mort né frais/macéré, décès précoce, produits d'avortement) :

Autres informations disponibles (de la famille, d'une autre structure de soins, de la communauté, etc.) :

Synthèse du cas pour présenter à la séance de RDM :



Revue des cas de Décès Maternels : Exemple d'un résumé sur le mode narratif

Primipare de 38 ans, admise à 18h avec une TA à 22/11, des œdèmes des MI, HU à 27cm, col fermé, absence de contractions utérines, et BCF non perçus. Elle est transférée tout de suite après son examen à la salle d'accouchement. C'est à ce niveau qu'elle fait sa première crise d'éclampsie. Le réanimateur était sur place lors de la survenue de la crise et le gynécologue est arrivé en urgence. La femme est alors mise en condition (sonnée, intubée, perfusée) et le traitement anti-hypertensif est démarré en salle d'accouchement. Du Nepressol est administré toutes les 10 minutes en injection en association avec l'Aldomet par voie orale. La patiente est transférée en réanimation. Un bilan (NFS, ionogramme, glycémie, urée et créatinine) a été demandé (demande consignée dans le dossier de réanimation) mais on note l'absence de toute trace des résultats de ces examens dans le dossier. Une échographie a été demandée pour évaluer l'âge de la grossesse et la vitalité fœtale. Elle a été réalisée à 18h40 en salle de radiologie (située près du service de réa). La décision de Césariser a été prise par le gynécologue suite aux résultats de l'écho (grossesse de 38 semaines et fœtus vivant). La césarienne a été réalisée au bloc central (qui est proche de la réanimation) à 19h30: extraction d'un enfant vivant de 2100g (Apgar 6) transféré en pédiatrie. Il n'y a quasiment pas de paramètres vitaux de suivi (TA prise 3 heures après l'intervention). La patiente est restée aux soins intensifs en état de coma et elle est décédée 26 heures après son admission.

ETAPE 6 : ORGANISER LA SÉANCE DE RDM

1. Le calendrier des séances est décidé et réexaminé lors de chaque rencontre. Les participants sont invités à temps (une ou deux semaines avant une séance) par le modérateur et, si possible, par lettre.
2. Il est conseillé de ne pas revoir plus de deux cas par séance de deux heures mais pour les premières fois cela peut prendre plus de temps.

3. Le nombre et la fréquence des séances dépendent du nombre de cas à revoir. Le minimum requiert de faire au moins une séance par trimestre. Si aucun décès n'est rapporté durant un trimestre ce sont alors des cas d'« échappé belle » qui sont sélectionnés. Si plus de décès sont recensés il faudra alors organiser des séances à une fréquence plus importante, tous les mois voire plus souvent. En bref, le plus important c'est que chaque décès soit revu et qu'au moins une séance par trimestre soit organisée.
4. L'endroit où la session va se dérouler doit être configuré de manière à faciliter les discussions (par exemple mettre les participants autour d'une même grande table plutôt que de les disposer en rang les uns derrière les autres) et à les rendre audibles pour tous.

Phase II. Réaliser une séance de RDM en 6 étapes

ETAPE 1 : SÉANCE DE RDM : MISE EN PLACE ET PRÉSIDENTE DE LA SÉANCE

Le modérateur préside et dirige les discussions et les débats.

Le modérateur rappelle le code de confidentialité ; il maintient une atmosphère non punitive et ouverte qui doit permettre des discussions honnêtes et sans crainte d'être blâmé.

Tous les participants doivent s'inscrire sur une liste où figurent la date et le numéro de la séance (un exemple de liste pré-imprimée est proposé ci-dessous : « Revue des cas de Décès Maternels : Liste des participants »).

La liste circule au début de chaque séance : chaque participant est invité à écrire son nom, sa qualification et l'unité où elle/il travaille.

ETAPE 2 : RÉÉVALUER LES RÉSULTATS PAR RAPPORT AUX RECOMMANDATIONS DE LA SÉANCE PRÉCÉDENTE

Cette étape ne s'applique évidemment pas à la première séance de RDM.

Cette évaluation permet de clôturer la boucle du cycle de l'audit mais pas son processus.

Périodiquement, l'équipe peut procéder à l'évaluation du processus des RDM pour évaluer :

- La mise en œuvre des actions et les nouvelles mesures nécessaires. La fiche pour un rapport de séance (voir plus loin) peut être utilisée
- L'amélioration de la qualité des soins prodigués estimée par la réduction des dysfonctionnements qui avaient déjà été identifiés et la réduction des facteurs impliqués dans ces dysfonctionnements

Ces évaluations régulières avec des décisions adéquates peuvent consolider les acquis et réduire les obstacles.

ETAPE 3 : PRÉSENTER LE RÉSUMÉ CLINIQUE DU CAS

Le présentateur expose aux participants la synthèse qu'il a préparée durant la phase I à l'étape 5.

La synthèse contient toutes les informations récoltées et sont présentées sous un mode narratif.

Après la présentation du cas, les éléments les plus importants sont analysés et discutés par les participants (étape suivante).

ETAPE 4 : MENER LA REVUE DU CAS (RDM)

Etape 4.1 : Analyse systématique du cas

Le but des discussions lors d'une séance de RDM est de **bien comprendre l'enchaînement des événements**, d'identifier les principaux problèmes dans la gestion de cas depuis avant l'admission jusqu'à l'issue fatale et de **trouver les solutions pour les corriger**. En outre, la RDM devrait contribuer à clarifier la ou les causes médicales probables de la mort et les circonstances/facteurs susceptibles d'avoir contribué au décès (par exemple : une pénurie de médicaments).

Les aspects positifs de la prise en charge (points forts de l'unité) devraient aussi être identifiés et reconnus.

Pendant le processus d'analyse et pour chaque étape il est important de s'assurer systématiquement de :

- La fiabilité de l'information
- La justesse du diagnostic et du traitement selon les standards de bonne pratique
- La qualité du suivi

Pour permettre une discussion structurée et systématique qui doit pouvoir aborder tous les points et toutes les étapes dans la gestion des cas, il est conseillé d'utiliser une grille d'analyse.

Un outil est donc proposé ci-dessous pour faciliter une analyse systématique et exhaustive du cas présenté : « **RDM : Grille d'analyse de la gestion clinique d'un cas** ».

La grille passe en revue toutes les étapes du cheminement de la patiente depuis avant son admission jusqu'à son décès :

- **Identifier les problèmes** : pour chaque étape dans la grille :
 - ✓ L'itinéraire : conditions de transfert, délai pour le transfert, présence d'une lettre de référence, etc.
 - ✓ L'admission : qualité et délai avant le premier examen, qualité et délai avant de prodiguer des soins adéquats, etc.
 - ✓ Diagnostic : justesse/fiabilité, délais pour le poser, pertinence des examens demandés, etc.
 - ✓ Traitement : adéquat, délais, etc.
 - ✓ Continuité et suivi du cas : qualité et condition de suivi, etc.
 - ✓ Autour du décès : qui a informé la famille ? Comment ? L'équipe soignante a-t-elle soutenu la famille ? Etc.

Les participants sont invités, non pas à décrire, mais à argumenter et à expliquer pourquoi une procédure ou un acte est qualifié comme étant inadéquat en se référant autant que possible aux standards de bonne pratique qui ont été établis.

Il est important de souligner que l'équipe ne doit pas toujours absolument trouver une cause ou trouver une solution à tous les problèmes au cours de la même séance. Les dysfonctionnements et les causes qui ont été identifiés devraient être priorisés pour que l'énergie soit dirigée vers la résolution des plus gros problèmes et/ou ceux qui peuvent être résolus. D'autre part, il se peut très bien que l'équipe n'ait pas de réponse lors de l'analyse des causes d'un problème ; dès lors il est préférable de prévoir une autre réunion soit avec des personnes plus concernées

ou soit en désignant quelqu'un qui va se renseigner et documenter ce problème pour la prochaine séance.

- **Identifier les causes du/des problèmes** : pour chaque acte et procédure qualifiés d'inadéquats, les participants sont invités à trouver les causes et/ou les facteurs associés. Les causes peuvent se référer :
 - ✓ Au personnel : qualification, compétences, disponibilité, attitude, etc.
 - ✓ Aux médicaments, consommables et à l'équipement : disponibilité, accessibilité, etc.
 - ✓ Aux protocoles : disponibilité, connaissance, compréhension, usage, etc.
 - ✓ Management/organisation des soins : coordination, communication, etc.
 - ✓ Patient et/ou sa famille : accessibilité financière, malentendu, volonté, etc.
- **Identifier les causes de la mort** : après l'analyse systématique par les participants :
 - ✓ Revoir la cause de décès et identifier les différents facteurs/événements susceptibles d'y avoir contribué
 - ✓ Comparer la cause de décès notifiée dans le dossier avec les conclusions des participants
 - ✓ Déterminer si le décès était évitable

Utiliser cette grille d'analyse peut paraître fastidieux surtout en progressant point par point dans la discussion. Ce qui est important de retenir c'est qu'il ne faut pas décrire à nouveau toutes les étapes de la prise en charge mais bien se focaliser sur les arguments pour identifier les dysfonctionnements. De plus, une fois que le cheminement point par point est bien assimilé, le modérateur peut se détacher progressivement de la grille tout en respectant l'idée générale et en restant systématique.

La distinction entre dysfonctionnement et facteur en cause peut ne pas être toujours évidente. Le dysfonctionnement c'est le « fait », ou encore « le soin qui n'est pas adéquat » et le facteur en cause est « la raison de ce dysfonctionnement ». Par exemple, le « retard de démarrage de traitement » est le dysfonctionnement et « la rupture de stock du médicaments » est le facteur en cause.

Un autre point important dont le modérateur doit être conscient lors de l'analyse des causes, c'est que lorsque ces dernières sont en lien avec le comportement du personnel (retard du médecin de garde ou encore manque de compétence du personnel à l'origine d'un diagnostic inadéquat), les personnes impliquées sont mal à l'aise pour aborder cette partie et s'attarder sur la cause. Ceci est normal surtout au début tant que la confiance n'est pas encore établie au sein du groupe.

Etape 4.2 : Synthèse de l'analyse du cas

A partir des discussions, le modérateur va synthétiser les débats et il présentera :

1. Les principaux problèmes identifiés dans la gestion du cas
2. Les points forts et positifs dans la gestion du cas
3. Les principales causes de dysfonctionnements identifiées
4. La cause médicale du décès et les facteurs associés éventuels

Etape 4.3 : Recommandations et plan d'action

Après le résumé de l'analyse du cas, il faut trouver des solutions aux principaux problèmes identifiés : ce sont les recommandations concrètes qui sont faites avec un plan d'exécution et de suivi.

Le modérateur mène les discussions en vue de sélectionner les problèmes à résoudre en priorité, d'élaborer des recommandations et de préparer un plan d'action et un calendrier pour s'assurer que les solutions sont mises en œuvre.

1. Les problèmes les plus importants doivent être priorisés en fonction de l'effet sur le pronostic, la faisabilité des actions nécessaires pour le résoudre, etc. Par exemple, l'absence de médicaments contre les convulsions est une priorité plus importante que l'absence de céphalosporine de troisième génération. Ou bien, le problème d'absence de suivi d'une parturiente en travail est une priorité bien plus importante qu'un problème de données inexacts dans les registres.
2. Pour les problèmes sélectionnés, des recommandations sont notées :
 - Elles sont pertinentes par rapport au problème
 - Elles sont spécifiques, concrètes et ne sont pas juste des déclarations de bonnes intentions
 - Elles sont réalisables ou faisables par rapport aux possibilités de mobilisation des ressources et de l'expertise disponible à l'hôpital. Par exemple, attendre qu'un gynécologue supplémentaire soit affecté n'est pas une solution contrôlable par l'équipe ; par contre organiser une meilleure réception des patientes l'est tout à fait
3. Une fois les recommandations sélectionnées, un plan d'action est préparé avec :
 - Des dates butoirs pour la réalisation des activités
 - La ou les personnes responsables pour la mise en œuvre de chaque activité planifiée
4. Le responsable de la maternité et le directeur de l'hôpital mettent en place des mécanismes pour veiller à ce que la mise en œuvre des décisions prises par l'équipe puisse être suivie en permanence. En effet, une action peut être appliquée intégralement au début, puis le devient vaguement pour finalement être abandonnée.
5. Parfois, la proposition de recommandation n'est pas la solution. Il peut s'agir seulement d'une étape intermédiaire pour résoudre le problème. Encore une fois, les mécanismes de surveillance seront utilisés pour s'assurer que la solution correcte sera trouvée à une autre séance et sera mise en œuvre.

Date de la RDM :	N° de la séance::
<p>Dans la chaîne des événements décrits ci-dessous, décrivez pour lesquels des dysfonctionnements sont apparus et expliquer pourquoi il s'agit d'un dysfonctionnement (en comparant avec les standards de bonnes pratiques) :</p> <p><u>ITINERAIRE AVANT L'ADMISSION</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si c'est une patiente référée : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conditions de transfert étaient adéquates en regard du mode de transport (ambulance), escortée par du personnel qualifié, première assistance fournie (exemple : ligne intraveineuse en place) et le temps nécessaire pour arriver à l'hôpital. Une lettre de référence était-elle fournie ? Compréhensible ? Utile ? ▪ Si pas référée mais avec une complication à l'admission : <ul style="list-style-type: none"> ▪ La décision de se rendre à l'hôpital a été prise à temps ▪ L'itinéraire suivi par la patiente était adéquat par rapport au mode de transport et au temps nécessaire pour arriver à l'hôpital <p><u>ADMISSION</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réception : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Condition d'admission était adéquate au regard du timing et des premiers soins prodigués et de l'état de la patiente (par exemple s'il était nécessaire d'appeler rapidement du personnel qualifié) <p><u>DIAGNOSTIC</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la complication est déjà présente à l'admission : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Premier examen adéquat en termes de réactivité et par rapport aux standards ▪ Diagnostic à l'admission était adéquat en regard des informations disponibles ▪ Temps pour poser le diagnostic était acceptable par rapport aux standards ▪ Gestion du cas était correcte en fonction du diagnostic et des standards de prise en charge ▪ Si la complication est apparue durant le séjour : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Temps pour poser le diagnostic était acceptable par rapport aux standards ▪ Gestion du cas était correcte en fonction du diagnostic et des standards de prise en charge ▪ Gestion du cas était correcte en regard de l'état de la patiente et du délai entre la pose du diagnostic et le début du traitement ▪ Dans les deux cas : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigations nécessaires pour le diagnostic ont été réalisées (toutes, aucune ou quelques-unes) par rapport aux standards ▪ Délai pour faire les investigations était acceptable en regard de l'état de la patiente 	

- Si applicable, les résultats des investigations ont été utilisés en conséquence
- Des investigations non nécessaires ont été réalisées

TRAITEMENT

- Traitement complet et adéquat a été prodigué en accord avec le diagnostic et avec les standards
- Si applicable quoi d'autre a été prodigué (traitement incomplet, traitement inadéquat)
- Si applicable, le délai entre le diagnostic et le traitement chirurgical était acceptable par rapport aux standards
- Traitement médical a été donné sans délai une fois que le diagnostic a été posé
- Instructions claires et quotidiennes sur la façon de donner le traitement existent

SUIVI DE LA PATIENTE

- Instructions claires pour le suivi des signes vitaux et autres paramètres existent
- Si applicable, les instructions données sont adéquates par rapport aux standards (ce qui doit être mesuré, fréquence et durée)
- Les suivis (mesures) des signes vitaux et autres paramètres sont notés conformément aux instructions ou conformément aux standards

INFORMATIONS DANS LE DOSSIER

- Toutes les informations nécessaires sont présentes dans le dossier de la patiente

CAUSES DES DYSFONCTIONNEMENTS

Pour chaque dysfonctionnement dans la prise en charge du cas et/ou dans les procédures réalisées, identifiez ou clarifiez les causes en relation avec :

1. **Le personnel**
(Qualification, compétence, disponibilité, attitude, communication)
2. **Les médicaments**
(Disponibilité, accessibilité)
3. **L'équipement**
(Disponibilité, accessibilité, fonctionnel)
4. **Les standards de bonne pratique**
(Existence, disponibilité, transmission, usage)
5. **Le management, organisation des soins**
(Coordination, communication)
6. **La patiente et sa famille**
(Accessibilité aux soins, compréhension, volonté, croyances)

DECES

- La cause médicale du décès après analyse par l'équipe est la même que celle notifiée dans le dossier
- Quels sont les facteurs/circonstances susceptibles d'avoir contribué au décès ?
- Le décès pouvait-il être évitable ? Comment ?

ETAPE 5 : PRÉPARER UN RAPPORT DE SÉANCE DE RDM

Il est important de produire un document écrit qui expose clairement les principales conclusions pour :

- Etre diffusé aux personnes concernées comme un moyen de rétro-information des résultats
- Pour être certain qu'il sera disponible pour la prochaine séance et pour une utilisation future en interne ou en externe

Le rapporteur prend note pendant les discussions et les débats dans le but de pouvoir rédiger le rapport de séance. Ce rapport contient :

1. Diverses information sur la séance de RDM (date, numéro de la séance, durée, lieu)
2. La synthèse de l'analyse du cas présentée par le modérateur avec :
 - Les principaux problèmes identifiés dans la prise en charge du cas
 - Les points forts et positifs dans la prise en charge du cas
 - Les principales causes de dysfonctionnements identifiées
 - La cause médicale du décès et les facteurs associés éventuels
3. Les recommandations et le plan d'action

Le rapporteur prépare un rapport pour chaque cas revu par séance.

Un outil est proposé ci-dessous pour pouvoir faire un rapport plus facilement : « ***RDM: Fiche pour un rapport de séance*** ».

En supplément

Un des objectifs des RDM est de répertorier tous les décès maternels pour avoir l'image la plus complète des causes et des circonstances des cas intra-hospitaliers.

Afin de contribuer à l'évaluation des politiques mises en œuvre pour réduire la mortalité maternelle et néonatale à l'échelle nationale, il est conseillé de recueillir l'ensemble des informations sur les décès intra-hospitaliers pour pouvoir monitorer les causes et les circonstances au niveau national.

Pour alimenter les données du niveau national, il est dès lors recommandé de remplir, pour tous les cas, un formulaire avec une série de renseignements standards. Une fiche est fournie à titre d'exemple juste après la fiche sur le rapport de séance : « ***RDM : Fiches avec les informations standards sur les cas revus*** ».

Revue des cas de Décès Maternels : Fiche pour un rapport de séance

Date de la RDM:

N° de la séance :

Durée de la séance

Heure du début : _____

Heure de la fin : _____

Durée : _____

Synthèse du cas

Points forts dans la prise en charge du cas

Points faibles dans la prise en charge du cas

Causes principales des dysfonctionnements identifiés

Problèmes prioritaires

Quelles sont les leçons que l'on peut tirer de ce cas ?

Revue des cas de Décès Maternels : Fiche avec les informations standards sur les cas revus (Pour une base de données nationale)

Nom de l'établissement de soins :

Type d'établissement : Clinique privée Centre de santé Hôpital de district
 Hôpital Provincial/régional/national Hôpital universitaire
Propriétaire : Gouvernement Confessionnel ONG
 Privé à but lucratif Autre :

Informations sur le cas

Age de la patiente :

Date et heure d'arrivée :

Date et heure de la mort :

Décès : Avant l'accouchement Pendant l'accouchement
 Après l'accouchement et nombre de jours après :
 Lié à un avortement

Référée : Oui Non Si oui, distance :

Référée de :

Résidence: Rurale Urbaine Occupation :

Statut matrimonial : Occupation du mari/compagnon

Gestité : Para : En vie : Avortements :

Nombre de visites anténatales :

Principale personne ayant assisté pour l'accouchement : Obstétricien Médecin
 Infirmier/Sage-femme Accoucheuse traditionnelle Autre :

Duré de la gestation en semaines/mois à l'admission (si applicable) :

Durée de la gestation en semaines/mois à l'accouchement ou lors du décès si pas accouché :

Résultats de la grossesse : Nouveau né vivant Mort né Fausse couche
 Interruption de grossesse Grossesse ectopique
 Décédée avant l'accouchement

Cause de la mort : _____

Facteurs contributifs : _____

La mort Pouvait être évitée Ne pouvait pas être évitée
 Pouvait probablement être évitée Ne sait pas

Comment est-ce que cela aurait pu être évité ? Après ou avant l'admission ?

ETAPE 6 : PLANIFIER LA SÉANCE SUIVANTE

Il est important de planifier la séance suivante et, éventuellement, de planifier, si nécessaire, une session spéciale pour surveiller l'implantation des recommandations.



Références

1. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank Estimates. Geneva: WHO; 2012.
2. UNFPA, Aberdeen University. Maternal Mortality Update 2004 - Delivering into Good Hands. UNFPA; 2004.
3. World Health Organization. The World Health Report 2005 - Make every mother and child count. Geneva: WHO; 2005.
4. World Health Organization. Making a difference in countries - Strategic Approach to Improving Maternal and Newborn survival and Health. Geneva: WHO; 2006.
5. Organisation Mondiale de la Santé. Au-delà des Nombres: Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. Geneve: OMS; 2004.
6. Gabrysch S, Campell OMR. Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. BMC Pregnancy and Childbirth 2009, 9:34.
7. Gay J, Hardee K, Judice N, Agarwal K, Fleming K, Hairston A, Walker B, Wood M, What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions. POLICY Project Module 1 Safe Motherhood. Washington, The Policy Project, Futures Group, 2003.
8. Johnston G, Crombie IK, Davies HTO, Alder EM, Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. Quality in Health Care 2000 9 (1): 23-36.
9. National Institute for Clinical Excellence. Principles for Best Practice in Clinical Audit. Radcliffe Medical Press Ltd 2002, Abingdon.
10. Crombie IE, Davies HT, Abraham SC, Florey CdV. The audit handbook 1997. Improving health care through clinical audit John Wiley & Sons, Chichester, England.
11. Ronsmans C. What is the evidence for the role of audits to improve the quality of obstetric care. In: Safe motherhood strategies: a review of the Evidence. Ed D Brouwere V & Van Lerberghe W. ITG Press Antwerp, Studies in Health Services Organisation and Policy, 17, 2001: 207-227.
12. UNICEF. Maternal and newborn health. http://www.unicef.org/health/index_maternalhealth.html. Consulted the 21th of May 2012.
13. WHO: International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision. WHO; 1992.
14. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Metin Gülmezoglu A, Paul FA Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. The Lancet 2006, 367, (9516): 1066 – 1074.

15. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine* 1994 38 (8): 1091-1110.
16. Bailey P, Fortney JA, Freedman L, Goodburn EA, Kwast BE, Mavalankar D, Money Penny B. Améliorer les Soins Obstétriques d'Urgence grâce à l'Audit reposant sur des Critères. Mailman School of Public Health, Columbia University, 2003.
17. Pattinson RC, Buchmann E, Mantel G, M. Schoon M, Rees H. Can enquiries into severe acute maternal morbidity act as a surrogate for maternal death enquiries? - *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003 110: 889–893.
18. Say L, Souza JP, Pattinson RC, WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications: Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2009, 23:287-296.
19. WHO: Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva, Switzerland; 2011.
20. Sahel A, Lardi M. Guide d'audit clinique; Un guide à l'usage des équipes des maternités hospitalières. Ministère de la Santé, Royaume du Maroc, 2005.

