

# Collecter les informations

4

Jean-Richard Dortonne  
Alexandre Dumont

## IDENTIFIER LES MORTS MATERNELLES

Pour identifier tous les cas de morts maternelles survenues dans votre établissement, il est recommandé de suivre la séquence suivante :

1. Identifier tous les cas de décès féminins (décès de femme en âge de procréer) à l'aide des registres pertinents disponibles : registre des admissions, des hospitalisations, du bloc opératoire, de la réanimation, de la morgue, etc.
2. Une fois la liste établie, la cause principale de chaque décès féminin doit être recherchée en consultant les sources d'information disponibles incluant l'interrogatoire du personnel.
3. Parmi tous les décès féminins, identifier les morts maternelles de cause obstétricale directe ou indirecte.

Lorsqu'une mort maternelle est identifiée, il faut informer le comité d'audit et le collecteur de données (enquêteur). Celui-ci extrait les renseignements du dossier médical et les reporte sur le formulaire de collecte d'informations (fiches d'audit de décès maternel). Les informations sont également recueillies dans les autres supports disponibles (fiche de transfert inter-établissement, registres hospitaliers incluant le bloc opératoire, fiche de suivi, résultats de laboratoire, compte rendu d'examen, etc.), auprès du personnel de santé, mais aussi, lorsque c'est possible, auprès des proches de la défunte qui fourniront des informations sur la séquence des événements qui ont eu lieu avant l'arrivée à l'hôpital.

## L'ENQUÊTE PROPREMENT DITE

Il faut utiliser dans la mesure du possible les données recueillies en routine. Les dossiers médicaux tenus régulièrement à jour, tels que le dossier d'accouchement ou dossier obstétrical, les dossiers de soins infirmiers, de la banque du sang et les registres du bloc opératoire, constituent les principales sources de renseignements. La confidentialité du processus d'extraction est essentielle et en principe, le nom des professionnels ayant prodigué les soins ou ayant répondu aux questions du collecteur ne doit pas figurer sur les documents de collecte ni être divulgué. Cela préserve le caractère confidentiel de l'audit pour qu'il reste un outil pédagogique non répressif visant à développer l'esprit d'équipe.

Lors de la première phase de collecte des données dans les dossiers, certains renseignements sur la prise en charge peuvent manquer, alors que, lorsqu'on l'interroge, le personnel va soutenir que la procédure en question a bien été appliquée. Cela met en évidence une mauvaise tenue des dossiers. On doit préciser lors de la séance d'audit que telle pratique ou telle procédure n'a pas été consignée dans le dossier médical, mais que selon le personnel de santé elle a bien été réalisée.

Pour obtenir les renseignements les plus fiables, le mieux est de recueillir les informations aussitôt que possible après le décès.

Le personnel de santé impliqué dans la prise en charge 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 de façon totalement anonyme. On peut en particulier leur assurer que des codes confidentiels seront attribués à chacun d'entre eux pour la collecte des données, et que seul le collecteur pourra lever l'anonymat s'il en a besoin pour son enquête. Un exemple de formulaire de collecte d'informations garantissant l'anonymat est présenté à l'annexe 1.

Le maître-mot pour les audits est « pas de nom, pas de sanction ».

Les collecteurs des données sur les décès maternels doivent faire preuve de tact et de sensibilité lorsqu'ils interrogent les personnes, et avoir le souci du détail. L'ordre dans lequel le travail doit s'effectuer est le suivant :

1. passer en revue les dossiers médicaux et de soins infirmiers ;
2. interroger tous les membres du personnel ayant prodigué des soins à la patiente.

Selon le nombre de personnes concernées et la susceptibilité manifestée, on

- pourra décider de les interroger séparément ou en groupe homogène (personnel de qualification ou grade similaire). Lors de ces entretiens, celui qui recueille les données doit commencer par encourager les membres du personnel à parler librement de ce qui s'est passé. Ensuite, il doit poser des questions plus ciblées pour combler les lacunes du compte rendu ou pour étoffer des parties qui ne sont pas claires ou ne concordent pas avec d'autres faits ;
3. pour certains décès, il peut arriver que l'on n'obtienne quasiment aucune information. Il ne faut cependant pas s'arrêter là ; on s'efforcera au contraire de découvrir pourquoi il y a si peu d'information et de reconstituer les événements marquants à partir des renseignements recueillis dans la communauté ;
  4. dans le cas où la patiente a été transférée par un autre établissement, il faut communiquer avec un membre de l'équipe de cet établissement ;
  5. les entrevues avec les proches de la défunte pourraient permettre d'obtenir de précieux renseignements sur les événements ayant influé sur la grossesse ou le travail avant qu'une aide ait été recherchée ;
  6. si ces personnes sont présentes à l'hôpital, il faut faire les entrevues avant qu'elles ne quittent l'hôpital. Les entretiens devraient être menés individuellement, en l'absence du personnel soignant ;
  7. si ces personnes ne sont pas présentes à l'hôpital, il est nécessaire de se rendre dans la communauté. En fonction de la disponibilité du collecteur et des moyens de transport mis à sa disposition, il sera peut-être nécessaire de se limiter aux cas pour lesquels la famille réside dans un rayon relativement restreint autour de l'hôpital (30 km, par exemple) ;
  8. lors de l'autopsie verbale, Il est très important que le responsable de la collecte de données s'en tienne aux facteurs liés à la communauté et ne fasse pas de commentaires sur la prise en charge du cas dans l'établissement.

## RECONSTITUER LE COURS DES ÉVÉNEMENTS (ITINÉRAIRE ET PRISE EN CHARGE DE LA PATIENTE)

Nous proposons un répertoire de questions clés (encadré 3) auxquelles l'enquêteur tentera de répondre pour reconstituer l'itinéraire de la patiente dès son arrivée dans le système de soins jusqu'à sa sortie de l'hôpital (approche porte-à-porte).

L'enquêteur doit faire ressortir les forces et faiblesses du processus de la prise en charge de la patiente par le personnel de santé. Les forces et les faiblesses seront différentes d'une patiente à une autre.

Pour quelques événements de prise en charge, par exemple un délai d'exécution, l'équipe d'audit aura besoin de considérer ce que constitue une « réponse rapide » ou un « retard à la prise en charge ». On aura besoin de quantifier le délai en heure ; ou de spécifier si le calcul du délai n'est pas possible à cause d'un manque d'informations.

Les principaux événements clés à considérer sont : l'itinéraire de la patiente avant l'admission ; les différentes étapes de l'admission, du diagnostic, du traitement et de la surveillance ; la tenue du dossier médical. Néanmoins, l'enquêteur pourra éventuellement inclure des éléments ou aspects additionnels concernant les soins donnés aux patientes. Par exemple, on pourra comparer la prise en charge d'une complication spécifique aux standards de soins existants. Cet aspect sera décrit plus en détail dans les derniers chapitres (audit clinique sur critères explicites).

À l'issue de l'enquête, le collecteur d'informations doit rédiger le résumé du cas avant l'audit qui se trouve à la section II du formulaire de collecte d'informations : annexe 1).

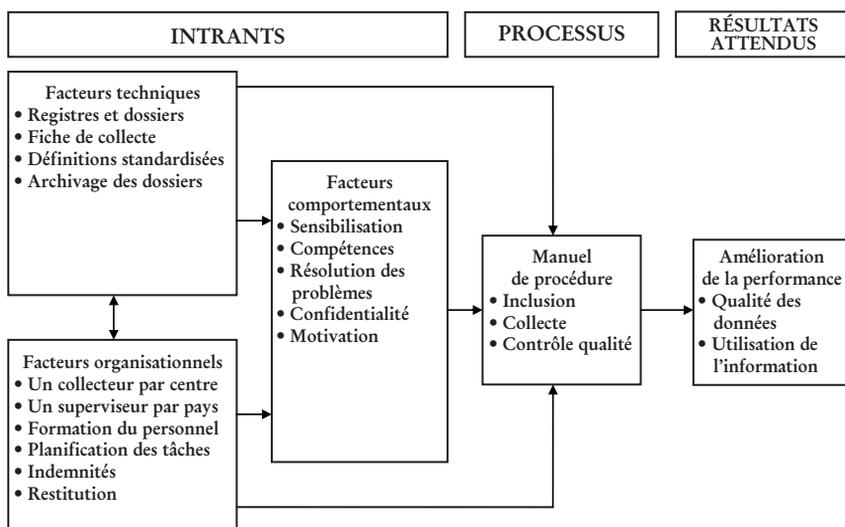
## PEUT-ON UTILISER LES « DONNÉES DE ROUTINE » POUR L'AUDIT DES DÉCÈS MATERNELS ?

Les registres d'accouchements ou de décès maternels, registres d'hospitalisation, du bloc opératoire et les dossiers médicaux jouent un rôle important dans la collecte des informations sur les décès maternels. L'avantage de ces supports d'information tient au fait qu'ils mettent l'information à la disposition directe des utilisateurs (prestataires de soins), mais aussi des collecteurs d'informations sur les décès maternels. Dans notre expérience au Mali et au Sénégal, nous nous sommes rendus compte que ces informations sont parfois obsolètes ou incomplètes, et donc de faible utilité pour la mise en œuvre des audits de décès maternels. La pratique des revues de mortalité dans ces pays se heurtait régulièrement aux problèmes d'accès à l'information de bonne qualité. Cette faible performance des systèmes d'information tient, en partie, aux insuffisances des outils

existants. La collecte de des informations pour la revue de décès maternels représente alors une opportunité de renforcer le système existant. Il sera parfois nécessaire de commencer par cette étape avant de mettre en œuvre les audits de décès si l'information sanitaire est quasi inexistante.

## COMMENT AMÉLIORER LES « DONNÉES DE ROUTINE » ?

Le renforcement du système d'information concernant les données collectées en routine doit être basé sur les déterminants techniques, organisationnels et comportementaux de leur performance (fig. 3).



**Figure 3**  
Facteurs de renforcement du système d'information sanitaire pour l'audit des décès.

Parmi les facteurs comportementaux, la motivation et la compétence du personnel influencent directement le processus de collecte des informations. L'identification d'un collecteur d'informations compétent est une étape clé de la réussite. En respectant les rapports hiérarchiques existants, elle pourra utiliser les

canaux de communication au sein de l'équipe pour accéder à l'information. Ensuite, en renforçant les facteurs techniques et organisationnels, il sera possible d'agir plus facilement sur les comportements afin que la majorité du personnel reconnaisse l'utilité d'améliorer la qualité de l'information pour assurer la sécurité des patients et leur cadre de travail.

Concernant les facteurs techniques, l'utilisation systématique pour chaque parturiente d'un dossier clinique et l'archivage de ces dossiers représentent des éléments clés pour un système d'information performant et facilitant la mise en œuvre des revues de décès maternels. Le dossier clinique doit évidemment inclure un partographe, mais également quelques variables essentielles pour caractériser rapidement la patiente décédée et les soins qu'elle a reçus : âge maternel, gestité, parité, adresse du domicile, antécédent de césarienne, nombre de visites prénatales, pathologies diagnostiquées pendant la grossesse, type d'admission dans la maternité (évacuée ou venue d'elle-même), mode d'accouchement (voie vaginale ou césarienne), complications obstétricales diagnostiquées, transfusion, hystérectomie, état de la mère à la sortie et cause du décès maternel éventuel, état de l'enfant à la naissance et à la sortie. Il doit être possible d'extraire facilement ces variables du dossier médical. Pour cela, l'utilisation d'un dossier obstétrical standardisé pré-rempli, dans lequel le personnel a juste à compléter certains items, peut être utile. Ce type de dossier a l'avantage de guider le prestataire dans son rapport et constitue un rappel systématique lui permettant de ne pas oublier de noter certaines informations essentielles. L'archivage des dossiers et donc l'accès à l'information représentent également un défi important à prendre en compte. Au démarrage d'un audit de décès maternel, vous pourrez être confronté aux problèmes de rangement et de classement des dossiers cliniques. Il faut proposer des solutions pour que les dossiers soient rangés dans un endroit fermant à clé et régulièrement classés dans l'ordre chronologique d'arrivée ou toute autre méthode de classement qui vous permettra de retrouver facilement un dossier. Une autre solution serait d'informatiser le dossier obstétrical. Nous avons montré que cette stratégie est faisable en Afrique. Elle doit être favorisée lorsque les ressources humaines et matérielles sont disponibles, mais elle ne permet pas de s'affranchir de la nécessité d'un contrôle régulier de la qualité des données par un personnel médical.

Concernant les facteurs organisationnels, nous pensons que la supervision régulière du personnel de santé concernant la qualité des informations recueillies, la

disponibilité constante des ressources nécessaires (support d'information, archivage) et l'application d'une procédure standardisée (dossier obstétrical pré-rempli) sont des éléments déterminants pour la qualité des données. Une supervision régulière permet de renforcer les capacités du personnel en ce qui concerne la complétude et l'exactitude des données par rapport à certaines variables clés. Ces facteurs sont également à prendre en compte dans la pérennité du système.

## L'AUTOPSIE VERBALE

---

Lorsque les informations collectées dans l'établissement de santé ne sont pas suffisantes pour analyser le cas de façon approfondie, une enquête dans la communauté est nécessaire. Cette enquête nécessite un déplacement vers le domicile de la défunte et une visite de toutes les structures de santé fréquentées durant le parcours de soins. Suivant l'éloignement de la patiente décédée, cette enquête peut durer entre 1 à 3 jours. Les personnes habilitées à réaliser ce type d'enquête sont généralement des professionnels formés en sciences sociales, mais un personnel de santé peut aussi faire ce travail s'il a déjà participé à des autopsies verbales. Un exemple de questionnaire d'autopsie verbale est disponible en annexe 2. Une fois que les informations ont été collectées, il est important d'écrire un résumé de l'histoire du cas (une page) qui pourra être présenté au comité d'audit. Nous rappelons que le résumé du cas fait partie des informations essentielles pour garantir un déroulement optimal de la séance d'audit.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

DUMONT A., GUEYE M., SOW A., DIOP I., KONATE K. M., DAMBÉ P., ABRAHAMOWICZ A., FOURNIER P., 2012 – Utilisation des données recueillies en routine pour évaluer l'activité des maternités au Mali et au Sénégal (essai Quarité). *Rev. Epidémiol. Santé Publique*, 60 : 489-496.

PIRKLE C., DUMONT A., ZUNZUNEGUI M. V., 2012 – Medical recordkeeping, essential but overlooked aspect of quality of care in resource-limited countries. *Int. J. Qual. Health Care*, 24: 5-12.

**Encadré 3**  
**Questions clés pour collecter l'information**

**Itinéraire de la patiente avant l'admission**

- La patiente a-t-elle été évacuée ? Si oui, d'où a-t-elle été évacuée ? Par quel moyen ?
- Existe-t-il une fiche d'évacuation ?
- Est-ce que la femme a reçu des soins avant l'évacuation ?
- Est-ce que la femme a été accompagnée au cours de l'évacuation ?
- Le transfert a-t-il été médicalisé ?
- Le centre d'accueil a-t-il été averti ?
- Si oui, a-t-il préparé l'accueil de cette patiente ?
- Quel a été l'intervalle de temps entre l'évacuation et l'arrivée à l'hôpital d'accueil ?
- La patiente a-t-elle été suivie en consultation prénatale ? Si oui, la femme avait-elle été jugée à risque de complication pour cette grossesse ?

**Étape de l'admission**

- À quel moment de son itinéraire (depuis chez elle et avant son arrivée à l'hôpital) a-t-elle développé un état de gravité ?
- Lors de son arrivée (date et heure d'arrivée) dans le service, son premier contact avec une personne qualifiée (l'infirmière ou la sage-femme) s'est-il fait rapidement ?
- Quel était l'état physiologique de la patiente lors de son admission ?

**Étape du diagnostic**

- L'examen clinique initial a-t-il été fait de façon adéquate sur le plan technique ?
- Le diagnostic d'entrée était-il correct ?
- Le diagnostic a-t-il été fait à temps ?
- Y-a-t-il eu un délai de communication entre les membres du personnel au moment du diagnostic (par exemple, entre la sage-femme et le médecin de garde) ?
- Toutes les investigations nécessaires (tests de laboratoire, radiographie, échographie) ont-elles été demandées ?
- Toutes les investigations demandées étaient-elles nécessaires ?
- Toutes les investigations nécessaires ont-elles été réalisées ?
- Toutes les investigations faites étaient-elles nécessaires ?
- Les investigations nécessaires ont-elles été faites à temps ?
- Les résultats ont-ils été obtenus à temps ?
- Les résultats ont-ils été utilisés ?

**Étape du traitement**

- Le traitement d'urgence était-il adéquat ? Par exemple, cela peut inclure la mise en place d'une perfusion de soluté pour stabiliser l'état de la femme.
- Le traitement ultérieur était-il adéquat ? Par exemple, cela peut inclure une intervention chirurgicale, la prescription de médicaments pour prendre en charge les complications ou l'infection, la transfusion, etc.

- Tous les éléments de la prise en charge thérapeutique ont-ils été exécutés de façon adéquate ?
- Toutes les procédures utilisées étaient-elles nécessaires ?
- Le traitement prescrit était-il basé sur un protocole de traitement ?
- Est-ce que chacun des problèmes thérapeutiques identifiés a été géré de manière appropriée ?
- Le traitement nécessaire a-t-il été prescrit à temps ? Par exemple, il y a peut-être eu un délai pour que la personne qualifiée requise examine la patiente, ou un délai à reconnaître un besoin de traitement.

Le traitement nécessaire a-t-il été exécuté à temps ? Pour un traitement majeur, comme la césarienne, diviser cela en différentes étapes : informer le personnel du bloc, informer les autres personnes essentielles, amener la patiente au bloc, préparer la patiente, anesthésier, opérer. Une liste similaire pour la transfusion comprendrait : s'assurer du groupage, prescrire l'ordonnance pour le sang, recevoir le sang, vérifier si le sang du donneur a été testé pour VIH et hépatite, faire le test de compatibilité au lit de la patiente, faire la transfusion.

#### **Étape du suivi du traitement**

- La surveillance a-t-elle été prescrite ? Par exemple : prendre le pouls, la tension, surveiller la perte sanguine, la diurèse, apprécier l'état général.
- Une feuille de surveillance a-t-elle été établie ?
- La surveillance était-elle basée sur un protocole ?
- La surveillance a-t-elle été conduite comme prescrit ?

Les décisions pour les actions découlant de la surveillance ont-elles été prises à temps ?

#### **Tenue des dossiers médicaux**

- L'information contenue dans le dossier était-elle complète ?
- Si non, faire une liste spécifiant les informations manquantes.
- L'information contenue dans le dossier était-elle adéquate pour : Faire le diagnostic ? Conduire une surveillance efficace ? Faire l'audit du cas ?
- Si non, faire une liste spécifiant les informations qui auraient dû être inscrites et qui ne l'ont pas été.
- Demander si besoin de faire une autopsie verbale (enquête dans la communauté).

Dortonne J.R., Dumont Alexandre. (2014)

Collecter les informations

In : Dumont Alexandre (dir.), Traoré M. (dir.), Dortonne J.R. (dir.) Audit des décès maternels dans les établissements de santé : guide de mise en œuvre

Marseille : IRD, 43-51. (Didactiques). ISBN 978-2-7099-1855-8