

Émettre

des recommandations

6

Mamadou Traoré
Alexandre Dumont

L'objectif ultime d'un audit de décès maternels est d'améliorer la prise en charge des femmes en grossesse, des accouchées et de leurs nouveau-nés. Cette amélioration résulte de la mise en œuvre de recommandations pertinentes et bien formulées. Une recommandation pertinente est une recommandation focalisée sur le problème qu'elle est sensée résoudre. Elle doit être mesurable pour être évaluée à un moment donné. Elle doit pouvoir être réalisée dans un délai relativement court, par exemple dans le mois ou tout au plus dans les trois mois qui suivent sa formulation. C'est ainsi que sa réalisation pourra avoir un impact plus ou moins rapide sur l'amélioration de la pratique obstétricale.

Compte tenu de ce qui précède, la réalisation de la recommandation doit être possible par l'autorité directe de la structure de santé (médecin-chef, directeur de l'hôpital, par exemple). Ceci évitera le piège du circuit administratif souvent très long.

Le président de la séance d'audit doit rendre compte des recommandations de la séance au médecin-chef ou au directeur de l'hôpital afin qu'il n'ignore pas les recommandations formulées. Le président doit prendre soin de remplir immédiatement le rapport de la séance d'audit pour n'omettre aucune conclusion ou recommandation formulée pendant la réunion.

Une recommandation bien formulée est une phrase qui exprime dans un langage simple, concis, et précis ce qu'il convient de faire face au problème posé. Par exemple : « Acheter un réfrigérateur pour la salle d'accouchement afin de conserver l'oxytocine ». Il est important de ne pas formuler trop de recommandations lors d'une seule séance d'audit de décès maternels (2 ou 3 suffisent, en général), car il est inutile de formuler une recommandation qui ne pourra pas être mise en œuvre.

Toute recommandation jugée pertinente et non mise en œuvre doit être mentionnée sur le rapport de la session d'audit qui suit. Mais il est important, pour

garantir l'efficacité des audits et l'adhésion du personnel, que toutes les recommandations pertinentes formulées au cours de l'année soient mises en œuvre avant la fin de l'année. Celles qui ne le seront pas doivent faire l'objet d'un plan d'action afin d'être réalisées l'année suivante.

Enfin, les recommandations doivent être catégorisées, comporter un échéancier d'exécution et un responsable qui atteste de son exécution. Pour cela, il est impératif de garder une trace écrite en utilisant le type de rapport présenté à l'annexe 4.

Nous proposons la classification suivante pour aider le lecteur à formuler des recommandations pertinentes et technologiquement adaptées. Chaque recommandation peut être classée selon la catégorie, la cible et les moyens à mobiliser.

CATÉGORIE DE LA RECOMMANDATION

Les catégories présentées dans le tableau 2 sont celles qui ont été citées le plus souvent au cours des audits réalisés lors de l'essai Quarité.

En France, lors des enquêtes confidentielles sur les morts maternelles entre 1999 et 2001, les experts ont formulé des recommandations précises pour les principales causes de décès. Pour tendre à diminuer les décès maternels par hémorragie, par exemple, ils ont proposé les actions suivantes :

- toute maternité se doit d'avoir un protocole écrit des mesures à prendre en cas d'hémorragie, facilement accessible à l'ensemble du personnel médical ;
- des exercices réguliers, tels ceux effectués par les pompiers, doivent être réalisés régulièrement ; ils auront pour objectif de s'assurer que tout le personnel médical connaît le protocole, que tous les médicaments sont à leur place et que le matériel est en bon état de fonctionnement ;
- quand une hémorragie survient : toute maternité doit prévoir, en relation avec un centre de transfusion, le délai d'acheminement des produits sanguins ; ce délai ne doit jamais dépasser 30 minutes ;
- il faut apprécier avec la plus grande exactitude possible l'importance de l'hémorragie et détecter le plus promptement possible les anomalies de la coagulation sanguine ;

Tableau 2 – Type de recommandations le plus fréquemment émises lors de l’essai Quarité, Sénégal et Mali, 2008-2010.

Formation continue du personnel sur des problèmes de soins identifiés (personnel du centre ou des formations périphériques, personnel qualifié ou non)
Surveillance accrue des parturientes (à l’admission, pendant le travail, en post-partum, en post-opératoire)
Modification/élaboration/mise en place des protocoles de soins
Amélioration du système de référence-évacuation des complications obstétricales (transport, communication/coordination entre les sites, rétro-information/supervision des maternités périphériques)
Amélioration des capacités de transfusion sanguine (collecte du sang, création d’un dépôt/banque de sang, disponibilités des réactifs/consommables)
Amélioration du système d’information sanitaire (dossier clinique, fiche de surveillance, partogramme, qualité des données)
Amélioration de la disponibilité des services (maternité, bloc opératoire, réanimation, laboratoire)
Amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels (antibiotiques, oxytocine, sulfate de magnésium, anti-hypertenseurs)
Amélioration de l’accessibilité financière aux services (réalisation des actes avant paiement, exonération pour les indigents, tarification des actes affichée dans le centre)
Amélioration de la communication/coordination entre les professionnels de santé (demander de l’aide, travail d’équipe, réunions, revue des dossiers cliniques)
Meilleure répartition des tâches entre personnel qualifié et personnel non qualifié (prévenir le médecin pour les complications, supervision de tous les accouchements par les sages-femmes)
Améliorer la qualité des consultations prénatales (consultation par des médecins du centre/stratégie avancée, dépistage/référence des complications, traitements préventifs)
Activités de causeries ou IEC (Informations, conseils, communication) dans la communauté (nutrition, allaitement, signes d’alarme)

- il convient de s'assurer que les voies, en premier lieu veineuses, sont suffisantes et adaptées ;
- il est indispensable de réunir une équipe médicale complète : gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs (seniors), sages-femmes et biologistes du laboratoire d'hématologie ;
- le gynécologue-obstétricien doit non seulement être capable d'effectuer tous les gestes chirurgicaux qui s'imposent, mais aussi être à même de poser les bonnes indications au bon moment.

Au Royaume-Uni, l'enquête confidentielle sur les morts maternelles entre 2006 et 2008 a conduit à 10 recommandations prioritaires concernant les points suivants :

- l'éducation des femmes enceintes pendant les consultations prénatales doit être renforcée ;
- l'accès à des interprètes dans les services de santé pour toutes les femmes enceintes lorsqu'elles ne parlent pas anglais ;
- la référence à un service spécialisé si nécessaire doit être prioritaire pour les femmes enceintes ;
- toute femme enceinte présentant une pathologie préexistante à la grossesse et susceptible d'évoluer vers une complication sévère doit être immédiatement référée vers un service d'obstétrique spécialisé ;
- le personnel des services de maternité doit être régulièrement formé et supervisé ;
- l'utilisation d'un dossier obstétrical standardisé pour le suivi de la grossesse et de l'accouchement, permettant d'identifier de façon systématique toutes les situations cliniques potentiellement à risque ;
- toute femme enceinte présentant des signes de pré-éclampsie ou une tension artérielle systolique supérieure à 150-160 mmHg doit être immédiatement traitée par un anti-hypertenseur ;
- la prévention des infections puerpérales doit être renforcée en informant les femmes sur les facteurs de risque et les soignants sur les gestes et traitements essentiels pour prévenir et traiter les infections ;
- les incidents potentiellement à risque et les morts maternelles doivent faire l'objet d'un signalement systématique et d'une enquête approfondie au niveau local (audit) ;
- l'accès et la qualité des autopsies doivent être améliorés en cas de mort maternelle.

CIBLE DE LA RECOMMANDATION

La cible d'une recommandation peut être les femmes non enceintes en âge de procréer, les femmes enceintes (suivi de la grossesse), les femmes en travail, à l'accouchement ou en post-partum immédiat, les femmes avec une complication spécifique : hypertension, hémorragie, travail prolongé/dystocique ou toute autre complication obstétricale directe, ou enfin les femmes avec une complication obstétricale indirecte (diabète, HIV, maladie cardiaque, asthme, etc.).

Il est important de bien identifier la cible pour formuler clairement la recommandation et choisir les moyens à mobiliser afin de mettre en œuvre la recommandation.

Exemples de recommandations selon la population cible.

Population cible : toutes les patientes
pendant le travail et l'accouchement

Améliorer le diagnostic du début de travail
Environnement propre au cours de l'accouchement
Support psychologique pendant le travail et l'accouchement
Diagnostic précoce des complications maternelles
Référence précoce des complications maternelles
Surveillance systématique du travail (partogramme)
Gestion active de la troisième phase du travail
Organiser le transport pour la référence-évacuation

Population cible :
toutes les femmes en post-partum

Conseils aux femmes pour les signes de danger en post-partum
Conseils aux femmes pour les soins post-partum à domicile et la nutrition
Conseils pour la contraception
Moustiquaire imprégnée pour la mère et le nouveau-né
Supplémentation en fer
Diagnostic précoce des complications maternelles en post-partum
Référence précoce des complications maternelles en post-partum

Population cible : les femmes avec une complication obstétricale

Transfusion sanguine pour traiter l'anémie sévère
Solutés de remplissage (macro-molécules) en cas de choc cardio-vasculaire
Délivrance manuelle du placenta en cas de rétention placentaire
Massage utérin, compression bi-manuelle et oxytocine en cas d'hémorragie du post-partum
Suture des lésions vaginales si saignement après accouchement
Paquetage ou ballon intra-utérin en cas d'hémorragie du post-partum sévère
Hystérectomie en cas d'HPP (Hémorragie du post-partum) sévère ou rupture utérine
Amiu (Aspiration intra-utérine des débris trophoblastiques) après avortement incomplet
Anti-hypertenseur et sulfate de magnésium en cas de pré-éclampsie sévère ou éclampsie
Déclenchement du travail (oxytocine et surveillance cardio-fœtale) en cas de pré-éclampsie après 37 SA (Semaines d'aménorrhée)
Antibiotiques IV (céphalosporine ou ampicilline) au cours de la césarienne
Triple antibiothérapie (ampicilline, gentamycine et métronidazole) pour traiter les infections puerpérales, endométrites, avortements provoqués ou incomplets
Drainage chirurgical d'un abcès
Accouchement instrumental (ventouse ou forceps) en cas d'arrêt de progression d'une présentation céphalique engagée
Craniotomie en cas de disproportion foeto-pelvienne et mort fœtale *in utero*
Traitement des complications indirectes (diabète, HIV, maladie cardiaque, asthme, etc.)
Échographie abdomino-pelvienne ou culdocentèse pour diagnostiquer les GEU (Grossesses extra-utérines) rompues
Laparotomie et salpingectomie pour les GEU
Auto-transfusion en cas de GEU rompues
Référence/évacuation des cas de complication sévère vers une unité des soins intensifs

MOYENS À MOBILISER

Les moyens à mobiliser devront être disponibles rapidement. Il peut s'agir :

- de personnel formateur existant (médecin/sage-femme) pour mener des activités de formation continue dans le service ;
- des ressources humaines existantes, mais qui seront réorganisées (affecter deux sages-femmes de la consultation vers la salle de travail, par exemple) ;

- de nouveaux matériels à acquérir (tensiomètre, thermomètres, stéthoscope, par exemple) ;
- de ressources matérielles existantes, mais à réorganiser (aménagement d'une salle en unité de soins intensifs, par exemple) ;
- de nouveaux médicaments ou consommables à acquérir (antibiotiques, sulfate de magnésium, réactifs pour le labo, cartes téléphoniques, par exemple) ;
- de changer la gestion actuelle des médicaments ou consommables (pharmacie d'urgence en salle d'accouchement, par exemple) ;
- de nouvelles consignes au personnel soignant (protocoles de soins, réunion d'information, note de service, par exemple).

Traoré M., Dumont Alexandre. (2014)

Emettre des recommandations

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, 61-67. (Didactiques). ISBN 978-2-7099-1855-8