



# **Etat des lieux des de la révúe des décès maternels dans les hôpitaux de la région de Labé**

Programme santé de la Reproduction et de la Famille

Volet: offre des soins en santé de la Reproduction et gestion  
des Ressource humaines en santé

Barry Ibrahima Sory, Responsable de volet

Bayo Mouctar Conseiller technique, Responsable de Recherche  
et PPP

Viktoría Stoegeer, Assistante technique DRS Mamou

Conakry le 20 septembre 2019

## Table de matière

1. Introduction.....	2
2. Objectifs.....	3
3. Méthodologie.....	3
4. Résultats.....	4
5. Recommandations.....	7
6. Conclusion.....	8

### 1. Introduction

Le taux élevé de décès maternel dans notre pays 550 / 100000 naissances vivantes est une préoccupation de premier plan des décideurs et acteurs du système de santé Guinéen. Les causes principales de ces décès maternels sont connues et près de 80% des décès maternels peuvent être évités ou prévenus par des actions qui ont déjà prouvé leur efficacité et qui sont abordables même pour des pays à faible revenu comme la Guinée.

Une des stratégies recommandées au niveau mondiale pour prévenir les décès maternels est de faire assister les accouchements par du personnel qualifié. Cette recommandation est promulguée en Guinée, mais n'est toujours pas effective. Une majorité de décès maternels qui a lieu dans les structures de soins, indique qu'accoucher dans une structure de santé n'est pas suffisant pour prévenir les décès maternels si la qualité des soins pour la prise en charge des urgences obstétricales n'est pas satisfaisante. C'est pourquoi 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 de soins permet de sauver de nombreuses vies. L'offre des soins obstétricaux répond à des critères et normes. Le principe de la revue des décès maternels est de procéder pour chaque décès à une analyse critique des soins offerts pour vérifier la conformité de ceux-ci aux standards et normes de soins qui existent. L'hypothèse est qu'une analyse critique des circonstances dans lesquelles est survenu un décès maternel produit une mine d'informations qui peuvent aider à qualifier l'offre des soins et à prévenir les décès maternels.

Actuellement des réflexions sont en cours entre la Direction Nationale de la santé familiale et ses partenaires pour dynamiser la revue des décès maternels et néonatal.

Le constat actuel sur la revue des décès maternels peut être résumé en trois points

- Une discordance du nombre de cas de décès maternel notifiés selon les sources de notification (ANSS et SNIS)
- Une insuffisance du nombre de cas de décès maternel qui fait l'objet de revue

- Une faible qualité des rapports de revue des cas décès maternel : recommandations trop générales et peu appropriées à la prise de décision.

Tenant compte de ce contexte, la coopération allemande avait proposé un appui technique international pour renforcer les capacités du personnel de santé à la conduite de la revue de décès maternels. En prélude de cet appui technique, nous avons saisi l'opportunité d'une mission que nous avons effectuée dans les structures de santé dans la région de Labé pour faire l'état des lieux de la revue des décès maternels dans les hôpitaux préfectoraux de : Mali, Tougué, Lélouma et l'hôpital régional de Labé.

## 2. Objectifs

- Déterminer le niveau de fonctionnalité des comités de revue
- Identifier les facteurs facilitants la conduite d'une revue de décès
- Evaluer la qualité des dossiers cliniques et les aptitudes du personnel à conduire une revue de décès maternel

## 3. Méthodologie

La méthodologie a consisté à avoir un entretien semi structuré avec le ou la responsable de la Maternité à l'aide d'une grille d'entretien et pour les deux derniers cas de décès maternels survenus dans chaque hôpital, nous avons en collaboration avec les principaux acteurs qui étaient concernés par la prise en charge des cas de décès maternel, analysé les dossiers pour vérifier la complétude des informations utiles à une revue : l'histoire clinique de la grossesse, les motifs et conditions de la référence si c'était le cas, la chronologie des actes médicaux posés depuis l'admission du cas jusqu'à l'issue fatale, les dysfonctionnements identifiés dans la prise en charge et leurs causes, les recommandations faites pour résoudre les facteurs en cause des dysfonctionnements

### **L'entretien a porté sur :**

- L'existence d'un comité de revue des décès maternels
- La disponibilité d'une liste des membres
- L'existence d'un règlement intérieur qui fixe les rôles et responsabilité des membres, l'existence de code de conduite
- La formation ou non des membres du comité à la conduite d'une revue de décès maternel
- La fonctionnalité du comité définie par l'existence d'un rapport au cours des trois derniers mois
- Les raisons éventuelles de la non fonctionnalité du comité

- La perception des membres (ceux qui ont été interrogés) sur la qualité des revues, la complétude des dossiers cliniques pour effectuer une bonne revue
- L'existence de protocole thérapeutique pour la prise en charge des complications liées aux urgences obstétricales
- L'existence de standard/équipement pour l'utilisation des protocoles thérapeutiques
- L'existence de compétences techniques pour l'application des standards et normes (par exemple utiliser un échographe)
- Le niveau de motivation du personnel interrogé à réaliser des revues de décès maternels
- La perception des agents interrogés sur la qualité des recommandations des revues et l'utilité de celles-ci dans l'amélioration de la qualité de prise en charge des urgences obstétricale avec des exemples à l'appui

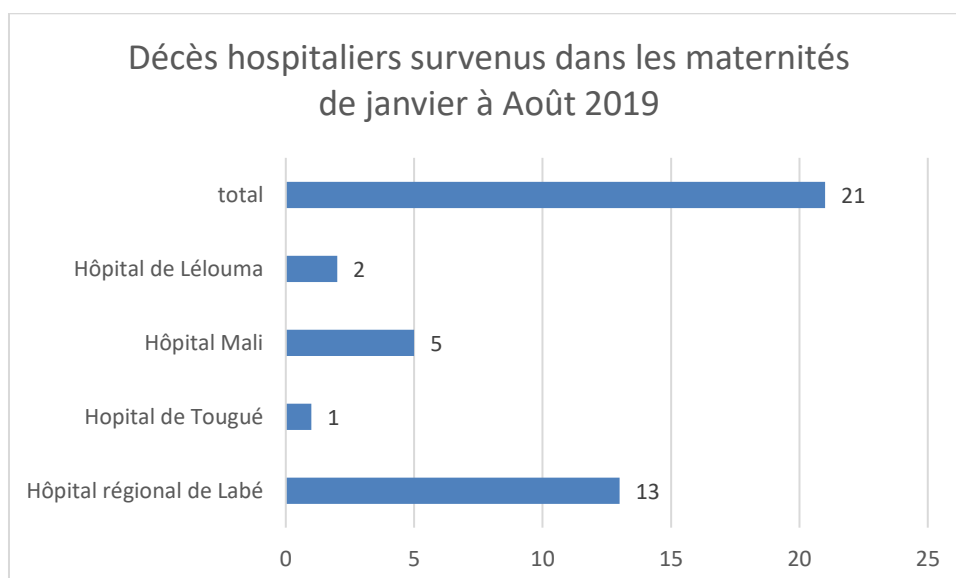
Dans le présent compte rendu, nous présentons les résultats de cet état des lieux.

## 4. Résultats

### 4.1 Décès maternels dans les structures visitées

Selon les informations qui nous ont été rapportées, le nombre de décès maternel notifié dans les hôpitaux ciblés pour cet état des lieux se présente comme suit

Figure 1 : Nombre de décès maternels survenus dans les hôpitaux de Lélouma, Mali, Tougué et l'hôpital régional de Labé de janvier à Août 2019



En raison du fait que cet état des lieux s'est limité aux maternités de référence, les décès communautaires n'ont pas été collectés. Ce pendant dans le district sanitaire

de Lélouma pour cette période, deux cas de décès maternels communautaires ont été mentionnés par le médecin chargé de maladie de la DPS.

#### 4.2 Fonctionnalité des comités de revue des décès maternels

Dans les quatre hôpitaux qui ont fait l'objet de cet état des lieux, les responsables interrogés ont reconnu l'existence d'un comité de revue des décès maternels. Les responsables interrogés étaient capables de citer aisément les représentants dans ces comités mais aucune liste de ceux-ci ne nous a été présentée. Nous avons noté également que les rôles et responsabilités des membres des comités de revue étaient connus. Par endroit, il nous a été même présenté un document qui fait office de règlement intérieur des comités de revue (charte) qui réaffirme le caractère confidentiel des délibérations, le niveau de sincérité et d'engagement que doit avoir chaque membre dans l'identification des dysfonctionnements liés à la survenu du décès, la nécessité d'éviter les blâmes ou reproches.

Au sujet de la régularité de la tenue des réunions de revue, il a été mentionné qu'au moment où ces réunions étaient tenues, celles-ci étaient organisées à l'occasion de chaque décès maternel. Bien que les revues cliniques soient effectuées à l'hôpital pour chaque cas de décès maternel survenu à l'hôpital, les réunions de revue élargies à l'ensemble des membres n'ont été organisée dans aucun district de santé excepté celui de Tougué depuis janvier 2019. La raison invoquée était l'absence de financement pour organiser ces réunions et conduire les autopsies verbales dans la communauté quand cela était nécessaire. Le financement de la revue des décès maternels était antérieurement assuré par l'UNFPA.

Dans certains cas comme à Lélouma, 3 membres du comité de revue n'étaient plus disponibles dans 2 cas, il s'agissait d'un départ à la retraite et dans un cas d'une affectation dans d'autres districts de santé. Nous avons noté que ces personnes n'avaient pas été remplacées après leur départ. Cette raison a été aussi mentionnée pour expliquer la non tenue des réunions de comité de revue des décès maternels

Au sujet de la formation des membres de comité de revue, dans trois hôpitaux sur 4 : Labé, Tougué et Mali, selon les responsables interrogés au moins une partie des membres des comités a été formé à la tenue des revues des décès maternels. A l'hôpital de Lélouma, le personnel interrogé affirme ne pas avoir été formé à la conduite des revues de décès maternels

Nous avons aussi interrogé le personnel sur leur perception au sujet de la qualité des revues de décès qu'il effectue. Dans 3 hôpitaux sur 4 (Mali, Lélouma et Labé), cette qualité est jugée moyenne, mais par contre, le personnel de l'hôpital de Tougué estime que les revues qu'il effectue sont de bonne qualité. Par ailleurs, c'est seulement dans cet hôpital que nous avons pu trouver un rapport de revue de décès maternel complet.

Le personnel a été également interrogé sur la qualité des dossiers cliniques en particulier sur la complétude des informations de nature à identifier des dysfonctionnements dans la prise en charge des cas. Dans deux hôpitaux sur 4, les informations nécessaires à une bonne revue clinique de décès sont selon le personnel interrogé jugées partielles dans les dossiers cliniques (Mali et Labé) et complètes dans les hôpitaux de Lélouma et Tougué.

#### 4.3 Existence de standards et de protocoles thérapeutiques pour la prise en charge des complications liées aux urgences obstétricales

Dans les quatre établissements hospitaliers qui ont fait l'objet de cet état des lieux, nous avons vérifié l'existence de préalables à la tenue d'une revue de qualité des décès maternels comme la disponibilité de standards et protocole thérapeutique et l'existence d'un personnel ayant les aptitudes à utiliser les équipements disponibles.

Dans les 4 établissements hospitaliers, le personnel interrogé a reconnu l'existence de protocole et standard. Les protocoles thérapeutiques pour les plus courants sont souvent affichés et le personnel interrogé a fait preuve d'une bonne maîtrise du contenu de ces protocoles.

Les standards et équipement pour prendre en charge des urgences obstétricales ont été jugés disponibles seulement en partie dans les établissements hospitaliers par le personnel de santé. Nous avons noté avec satisfaction que des équipements comme un échographe, des banques pour conserver du sang, les kits de césarienne étaient disponibles et dans la majorité des cas, le personnel reconnaît avoir été formé sur les standards et normes thérapeutiques. Nous avons été témoin de la prise en charge d'une urgence obstétricale à l'Hôpital de Lélouma. Il s'agissait d'un placenta prévia qui saignait, une échographie rapidement réalisée a confirmé ce diagnostic et une césarienne a été effectuée dans les 30 minutes qui ont suivi l'admission de cette femme et a permis de sauver à la fois la mère et l'enfant.

A l'hôpital régional de Labé, une rupture fréquente en hydralazine a été mentionnée alors que très souvent ce produit est en sur stock dans les hôpitaux périphériques. Dans le même cadre, dans cet hôpital, des besoins en ventouse ont également été exprimés.

Nous avons également interrogé le personnel de santé sur son niveau de motivation à réaliser des revues de décès maternel. Dans la majorité des hôpitaux, (3/4) la motivation du personnel à réaliser des revues est jugée faible ou très faible.

#### 4.4 Analyse des dossiers clinique des deux derniers cas de décès maternels survenus dans les maternités des établissements de Labé, Lélouma, Tougué et Mali

L'analyse a concerné six dossiers cliniques dont 2 à Mali, 2 à Lélouma 1 Labé et 1 à Tougué. De façon générale, les dossiers étaient d'une bonne qualité, l'histoire clinique

des cas était bien renseignée ainsi que les actes médicaux posés et leur chronologie. Nous avons noté que les dysfonctionnements associés aux différents cas étaient identifiés avec une très grande objectivité quand bien même ceux-ci étaient liés au personnel qui a été responsable de la prise en charge du cas. Il est ressorti de l'analyse des cas de décès que le personnel était habitué à ce genre d'exercice et avait les aptitudes nécessaires à la conduite d'une revue de décès maternel (revue clinique). L'analyse a montré que les causes de décès étaient : une éclampsie sévère dans 2 cas, un choc hémorragique dans 3 cas et un choc septique dans le dernier cas. Les dysfonctionnements les plus fréquents étaient : le retard avant la référence, le retard dans la prise en charge liée très souvent à la non disponibilité du sang et quelque fois du personnel, une insuffisance de suivi en post-opératoire immédiat avec une défaillance de communication entre le personnel responsable de la prise en charge des femmes et en fin la non-application correcte de protocoles thérapeutiques par exemple pour le traitement d'une éclampsie sévère.

Deux cas ont retenu l'attention des évaluateurs, il s'agissait de femmes ayant eu 4 CPN dont la dernière au neuvième mois et qui ont été reçues en urgence dans un tableau d'éclampsie sévère. Ceci pose le problème de l'efficacité des CPN et montre la nécessité dans ces cas là que la revue soit élargie au personnel qui était responsable du suivi de la grossesse de ces femmes.

Nous n'avons pas trouvé de rapport des revues cliniques effectuées dans les hôpitaux. Dans ce cas, bien que les dysfonctionnements liés à la prise en charge du cas dont l'issue a été fatale et les causes de ces dysfonctionnements aient été correctement identifiés au cours de notre exercice, on peut douter en l'absence de recommandations formalisées que ces multiples expériences puissent servir ultérieurement de leçons pour améliorer la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales.

## 5. Recommandations

### **A l'intention de la Direction Nationale de la santé Familiale et de la Nutrition**

- Mettre à jour la liste des membres des comités de revue en privilégiant ceux qui sont directement concernés par la prise en charge des urgences obstétricales
- Engager des réflexions avec les PTF sur l'opportunité ou non de financer la tenue des réunions de comités de revue
- Intégrer dans les supervisions le monitoring des revues cliniques de décès maternels

### **Aux directeurs des hôpitaux**

- Elaborer les rapports des revues cliniques de décès et monitorer la mise en œuvre des recommandations

- Améliorer la communication entre le personnel responsable de la prise en charge des urgences obstétricales
- Améliorer la qualité des dossiers cliniques

### **Aux DPS, DRS et aux PTF**

- Améliorer la qualité des CPN par le mentorat du personnel de santé ayant des besoins de renforcement de capacité. Ce personnel devrait être identifié lors des supervisions
- Appuyer les hôpitaux à organiser des campagnes de collecte de sang pour la prise en charge des urgences obstétricales
- Améliorer les références obstétricales (soutien logistique, sensibilisation de la population sur les méfaits des références tardives, information de la population sur les possibilités de services disponibles)

## **6. Conclusion**

Cet exercice bien que limité à un nombre réduit d'hôpitaux de référence permet de tirer les leçons suivantes

- la non fonctionnalité des comités de revue n'est pas liée à un problème de compétence encore moins à une absence de cadre légal. Les comités existent partout, les membres ont souvent été formés à la conduite des revues de décès maternel. Les membres des comités de revues sont très peu motivés à organiser les réunions et il n'y a peu ou pas d'initiatives de la part des responsables locaux à organiser ces réunions de revue. Les membres sortant des différents comités pour raison de retraite, de mutation ou autre, ne sont pas remplacés. La raison invoquée de façon homogène pour justifier non tenue des comités est le manque de financement
- Les préalables pour réaliser une revue de décès existent : les protocoles thérapeutiques et les standards pour la prise en charge des urgences obstétricales existent, le personnel a dans la majorité des cas été formé à l'utilisation de ces standards
- Les dossiers cliniques bien que pouvant être améliorés fournissent en général des informations sur les dysfonctionnements associés à la prise en charge des cas de décès et les facteurs y associés.
- Le personnel de santé a une grande objectivité dans l'identification des dysfonctionnements



