

Identification des dysfonctionnements Dans la prise en charge des cas de mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital menontin de Cotonou

Identification of the dysfunctions in the care of the maternal mortality in the maternity of Menontin hospital of Cotonou

Tshabu Aguèmon C¹, Adisso S¹, Houkpatin B², Obossou A⁴, Bashibirirwa K¹, Lahami ³, De Souza J¹

*1Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) du centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoukou
Maga (CNHU-HKM/Bénin) 2 Hôpital mère-enfant – Lagune (Homel). 3Maternité de l'hôpital Ménontin (Bénin). 4Hôpital
départemental Borgou*

Auteur correspondant: Tshabu Aguemon Christiane. Email: caguemon@yahoo.fr

Résumé

Introduction: La plupart des décès maternels, soit 99%, sont constatés dans les pays en voie de développement où coexistent des conditions socio-économiques défavorables, des attitudes culturelles discriminatoires de la femme et une prise en charge souvent défaillante.

Objectif: identifier les causes de dysfonctionnement dans la prise en charge des cas de mortalité maternelle.

Patientes et Méthode: Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptif et analytique allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2011. Étaient inclus tous les cas de décès maternel survenu dans le centre.

Résultats: 43 décès maternel étaient recensés. Le ratio de mortalité maternelle était de 408 décès pour 100000 naissances vivantes. Les dysfonctionnements existaient avant et après l'admission à l'hôpital de Ménontin. Avant l'admission, les défauts de diagnostic (32,14 %), la non-transmission de fiche de transfert (75 %), les références non médicalisées (78,6 %), l'indisponibilité du SAMU (7,14 %) et enfin des facteurs de perte de temps (46,42 %) étaient notés. Après l'admission, les délais du diagnostic et du bilan paraclinique trop longs, respectivement 60,46 % et 42,5 %, l'absence de produits sanguins (46,56 %), l'indisponibilité du bloc opératoire (39,53 %), l'absence au poste du personnel (16,28 %) et l'indisponibilité du SAMU (6,76 %). Le traitement était adéquat dans 74,42% des décès mais le retard aux soins était incriminé dans 67,44% des cas.

Conclusion: les dysfonctionnements étaient plurifactoriels et retardaient la prise en charge des femmes.

Mots clés: mortalité maternelle, dysfonctionnements.

Summary

Introduction: Most, that is 99 % of maternal deaths, are noticed in the developing countries where coexist unfavorable socioeconomic conditions, discriminatory cultural attitudes the woman and often failing care.

Objective: to determine the dysfunctions in the care of maternal death

Patients and Method: We proceeded to a retrospective analyze with descriptive and analytical from January 1st, 2007 till December 31st, 2011. Was included all maternal death in Menontin hospital

Results: 43 cases of maternal death was included. The ratio of maternal mortality is 408 deaths for 100000 live births. The dysfunctions exist before and after the admission at Menontin hospital. Before the admission default of diagnosis (32,14 %), the non-transmission reference note, (75 %), no-medical references (78,6 %), absence of the emergency medical service (7,14%) and finally, the waste of time (46,42 %). After the admission: the deadlines of the diagnosis and paraclinic analyses are too long, respectively in 60,46 % and 42,5 %, the absence of the blood products (46,56 %), the unavailability of the operating block (39,53 %), the absence at the post (16,28 %) and the unavailability of the emergency medical service (6,76 %). The treatment is adequate for 74,42 % of the cases but it is the delay in cure which is incriminated in 67,44 % of the deaths.

Conclusion: The factors associated to the maternal mortality are found before and after the admission at Menontin hospital.

Keys words: maternal mortality, dysfunctions.

Introduction

En Afrique subsaharienne une femme sur 13 meurt au cours de la période gravido-puerpérale en 2008 contre une femme sur 25 en 1987. Dans les pays développés, ce rapport est d'une femme sur 4100 atteignant même une femme sur 48000 en Irlande. Dans le monde, 536000 décès maternels en moyenne sont observés chaque année, soit un décès par minute. En effet, la plupart, soit 99 % de décès maternels, sont constatés dans les pays en voie de développement où coexistent des conditions socio-économiques défavorables, des attitudes culturelles discriminatoires et désavantageuses pour le sexe féminin et une prise en charge souvent défaillante [2]. Chaque année, plus de 1700 femmes meurent au Bénin de causes liées à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches avec un ratio de mortalité maternelle de 350 décès pour 100000 naissances vivantes en 2010 et 2011, ces valeurs ne concernant que les cas hospitaliers ou déclarés à temps [3]. La mortalité maternelle en Afrique en général et au Bénin en particulier, n'est pas due à de nouvelles maladies incurables. Elle est prévisible dans la plupart des cas lors des consultations et soins prénataux et des protocoles et techniques des soins obstétricaux d'urgence (SOU) [2]. L'objectif de notre étude était de calculer les ratios de mortalité maternelle et d'identifier les causes des dysfonctionnements.

Patientes et méthode

L'Hôpital de Ménôntin est un hôpital public à caractère social. Il s'agit d'une étude rétrospective à but descriptif et analytique qui s'étend du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2011 soit 5 ans. Toutes les femmes décédées à l'hôpital de Ménôntin au cours de la grossesse ou dans les 42 jours post partum étaient incluses. La cause de la mortalité maternelle doit être incriminée ou aggravée par la grossesse ou les soins que celle-ci avait motivés, mais ne devait être ni accidentelle, ni fortuite. Étaient exclus les cas de décès maternels survenus en cours de transfert de l'hôpital

Tableau I: Répartition des patientes selon la cause du décès.

<i>Cause</i>	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentages (%)</i>
<i>Anémie décompensée</i>	4	9,30
<i>Eclampsie</i>	6	13,95
<i>Hémorragies</i>	24	55,8
<i>Infections</i>	6	13,95
<i>Autres (OAP, Mendelson)</i>	3	6,97
Total	43	100

Les dysfonctionnements relevés étaient:

Au centre d'évacuation: Le diagnostic n'avait pas été évoqué chez 7 patientes soit 25 % des cas référés. Le traitement donné était inadapté pour 5 cas (17 %), 12 patientes (46,86 %) référées étaient sans abord veineux. Dans 18 cas de référence (64,28 %), l'agent référant n'avait pas précisé son identité ni sa fonction. La fiche de transfert n'avait pas été transmise dans 75 % des cas de référence. Le transfert avait été médicalisé seulement dans 6 cas de référence sur 28, soit 21,4 %. 16,86 % des référées n'étaient pas accompagnées et l'agent référant

de Ménôntin ou vers ce dernier, les décès maternels ne répondant pas à la définition de la mortalité maternelle et tous les dossiers inexploitable. Les dysfonctionnements étaient évalués sur le diagnostic évoqué, les erreurs diagnostiques, le traitement reçu, la surveillance (élaboration et tenue de la fiche de surveillance), la tenue des documents médicaux, la transmission des fiches d'évacuation et les facteurs de perte de temps. Il y avait 49 dossiers de décès au cours de notre période. La collecte était faite à partir des registres de statistique et des dossiers des cas de décès puis les renseignements utiles portés sur les fiches de dépouillement préalablement corrigés après un pré-test. Les registres de la maternité (Registres d'accouchements et de décès), les registres des compte-rendus opératoires, les registres des protocoles d'anesthésie-réanimation, les dossiers des patientes, les carnets de santé des patientes (souvent restés au service des recouvrements) constituaient les sources des données. Les données étaient saisies sur micro ordinateur puis analysées à l'aide du logiciel Epi Info. Les méthodes de statistiques descriptives ont permis de générer les tableaux de fréquence et les tests de Chi 2 utilisés pour évaluer le degré d'interdépendance des variables. Quarante-trois (43) cas étaient retenus parmi les 49 décès recensés. Il a été impossible de retrouver l'entièreté des documents de prise en charge avant l'admission de patientes à l'hôpital de Ménôntin.

Résultats

Le ratio moyen hospitalier de mortalité maternelle sur la période d'étude était de 408,4 pour 100000 naissances vivantes. Les deux années extrêmes étaient 2007 et 2008 avec respectivement 236 et 577 décès pour 100 000 naissances vivantes. La moyenne d'âge était de 30 ans \pm 1 an avec des extrêmes de 19 ans et 40 ans. Vingt-six (26) patientes, soit 60,47 % des cas, résidaient hors de Cotonou et 39,5 % à Cotonou. Les hémorragies occupaient la première place avec 55,8 % de décès. L'éclampsie était impliquée dans 13,95 % des cas, à égalité avec les infections. (**Tableau 1**).

n'était pas présent dans 71,44%. Le service d'aide médicale d'urgence (SAMU) contacté n'était pas disponible chez 2 patientes, soit 7,14%. Enfin 13 patientes sur 28 référées (46,42 %) avaient présenté des facteurs de perte de temps dans leur prise en charge avant la référence.

A l'hôpital de Ménôntin: A l'admission, la première personne contactée était une sage femme pour 39 patientes sur 43 cas soit 90,69 %. 2 patientes décédées avaient été reçues par un gynécologue-obstétricien soit 4,65 % et 2 autres par un médecin en diplôme d'étude

spécialisée (DES) en gynécologie-obstétrique. Aucune erreur diagnostique n'avait été retrouvée. Le délai entre l'admission et le diagnostic définitif était de moins d'une heure pour 9 patientes soit 20,93 %, entre 1 et 2 heures chez 26 patientes, soit 60,46 % et enfin, 8 diagnostics définitifs avaient été posés au delà de 2 heures après l'admission. Des 40 patientes chez qui un bilan paraclinique a été demandé, 29 patientes soit 74,35% l'avaient honoré partiellement, 5 soit 12,8% l'avaient réalisé au complet et les autres ne l'avaient pas réalisé. Le temps écoulé entre admission et demande du bilan paraclinique a été à plus de 88 % avant 30 minutes, entre 30 minutes et 1 heure à 2,32%. A l'admission, 3 patientes soit 6,97% n'ont pas eu de demande de bilan paraclinique car décédées avant le début de l'examen clinique. Le temps écoulé entre demande et réalisation du bilan paraclinique étaient chez 5 patientes (11,63 %) avant 2 heures, 12 (27,9 %) entre 2 et 4 heures et 10 (23,25 %) entre 4 et 24 heures et 7 patientes (16,28%) avaient eu leur bilan 24 heures après l'admission et 6 patientes n'avaient pas réalisé leur bilan. Des 40 patientes qui avaient reçu un traitement, 38 (95 %) avaient reçu un traitement médical et chirurgical. Le traitement médical exclusif était administré uniquement chez 1 patiente, soit 2,5 %. Quant au traitement chirurgical seul, il était retrouvé également dans 1 cas de décès. trois patientes (6,97 %), étaient décédées avant les premiers soins car elles étaient référées tardivement. Les premiers soins avaient été réalisés avant 30 minutes chez 1 cas (2,32%). Ils sont en général donnés entre 30 min et 1 heures avec une moyenne de 42 minutes chez 33 cas (76,74 %). Le soin principal ou salvateur

spécifique est celui qui corrige de manière définitive ou durable le problème principal de la patiente. Ainsi 1 cas sur 34 (2,94 %) a pu bénéficier de ces soins avant 1 heure, entre 1 et 2 heures après l'admission, 4 cas (11,76 %), entre 2 à 8 heures: 13 patientes (38,24 %), au-delà de 8 heures, 6 patientes (16,64 %) et 10 patientes traitées au delà de 24 heures. Le temps écoulé entre la décision et l'administration du soin principal était pour 1 cas (2,32 %) avant 1 heure, 6 cas (13,95 %) entre 1 et 2 heures, 15 cas (32,22 %) entre 2 et 4 heures, 12 cas (27,90 %) au-delà de 4 heures et chez 9 cas (20,93 %) le traitement principal n'a pas été donné parce que les patientes étaient décédées avant. Le traitement adapté à la pathologie était administré pour 32 patientes, soit 74,42 %. Il était inadapté à la pathologie pour 11 patientes, soit 25,58 %. Des 40 patientes qui avaient bénéficié des premiers soins, 3 (7,5 %) sont décédées avant 2 heures. 7(17,5 %) entre 2 et 4 heures, 17 (42,5 %) entre 4 et 24 heures et enfin, 13 soit 32,5% sont décédées après 24 heures. Des 34 patientes qui avaient bénéficié du soin principal, une (3,03 %) était décédée dans les 2 heures suivant l'administration du traitement principal, 4 patientes (11,76%) étaient décédées entre 2 et 4 heures. La majorité des patientes sont décédées au delà de 4 heures de temps, 28 cas (82,35 %). Le soin principal n'avait pas été réalisé chez 9 patientes. Les fiches de surveillance avaient été établies chez 35 sur 43 soit 81,4 % et remplies chez 34 patientes, soit 79,07 %. Deux ou plusieurs facteurs de perte de temps pouvaient s'associer dans une même situation de décès (**tableau II**)

Tableau II: Répartition des patientes en fonction des facteurs de perte de temps.

Facteurs de perte de temps	Nombre	Pourcentages (%)
<i>Absence du personnel indispensable</i>	07	16,28
<i>Indisponibilité du bloc</i>	17	39,53
<i>Indisponibilité du matériel</i>	1	2,32
<i>Indisponibilité du SAMU</i>	3	6,76
<i>Absence des produits sanguins</i>	20	46,56
<i>Mésentente entre les équipes soignantes</i>	2	4,65
<i>Absence de collaboration de la patiente</i>	1	2,32

Discussion

Les hémorragies occupaient la première place des causes de décès avec 55,8 % des cas. L'OMS estime les causes de décès maternel par hémorragie à 25 %. [4]. L'hémorragie de la délivrance occupait 79,17 % de toutes les hémorragies dans la population d'étude. L'éclampsie était impliquée dans 13,95 %. Bouvier au Burkina Faso avait trouvé 18,5 % de cas d'éclampsie [1]. En ce qui concerne les dysfonctionnements, le nombre de décès référés était élevé: 28 sur les 43 patientes, soit 65,11 %. 12 patientes (46,86 %) référées étaient sans abord veineux. Ce problème avait été évoqué par Saizonou [3] et Rosenberg [5] qui évaluaient la perte de temps respectivement à 15 minutes et 19 minutes à la suite de la négligence de l'abord veineux. La fiche de transfert n'avait pas été transmise dans 75 % des références. Fernandez [2] l'avait constaté dans 25 %. Il ressort de cette étude que 78,6 % des références étaient non médicalisées, 7,14 % d'indisponibilité du service d'aide médical d'urgence

(SAMU), celle-ci avait été estimée à 11% par Bohoussou [6] et à 2% par l'OMS [7] aux Etats Unis. 92,85 % des nos patientes étaient arrivées au-delà de 30 min dès la décision de transfert. Quant aux dysfonctionnements à l'hôpital de Ménontin, aucune erreur diagnostique n'avait été relevée. Le délai entre l'admission et le diagnostic définitif était de moins d'une heure. Mayi-Tsonga, au Gabon, avait trouvé dans son étude que 61% des cas étaient reçus dans un délai de 45 minutes [10]. Les délais de demande du bilan paraclinique étaient en général respectés (88 %) avant 30 minutes. Le bilan paraclinique était réalisé dans un délai trop long vu le contexte des urgences extrêmes. Ce retard pourrait être la cause du retard dans la prise en charge étiologique. En effet, il faut que les accompagnants honorent les prescriptions avant l'acheminement des prélèvements sanguins au laboratoire. Les facteurs de perte de temps ont été à la base de la plupart des décès: l'absence des produits sanguins (46,56 %) et l'indisponibilité du bloc

opératoire pour raison d'autre intervention en cours (39,53 %). Le centre ne possédait qu'un seul bloc opératoire fonctionnel pour toutes les urgences de toutes les spécialités chirurgicales. La conséquence était que la majorité des patientes étaient décédées au delà de 8 heures de temps après le traitement d'urgence et étiologique (82,35 %). Ces facteurs sont caractéristiques du système de santé de l'Afrique sub-saharienne aussi décrites par les travaux de Bouvier [8] et Alihonou [9]. Suite à des références tardives, l'aggravation rapide de l'état des patientes étaient observée chez 4 patientes (9,29 %) qui sont décédées avant les premiers soins (moins de 30 minutes). Les soins étaient administrés entre 30 min et 1 heures avec une moyenne de 42 minutes (76,74 %) et les premiers soins donnés après 1 heure dans 13,95 %. Saizonou [3] estime que dans la plupart des maternités du Bénin, le délai est de 1 heure. Les recommandations sont de 30 à 45 minutes. La surveillance était défaillante dans 21% des cas. Les patientes décèdent presque toujours en réanimation où la surveillance est incomplète à cause de l'insuffisance du personnel et de l'indigence du plateau technique. B Touré et al. dans leur étude, trouvaient que les problèmes liés à la surveillance représentaient 33,3 % des dysfonctionnements liés au suivi des soins en hospitalisation [13]. Sur le plan statistique, il existe une correspondance entre le mode d'admission des patientes décédées, les complications survenues et les causes des décès. Les tests de Chi-2 pratiqués sur les données

croisées ont confirmé cette correspondance dans la plupart des facteurs traités. L'importance de la qualité des soins comme pilier dans la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement, est aujourd'hui démontrée par plusieurs études [14,15]. Comme le souligne Prual [14], même si les pays africains ont fait des efforts considérables d'investissements dans les structures de santé, accessibilité et qualité ne vont pas toujours de paire.

Conclusion

Le décès maternel dépend de plusieurs paramètres du centre de référence et du centre référant. Ils sont matériels, humains et environnementaux. Les dysfonctionnements existent avant l'admission à l'hôpital et même au sein de l'hôpital. Avant l'admission, les mauvaises conditions d'évacuation sont couplées aux facteurs de pertes du temps. Au sein de l'hôpital les dysfonctionnements surviennent dès l'admission car la personne de premier contact a une réactivité lente et contribue au retard de prise en charge. En effet, le troisième facteur de retard est très fréquent à cause de l'indisponibilité des Kits d'urgence dans le service. Des efforts doivent être fournis pour utiliser de façon optimale les ressources qu'offre l'hôpital de Ménôntin et la promptitude doit se développer à tous les niveaux de la pyramide décisionnelle pour l'amélioration de la prise en charge des patientes afin de soulager la femme d'une injustice historique.

Références

1. **Bouvier-Colle, M .H.** Mortalité maternelle en France: fréquence et raison de sa sous-estimation dans les statistiques des causes médicales de décès. In *Journal de gynécologie-obstétrique et de biologie de reproduction*. Paris MASSON, 20: 885 -891
2. **Fernandez H, Djanhan Y, Papiernik E.** Mortalité maternelle par hémorragie dans les pays en voie de développement. Quelle politique proposer? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris). 1988; 17; 687-92;
3. **Saizonou J., De Brouwere V, Vangeenderhuysen C, Dramaix-Wilmet M, Buekens P, Dujardin B.** Audit de la qualité de prise en charge des «échappées belle» (near miss) dans les maternités de référence du Sud Bénin. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*. 2006; 16: 33-42.
4. **Organisation Mondiale de la Santé.** Rapport sur la Santé dans le Monde. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant, Organisation mondiale de la Santé, 2005, p. 68 et 69
5. **Rosenberg K, Hepburn M, Mcilwaine G.** An audit of caesarean section in a maternity district. *Br J Obstet Gynaecol*. 1982; 89: 787-92.
6. **Bohoussou Km, Djanhan Y.** Mortalité maternelle à Abidjan 1988-1993. *Méd Afr Noire*. 1995; 42:569-70.
7. **Organisation Mondiale de la Santé:** Journée mondiale de la santé: maternité sans risque, mesure des progrès réalisés. Genève: OMS; Avril 1998.
8. **Bouvier-Colle Mh.** Mortalité maternelle. Éditions Techniques. *Encycl Med Chir Obst* (Paris - France) 5, 082 D¹⁰, 1994, 6p.
9. **Alihonou E, Takpara I.** Mortalité maternelle en République populaire du Bénin: causes et stratégies de lutte. In: *Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement. Pour un programme d'action*, Centre international de l'enfance, Paris, 1988.
10. **Sosthene Mayi-Tsonga, J.F. Meye, A. Tagne, I. Ndombi, T. Diallo, L. Oksana, G. Mendome, M. Mounanga:** Audit de la morbidité obstétricale grave (near miss) au Gabon. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*. 2007; 17: 111-15
11. **Bonis S, Koffi A, N'ngang G Et Al.** Les cas d'«échappées belles» ou near miss au CHU de Cocody. *Revue Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire* 2004 (numéro spécial): 10-4
12. **Katerini T Storeng Et Seydou Drabo, Rasmane Ganaba Et Al.** Mortalité suite aux complications obstétricales évitées de justesse au Burkina Faso: facteurs médicaux, sociaux et sanitaires. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. 2012; 90: 418-425
13. **B. Touré, N.M. Koffi, Valerie Gohou-Kouassi, Simplicie Dagnan, A.J. Diarra-Nama.** Identification des dysfonctionnements dans la prise en charge de la morbidité maternelle grave à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Santé Publique*. 2005; 17: 135-44
14. **Prual A.** Grossesse et accouchement en Afrique de l'ouest. Vers une maternité à moindre risque; *Santé Publique*; 1999; 11: 167-85
15. **WHO.** The Safe Motherhood. Action Agenda: priorities for the next decade. Final report. Colombo (Sri Lanka), Octobre 1997.