

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE(MESRS)



REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et s des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2014- 2015

TITRE: Thèse N °

PLACE DE L'AUDIT CLINIQUE DES DECES MATERNELS DANS LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE DE 2009-2014 AU CSREF CI DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 11/01/2016 devant le jury
de faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par :

M. Zoumana COULIBALY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr Moustapha TOURE

Membre: Dr Tioukani A THERA

Co-directeur: Dr Modibo Dianguina SOUMARE

Directeur: Pr Youssouf TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Au nom d'**ALLAH**, le **clément** et le **miséricordieux**.

Après avoir loué et rendu gloire à **ALLAH** qui m'a donné la santé et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail, je rends hommage à son prophète **Mohamed** (paix et salut sur lui) Amen !

Je dédie ce travail :

A mon père : Abdoulaye COULIBALY

Tu nous as toujours dit avec la même ferveur que le travail et le courage fournissent les réponses à toutes les questions. Tu as créé en nous l'amour du travail bien fait. Tes infatigables conseils ont porté fruits. Tu nous as guidés avec rigueur mais aussi avec amour.

Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un père exemplaire.

Que **DIEU** te récompense et te garde encore longtemps parmi nous. Amen !

A ma mère : Feue Chatta DAOU

Douce mère

Tendre mère

Vénérable mère

Tu étais toujours prête à tout sacrifier pour que nous, tes enfants, réussissent. Tu as toujours été là quand nous avons besoin de toi. Ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut. Tes qualités humaines font de toi un être exceptionnel. Ce travail est le fruit de ton effort sans cesse renouvelé.

Tu me répétais sans cesse que « seul le travail bien fait est gage de réussite » maman tu me connaissais mieux que moi-même. Aucun mot ne saurait traduire à sa juste valeur ce que je ressens pour toi.

Nous espérons être à la hauteur et ne jamais te décevoir.

Que la terre te soit légère, Amen !

A mes Frères et Sœurs :

* Sitan, Diakaridia, Souleymane, Drissa.

Restons unis car les liens du sang sont sacrés et bénis par Dieu.

Feu Oumar: Que ton âme repose en paix.

Au couple Mme SOUNKARA Salimata KONE et monsieur SOUNKARA Tiekoura, un couple qui m'a beaucoup soutenu. Ce travail est le votre.

REMERCIEMENTS

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs

Remerciements :

- Tous les enseignants de mon parcours.

Au corps professoral de la F.M.O.S. de Bamako.

Pour la qualité des enseignements reçus tout au long de notre formation ;

Hommage respectueux.

- Au médecin Chef, aux chefs de services du CSRéf CI.

Aux Docteurs : Dr Ibrahim MAIGA, Dr Amadou B DIARRA, Dr Moussa KONE, Dr Oumar BAMBA, Dr Astan BAMBA, Dr Idrissa TRAORE, Dr Abdoulaye DIARRA, Dr Mamadou D COULIBALY, Dr KELEPILY Boureïma, Dr SAMAKE Sékou Z.

Vous avez montré avec une volonté et une facilité de transmission de vos connaissances, soutenues par une pédagogie très avancée, des qualités scientifiques et spirituelles inestimables. Ces temps passés à vos côtés en témoignent à suffisance, nous tenons à vous gratifier de tout l'enseignement scientifique et social que nous avons pu recevoir à travers votre riche expérience. Votre rigueur et votre amour du travail bien fait, mais surtout votre amour du prochain sera pour nous une source d'inspiration.

A Docteur DICKO Modibo, Gynécologue obstétricien au CSRéf CI

Vos qualités scientifiques, votre rigueur et votre sens du bienfait dans le travail fait de vous un homme et un père exemplaire.

A Docteur Yacouba SYLLA, Gynécologue obstétricien au CSRéf CI

Vos qualités scientifiques et spirituelles inestimables, votre rigueur et votre amour du travail bien fait, et surtout l'encadrement des étudiants, fait de vous un homme exemplaire

A mes amis Sidy DAOU et Cheickine SACKO merci infiniment pour vos soutiens matériel, financier et moral. Que le bon Dieu vous couvre de sa grâce.

A mes Amis d'enfance :

L'heure est venue de vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi. Trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mes camarades et collègues :

Je n'ai jamais douté de votre amitié ; j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences. Je profite de cette occasion pour vous dire merci pour vos soutiens et vos conseils.

- Tout le personnel du service de gynécologie obstétrique du CSRéf CI.

- Tous les thésards du CSRéf CI, votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué.

Ce travail est aussi le vôtre.

A mon beau pays le Mali, terre d'hospitalité, ensemble unis dans la foi nous ferons de toi et de l'Afrique comme disait l'autre « La plus belle, la plus enviée, une terre d'accueil, d'hospitalités, d'humanité, une terre de réconciliation... »,

Merci pour tout ce que tu nous as donné (Education – Santé – Sécurité... etc.).

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Pr TOURE Moustapha

- **Maitre de conférences à la faculté de médecine et d'odontostomatologie.**
- **Praticien, Gynécologue-obstétricien au service de Gynéco-obstétrique de l'hôpital du Mali.**
- **Chef du service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital du Mali.**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Cher maitre nous avons été touchés par votre abord facile, votre disponibilité, votre grande simplicité, votre abnégation associée à votre qualité de père ont forcé notre admiration.

Veillez recevoir ici, cher maitre, l'expression de notre profonde reconnaissance et notre sincère remerciement.

A notre maître et JUGE

Dr Tioukany Augustin THERA

- **Maitre assistant de Gynécologie-Obstétrique a la FMOS.**
- **Chef de service de Gynécologie-Obstetrique du CHU Point G.**
- **Ancien Chef de service de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.**

Cher maître,

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous avons apprécié en vous l'homme calme, gentil et disponible.

Vos grandes qualités humaines et scientifiques font de vous un maître à autorité respectable.

Cher maître veuillez accepter ici notre profonde gratitude et qu'Allah le Tout puissant vous accorde une longue vie.

A notre maître et directeur de thèse :

Pr TRAORE Youssouf

- **Professeur agrégé de gynécologie-obstétrique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie.**
- **Praticien gynécologue-obstétricien au service de Gynéco-Obstétrique du CHU Gabriel TOURE**
- **Secrétaire général de la société malienne de gynécologie-obstétrique (SOMAGO)**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire de « Methodes en recherche clinique » de Bordeaux II.**
- **Titulaire d'un certificat « Cancer and prevention course » de la FIGO**
- **Membre de la société chirurgie du Mali (Sochima).**

Cher maître, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service.

A vos côtés nous avons appris à aimer la Gynéco-Obstétrique.

Votre disponibilité, votre modestie, votre sens du travail bien fait font de vous un maître admirable.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre.

Vous êtes pour nous plus qu'un maître mais un père.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères.

A notre maître et co-directeur de thèse :

Dr SOUMARE Modibo Dianguina

- **Gynécologue – Obstétricien**
- **Médecin chef adjoint du centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako**
- **Chef de service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako**
- **Point focal du projet AFD (Agence française de développement)**
- **Spécialiste en planification suivi et évaluation de la FICR (Fédération internationale de la croix rouge et du croissant rouge)**
- **Superviseur national de GESTA international -Programme canadien en santé pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.**

Cher maître, vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger ce travail et vous n'avez ménagé aucun effort pour sa réalisation. Votre abord facile, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre grand sens de l'humanisme et vos qualités exceptionnelles de formateur ont forcé notre admiration et notre estime.

Les mots me manquent pour exprimer les sentiments qui nous animent aujourd'hui.

Cher Maître, acceptez nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

Que Dieu vous accorde encore longue vie !

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

AHCPR: Agency for health care policy and research

ANAES : Agence nationale d'accréditation et de l'évaluation en santé

ANDEM: AGENCE nationale pour le développement de l'évaluation médicale

ASACOBBA : Association de santé communautaire de Banconi

ASACOBOUL II : Association de santé communautaire de Boulkassoumbougou II

ASACODJE : Association de santé communautaire de Djelibougou

ASACOMSI : Association de santé communautaire de Sikoroni

BCF : Bruit du cœur fœtal

CCC : Communication pour le changement de comportement

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNTS : Centre national de transfusion sanguine

CSCom : Centre de santé communautaire

CPN : Consultation prénatale

DES : Diplôme d'étude spécialisée

DNSI : Direction nationale de statistique et d'informatique

EDS : Enquête démographique et de santé

FIGO : Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

FMPOS : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

HAS : Haute autorités de santé

HRP : Hématome rétro placentaire

HTA : Hypertension artérielle

NV : Naissance vivante

OAP : œdème aigu des poumons

OMS : Organisation mondiale de la sante

PF : Planification familiale

PNP : Politique, normes et Protocoles

PTME : Prévention de la transmission mère enfant

RU : Rupture utérine

SAA : Soins après avortement

TCM : taux de mortalité chez les cas

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION.....	Page 16
II- OBJECTIFS.....	Page 20
III- GENERALITES.....	Page 22
IV- METHODOLOGIE.....	Page 32
V- RESULTATS.....	Page 36
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	Page 57
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	Page 63
VIII- REFERENCES.....	Page 67
IX- ANNEXES.....	Page 71

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

Selon l'O.M.S la mortalité maternelle se définit comme « le décès d'une femme pendant la grossesse ou pendant les 42 jours suivant l'issue de la grossesse, quelque soit la durée ou le siège de celle-ci, pour n'importe quelle cause due ou aggravée par la grossesse. Sont exclues les causes accidentelles ou fortuites » [1].

Aucun environnement de soins de santé n'est exempt de déficience au plan de la qualité, qu'il s'agisse de l'hôpital urbain le plus moderne ou d'un simple dispensaire rural. [2]

Une qualité médiocre diminue les avantages procurés au client, décourage les prestataires de soins et gaspille les ressources. Dans le contexte actuel de rareté des ressources, de forte demande sociale et de maîtrise des dépenses, l'amélioration de la qualité des soins au sein des structures sanitaires devient une exigence.

Un processus continu pour assurer et améliorer la qualité est un aspect essentiel de tout système de soins efficace, efficient et sensible aux besoins. [2]

Dans ce cadre plusieurs outils ont été développés dont l'audit clinique dans les établissements de santé. [2]

Les causes directes de la mortalité maternelle constituent 80% des causes de décès maternels avec cinq principales causes qui sont les hémorragies, les infections, les complications de l'hypertension artérielle, le travail dystocique et les avortements clandestins. [3]

Les causes indirectes constituent 20% et sont imputables à des pathologies préexistantes à la grossesse ou contemporaines de son évolution mais aggravées par elle. [3]

Parmi les causes indirectes de mortalité maternelle, on citera l'anémie qui est la plus importante e, Le paludisme, les cardiopathies et de plus en plus le VIH/SIDA. [3]

Malgré les progrès accomplis, 57% de tous les décès maternels surviennent sur le continent, ce qui fait de l'Afrique la région du monde où le ratio de mortalité maternelle est le plus élevé.

Les taux de mortalité maternelle varient d'un pays à un autre.

Les Etats unis ont enregistré 21 décès pour 100000 naissances vivantes en 2010 [4].

La France a enregistré un taux de 8 décès pour 100000 naissances vivantes en 2010 [4].

Le Tchad a le taux le plus élevé de décès maternel avec un taux de 1100 décès pour 100000 naissances vivantes en 2010[4].

Sénégal a enregistré un taux de décès de 370 décès pour 100000 naissances vivantes en 2010 [4].

Au Mali, plusieurs travaux ont été consacrés à la mortalité maternelle, son taux est de 368 selon EDS IV pour 100000 naissances vivantes. [5]

Une étude menée en 2008 au CSRéf CI du district de Bamako a enregistré 263,95 décès pour 100000 naissances vivantes [6].

Une autre étude faite en 2008 au CSRéf CV du district de Bamako a enregistré un taux de 272,67 décès pour 100000 naissances vivantes [7].

Malgré des progrès technologiques sans précédent que le monde actuel connaît, il y a toujours un nombre alarmant de femmes qui meurent au cours de la grossesse et à l'accouchement. [7]

En dépit de tous ces efforts la situation reste toujours préoccupante. Cela pourrait s'expliquer par des raisons suivantes :

- Couverture sanitaire assez faible,
- Inaccessibilité aux prestations de soins bien adaptés,
- De nombreux accouchements hors des maternités et non assistés,
- De nombreux facteurs de risques liés pour la plupart au vécu socio-culturel des populations.

Mais s'il est sûr que l'ajout des ressources et moyens constitue un préalable à l'amélioration de la qualité des soins, il n'en demeure pas moins que la manière dont les ressources sont déployées, les compétences sont utilisées et les soins sont organisés, constitue un facteur clé pour assurer cette qualité des soins et des services.

D'où l'intérêt de penser à des approches accompagnant les ressources pour l'amélioration de la qualité des soins. [2]

L'audit clinique par expérience en est une. C'est une démarche d'auto évaluation continue centrée sur la prise en charge du patient. C'est dans cette optique, que s'inscrit notre intervention intitulée : Audit clinique des décès maternels au CSRéf CI C'est ainsi pour apporter une contribution sur cette tragédie, qu'est la mortalité maternelle que nous avons initié ce travail dont les objectifs sont :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

Objectif Général :

Evaluer l'audit des décès maternels enfin de réduire la mortalité maternelle au CSRéf CI du district de Bamako.

Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la mortalité maternelle au CSRéf CI.
- Décrire les difficultés liées à la prise en charge.
- Evaluer la qualité de la surveillance du post partum.
- Déterminer l'évitabilité des décès maternels.

GENERALITES

III. GENERALITES

1- Définitions des concepts :

Définition de l'audit

Le dictionnaire Hachette a défini l'audit de l'état comme « fonction destinée à contrôler au niveau de diverses instances de conception et d'exécution d'une entreprise, la bonne gestion et la sauvegarde du patrimoine financier et l'application correcte des décisions ».

Il en existe de nombreuses définitions. Trois d'entre elles nous serviront de référence:

Celle de M. Gervais qui définit l'audit comme étant l'activité qui applique en toute indépendance des procédures cohérentes et des normes d'examen en vue d'évaluer l'adéquation, la pertinence, la sécurité et le fonctionnement de tout ou partie des actions menées dans une organisation par référence à des normes. [8]

Celle de l'institut français des auditeurs consultants internes et l'institut de l'audit social : L'audit est une démarche d'investigation et d'évaluation des risques (latents et manifestes) et des éléments de contrôles internes qui s'opère à partir d'un référentiel, inclut un diagnostic et conduit à des recommandations, s'effectue de façon indépendante et contribue à la maîtrise de l'organisation. [9]

Celle de l'auteur J.M.Fessler et L.R.Geffroy, l'audit est un ensemble de techniques permettant d'analyser et d'évaluer les méthodes de l'entreprise.

Il permet à l'aide des critères prédéterminés, de comparer les pratiques et les résultats, en vue de mesurer leur qualité dans le but de les améliorer. [10]

L'audit interne

L'audit interne est, à l'intérieur d'une entreprise, une activité indépendante d'appréciation du contrôle des opérations, il est au service de la direction. C'est, dans ce domaine, un contrôle dont la fonction est d'estimer et d'évaluer l'efficacité des autres contrôles. [11-12]

L'audit externe

Les auditeurs externes interviennent dans l'entreprise, soit au titre d'une mission légale (commissaire aux comptes ou audit financier aux fins de certification) ; soit dans le cadre d'une mission contractuelle, conclue entre l'entreprise et l'auditeur, c'est le cas général d'exercice de l'audit opérationnel. L'audit externe a un objectif spécifique que n'a pas l'audit interne : exprimer vis-à-vis des tiers une opinion motivée sur la régularité et la sincérité des comptes annuels de l'entreprise. [11]

L'audit médical

C'est la technique d'évaluation de la conformité des actes des soins par excellence. Il a pour but de vérifier le bien fondé de la démarche médicale devant un problème de santé ainsi que la qualité des résultats obtenus [13,14]

Toutes les définitions de l'audit médical convergent vers un même objectif qui est l'analyse critique et systématique des aspects de la qualité des soins en faisant référence à des standards de qualité. L'audit médical est, en France, une technique «importée» dont l'origine se situe largement dans les pays anglo-saxons. Développées aux Etats -Unis à partir des années **1967- 1970**, les méthodes d'audits médicaux sont devenues aujourd'hui des techniques courantes, largement utilisées et même institutionnalisées dans le processus des soins. [9]

Alors qu'en France l'audit médical s'est développé vers les années 1978.

Limité au départ à l'évaluation des prestations médicales, l'audit médical s'est rapidement étendu aux autres prestations concernant le malade (audit infirmier) pour se généraliser aux aspects organisationnels et technologiques.

En effet le nursing, l'accueil, l'hôtellerie, les dimensions économiques, sociales, culturelles et managériales sont des déterminants de la qualité des soins, d'où le concept de « l'audit clinique» qui va concerner la pratique des différents intervenants dans la prise en charge des patients. [1]

2- Historique : Le mot Audit nous vient du latin par l'anglais. En latin : Audio – Audine signifie écouter- entendre et par extension donner audience. [8, 13,15] Ce

n'est qu'à partir du 20^{ème} siècle que l'audit commence réellement à prendre de l'importance. L'utilisation du mot « Audit » fut assimilée au contrôle et à la vérification. Il revêtait un caractère de nature comptable pour mettre en relief la fidélité des présentations comptables et financières. [1]

C'était ainsi qu'il était ressenti comme indispensable pour garantir la crédibilité des transactions. Dans l'utilisation anglaise du mot au 19^{ème} siècle et dans le domaine de la comptabilité et de la gestion financière, c'était le sens de vérification et de contrôle par une observation attentive et minutieuse qui domine. L'auditeur, dans ce cas est un « commissaire aux comptes » qui par des procédures adéquates, s'assure du caractère complet, sincère et régulier des comptes d'une entreprise, s'en porte garant auprès des divers partenaires intéressés par la firme et plus généralement porte un jugement sur la qualité et la rigueur de sa gestion. [16,17]

L'audit a considérablement étendu son champ d'investigation pour enfin déborder le domaine comptable et financier pour couvrir l'ensemble de l'activité de l'entreprise. [1]

Dans le domaine de la santé, les auteurs américains sont les premiers à avoir étudié l'évaluation des pratiques médicales et de la qualité des soins dans les années 1960-70. En 1989 : Aux Etats Unis, l'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) est créée avec mission de contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services de soins par le développement des recommandations. [18]

Entre 1992 et 1993, l'AHCPR a publié 6 recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la prise en charge de la douleur aiguë, l'incontinence urinaire chez l'adulte, les escarres, la cataracte, la dépression et la drépanocytose chez les nouveau-nés. En France, l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale), devenue ensuite ANAES (Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé) puis HAS (Haute Autorité de Santé) a repris des travaux et produit différents guides dans le domaine de l'évaluation en santé. [18]

En Afrique des études d'Audit ont été décrites.

Au Maroc, les études d'audits en milieu hospitalier datent des années 1994 dont celle de Dr Deldou E. à la maternité de l'hôpital Hassan II de Settat en 2006[2]

Au Mali l'évaluation des établissements de santé est prévue dans l'article 47 de la loi numéro 02- 049/ du 22 juillet 2002 portant la loi d'orientation sur la santé. A ce titre, l'évaluation devient une activité capitale pour l'épanouissement de ces établissements et pour le bien être de la population en général. [19]

3- Différents types d'audit :

3-1. Autopsies verbales : (tiré des enseignements de l'examen des décès maternels survenus dans la communauté).

- **Définition :** Une autopsie verbale dans le cas d'un décès maternel est une méthode permettant de déterminer les causes médicales du décès et de rechercher les facteurs personnels, familiaux ou dépendants de la communauté qui ont pu contribuer au décès lorsque que celui-ci est survenu en dehors d'un établissement médical. [18]

3-2. Enquêtes confidentielles sur les décès maternels :

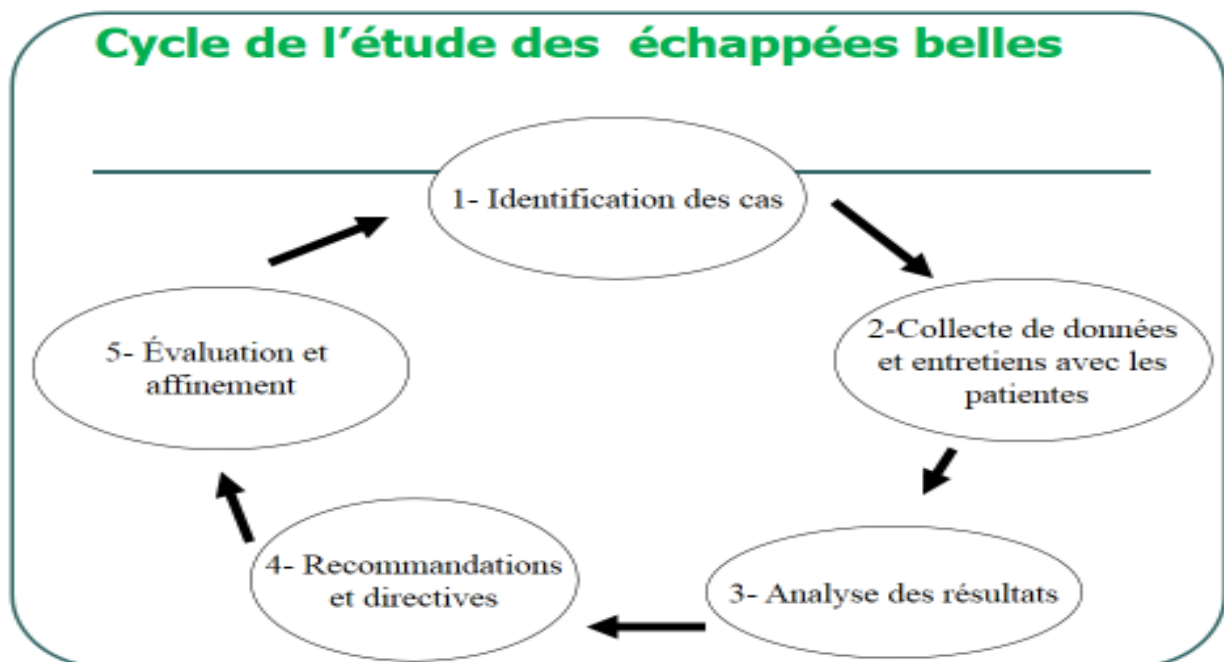
- **Définition :** Une enquête confidentielle sur les décès maternels est définie comme une étude anonyme pluridisciplinaire systématique de tous les décès maternels, ou d'un échantillon représentatif de ces derniers, qui cherche à déterminer le nombre, les causes et les facteurs évitables ou remédiables liés à ces décès. [18]

3-3. Etude de la morbidité maternelle grave : « les échappées belles ou Near Miss »

- **Définition :** Il n'existe pas de définition universelle à l' « échappée belle ». Ce qui est important, c'est que la définition utilisée dans une étude soit adaptée à

la situation locale afin de permettre des améliorations locales des soins maternels.

- Le West Africa Near- Miss Audit Network (réseau d'examen d' « **échappée belle** » a défini comme : « Toute femme enceinte ou récemment accouchée (dans les six semaines suivant la fin de la grossesse ou l'accouchement), dont la survie immédiate est menacée et qui survit par chance ou grâce aux soins hospitaliers qu'elle a reçu. » [18]
- Par contre les cas d' « échappée belle » ne peuvent être identifiés que dans les établissements de santé et ne fournissent pas de données communautaires. [18]



3-4.L'audit clinique

Selon l'ANAES «L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer» [13,14]

L'audit clinique est un« processus d'amélioration de la qualité qui cherche à améliorer les soins aux patients et leurs résultats en passant systématiquement en revue les soins effectués avec une grille de critères explicites et en mettant en place les changements nécessaires à l'amélioration». [20]

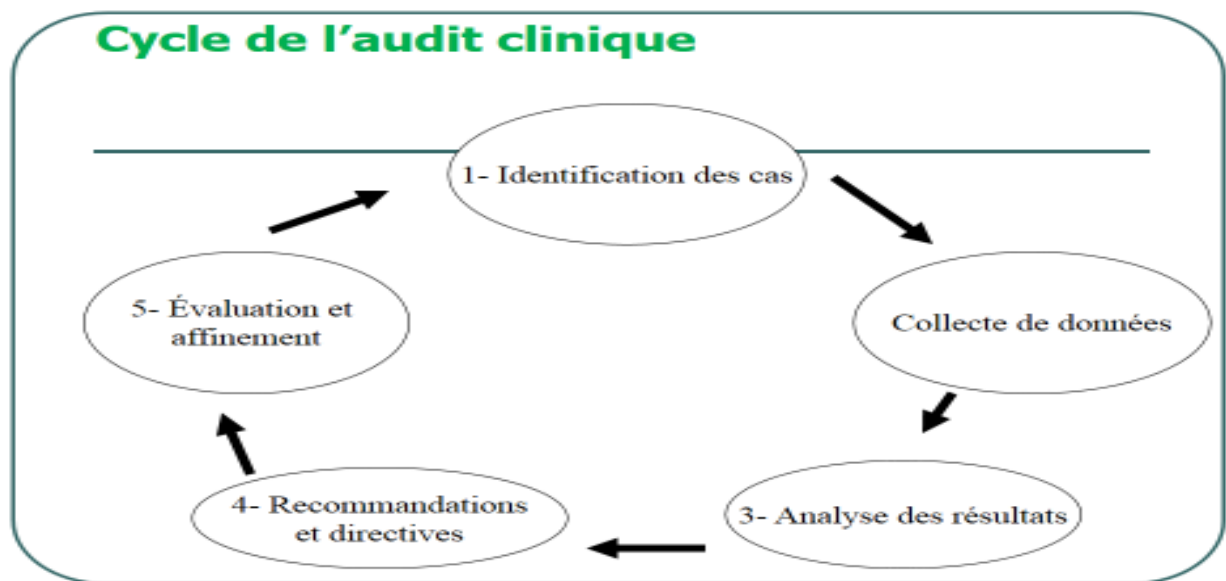
La définition la plus communément citée de l'audit est : «l'analyse systématique et critique de la qualité des soins médicaux, y compris les procédures utilisées pour le diagnostic et le traitement, l'utilisation des ressources, les résultats et la qualité de vie pour le patient» (Crombie et al. 1997). [2]

Le principe de l'audit clinique est de mesurer la qualité d'une pratique à l'aide de critères explicites, objectifs et de comparer les résultats au référentiel. L'écart observé entre la qualité souhaitée explicitée dans le référentiel et la qualité appliquée impose la mise en place d'un plan d'amélioration puis le suivi de son impact. Ce plan est un ensemble, d'actions décidées et mises en œuvre avec les professionnels concernés, puis évaluées[2]

En milieu hospitalier, l'audit clinique adopte la démarche de l'audit interne. Il obéit au principe d'auto-évaluation professionnelle (contrôle par les pairs) vu l'expertise et les compétences que demande ce genre d'audit. C'est un outil d'amélioration de la qualité et non un instrument de sanction qui doit respecter l'anonymat. L'audit clinique étant un exercice confidentiel, les patientes et leurs parents n'en verront pas les résultats. C'est une procédure d'évaluation construite et négociée dont la mise en œuvre repose sur le volontariat des professionnels. [9]

- L'audit clinique a pour avantage:le processus de mise à contribution du personnel afin que celui-ci se pose des questions sur les pratiques qu'il utilise et se fixe des objectifs.

- Il est limité à l'établissement où les soins de santé sont administrés.[2]



3-5. Etude sur les décès maternels dans les établissements de soins :

- L'OMS répartit les causes de décès maternels en 2 groupes :
 - Décès par cause obstétricale directe : purement obstétrical.
 - Décès par cause obstétricale indirecte : Ils résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

3-5.1 Les indicateurs de la mortalité maternelle

Nombre de femmes mourant de
Causes associées à la grossesse

et à l'accouchement

Le ratio de la mortalité maternelle : _____
100 000 naissances vivantes

Nombre de décès maternels x 100000

Le taux de la mortalité maternelle : _____
Nombre de naissances vivantes estimé

Nombre décès maternel dus à une cause
Obstétricale directe

Le taux de létalité : _____
Nombre de complications
Obstétricales directes

Nombre de décès maternels x 100000

Le rapport de la mortalité maternelle : _____
Nombre de femme en âge de procréer
(15-49ans)

- **Le taux de mortalité chez les cas (TMC) :** c'est la proportion des femmes admises à l'hôpital avec des complications obstétricales et qui en meurent au niveau d'un service. Le TMC permet d'évaluer les services d'un établissement.
- **Les indicateurs d'impact sont :** le ratio de mortalité maternelle, le taux de mortalité maternelle, le rapport de mortalité maternelle. Pour les évaluer il faut 5 ans.
- **Les indicateurs de processus sont :** le taux de létalité, le taux de mortalité chez les cas. Ils sont utilisés par les cliniciens, pendant une période donnée.

3-5.2 Cycle d'étude sur les décès maternels dans les établissements de soins :

Il consiste à :

- une identification des décès maternels dans les établissements de santé,
- une collecte des données,
- une analyse des données,
- faire des recommandations relatives aux mesures à prendre et lignes directives,
- faire enfin une évaluation et affinement.

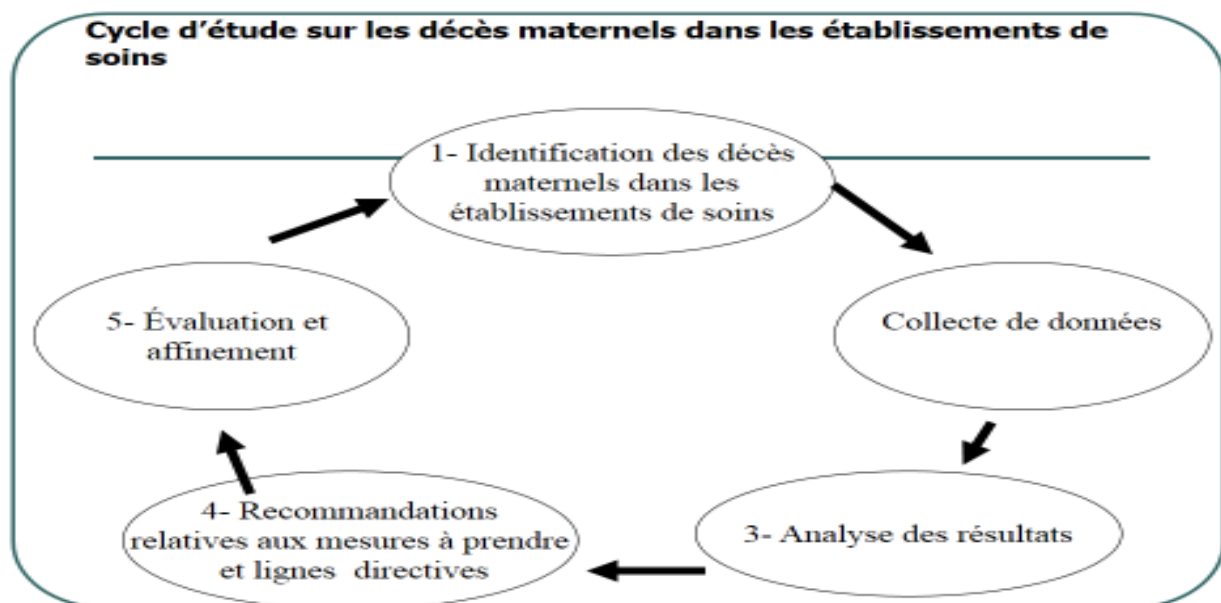


Figure 5 Tiré de : Au-delà des nombres, OMS 2004

3-5.3 Les avantages des études des décès maternels dans les établissements de santé sont : l'amélioration des pratiques professionnelles, la formation, les ressources et enfin la sensibilisation. [18]

3-5.4 Inconvénients : manque de données relatives à l'ensemble de la population. Les résultats ne sont pas aussi précis que ceux que l'on obtient dans le cadre d'un audit clinique.

METHODOLOGIE

IV- METHODE D'ETUDE :

1-Cadre d'étude :

Cette étude s'est déroulée dans la maternité du Centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako.

2-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective.

3-Période d'étude : cette étude s'est déroulée sur une période allant du 1^{er} Janvier 2009 au 31 Décembre 2014.

4- Population d'étude : Elle est constituée de toutes les femmes décédées dans le contexte de la gravidopuerpéralité dans notre service durant la période d'étude.

5-Echantillonnage : Nous avons fait un échantillonnage exhaustif sur toutes les patientes qui ont répondu à nos critères.

5-1. Critères d'inclusion : étaient inclus dans notre étude

- tous décès survenus au CSRéf CI répondant aux critères de l'OMS

5-2. -Critères de non inclusion :

- toutes les femmes décédées hors du CSRéf CI,
- décès survenu au cours du transfert de notre structure vers un centre hospitalier universitaire du district de Bamako
- toutes femmes décédées après 42 jours du post partum ou post abortum,
- toutes femmes décédées suite à un accident de la voie publique ou décès fortuit.

6-Variables étudiées :

Plusieurs paramètres avaient été étudiés :

- les caractéristiques sociodémographiques,
- les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux,
- le mode d'admission,
- la qualité de la prise en charge,

- La responsabilité du personnel médical.

7- Supports des Données

Le recueil des données a été fait sur un questionnaire à partir des :

- dossiers obstétricaux,
- le registre du compte rendu opératoire du bloc opératoire,
- Registres de décès maternels.

8-Analyse des données

Les données ont été traitées sur le logiciel IBM SPSS version 21.

9- Difficultés de l'enquête

Au cours de l'enquête nous avons rencontré certaines difficultés telles que :

- Des dossiers mal remplis
- insuffisance de renseignements dans fiches d'évacuations
- Les traitements reçus non mentionnés sur la fiche de référence,

10-Définitions opératoires

-**Primigeste** : une (1) grossesse

-**Paucigeste** : deux à trois (2-3) grossesses

-**Multigeste** : quatre à cinq (4-5) grossesses

-**Grande multigeste** : six et plus (6 et plus) de grossesses

-**Nullipare** : zéro (0) accouchement

-**Primipare** : un (1) accouchement

-**Paucipare** : deux à trois (2-3) accouchements

-**Multipare** : quatre à cinq (4-5) accouchements

-**Grande multipare** : six et plus (6 et plus) d'accouchements

- **Décès évitable** : c'est l'issue fatale qui n'aurait pas due se produire si l'on avait appliqué à bon escient la technologie de la santé appropriée à la maladie et aux soins

- **Décès non évitable** : est L'issue fatale qui se produit malgré les conditions thérapeutiques entreprises en temps opportun.

- **Patiente non surveillée (dans le post partum) :** c'est lorsque la patiente a accouché et qu'elle n'a pas bénéficié d'une surveillance documentée.
- **Patiente mal surveillée :** c'est lorsqu'elle a été surveillée mais pas au bout des 06 heures sur la fiche de surveillance.
- **Les éléments de la surveillance du post partum :** la pression artérielle, le pouls, la température, la diurèse, le saignement, le globe de sécurité et l'état de conscience
- **Le rythme de surveillance :** pendant les 6 heures le rythme est le suivant :
Chaque 15 minute pendant les 2 premières heures
Chaque 30 minutes pendant 1 heure
Chaque 1 heure pendant 3 heures
- **Grossesse bien suivie :** au moins 4 consultations prénatales (1consultation au 1^{er} et 2^e trimestre et 8^{ème} au 9^{ème} mois) et les bilans prénatals effectués
- **Grossesse mal suivie :** les conditions d'une grossesse bien suivie ne sont pas totalement respectées

11- Détermination de l'aspect éthique et déontologique de l'étude.

L'Anonymat et la confidentialité ont été respectés.

RESULTATS

V.RESULTATS

1-Taux de mortalité :

Nous avons enregistré 76234 cas de grossesse et 31765 cas d'accouchement pendant la période d'étude dont 25 cas de décès maternels soit une fréquence respective de 0,03% de décès par grossesse et 0,078% de décès par naissance soit 78/1000000 NV.

2-Le profil sociodémographique :

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge

Age (Ans)	Effectif	%
16-19ans	3	12,0
20-34ans	14	56,0
>34ans	8	32,0
Total	25	100,0

La moyenne d'âge était de 27ans avec des extrêmes de 16 ans et 42 ans.

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	%
Ménagère	20	80,0
Elève	2	8,0
Vendeuse	2	8,0
Agent commercial	1	4,0
Total	25	100,0

Tableau III : Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectif	%
Commune I	13	52,0
Hors commune I	12	48,0
Total	25	100,0

Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	%
Mariée	22	88,0
Célibataire	3	12,0
Total	25	100,0

Tableau V : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	%
Non scolarisée	16	64,0
Niveau primaire	7	28,0
Niveau secondaire	1	4,0
Niveau supérieur	1	4,0
Total	25	100,0

3. Antécédents médico-chirurgicaux

Tableau VI : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	%
Aucun	22	88,0
HTA	3	12,0
Total	25	100,0

Les patientes n'ayant aucun antécédent médical sont les plus représentées avec 88%.

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	%
Aucun	20	80,0
Césarienne	5	20,0
Total	25	100,0

4. Antécédents obstétricaux

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux

(gestité)

Gestité	Effectif	%
Paucigeste	11	44,0
Multigeste	6	24,0
Grande multigeste	5	20,0
Primigeste	3	12,0
Total	25	100,0

Tableau IX : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux (parité)

parité	Effectif	%
Paucipare	13	52,0
Multipare	4	16,0
Grande multipare	4	16,0
Primipare	4	16,0
Total	25	100,0

5. Le mode d'admission des patientes au CSRéf CI

Tableau X: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	%
Evacuée	17	68,0
Venue d'elle-même	7	28,0
Référée	1	4,0
Total	25	100,0

6. L'évacuation sur CSRéf CI

Tableau XI: Répartition des patientes selon l'agent d'évacuation

Agent d'évacuation	Effectif	%
Sage femme	14	78,0
Médecin	2	11,0
Infirmière	1	5,5
Etudiant	1	5,5
Total	18	100,0

Tableau XII: Répartition des patientes selon l'établissement d'évacuation

Etablissement ayant évacué	Effectif	%
Cscom	16	89,0
Structures privées	2	11,0
Total	18	100,0

Tableau XIII: Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé pour se rendre au CSRéf

Moyen de transport utilisé pour se rendre à l'établissement au CSRéf	Effectif	%
Véhicule collectif	17	68,0
Ambulance	7	28,0
Véhicule privé	1	4,0
Total	25	100,0

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le motif de référence

Motif de référence	Effectif	%
Hémorragie+dystocies	16	89,0
Paludisme et grossesse	1	5,5
Infections	1	5,5
Total	18	100,0

Tableau XV: Répartition des patientes selon la qualité de suivi de la grossesse

Qualité de suivi	Effectif	%
Grossesse bien suivie	4	16,0
Grossesse mal suivie	14	56,0
Grossesse non suivie	7	28,0
Total	25	100,0

Tableau XVI: Répartition des patientes selon la qualification de l'agent de suivi de la grossesse

Qualification de l'agent de suivi	Effectif	%
Sage femme	13	72,2
Médecin	3	16,7
Gynécologue-obstétricien	1	5,6
Infirmière obstétricienne	1	5,6
Total	18	100,0

Tableau XVII: Répartition des patientes selon l'état de la patiente à l'arrivée au CSRéf

Etat de la patiente	Effectif	%
Bon	13	52,0
Moyen	6	24,0
Mauvais	5	20,0
Total	25	100,0

NB : l'état de la patiente est bon lorsque le score de Glasgow se situe entre 13 et 15

Moyen entre 8 et 12

Mauvais s'il est inférieur à 8

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement

lieu d'accouchement	Effectif	%
CSRéf CI	15	68,3
Cscom	5	22,7
Domicile	1	4,5
Privé	1	4,5
Total	22	100,0

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la qualité de l'agent qui fait l'accouchement

Qualité de l'agent qui a fait l'accouchement	Effectif	%
Sage femme	10	45,5
Médecin généraliste	7	32,0
Médecin spécialiste	3	13,5
Etudiants	1	4,5
Infirmière obstétricienne	1	4,5
Total	22	100,0

Tableau XX: Répartition des patientes selon le type d'accouchement

Type d'accouchement	Effectif	%
Voie haute	12	54,5
Voie basse	10	45,5
Total	22	100,0

Tableau XXI: Surveillance des patientes dans le post partum

Surveillance du postpartum	Fréquence	%
Mal surveillées	9	40,9
Surveillée	5	22,7
Non surveillée	4	18,2
Non précisée	4	18,2
Total	22	100,0

Tableau XXII: Prise en charge des cas de ruptures utérines

Rupture utérine	Prise en charge
9 cas de rupture utérine	Voie veineuse Groupage rhésus et taux d'hémoglobine Laparotomie (4cas pour hysterorraphie et 3cas pour hystérectomie) Transfusion sanguine ocytociques Remplissage vasculaire Antibiothérapie

NB : parmi les 09cas de rupture utérine ,02cas sont décédées sur la table d'intervention avant de procéder à la laparotomie au bloc opératoire.

- La laparotomie : elle a été réalisée chez les patientes dès le diagnostic de la rupture.

- La transfusion : parmi les 9 cas, 6 patientes ont été transfusées devant un état de choc et/ou un taux d'hémoglobine inférieur à 7g/dl en raison des quantités suivantes :
 - Cinq patientes : ont reçu chacune 1 unité de sang total (400 cc)
 - La sixième : a reçu 2 poches de sang total (800 cc)
 - Deux de ces patientes étaient de groupe rhésus A négatif donc décédées avant la transfusion.
 - Chez la dernière patiente il n'y avait pas de sang disponible
- Ocytociques : les Quatre cas de rupture utérine prise en charge par l'hystérorraphie ont reçu toute une perfusion continue d'ocytocine en raison de 20 UI d'ocytocine par flacon de soluté.
- Antibiothérapie : les patientes ont reçu une antibiothérapie préventive en raison de 2g de ceftriaxone injectable en IVD.

Ces patientes sont décédées soit par manque de sang, une surveillance du postpartum inadéquate, une prise en charge tardive dans notre service.

Tableau XXIII : Prise en charge des cas d'hémorragie du post partum

Hémorragie du postpartum	Prise en charge
4cas de retentions placentaires	Groupage rhésus a l'admission pour certaines patientes Taux d'hémoglobine Voie veineuse Examen sous valve Révision utérine Sondage vésical Remplissage vasculaire 5cp de cytotec en intra rectal (2 patientes ont reçu du cytotec en IR)

Transfusion : (3 patientes ont reçu du sang total à raison d'une poche ou 400cc environ chacune et quatrième a reçu du plasma frais congelé)

3 cas de déchirures des parties molles

Groupage rhésus a l'admission pour certaines patientes

Taux d'hémoglobine

Voie veineuse

Remplissage vasculaire

Examen sous valve

Révision utérine

Sondage vésical

Suture des déchirures des parties molles

Transfusion (une seule patiente a reçu une poche de sang soit 450 cc les autres sont décédées avant la transfusion)

2 cas d'atonie utérine

Groupage rhésus et taux d'hémoglobine

Voie veineuse

Remplissage vasculaire

Perfusion de syntocinon (20 UI dans un flacon de sérum glucosé 5% en perfusion continue)

Examen sous valve, sondage vésical

Révision utérine, massage utérin

Cytotec (elles ont reçu la dose de 5 cp de cytotec en IR)

Cas de retentions placentaires : ces patientes sont décédées par manque de sang et un manque de rigueur dans la surveillance du post partum.

Cas de déchirures des parties molles: certaines patientes sont décédées soit par défaillance dans la surveillance du postpartum, utilisation d'ocytocine au cours du travail d'accouchement accouchement instrumental ou par manque de produits sanguins.

Cas d'atonie utérine: ces patientes sont décédées suite à un manque de produits sanguins ou accouchement dans un contexte de multiparité ou de dystocie.

Tableau XXIV : Prise en charge du cas de septicémie

Septicémie	Prise en charge
1 cas de septicémie post abortum	Groupage rhésus à l'admission Voie veineuse remplissage vasculaire ATB : (Ceftriaxone 2g en IV, elle est décédée avant son évacuation sur le CHU) 1g de Paracétamol en perfusion

Cette patiente est décédée suite à une consultation tardive après un avortement provoqué dans un contexte septique.

Tableau XXV: Prise en charge du cas de paludisme sur grossesse

Paludisme	Prise en charge
1 cas de Paludisme grave sur grossesse	Voie veineuse 600mg de quinine dans 500cc de sérum glucosé 10% (elle a reçu une dose avant son décès) 1g de Paracétamol en perfusion

Ce décès est lié à une consultation tardive dans notre service.

Tableau XXVI: Prise en charge des cas d'OAP

OAP	Prise en charge
2cas d'OAP	Voie veineuse Oxygénothérapie Sondage urinaire Furosémide en iv

Cas d'OAP :la première patiente est décédée par défaillance dans la surveillance post césarienne et un remplissage vasculaire excessif sur terrain d'anémie .

La seconde est décédée par consultation tardive dans notre service.

NB : elles sont décédées avant leur évacuation

Tableau XXVII: Prise en charge des cas d'HRP

HRP	Prise en charge
3 cas d'HRP grade II de Sher	Groupage rhésus pour 1 cas à l'admission Taux d'hémoglobine Voie veineuse Remplissage vasculaire Césarienne pour sauvetage fœtal Transfusion et du plasma frais congelé Perfusion d'ocytocine

- Transfusion et plasma frais congelé : 2 patientes ont reçu une poche de sang total (500 cc) et poche de plasma frais congelé et l'autre patiente n'a reçu qu'une poche sang total (500 cc)
- Ocytocine : perfusion continue d'ocytocine en raison de 20 UI dans un flacon de sérum glucosé (5%).
Ces patientes sont décédées soit par manque de sang ou une évacuation tardive dans notre service.

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le motif de la décision d'évacuer

Motif d'évacuation	Effectif	%
Etat hémodynamique instable	4	40,0
HRP	2	20,0
OAP+hémorragie et OAP +paludisme	2	20,0
Détresse respiratoire	1	10,0
Choc septique post abortum	1	10,0
Total	10	100,0

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon le moment du décès

moment du décès	Effectif	%
Pendant la grossesse	3	12,0
Post partum	22	88,0
Total	25	100,0

7. Causes du décès

Tableau XXX: Répartition des patientes selon les causes obstétricales directes des décès

Causes du décès	Effectif	%
Hémorragies du post partum	12	54,5
Rupture utérine	9	41,0
Choc septique	1	4,5
Total	22	100,0

Parmi les causes obstétricales directes les ruptures utérines et les hémorragies du postpartum ont été les causes les plus fréquentes (96,5%).

Parmi les 9cas de ruptures utérines 5 cas ont été évacuées dans notre service et 4cas chez qui l'extraction du nouveau-né a été faite après la laparotomie.

Tableau XXXI: Répartition des patientes selon les causes obstétricales indirectes des décès

Causes indirectes	Effectif	%
OAP	2	67,0
Paludisme sur grossesse	1	33,0
Total	3	100,0

Parmi les causes obstétricales indirectes l'OAP a été la plus fréquente (67%).

Tableau XXXII: Répartition des patientes selon la durée de séjour au CSRéf

Durée de séjour au CSRéf	Effectif	%
<6H	18	72,0
6-12H	7	28,0
Total	25	100,0

Le délai moyen était de 05heures avant décès.

8. Audit des décès

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon le cas audité

Cas audités	Effectif	%
Oui	22	88,0
Non	3	12,0
Total	25	100,0

Tableau XXXIV: Répartition des patientes selon l'évitabilité du décès

Evitabilité des décès	Effectif	%
Décès évitable	14	63,6
Décès non évitable	8	36,4
Total	22	100,0

Tableau XXXV: Etapes d'évitabilité du décès

A quelle étape ce décès était évitable	Effectif	%
Mauvaise surveillance	11	79,0
Lors du diagnostic	2	14,0
Lors du traitement	1	7,0
Total	14	100,0

Tableau XXXVI: Répartition de l'évitabilité du décès en fonction de l'agent de suivi

Qualité de l'agent de suivi de la grossesse	Evitabilité des décès		Total n(%)
	Oui n (%)	Non n(%)	
Gynécologue-obstétriciens	0(0)	1(100)	1(100)
Médecins généralistes	3(100)	0(0)	3(100)
Sage-femmes	7(58,3)	5(41,7)	12(100)
Infirmière obstétricienne	0(0)	1(100)	1(100)
Total	10(58,8)	7(41,2)	17(100)

Chi 2 :4,96

P=0,17

Tableau XXXVII: Répartition de l'évitabilité du décès en fonction de l'auteur d'accouchement

Auteurs d'accouchement	Evitabilité des décès		Total n(%)
	Oui n (%)	Non n(%)	
Gynécologue- obstétriciens	2(66,7)	1(33,3)	3(100)
Médecins généralistes	5(50)	5(50)	10(100)
Sage-femmes	4(66,7)	2(33,3)	6(100)
Etudiants	1(100)	0(0)	1(100)
Infirmière obstétricienne	0(0)	1(100)	1(100)
Total	12(57,1)	9(42,9)	21(100)

Chi 2 :2,62

P=0,62

Plus de la moitié soit 59,9% des patientes ayant été accouchées par un agent de santé qualifié étaient évitables.

Tableau :XXVIII : Répartition de l'évitabilité du décès en fonction du délai du décès

Délai	Evitabilité des décès		Total
	Oui	Non	
	n (%)	n(%)	n(%)
<6H	7(41,2)	10(58,8)	17(100)
6-12H	5(100)	0(0)	5(100)
Total	12(54,5)	10(45,5)	22(100)

Chi 2 :5,39 **P**=0,02

41,2% des décès auraient été évitables si délai inférieur à 6h contre 100% pour un délai compris entre 6h-12h.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-discussion méthodologique

Notre étude portant sur la place des audits des décès maternels au CSRéf CI a été faite sur un schéma d'étude de type rétrospectif.

Bien qu'elle se soit déroulée sur 6ans et eu égard à la qualité de l'archivage de la plupart de nos pays, notre travail a pu présenter quelques insuffisances. En effet les difficultés ont été rencontrées liées au fait que certains dossiers étaient mal remplis ou insuffisamment renseignés quant aux données des patientes. Par ailleurs dans certains cas les traitements n'étaient pas mentionnés sur les fiches de référence/évacuation. Malgré ces insuffisances dans le remplissage des dossiers et qui a pu entraîner un biais d'information, le schéma d'étude mis à route nous a permis de mener ce travail et d'aboutir à des conclusions scientifiques valables.

2-Caractéristiques socio-démographiques des patientes :

Notre taux de 78/100000 NV des décès maternels est trois fois inférieur à celui de KIRE B[6] qui a été de 263,95/100000 NV en 2008. Cette différence s'explique par le fait qu'il ait pris en compte dans ses critères d'inclusions aussi bien les décès survenus au CSRéf CI que ceux des patientes référées à partir du CSRéf CI vers d'autres services notamment les centres hospitaliers universitaires (CHU) du district de Bamako.

Le ratio de mortalité maternelle au Mali qui est de 368/100000 NV, selon la dernière enquête démographique reste encore élevé. Il s'agit d'une préoccupation aussi bien pour les acteurs de structures locales que national.

Beaucoup de dysfonctionnements relevés dans plusieurs études expliquent ces taux élevés.

Les caractéristiques socio-démographiques de nos patientes étaient variées. Nous avons aussi observé que plus de la moitié des patientes décédées étaient jeunes. Cette

tendance est observée par MALLE C K [7] dans une étude réalisée en 2008 au CSRéf V. En effet il rapporte 54,76% de décès maternels chez les femmes ayant un âge comprise entre 20 et 34ans. Sans que l'on puisse l'expliquer KIRE B [6] en 2008 rapportait un taux de décès dans cette tranche plus élevée (68,4%).

Dans une étude menée au Gabon sur les audits de décès maternels, les ratios de mortalité maternelle rapportés de 2005 à 2007 ont été respectivement de 298,248 et 245/100000 NV. Ces données de la littérature confirment les décès maternels encore élevés dans nos pays en développement notamment en Afrique justifiant ainsi la réalisation d'audits dans nos structures de soins.

Tous s'accordent cependant sur le fait que ces décès surviennent majoritairement chez les femmes mariées et paucipares. En effet le taux de décès des patientes ayant une parité comprise entre 2 et 4 varie de 48,2% chez [22,23] et 54,5% [21].

La consultation prénatale est un moyen de prévention des décès maternels à condition qu'elle soit faite selon les normes. Seules 16% de nos patientes décédées avaient été bien suivies. Dans les autres cas soit la consultation n'avait pas été faite (28%) soit le contenu de cette consultation si elle avait été réalisée était insuffisante (56%). Cette tendance est observée chez MALLE C K [7] et Maguiraga [22] qui rapportent respectivement 50 et 40% de grossesses mal suivies. Chez les patientes non suivies, les anomalies qui ont pu engendrer les décès n'ont pas été diagnostiquées conduisant ainsi à l'issue fatale.

3- Etat clinique et mode d'admission

L'évacuation obstétricale est un facteur péjoratif du pronostic maternel et foetal. Ceci est confirmé par le fait que près de 3 patientes sur 4 référées sont décédées (72%). Il en est de même chez KIRE [6] et Lankoandé [23] qui rapportent des taux de référence des patientes supérieurs à 50%. Nos patientes étaient majoritairement référées des Cscm où la prise en charge initiale a été effectuée avant le transfert. Mayi- TSONGA [24] au Gabon rapporte 13% des patientes référées des

centres de santé de soins périphériques. Parmi elles 61,5% étaient décédées à l'admission et 38,5% étaient arrivées dans le centre dans un état de choc hémorragique.

Parmi les patientes évacuées dans notre service 24% avaient un état général moyen et 20% un état général altéré. Les principaux moyens de transport ont été des véhicules privés ou collectifs. Dans 28% des cas le moyen de transport utilisé était une ambulance. Aucun de ces moyens n'était médicalisé et les soins prétransferts (remplissage vasculaire et antibiothérapie n'étaient pas faits dans tous les cas). La majorité des patientes ont été évacuées par des sage-femmes contre seulement 11% par un médecin, 16% par un étudiant et 5,5% par une infirmière. Donc cette variabilité des agents de santé intervenant dans la prise en charge des patientes dans nos structures n'est pas toujours bénéfique. Nous remarquons en effet que dans près du quart des cas l'évacuation a été faite par un étudiant. Ceci pose le problème soit de la pertinence de l'évacuation soit les conditions préalables avant le transfert des patientes dans notre structure.

La qualification de l'agent de santé responsable de la prise en charge initiale, les distances entre les structures qui réfèrent et le CSRéf CI et la qualité des moyens de transport ainsi que l'organisation du service d'accueil constituent des facteurs indaignables pouvant influencer sur le pronostic maternel.

Le temps moyen mis entre l'admission de la patiente et le début du traitement curatif au centre hospitalier de Libreville a été de 8,2 plus ou moins 12,5 heures avec des extrêmes de 30 minutes et 48 heures.

4-Causes du décès

Quatre vingt huit pour cent (88%) des patientes étaient décédées de causes obstétricales directes dominées par les hémorragies du post partum (plus de la moitié des cas), la rupture utérine, choc septique ; les causes obstétricales indirectes n'ayant occupé que 12%.

Au Gabon 30,4% des décès étaient liés à une hémorragie du post partum immédiat suivi de l'éclampsie et des avortements provoqués dont les taux respectifs ont été de 26,3% et 25%. Les principales causes indirectes de décès maternel ont été l'OAP et le paludisme tandis que pour Mayi-TSONGA [24] l'infection par le VIH/SIDA occupait le premier rang avec 6,5%.

5-Période de survenu du décès :

Quatre vingt huit pour cent (88%) des décès ont été constatés dans le postpartum .Il s'agit des patientes qui ont accouché à domicile et dans un CSCom dans respectivement 5, 6% des cas. Cependant plus de 8 patientes sur 10 avaient accouché dans notre structure. Ces résultats dénotent une insuffisance dans la prise en charge des femmes pendant le travail et surtout dans les suites de couches constituent une période à haut risque de décès et donc nécessitant une surveillance accrue des patientes lors des 6 premières heures après l'accouchement comme le recommandent l'OMS et les normes et protocoles du Mali.

Dans notre service 18, 2% des patientes n'avaient pas bénéficié de cette surveillance ce qui explique ainsi le taux élevé de décès dans le postpartum. Le décès était survenu dans près du 1/3 des cas entre la 6^{ème} et la 12^{ème} heure après l'admission.

6-Evitabilité du décès :

Sur les 25 décès constatés 22 ont fait l'objet d'audit clinique soit 88%. Le décès a été considéré évitable dans 63,6% des cas. En tenant compte des antécédents, nous remarquons que 12% des patientes avaient un antécédent d'hypertension artérielle 20% avaient été césarisées. Ces facteurs ont constitués notamment pour les utérus cicatriciels un facteur de risque. En effet sur les neufs cas de décès liés à la rupture utérine, 4 avaient un utérus cicatriciel. Par ailleurs nous constatons non seulement des ruptures utérines qui sont survenues au décours d'accouchement avant le transfert dans notre service mais aussi chez les patientes dont le travail d'accouchement s'est déroulé dans notre service posant ainsi la problématique de la surveillance du travail

d'accouchement par un agent qualifié à l'aide du partographe. Plus de la moitié des décès des patientes dont la grossesse avait été suivie par une sage-femme était évitable. Les 2 décès enregistrés au décours du suivi de la grossesse par un gynécologue-obstétricien et par une infirmière obstétricienne sont liées à des causes non évitables.

En ce qui concerne l'accouchement, plus de la moitié des patientes ayant été accouché par un agent de santé qualifié (57,9%) avaient un décès lié à une cause évitable.

Tous les décès survenus dans un délai de 6 à 12h étaient évitables contre 41,2% si le délai est inférieur à 6heures.

Les principaux facteurs qui ont concouru à ces décès sont la non disponibilité des produits sanguins, l'insuffisance de surveillance tant pendant la grossesse, le travail et les suites de couches et l'insuffisance de la qualité de la référence/évacuation dans le district de Bamako.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII.1- CONCLUSION

Ce travail sur l'audit des décès maternels dans notre service nous a permis d'envisager de dire pourquoi ces femmes ont payé au prix de leur vie pour donner naissance. Il n'a pas pour objectif de contrôle d'inspection ni un procès, ni d'être un instrument de sanction. Il permet d'apporter une aide simple et rigoureuse pour mener à bien une réflexion sur des problématiques identifiées au service. C'est une démarche qui aboutit à des solutions concrètes émanant des professionnels confrontés aux réalités quotidiennes du service.

Le combat contre le décès maternel risque d'être un combat difficile à gagner, si les choses ne changent pas. Des décès incriminant les personnels soignants ou par manque de sang voir par manque de suivi mérite une réflexion.

La tranche d'âge (20-34) et les paucipares étaient les plus touchées.

Les principaux facteurs de risque retrouvés ont été: certaines pratiques néfastes, absence de CPN le manque de sang et ses dérivées et la défaillance du système référence/évacuation. Les principales causes retrouvées étaient : Hémorragies (84%), l'OAP (8%), chocs septiques(4%) et paludisme sur grossesse(4%).

VII.2- RECOMMANDATIONS

Cependant, nous osons croire que la mortalité maternelle loin d'être une fatalité, pourrait être réduite considérablement par les efforts conjugués des uns et des autres, surtout avec des nouvelles approches telles que les audits au service des prestataires de la santé. Il s'agit donc d'un déficit à relever.

C'est pourquoi nous allons formuler quelques recommandations

1. Au Directeur régional de la santé :

- Engager une politique de sensibilisation rigoureuse des populations par le personnel qualifié, les médias, et les élites locales pour une meilleure adhésion aux consultations prénatales et à la planification familiale.
- Renforcer les campagnes de sensibilisation pour le don de sang pour que toutes les structures de santé du deuxième niveau puissent être dotées des mini banques de sang bien fournies.

2. Au médecin chef du CSRéf CI :

- Elaborer des protocoles standards de diagnostic / traitement et de soins obstétricaux d'urgence et surtout les arbres de décision puis les afficher au niveau du service des maternités.
- Exiger les séances d'audit régulières et l'application de ces recommandations.
- Assurer la disponibilité des médicaments d'urgences.

3. Aux prestataires de service de santé :

- Assurer un meilleur système d'évacuation en respectant les gestes élémentaires, tels que la prise d'une voie veineuse sûre et efficace ; remplir la fiche de référence/évacuation correctement ; remplir de façon adéquate le partogramme.
- Inciter sur le changement de comportement IEC/CCC

4. A la population :

- Eviter les accouchements à domicile.
- Faire régulièrement les CPN, tout en obéissant les conseils et les prescriptions pendant ces CPN.

- Espacer les naissances d'au moins d'un minimum de deux ans entre les grossesses par la planification familiale.
- Faire davantage des dons de sang volontaire/bénévoles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. BIBLIOGRAPHIE

- 1- Organisation Mondiale de la Santé :** Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10^{ème} révision; Vol1. Genève 1993; P=130.
- 2- Dr Deldou E :** Projet d'implantation d'audit clinique au niveau de la maternité de l'hôpital de Hassan II de Settat en 2004-2006. P=107
- 3-Goorden T:** La semaine mondiale de sensibilisation de la population : sauvons des vies de femmes. Journal du médecin N. 1235- Vendredi 14 Janvier 2000
- 4-Campbell O, Ronsmans C.** Verbal autopsies for maternal deaths: Report of a WHO workshop, London, 10-13 January 1994. Genève, Organisation mondiale de la santé 1995 (document WHO/ CDS/ CSR/ ISR/ 99.4). P=126
- 5- EDSM IV :** Enquête démographique et de santé du Mali. Mai 2013 ; rapport préliminaire. P=76.
- 6- Kire B:** Audit des décès maternels en établissement de soins au centre de sante de la commune I de 2005 à 2006 .Thèse Med.2008 ; Bamako. P=97.
- Goodburn E,Campbell O:** British medical Journal April 2001 N.322 p.917-920,
- 7- Mallé C K :** Audit des décès maternels au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 42 cas .Thèse Med 2008-P=79
- 8-Jean charles B et Bouquin H :** Audit opérationnel. Édition economica, Paris 2000. P=78
- 9- Laraqui H.M.** L'audit interne : opérationnel et pratique, fondement et technique, collection AUDITOR, 1999. P=116
- 10-Fessler J et Geffroy L R :** l'audit à l'hôpital, les éditions ESF, Paris 1988. P=117
- 11-Collins L et Benjelloun,** l'audit interne, les éditions Toubkal, Cassablanca 1994. P=99
- 12-Collins L et gerard Valin,** audit et contrôle interne, édition Dilloz 1992. P=92
- 13- Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES),** réussir un audit clinique et son plan d'amélioration, juin 2003. P=76

14-Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), l'évaluation des pratiques professionnelles en médecine, l'audit médical, mars 1993. P=94

15- Renard J : théorie et pratique de l'audit interne. Édition d'organisation, Paris 2000. P=115

16- Collin B, Wendy G, l'audit clinique : comment tirer des enseignements d'études de cas systémique évalués sur la base de critères explicites, 2000. P=100

17- Batude Danielle, l'audit comptable et financier, édition Nathan, Paris 1997. P=105

18-Au delà des nombres : examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liées à la grossesse.

19- Ministère de la justice du Mali : Loi d'orientation sur la santé.

Article 47 N°02 - 049/du 22 juillet 2002. P=66.

20- MS, direction des hôpitaux et des soins ambulatoires, audit clinique, édition 2005. P=112

21- Samaké S : Mortalité maternelle et anesthésie- et réanimation dans les services de gynécologies obstétriques de l'HPG, HGT et CSREF CV

Bamako : Université de Bamako, 2004- P=100.

22- Maguiraga M : Etude de la mortalité maternelle au Mali, causes et facteurs de risque au CSREF CV en 2005. Thèse de Med. 2005- Bamako. P=98.

23-Lankoandé J; Ouedraogo CH et all : Mortalité maternelle à la maternité de centre hospitalier national de Ouagadougou (Burkina Faso) à propos de 123 colligés en 1995 Med d'Afrique Noire : 1998. P=187.

24-MAYI-TSONGA S : Audit de la morbidité obstétricale grave "near miss" au Gabon .clin.Mother child health 2007 ;P=717

ANNEXES

IX Annexes

Fiche d'enquête audit DECES MATERNELS 2009 /2014

N° de dossier.....

Identification de la femme

1- Nom.....

2- Prénom.....

3- Age.....

4 Profession.....

5- Résidence..... /_ /

1- Quartier/_ /

2 – Commune 1

3- Hors Aire

6- Statut matrimonial..... /_ /

1- mariée 2- célibataire 3- Veuve 4- divorcée

7- Niveau d'instruction..... /_ /

1- non scolarise 2- niveau primaire 3- niveau secondaire 4- niveau supérieur

Antécédents

8- **Antécédents médicaux**..... /_ /

1- HTA 2- Diabète 3- drépanocytose 4- VIH 5- Inconnu 6-Aucun

9- **Antécédents chirurgicaux**..... /_ /

1- césarienne 2- rupture utérine 3- occlusion intestinale

4- laparotomie pour GEU

5- Appendicite

6- Autres 7-aucun

10- Antécédents Gynécologiques

10a- Date des dernières règles /_ /

1-connu 2-inconnu

10b-cycle..... /_ /

1-régulier

2-irrégulier

11- Antécédents obstétricaux

11a-Gestité..... /_ /

1-primigeste 2-pauci geste 3-multigeste 4-grande multigeste

11b- Parité...../_/

1- Nullipare 2- Primipare 3- Paucipare 4- Multipare 5- Grande multipare

11c- Consultation prénatale..... /_/

1- Oui 2- Non

11d- Si oui Nombre de CPN..... /_/

1 = 1 2= 2-4 3> 4

11^e- Nombre d'enfants vivants /_/

1 = 0 2= 1-4 3= ≥ 5

Facteurs de risque à l'entrée

12- Dystocies /_/

1=Mécaniques 2=dynamiques

13- Hémorragie..... /_/

1= Oui 2=non

14-Utérus Uni ou Multicatriciel /_/

1-unicatriciel 2-multicatriciel

15-H TA..... /_/

1=Légère 2=modérée 3= sévère

16- Anomalie de la présentation..... /_/

1= transversale 2=Siege 3- Autre à préciser

17- Température..... /_/

1=fébricule 2= hyperthermie

18- Durée de travail..... /_/

1= <6H 2= 6-12H

19- Etat de conscience.....Score de Glasgow /_/

1 = lucide 2 = obnubilée 3= coma 4= choc

Mode de REFERENCE

20. Venue d'elle-même /_ /
1=oui 2=non
- 21- femme référée..... /_ /
1= Oui 2= Non
- 21a- Si Oui par..... /_ / 1= médecin 2- Sage femme
3= Infirmière 4= non précisée
- 22- temps écoulé entre la référence et l'arrivée au service..... /_ /
1= moins 1 heure 2= 1-2h 3= + 2h
- 23- Genre d'établissement de santé qui a référé la patiente..... /_ /
1= CSCOM 2= CSRéf 3= Clinique 4= Cabinet 5= Autres
- 24- Supports ou documents de référence..... /_ /
1= fiche de référence 2= sans fiche de référence
3= partogramme 4= sans partogramme 5= partogramme +fiche
- 25- Moyen de transport utilisé pour se rendre à l'établissement de santé /_ /
1= Véhicule privé 2= Ambulance 3= Véhicule collectif 4= la patiente à
marché
5= Moto 6- Autres
- 26- Durée de séjour de la patiente dans l'établissement de santé qui l'a référé..... /_ /
1= Moins de 04 h 2= 04 à 06 h 3= plus de 06 h
- 27- Motif de référence..... /_ /
27a= Causes directes /_ /
1=HTA et complications 2=Hémorragies 3=Infection 4=Les dystocies
5=Les complications des IVG 6-Autres
- 27b- Causes Indirectes /_ /
1=Palu et grossesse 2=VIH et grossesse 3=Drépanocytose et grossesse
4=Anémie et grossesse 5= Cardiopathie et grossesse 6=Autres
- 28- Qualité de suivi de la grossesse**
- 28a- Echographie /_ /

1= oui 2= non

28b- VAT...../_/

1= oui 2= non

28c- Qualité de l'agent de suivi...../_/

1= SF 2= médecin généraliste 3= gynécologue 4= infirmière
obstétricienne

5= aide soignante 6= autres

ETAT DE LA PATIENTE A L ARRIVEE AU CSREF CI

29- Examen Général

29a- Etat Général/_/

1= mauvais 2- Bon

29b-Signes fonctionnels...../_/

1= Douleur 2= vertige 3= Autres

Signes généraux et physiques

29c- TA Chiffrée

29d- Conjonctivites...../_/

1= pales 2= colorées

29e- Pouls.....

29f- Température

30 Examen obstétrical

30a Hauteur utérine...../_/

1=normale 2=excessive

30b- BCF...../_/

1=normal 2=tachycarde 3=bradycarde 4=absent

30c- palpation abdominal : axe de l'utérus/_/

1= longitudinal 2= transversal 3=oblique

30d- contraction utérine...../_/

1= oui 2= non

35-Qualification de L'agent qui a fait la Prise en Charge...../_/_/

1-Médecin Spécialiste 2--Médecin Généraliste 3-Sage femme 4-Etudiants

5-SF stagiaires 6-Autres

36- Types d'accouchement...../_/_/

1= normal 2= instrumental 3= césarienne 4= autre à préciser.....

37- Diagnostic retenu à l'entre au CSRef CI.....

38- Traitement ou - Prise en charge de la patiente au CSRéf CI pendant la grossesse

ou apres l'accouchement/_/_/

1=Groupe Rhésus en urgence 2=Tx d'Hb 3=Remplissage vasculaire

4=Transfusion sanguine (.....) 5=Ocytocine 6=Anti HTA

7=Révision utérine 8=Anti Convulsif 9=Accouchement normal

10=Délivrance artificielle 11=accouchement instrumental 12=Laparotomie

d'urgence

13=Hystérectomie 14=Césarienne d'urgence 15=Salpingectomie

16=1+2+3+4

17=15+13 18=Autres préciser

39- Décision d'évacuer la patiente vers le CHU

1= Oui 2= Non

39a-Si oui préciser le motif.....

DECES

40-date de décès..... Heures.....

41- Moment du décès...../_/_/

1= Anté partum 3= Post partum

41a- Décès en salle d'accouchement...../_/_/

1= oui 2= non

41b- Décès au bloc opératoire...../_/_/

1= oui 2= non

41c- Décès en hospitalisation...../_/_/

1= oui 2= non

41d- Décès en salle d'urgence...../_/_/

1= oui 2= non

42- Causes du décès.....

43- Durée de séjour au CSRéf CI...../_/_/

1= moins de 6 H 2= 6-12H 3= 12-24H 4= plus de 24H

44-Cas audité/_/_/

1=oui 2=non

Si oui/_/_/

1=Décès Evitable 2=décès inévitable

45-A quelle étape ce décès était évitable...../_/_/

1=Examen clinique 2=Lors du diagnostic 3=Lors du Traitement

4=Par absence de césarienne ;ou bloc opératoire non disponible

5=Par absence de surveillance ou traitement inadéquat 6=Equipe de Garde pas sur place

7=Autres étapes à préciser

46-Recommandations formulées/_/_/

1=Mises en Œuvre ou Implantées

2=Non Mise en Œuvres.....Pourquoi

Les différentes fiches lors de la séance d'audit

1. Fiche d'audit de décès maternel

(À remplir pour chaque cas de décès maternel enregistré dans la structure et l'annexer au rapport de la séance d'audit de décès maternel)

Identification 1- Nom de la structure de santé :

2- Numéro d'identification de la patiente (no. dans le registre de décès maternel)_____

3- Date de naissance de la patiente : - - 4- Date du décès : : -
 -

I- Résumé du cas: *Reconstituer le cours des événements (itinéraire et prise en charge de la patiente) en s'aidant du répertoire de questions-clés de la grille d'analyse*

1-Avant l'admission :

2-A l'admission

3-Diagnostic

(Suite) Numéro d'identification de la patiente (no. dans le registre de décès maternel) :

4-Traitement :

5-Suivi du traitement :

6-Tenue des dossiers

(Suite) Numéro d'identification de la patiente (no. dans le registre de décès maternel) :

II Résumé du cas avant la séance d'audit :

III Résumé du cas audité :

- 1- Les principaux problèmes identifiés dans la gestion du cas
 - Personnel (qualification, compétences, disponibilité, attitude, communication)
 - Médicaments (disponibilité, accessibilité)
 - Équipement (disponibilité, accessibilité, fonctionnel)
 - Protocoles (existence, disponibilité, appropriation, utilisation)
 - Gestion, organisation des soins
 - Patiente et sa famille (accessibilité aux soins, responsabilité, croyances)
 - Autres :

- 2- Points positifs dans la gestion du cas

(Suite) A remplir après avoir audité le cas de décès maternel Numéro d'identification de la patiente :

IV Conclusion :

a- Quelle a été la conclusion du comité d'audit ?	Cause obstétricale directe 1 Cause obstétricale indirecte 2 Cause non obstétricale 3 Cause inconnue 4	
--	---	--

b- Quelle est, la cause du décès?		
c- Si cause obstétricale, le décès a-t-il été considéré comme évitable ?	Évitable 1 Inévitable 2	
d- À quelle étape (Plus d'une réponse possible), préciser :	Examen d'entrée 1 Lors du diagnostic 2 Au cours du traitement 3 Par absence de traitement 4 Par manque de surveillance 5 Par absence de césarienne 6 Autre 7	
e- A quelles conditions le décès était-il évitable ?		
V- Recommandations et personne (s) responsable(s) de la mise en œuvre		
Catégories	Recommandation(s)	Responsable(s) mise en œuvre
Infrastructure Ex. Aménagement de la salle d'opération		
Équipement Ex. Réfrigérateur pour banque de sang		

<p>Médicament et matériel Ex. Assurer la disponibilité des médicaments 24h par jour.</p>		
<p>Personnel soignant ou de soutien Ex. Recruter quatre infirmières-</p>		
<p>Gestion Ex. Former du personnel pour la gestion de la banque</p>		

2. Fiche de rapport de la session de partage

Nom de la structure de sante: _____

Nom du leader d'opinion qui a mené la session : _____

Date de la session : _____

Sujet(s) traité(s) : _____

Décrire le plan et la méthodologie de la session par exemple : 'cours magistral, atelier, discussions de groupe etc.).

Liste des participants :

	Nom, prénom	Profession (fonction dans l'établissement)	Sexe
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10			
.			

Une brève description des résultats en général (est-ce que tous les participants ont bien saisi le sujet?)

Commentaires des participants

(groupe) _____

Conclusion : fournir des recommandations spécifiques pour les prochains cours.

3. Rapport de la séance d'audit de décès maternel

I-Nom de la structure de santé : _____

Date de la séance d'audit (jj/mm/aa) : / /

Nombre de personnes présentes pendant la séance :

Catégorie de personnel (nombre) : Médecins Sages-femmes Infirmiers(e)s

Étudiants Personnel administratif Autre personnel :
préciser _____

Rapport d'audit rempli par (Président de séance) :

_____ Fonction dans l'équipe _____

Vérification de la mise en œuvre des recommandations de la séance antérieure : fait

Est-ce que toutes les recommandations ont été mises en œuvre? Oui Non

Si non, pourquoi?

Indiquer quelles recommandations n'ont pas été mises en œuvre :

Quels sont les mesures à prendre pour que les recommandations soient mises en œuvre? _____

(Suite)

II-Liste de nouveaux cas :

	Code de dossier (no. dans le registre des décès maternels)	Cause présumée de mortalité (avant séance d'audit)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

4. Calendrier des sessions de partage

Nom de la structure de santé :

Date	Thèmes	Observations

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : Zoumana

Titre de la thèse : Audit des décès maternels 2009-2014 au centre de santé de référence de la commune I de Bamako.

Année universitaire : 2014 - 2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynéco obstétrique.

RESUME :

Il s'agit d'une étude rétrospective allant sur une période de 6ans, du 1^{er} Janvier 2009 au 31 Décembre 2014 au CSRéf CI. Elle concernait l'audit des décès maternels. Nous avons enregistré 76234 cas de grossesse et 31765 cas d'accouchement pendant la période d'étude dont 25 cas de décès maternels soit une fréquence respective de 0,03% de décès par grossesse et 0,07% de décès par naissance.

La tranche d'âge (20-34) et les paucipares étaient les plus touchées.

Les principaux facteurs de risque retrouvés ont été: certaines pratiques néfastes, absence de CPN le manque de sang et ses dérivées et la défaillance du système référence/évacuation. Les principales causes retrouvées étaient : Hémorragies (84%), l'OAP (8%) chocs septiques(4%) et paludisme sur grossesse(4%).

L'audit est une démarche qui aboutit à des solutions concrètes émanant des professionnels confrontés aux réalités quotidiennes du service.

Il nous a permis de situer dans certains cas, les circonstances dans lesquelles ces femmes ont payé au pris de leur vie pour donner naissance.

Mot-clé : Décès maternels, Audit.

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.