

Mai 2016

Vers une appropriation des audits de décès au CHD Mono

Auteurs : Dr. KAHOUI Flavien, Chirurgien au CHD, HOUNKPE Annie, Sage-femme au CHD et AKPO Alphonse, Secrétaire des Services Administratifs à la DDS Mono.

Introduction

La prévention des décès maternels est une priorité internationale de santé. Ainsi, le Bénin s'est engagé dans les stratégies qui y sont relatives au niveau des services de santé maternelle. Mais, depuis longtemps, les résultats obtenus sont peu satisfaisants car les femmes continuent de mourir en nombre et pour des causes évitables.

Conformément à l'arrêté ministériel N° 096/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/DRFM/DNEHS/DNPS/DSME/SP-C du 06 Mai 2013, le Centre Hospitalier Départemental (CHD Mono) a démarré, en 2013, l'organisation des audits de décès. Depuis lors, un comité est mis en place et assure le fonctionnement de l'approche qui s'étend progressivement à tous les services du CHD. Malgré des difficultés inhérentes, la régularité dans l'organisation des activités et l'apprentissage continu de la pratique de l'audit de décès présagent que le CHD est sur la bonne voie pour l'amélioration de la qualité des soins. La présentation de cette expérience est articulée autour du contexte, de la stratégie opérationnelle et des résultats et effets induits.

Contexte

L'organisation des audits de décès a une histoire à travers le monde. Au Bénin, c'est de 1999 à 2001 qu'une première expérience a été réalisée dans ce domaine dans trois (03) hôpitaux du pays¹. Mais son succès fut mitigé en raison de sa brièveté. La nouvelle expérience, généralisée dans tout le pays, se fait désormais suivant les normes adoptées mais avec des pratiques différentes au regard des contextes et des contingences.

De par son statut de centre de référence de deuxième niveau, le CHD Mono enregistre beaucoup de cas critiques provenant essentiellement des quatre hôpitaux de zone. En 2010 et 2011, malgré la faible fréquentation décriée par les autorités hospitalières, le nombre de décès enregistrés au CHD fut respectivement de 272 et de 513 cas dans le service de la maternité. Ce qui est très élevé. Malheureusement, aucune notification de ces décès n'a été réalisée et documentée. Ce mutisme statistique ne favorise pas une analyse pour des mesures à prendre en vue de leur correction. Toutefois, les causes de décès maternels évoquées au Bénin par certains auteurs peuvent se résumer dans la figure à la page suivante.

Le Projet d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires.

Le projet "Appui au Renforcement des Zones Sanitaires du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga - PARZS" vise l'amélioration de l'accessibilité des populations des zones sélectionnées, en particulier des groupes les plus vulnérables, à des soins de santé de qualité. En dehors des directions départementales de la santé, le projet appuie cinq Zones de Santé, dont trois dans le Mono-Couffo et deux dans l'Atacora--Donga. Il s'agit d'un projet de renforcement systémique des niveaux décentralisés des deux départements dont la particularité est qu'il intègre le développement des volets de l'offre et de la demande de services et soins.

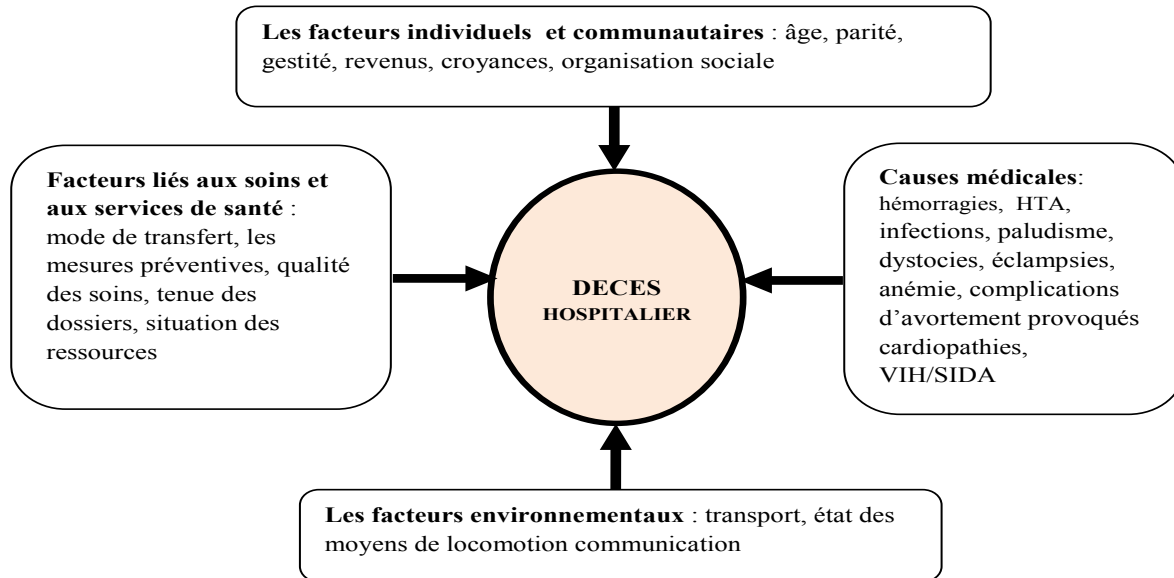
Mis en oeuvre du 1er octobre 2010 au 30 septembre 2014, le PARZS a contribué à renforcer la qualité de l'offre des soins et la gestion et la gouvernance du secteur au niveau local dans les zones appuyées.

Démarré en 2014, le Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS Sourou) a pris le relais du PARZS en poursuivant l'accompagnement et le renforcement du secteur. C'est dans ce cadre que le PASS Sourou a appuyé la rédaction et l'édition des documents de capitalisation des expériences réalisées au CHD.

1 Les trois hôpitaux sont : Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant (CHU-ME) à Cotonou, Centre Hospitalier Départemental (CHD) Ouémé à Porto-Novo et Hôpital de Zone (HZ) d'Aplahoué dans le Couffo



Figure N° 1 : Facteurs conduisant aux décès maternels



La figure met en jeu plusieurs facteurs influençant la mortalité maternelle. Ils sont d'ordre médical et environnemental, liés aux soins, aux services de santé et aux patients. Cela fait donc intervenir les professionnels de santé, la famille, la communauté et la société, mais aussi le niveau politique.

A partir de 2010, l'intervention du Projet d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires (PARZS) du Mono-Couffo a amorcé le processus d'accompagnement du CHD Mono. Cette intervention a été renforcée par l'arrêté ministériel de mai 2013 qui a institué des audits de décès maternels et néonataux obligatoires dans les services de maternité et de pédiatrie. Ces deux opportunités ont été saisies par le CHD pour mettre en place un comité d'audit pour assurer le processus d'audit des décès.

L'objectif de l'organisation des audits de décès au CHD Mono vise donc à rechercher les dysfonctionnements ayant conduit aux décès et à les analyser afin de proposer des mesures correctives pour réduire les taux de mortalité élevés. De façon spécifique, il s'agit d'apprécier le niveau des dysfonctionnements (changement d'attitudes, de comportements et des pratiques au niveau des services de santé), assurer les contre-références et le rôle de formation des prestataires internes et externes au CHD. Ainsi, l'audit de décès est orienté sur le personnel, l'administration, les ressources matérielles, mais aussi les structures de référence, les familles et la communauté de la victime.

Description de l'expérience.

La pratique de l'audit de décès tient compte des termes de référence, déjà définis, servant de guide à l'utilisation de documents et de fiches précis (voir annexe). L'audit de décès se réalise au niveau du CHD Mono à travers plusieurs étapes.

1. La mise en place du comité

La mise en œuvre de l'organisation des audits de décès au CHD a été soutenue par le PARZS au regard de sa pertinence, de son urgence et du respect du principe de l'alignement des interventions bénino-belges. Ainsi, une série de formations

sur les audits a été réalisée au profit du personnel du CHD entre mai et juin 2013. Ces formations ont servi de cadre de communication entre les autorités administratives du CHD Mono et les différentes catégories de personnel sur l'importance et la place des audits dans la qualité des soins hospitaliers. Elles ont été suivies par la note de service N° 650/13/CHD-M/SAAE/SD du 12 juin 2013 prise par la Direction du CHD Mono qui a formalisé la mise en place d'un comité d'organisation des audits au sein du CHD. Ce comité est composé d'onze membres provenant de certains services et divisions du CHD et de la DDS ainsi que d'un acteur du secteur privé. Le rôle du comité consiste à tenir les réunions périodiques de l'audit de décès par service de manière à ce que chaque décès soit passé aux cribles pour en situer les vraies causes. Les procès verbaux adressés à l'autorité permettent ensuite des prises de décision.

2. L'organisation des activités du comité d'audit

L'arrêté ministériel N° 096/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/DRFM/DNEHS/DNPS/DSME/SP-C du 06 Mai 2013 stipule que les décès à la maternité et à la pédiatrie sont notifiés à l'administration de la DDS dans les 24 heures suivant le décès. Dans ce cas, le service concerné programme, de concert avec le comité, la tenue de la réunion d'audit dans les trente jours qui suivent le décès. De façon pratique, le surveillant du service concerné élabore un dossier clinique qui décrit, entre autres, les conditions de décès, le diagnostic posé, le traitement prévu et effectué, les délais de traitement et les raisons de retard.

Quant au Service social du CHD, son représentant assure le lien avec la famille du défunt pour rédiger le dossier social qui complète le résumé du dossier clinique établi par le surveillant. La programmation mensuelle des audits est établie à la réunion mensuelle du Comité de Direction (CODIR) avec un compte-rendu au prochain CODIR. Cela participe d'une bonne préparation des séances d'audit au CHD Mono. En plus des membres du comité, sont invités aux séances d'audit, des agents du service impliqués dans la prise en charge des cas et des personnes ressources au besoin. Cette mesure vise un bon échange et une analyse de tous les aspects de la situation.

Au cours des réunions, les membres du Comité procèdent à



la distribution des rôles et au rappel de l'esprit et des objectifs d'audit. Les procédures de réunions sont suivies pour une participation efficace de tous, dans le respect des principes. Le dossier de décès est apprécié à travers les questions de la grille d'analyse d'audit, accompagné de discussions et de synthèses pour obtenir un rapport d'audit. Les dysfonctionnements identifiés suscitent des mesures correctives appelées recommandations adressés au niveau de chaque acteur bien défini. Cela a conduit le comité à élaborer un plan d'action contenant des recommandations à la charge des responsables et des personnes impliquées à différents niveaux. Les acteurs concernés sont composés de la Direction Départementale de la Santé (Direction Départementale de la Santé (DDS), de l'Administration Hospitalière et des Services Techniques du CHD, des Hôpitaux de Zone, de la Famille et de la Communauté avec des échéances prédéfinies.

3. Le suivi des recommandations des audits

Le suivi des recommandations des audits passe par la vérification de la mise en œuvre du plan d'action du précédent audit. Cette vérification se fait au début de la nouvelle séance d'audit. Il se dégage qu'au CHD, la pratique de l'audit se fait dans sa majeure partie conformément aux textes règlementaires. La participation et l'engagement de l'administration et de plusieurs services ont contribué à l'obtention de certains résultats.



Photo n°1: Séance du Comité d'audit.

Résultats

Les résultats obtenus au cours de cette expérience peuvent être organisés en quatre points.

Premièrement, on observe une meilleure disponibilité des données sur les décès hospitaliers. Plus que par le passé, on note un enregistrement de tous les cas de décès au niveau de la surveillance générale du CHD. Désormais, chaque service signale ses cas. Au-delà des services de la maternité et de la pédiatrie où les audits sont institutionnalisés, d'autres services s'intègrent progressivement dans le processus pour une analyse plus complète des cas de décès. C'est le cas de la chirurgie et de la médecine. Après vingt-quatre mois d'expérience des audits au CHD Mono, de juin 2013 à juin 2015, cinquante-cinq (55) dossiers de décès (dont 1 near miss) ont fait l'objet de séances d'audit. La répartition des dossiers audités dans les différents services se présente comme suit : 19 dossiers à la maternité, 18 dossiers à la chirurgie, 12 dossiers à la médecine et 6 dossiers à la pédiatrie.

Deuxièmement, on note une meilleure connaissance des dysfonctionnements. Pour les cas de décès maternels, l'analyse des dossiers a permis de confirmer des dysfonctionnements dans les trois niveaux précités à savoir les soins et services de santé, la patiente et la communauté et les causes médicales directes et indirectes. En effet, l'expérience a permis d'identifier plusieurs causes liées au décès hospitalier : le retard de la décision à référer au CHD, la mauvaise organisation de la référence, l'absence au poste du personnel et la non identification des cas d'urgence à la réception. Mais il y a également le retard à poser le diagnostic ou le mauvais diagnostic, l'absence des examens complémentaires et le retard dans la prise de décision qui conduisent à un traitement inadéquat. Les échanges sur la mauvaise organisation des surveillances ont conduit à la prise de recommandations pour améliorer la qualité des services et des soins aux patients.

Troisièmement, l'audit constitue un outil à la formation continue. L'audit de décès est devenu un outil à l'amélioration de la qualité des soins. La participation des différents membres des services concernés constitue un creuset d'échange et de formation continue des agents à analyser les dossiers pour la qualité des prestations. Les réunions du comité facilitent l'implication des cliniciens et gestionnaires aux cotés des responsables de la planification en vue de la mise en œuvre d'actions durables. Les réunions sont donc des foyers de rappel des bonnes conduites en terme de communication, de mesures à prendre et de comportements vis-à-vis des usagers de soins. La flotte téléphonique y contribue également beaucoup.

Enfin, quatrièmement, on observe une appropriation progressive du processus d'audit. Après deux ans d'expérience, la pratique de l'audit de décès et les différentes séquences de son déroulement sont de plus en plus maîtrisées par les membres du Comité d'Audit et par plusieurs agents des services impliqués. Elle suscite une prise de conscience et une motivation pour la prise en charge adéquate des cas. Cependant, des efforts restent à faire notamment dans la mise en œuvre des recommandations tant par les structures hiérarchiques que par les différents services techniques.

Limites

Les différentes unités du CHD s'investissent à faire périodiquement les audits. Néanmoins, des efforts restent à faire au niveau des services de médecine et de pédiatrie. L'audit de tous les cas de décès n'est pas encore une réalité. De même, la fréquence mensuelle régulière des audits par service n'est pas toujours suivie, à cause des planifications reportées pour d'autres urgences. Par ailleurs, le suivi des recommandations au niveau de la communauté et des familles nécessite plus de ressources et paraît assez complexe. Jusqu'à ce jour, le CHD n'a pu s'essayer en la matière qu'à travers des actions de sensibilisation au niveau des médias de proximité. Il en est de même pour les cliniques privées dont le respect de la réglementation et la collaboration échappent au seul CHD Mono. Enfin, l'état actuel de la documentation de l'expérience ne permet pas encore d'apprécier objectivement l'amélioration de la performance des prestataires en santé maternelle et néonatale. Cela, malgré une meilleure connaissance des mécanismes ayant conduit à la perte de la cliente et l'effet des recommandations



sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. En effet, des problèmes au niveau des services statistiques empêchent une évaluation chiffrée.

Perspectives

A cours terme, le CHD entend développer de nouveaux outils pour un meilleur suivi des recommandations par les différentes parties prenantes. Cela va permettre une bonne appropriation des audits de décès. Conformément aux priorités du système de santé au Bénin, le CHD va renforcer l'expérience au niveau des services de la maternité et de la pédiatrie. Ainsi, l'autonomie et le leadership des responsables de service seront privilégiés dans la gestion des audits de décès. Une planification mensuelle de tous les acteurs de l'Audit est envisagée pour le regroupement et l'analyse des dysfonctionnements constatés et pour le suivi des recommandations.

Conclusion

L'expérience d'audit de décès maternels et périnataux au CHD Mono a impacté les autres services en quelques mois. A l'aide d'outils appropriés, elle permet de donner un contenu de formation des agents lors des réunions. L'exercice a été un lieu favorable à la concertation, à la formation, et au partage d'expériences et de leçons. De ce fait, elle contribue à l'amélioration de la collaboration interne entre les différents services pour mieux comprendre les conditions dans lesquelles le décès survient et les mesures pour y pallier. L'appropriation du mécanisme à travers une planification régulière au niveau des services et une mise en œuvre des recommandations convenues permettront une réduction des décès hospitaliers.

Annexes

Les documents et étapes utilisés dans la pratique des audits de décès au CHD Mono sont les suivants :

- La fiche de présentation des TDR pour la pratique des audits des décès

- Les principes de l'audit de décès et de la charte de l'audit qui rappellent certains principes essentiels de l'organisation des audits de décès.

- La préparation et le déroulement d'une séance d'audit centrés sur un audit où l'on retrouve la sélection du dossier à étudier, le résumé du dossier à faire, le dossier social lié au cas, l'invitation à adresser au moins une semaine avant la séance aux personnes impliquées et aux personnes ressources, la préparation de la salle et du matériel, la prévision de la collation et des frais de déplacement pour les invités venant de loin. Le déroulement doit comporter les étapes de présentation des participants, la distribution des rôles (modérateur, co-modérateur, observateur, rapporteur), de la vérification de la présence effective des personnes impliquées, l'introduction du sujet par le modérateur et la lecture du résumé du dossier. Viennent ensuite les étapes du déroulement des questionnaires de la grille d'analyse de l'audit et des discussions sur le dossier.

- Le Document de description des rôles de modération et d'observation: les grilles de modération ou de l'observation qui décrivent les tâches du modérateur, du co-modérateur et de l'observateur

- La grille d'analyse de l'audit qui comporte des questionnaires en rapport avec les différentes étapes de la prise en charge du cas (Les informations sur l'évacuation, l'accueil, le diagnostic, le traitement et la surveillance).

- Le contenu du rapport d'audit où l'on relève les événements positifs et les événements négatifs ou les dysfonctionnement, les raisons des événements positifs et des événements négatifs, les mesures proposées pour la correction des dysfonctionnements, l'identification des personnes ressources chargées de la mise en œuvre des recommandations.

- Le mécanisme de suivi des recommandations d'audit qui permet aux acteurs en début de séance d'audit de vérifier la mise en œuvre des recommandations des précédentes séances d'audit.



La CTB, l'agence belge de développement, appuie et encadre des programmes de développement pour le compte de l'État belge et d'autres donateurs d'ordre.



Cette note est publiée sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »