



## HEALTH CARE NEAR-MISS – Indicateurs de mesure de la performance des équipes obstétricales dans les pays à ressources limitées



### INTRODUCTION

Les indicateurs des « health care near-miss » ou « échappées belles dans le processus de soin » mesurent la survenue des oublis, retards et échecs au traitement. Ils sont différents des indicateurs des « maternal near-miss » ou « échappées belles maternelles » qui mesurent le nombre de femmes enceintes qui, sur le point de mourir ont été sauvées in extremis. Ce rapport présente pourquoi et comment le projet FEMHEALTH a développé et testé des indicateurs de « health care near-miss » afin de mesurer la performance des équipes obstétricales dans les pays à revenus faibles et moyens. Les résultats de l'analyse FEMHEALTH sur l'effet potentiel du retrait des frais laissés à la charge du patient sur

### POINTS CLÉS DESTINÉS AUX DÉCIDEURS

- La qualité des soins obstétricaux fournis dans les établissements de santé est d'une importance capitale dans le combat contre la mortalité maternelle et périnatale, étant donné que cela ne sert pas à grand chose d'envoyer les femmes dans les maternités si elles n'y reçoivent pas des soins appropriés.
- La qualité des soins est un concept large, englobant de multiples aspects, dont l'environnement hospitalier, les interventions à visée préventive et curative et la communication avec les patients.

- Dans le cadre d'un suivi régulier, un bon indicateur de qualité des soins est facile à collecter d'après les dossiers médicaux, permet de fixer des objectifs et de mesurer les progrès atteints et saisit les aspects essentiels de la qualité des soins.
- Les « obstetric near-miss » ou « échappées belles obstétricales » sont définies par la survenue chez une femme d'une complication très grave à laquelle elle a survécu, grâce à la chance ou aux soins reçus.
- Les « health care near-miss » ou « échappées belles dans le processus de soin » sont une extension du concept précédent. Celles-ci sont des erreurs survenues dans le processus de soin qui n'auraient pas dû se produire mais qui se sont produites sans forcément engendrer des conséquences graves.
- Les « health care near-miss » ou « échappées belles dans le processus de soin » comprennent des indicateurs d'oubli, de retard et d'échec de traitement. Nous recommandons une liste restreinte à 9 indicateurs pour le suivi de l'accouchement par voie basse, l'accouchement par césarienne et les soins néonataux par l'utilisation de données collectées en routine hospitalière.



la qualité des soins au Bénin, Burkina Faso, Mali et Maroc, ont permis de recommander une liste d'indicateurs de « health care near-miss » pour une utilisation élargie à d'autres évaluations. Elle comprend : des scores d'oubli pour les accouchements par voie basse, les accouchements par césarienne, les soins néonataux ; transfusion sanguine d'une quantité inférieure à celle demandée ; retards de prise en charge par césarienne (entre la prise de décision et l'intervention); effets indésirables graves ou incidents post-césarienne ; pouls fœtal perçu à l'admission parmi les enfants mort-nés. Le projet FEMHEALTH recommande aussi l'utilisation de deux indicateurs complémentaires de qualité de soins : « maternal near-miss » ou « échappées belles maternelles » survenues après admission parmi les femmes admises pour accouchement normal, ainsi que le taux de mortalité parmi le taux de morbidité maternelle aigu sévère, afin d'évaluer la qualité des soins dans les établissements de santé. Ces indicateurs peuvent être renseignés en collectant les données des dossiers médicaux. Leur utilité a été évaluée par la fréquence de survenue des événements, la facilité d'interprétation, la complétude des dossiers médicaux et le potentiel à montrer une variation. Notre analyse laisse entendre que la qualité des soins était meilleure là où la mise en œuvre de la politique de santé était la meilleure dans au moins un des pays. L'utilisation de ces indicateurs pour des audits cliniques ou pour des évaluations pourrait aider à l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé.

## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

### i. Principales questions adressées

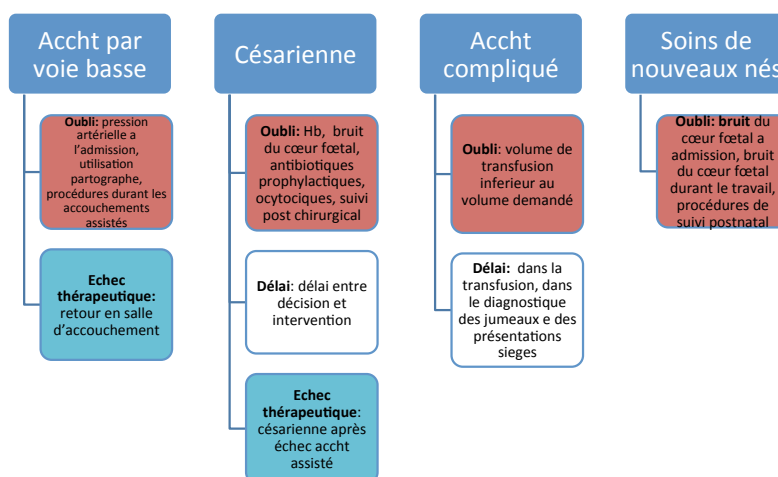
Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux est une priorité dans les nombreux pays ayant adopté des politiques de suppression des frais d'utilisation. Plusieurs auteurs ont constaté que la proportion des femmes accouchant dans les établissements de santé a augmenté après la mise en place de ces politiques (Dzakpasu et al, 2013). Cependant, il n'est pas toujours possible d'attribuer ces changements à de telles politiques. Cela est souvent dû à des études de qualité méthodologique médiocre (Dzakpasu et al, 2013; Cresswell et al, a FEMHEALTH référence à venir).

Les possibles répercussions de la suppression des frais d'utilisation sur la qualité des soins en établissement de

santé, et sur la performance des équipes obstétricales font l'objet d'un vif débat. La suppression des frais d'utilisation pourrait aider à une pratique plus efficace des soins obstétricaux de routine et d'urgence ; les femmes recourant à une prise en charge médicale dans un état clinique moins avancé, et le personnel médical passant moins de temps à chercher les éléments nécessaires aux soins. Cependant, une augmentation importante du nombre de femmes ayant recours à des établissements pourrait compromettre la sécurité des soins et mener à des erreurs médicales. Dû à la surcharge de travail, les professionnels de santé ne sont pas toujours en mesure de répondre aux attentes des femmes et leur famille. La qualité des soins obstétricaux dépend de plusieurs domaines, dont l'environnement hospitalier, les interventions à visée préventive et curative, l'interaction médecin-patiente, ainsi que les attentes des patientes et la façon dont les médecins ont répondu à ces attentes.

Comment pouvons-nous mesurer au mieux la performance des équipes obstétricales à partir d'une évaluation dont les intérêts principaux sont l'accouchement et les soins obstétricaux d'urgence ? Les unités maternelles dans les hôpitaux des pays à revenu faible sont souvent des services très fréquentés où la réflexion et l'action doivent être rapides (Filippi et al, 2005). Plusieurs indicateurs de qualité de soins nécessitent des études spécifiques et détaillées, des observations et interviews, ou peuvent être difficiles à renseigner quand les dossiers médicaux informatisés font défaut. Le projet FEMHEALTH est une extension du travail conduit sur les « maternal near-miss » (Ronsmans and Filippi, 2004), par le développement des indicateurs liés aux « health care near-miss » (UK DoH, 2000)

### Les indicateurs d'échappée belle durant le processus de soins (Health Care Near-Miss)



et des indicateurs liés aux « neonatal near miss » ou « échappées belles néonatales » (Ronsmans et al, à venir). Les « health care near-miss » ont été définis par des événements négatifs ou oubliés qui sont survenus dans le processus de soin mais qui n'a pas forcément engendré des conséquences graves. Les erreurs sans conséquences négatives sont plus probables

que celles qui mènent à la mort ou à des complications.

## ii. Méthodes

Une liste d'indicateurs potentiels des « health care near-miss » a été développée après une revue de la littérature sur la qualité des soins et après consultation des experts en santé maternelle et néonatale pendant et après un séminaire international réalisé en 2011. FEMHEALTH a testé les indicateurs

en menant une enquête transversale dans 19 hôpitaux sélectionnés au Bénin, Burkina Faso, Mali et Maroc. L'outil de collecte des données, semblable dans sa présentation à l'outil d'Enquête Multi Pays élaboré par l'OMS (WHO Multi Country Survey), a été utilisé pour extraire les données des dossiers médicaux de 14 625 femmes et 13 941 nourrissons (Souza et al, 2013). L'utilité de ces indicateurs a été évaluée par l'analyse de la fréquence de survenue des

Tableau 1 : Indicateurs recommandés

Indicateur	Définition
<b>Oubli</b>	
Score d'oubli pour accouchements par voie basse	<b>Proportion des interventions de routine pour accouchement par voie basse non réalisées, comprenant les soins du postpartum.</b> Numérateur: Réponses négatives ou "ne sait pas" à la mesure de la pression sanguine à l'admission, mesure du pouls cardiaque du nouveau-né durant l'accouchement, utilisation du partogramme, mesure du pouls du postpartum, mesure de la pression sanguine du postpartum, mesure des saignements du postpartum, mesure de la température du postpartum Dénominateur: nombre d'interventions x femmes Femmes concernées: nouveau-né vivant unique et enfants mort-nés
Score d'oubli pour accouchements par césarienne	<b>Proportion des interventions de routine pour accouchement par césarienne non réalisées, comprenant les soins du postpartum.</b> Numérateur: Réponses négatives ou "ne sait pas" à la mesure de l'hémoglobine pré-chirurgicale, mesure du pouls cardiaque fœtal pré-chirurgical, prescription d'antibiotiques à tout moment, administration d'ocytocine pendant l'intervention, mesure de la pression sanguine du postpartum, mesure de la respiration du postpartum, mesure du pouls du postpartum Dénominateur: nombre d'interventions x femmes Femmes incluses: toute femme avec césarienne de routine ou d'urgence
Score d'oubli pour soins néonataux	<b>Proportion des interventions de routine non réalisées aux nouveau-nés nés vivants par voie basse, dont les soins postnatals.</b> Numérateur: Réponses négatives ou "ne sait pas" à la mesure du pouls du nouveau-né durant la phase active, mesure du score d'Apgar à 5 minutes, évaluation de la couleur des téguments en période postnatale, évaluation de la respiration en période postnatale, évaluation de l'allaitement mesure de la température en période postnatale. Dénominateur: nombre d'interventions x nombre de nouveau-nés Nouveau-nés inclus: nouveau-né unique né vivant et par voie basse
Transfusion de quantité inférieure à celle demandée	<b>Proportion des femmes nécessitant une transfusion sanguine dont la quantité transfusée est inférieure à celle demandée</b> Femmes incluses : femmes nécessitant une transfusion sanguine
<b>Retard</b>	
Retard de prise en charge par césarienne (entre la prise de décision et le début de l'intervention)	<b>Durée moyenne des retards entre la prise de décision et l'intervention</b> Numérateur : somme des durées moyennes de toute césarienne réalisée en établissement de santé, sauf celles programmées. NB: La durée acceptée à des fins d'audits, entre la prise de décision et le début de l'intervention dans les pays à hauts revenus, est de 30 minutes (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2004).
<b>Echec de traitement</b>	
Événement grave ou incident post-césarienne	Proportion des femmes ayant accouché par césarienne et ayant au moins une séquelle grave ou incidents
Pouls fœtal perçu à l'admission des femmes parmi les enfants mort-nés	<b>Proportion des enfants mort-nés parmi les femmes admises avec un pouls cardiaque fœtal</b> Numérateur : enfants mort-nés avec un pouls cardiaque à l'admission Dénominateur : femmes enceinte d'un fœtus présentant un pouls cardiaque à l'admission (dont ceux qui sont nés vivants et les enfants mort-nés)
Accidents maternels évités de justesse après admission	<b>Proportion des femmes admises pour accouchement normal et qui ont présenté un « near-miss » après admission</b> Numérateur : femmes présentant un « near-miss » après admission Dénominateur : femmes admises pour accouchement normal
Taux de mortalité parmi la morbidité maternelle aigue sévère	<b>Proportion des femmes avec une morbidité grave qui décèdent</b> Numérateur : décès maternels Dénominateur : « near-miss » et décès maternels

Tableau 2: Indicateurs requérant des spécifications techniques plus détaillées ou des échantillons plus importants

Indicateurs	Raisons du rejet
Score d'oubli pour les naissances compliquées	Les femmes étaient admises pour une série de complications ; il était difficile de construire un indicateur qui reflète l'étendue des besoins. Pour cette raison, nous avons uniquement inclus l'indicateur d'oubli pour hémorragie, qui est la complication la plus fréquente.
Jumeaux diagnostiqués pendant l'accouchement	Trop peu de grossesse gémellaire. Cependant, cet indicateur pourrait être utile à une étude plus importante avec un intérêt dans la performance des soins anténataux.
Présentation de siège diagnostiquée pendant l'accouchement	Voir ci-dessus
Extraction instrumentale avec position indéterminée de l'occiput	Évènement trop rare ou difficile à collecter rétrospectivement
Retards de transfusion sanguine	Indicateur important, en particulier pour les projets visant à réduire les accidents évités de justesse et décès, maternels par hémorragie. Difficile d'interprétation par absence de seuil comme pour les césariennes.
Retour en salle d'accouchement pour rétention placentaire	Évènement trop rare ou difficile à collecter rétrospectivement y
Césarienne d'urgence après tentatives d'extraction instrumentale	Difficile à interpréter par rapport à la performance
Réadmission pour complications	Évènement trop rare ou difficile à collecter rétrospectivement
Décharge hospitalière contre avis médical	Évènement trop rare ou difficile à collecter rétrospectivement

événements, et de la proportion de données manquantes, si des variations pouvaient être observées entre les établissements ou entre les pays ainsi que le degré de succès dans la mise en œuvre de la politique de santé.

### iii. Résultats principaux

La Figure 1 présente une typologie des indicateurs des « health care near-miss » pour accouchement par voie basse, par césarienne, soins néonataux et naissance compliquée. Nous avons considéré les indicateurs d'oubli, de retard, et d'échec aux traitements qui ont pu arriver à n'importe quelle étape du parcours de soin en établissement de santé entre l'admission et la décharge hospitalière (ou documentation). Au total, nous avons testé 18 indicateurs des « health care near-miss » basés sur 47

questions. Les indicateurs complémentaires comprennent les enfants mort-nés de taille normale, les « near-miss » ou décès maternels et néonataux.

Le tableau 1 comprend la définition des neuf indicateurs des « health care near-miss » recommandés par le projet FEMHEALTH. Nous n'avons pas pu utiliser neuf autres indicateurs pour l'évaluation car ils étaient soit peu fréquents, nécessitant des spécifications techniques plus détaillées ou présentant un niveau élevé de données manquantes (Tableau 2). Cependant, ces indicateurs non utilisés peuvent être utiles dans des contextes différents ou dans d'autres études. L'indicateur de retard de transfusion sanguine par exemple, est un indicateur pouvant être utile dans des projets

dont le but est de réduire les décès par hémorragie, à l'échelle de l'établissement de soin. Cela demandera de détailler l'indicateur sur le plan technique et d'inclure de plus larges échantillons de femmes présentant un saignement.

Si les soins étaient parfaits, le score d'oubli serait égal à zéro. Cela n'est en réalité jamais le cas même dans les établissements de soins les plus avancés (Health Foundation, 2011). Afin de faciliter la compréhension et d'éviter le blâme, ces scores peuvent être transformés en pourcentage de soins réalisés sans oubli (pourcentage d'oubli).

L'utilisation des pourcentages d'oubli pour les accouchements par voie basse, par

Figure 2: Pourcentages d'oubli

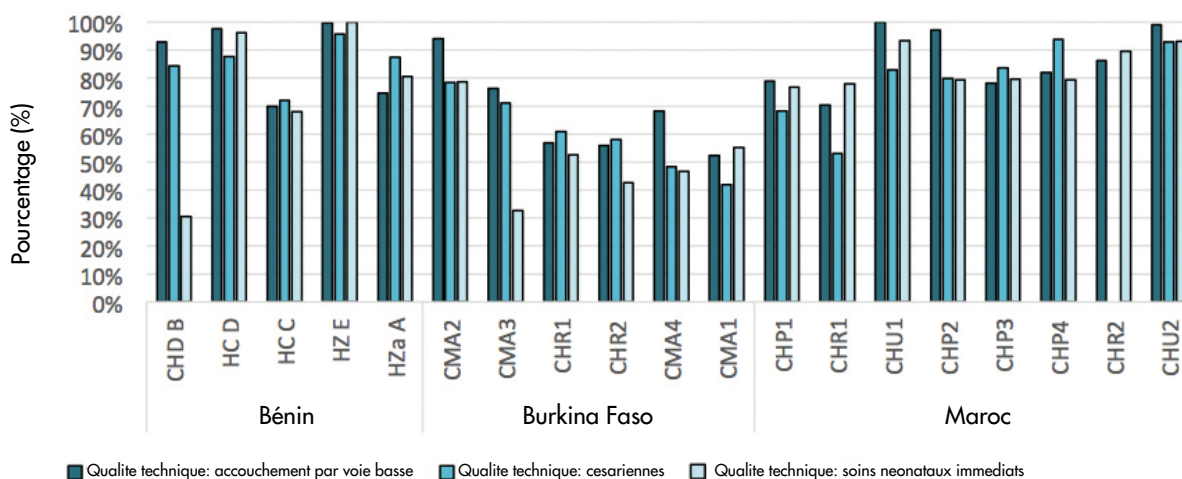


Figure 3: Délais entre la prise de décision et le début de prise en charge chirurgicale pour césarienne:

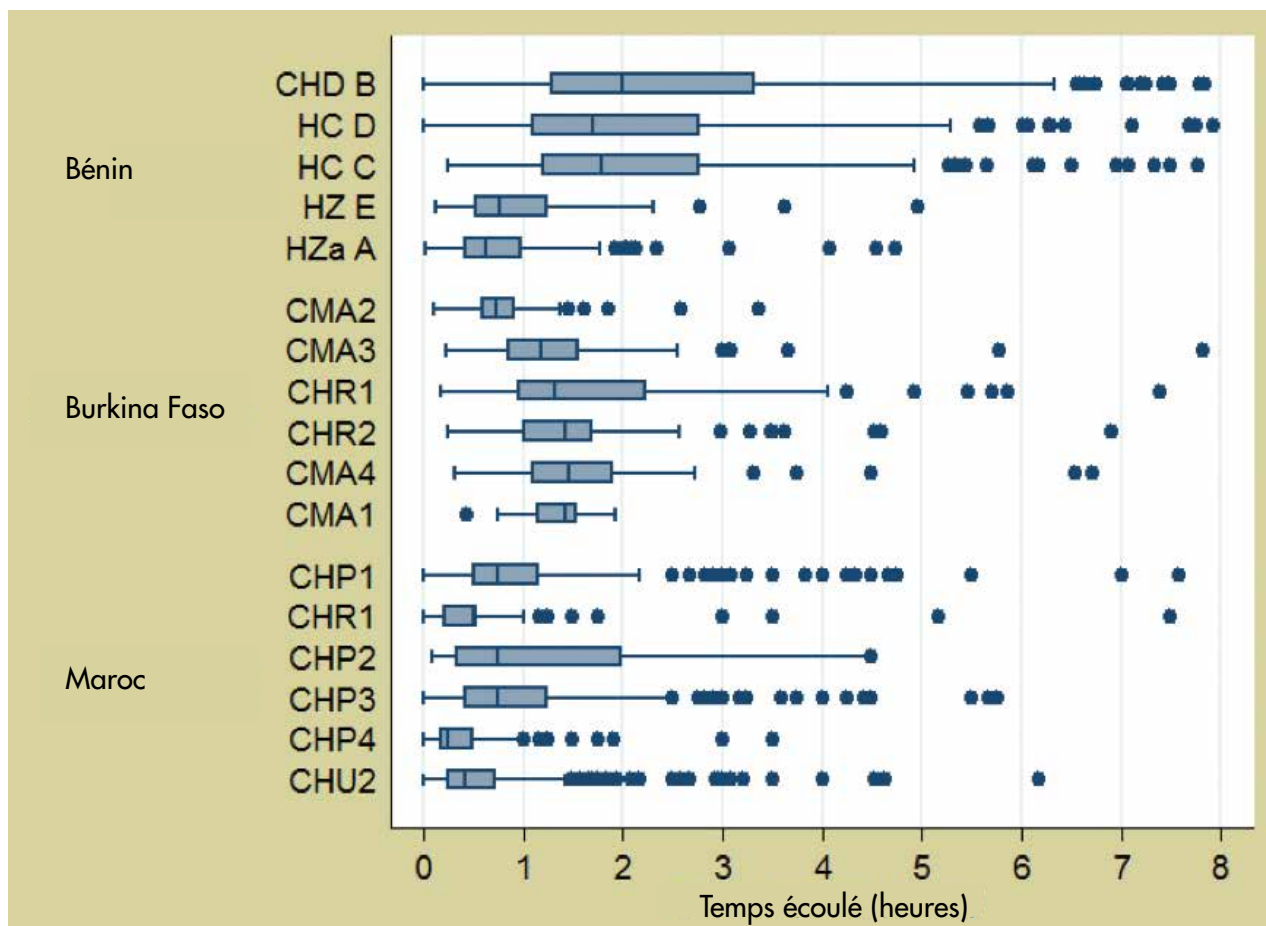
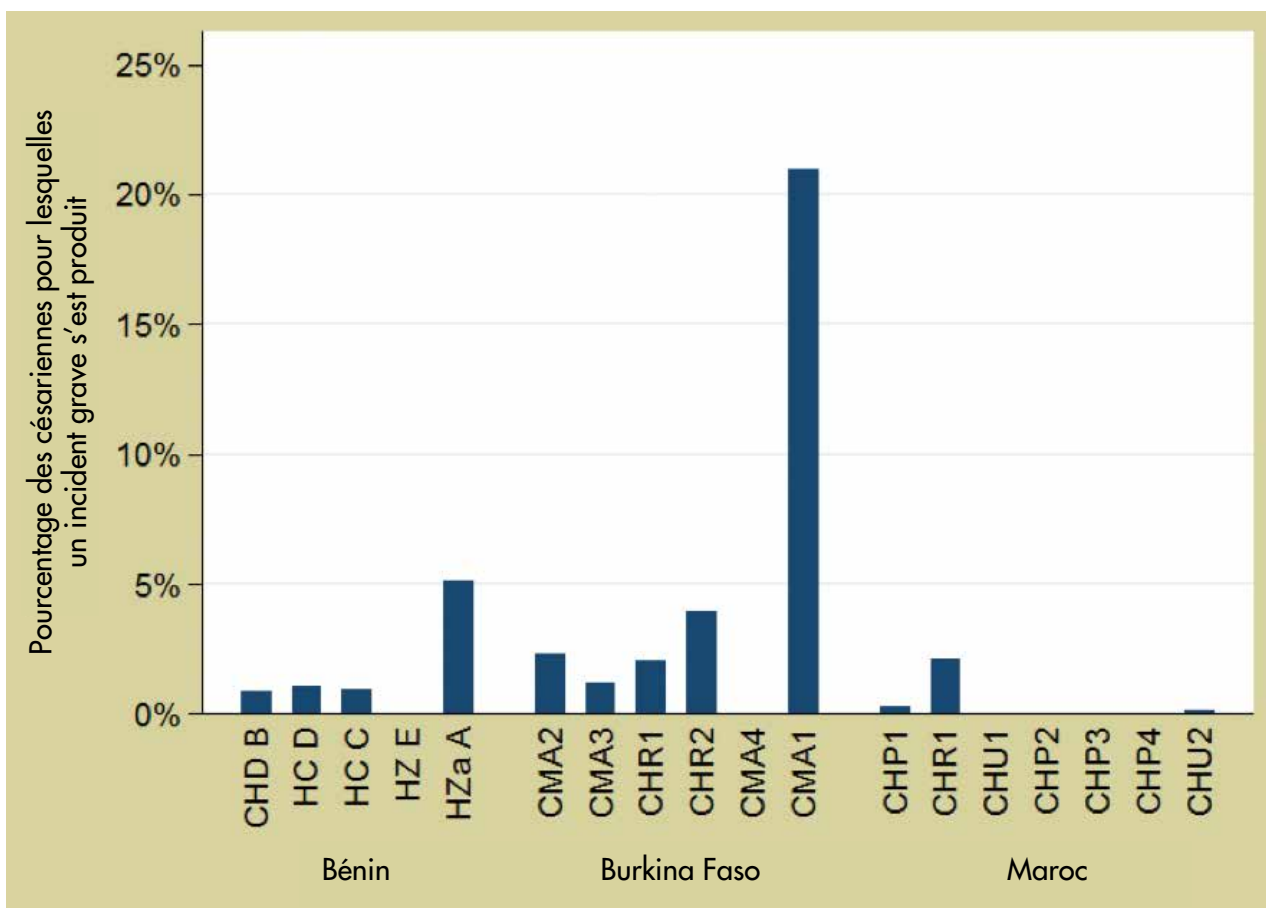


Figure 4: Proportion des césariennes pour lesquelles un incident grave s'est produit



césarienne et pour les soins néonataux ont montré que ces indicateurs étaient capables de saisir des variations significatives entre les établissements et pays (Figure 2). Les pourcentages d'oubli tout soin confondu sont habituellement meilleurs pour les hôpitaux marocains. Les soins néonataux sont de moins bonne qualité que les soins apportés aux femmes dans la salle d'accouchement ou dans la salle d'opération. Au Burkina Faso, par exemple, 30% à 80% des soins du nouveau-né ont été réalisés sans oubli, alors que 50% à 95% des accouchements par voie basse étaient réalisés selon la médecine fondée sur les preuves. Les établissements où les oublis de chirurgie étaient fréquents, rencontraient également des retards substantiels de prise en charge par césarienne (Figure 3). Nous avons également mis en évidence une association entre le score d'oubli et le coût des césariennes et des accouchements au Burkina Faso, mais pas au Bénin.

#### iv. Discussion

Notre liste d'indicateurs des « health care near-miss » est judicieuse car elle permet de cibler les erreurs et oublis par l'utilisation appropriée de simples scores, plutôt que la couverture des interventions essentielles obstétricales. Lors de l'établissement de cette liste d'indicateurs, le processus de soin a été considéré comme un concept dynamique plutôt que statique, où les politiques de santé et le contexte du soin pouvaient influencer la performance des individus. Aucun système de santé ne peut être exempt d'erreurs ; la situation clinique idéale survient lorsque la santé des femmes et de leurs enfants n'est pas négligée. Mesurer la qualité des soins requiert dans l'idéal l'investigation des nombreux aspects du processus de soin (Knight et al, 2013), qui se révèle complexe par l'utilisation des données collectées en routine. L'enquête OMS n'a pas su mettre en évidence de relations significatives entre la couverture des interventions essentielles et la survenue de résultats cliniques graves, en parti dû à la considération d'un aspect très restreint de la qualité de soins (la couverture des interventions essentielles). Pour cette raison, nous recommandons de considérer les niveaux d'erreurs ou performance et la triangulation des données provenant de différentes sources quand cela est possible ; par exemple par l'utilisation de données quantitatives et qualitatives. L'observation de l'environnement clinique et les interviews avec les patients au Bénin et Maroc ont permis de confirmer et de compléter les résultats quantitatifs dans les établissements FEMHEALTH, dont les raisons pour lesquelles certains établissements semblent exercer

moins bien que d'autres (par manque d'un médicament, par exemple). Le niveau de satisfaction des femmes rapporté en interview à la décharge n'a pas montré de corrélation claire avec les indicateurs d'oubli ou de retard à l'échelle des établissements. Le niveau de satisfaction des femmes était souvent concentré sur d'autres aspects de la qualité de soin comme la propreté perçue des établissements.

Les principales forces de ces indicateurs sont qu'ils sont peu nombreux, basés sur les preuves, adaptés pour fixer des objectifs et relativement faciles à renseigner d'après les dossiers médicaux. Les indicateurs proposés présentent des limites. Ils ne renseignent que certains aspects de la qualité des soins et auraient besoin de s'étendre à d'autres. Ils reflètent potentiellement autant les pratiques locales, que les erreurs imprévues, dû aux variations nationales. Ils renseignent des événements négatifs, et la communication avec les professionnels de santé ; les établissements devront alors s'assurer qu'ils ne soient pas utilisés à des fins de blâme mais plutôt à la localisation de problèmes systémiques qui ont besoin d'être résolus.

#### v. Recommandations

La qualité des soins doit être mesurée par l'utilisation d'une série d'indicateurs. Les indicateurs des « health care near-miss » sont utiles quand il existe un risque de survenue d'erreurs supplémentaires à la suite d'un changement particulier. Les indicateurs des « health care near-miss » ont également été proposés pour servir à l'identification anticipée de problèmes pouvant être à l'origine d'événements très graves (DoH, 2000).

#### Nos recommandations comprennent:

- Destinées à la communauté de recherche et d'évaluation:
  - i. Des tests plus détaillés
  - ii. L'analyse peut être améliorée en considérant les types de cas traités et les différents contextes dans lesquels les établissements travaillent, par exemple le nombre de professionnels impliqués, la variation aléatoire et les différences de qualité des données.
  - iii. La triangulation des données est importante.
- Destinées aux gestionnaires des services de santé intéressés par le suivi de leurs activités:
  - i. Il est important que les professionnels de santé remplissent de façon systématique

## RÉFÉRENCES CLÉS

Cresswell et al (forthcoming) Health facility deliveries and caesarean sections by wealth quintile in Morocco between 1987 and 2011

Department of Health. *An Organisation with a Memory*. London: Her majesty stationary office. 2000

Dzakpasu S, Powell-Jackson T, Campbell OMR. Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: a systematic review. *Health Policy and Planning* 2013; 1-14 (published ahead of print)

Filippi V, Ronsmans C, Gohou V, Goufodji S, Lardi M, Sahel A, Saizonou J, De Brouwere V. Maternity wards or emergency obstetric rooms? Incidence of near-miss events in African hospitals. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(1):11-6

Health Foundation. *Levels of Harm*. London: Health Foundation, 2011.

Knight H, Cromwell D, van der Meulen J et al. *Patterns of maternity care in English NHS hospitals*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2012

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Caesarean Section, National Evidence Based Guideline, RCOG Press, London, UK, 2004.

Ronsmans C, Filippi V. Reviewing severe maternal morbidity: learning from survivors from life threatening complications. In *Beyond the Numbers: Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer*. Geneva: World Health Organization 2004: 103-24

Souza JP, Gulmezoglu AM, Vogel J et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet* 2013, 381:1747-55

- et plus complète les dossiers médicaux.
- ii. Les systèmes de données informatisées comme ceux testés au Burkina Faso et au Maroc peuvent aider en ce sens.
- iii. Cette étude peut être utilisée pour des audits cliniques, des objectifs pouvant être fixés.

- Destinées aux décideurs:
  - i. La qualité des soins du nouveau-né doit être prise en considération de façon urgente.

#### Contact:

Veronique Filippi, London School of Hygiene and Tropical Medicine, veronique.filippi@lshtm.ac.uk.

