

Effets de l'audit clinique basé sur des critères sur de la qualité de la prise en charge de la prééclampsie sévère dans le Département de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou (Burkina Faso)

KIEMTORÉ Sibraogo^{1,2}, DEMBÉLÉ Adama^{4,5}, OUATTARA Adama^{1,2}, ZAMANÉ Hyacinthe^{1,2}, KAÏN Dantola Paul^{1,2}, OUEÐRAOGO Issa^{1,3}, SAWADOGO Yobi Alexis^{1,2}, BOUSSINI Zénabou¹, OUEÐRAOGO Ali^{1,2}, BONANÉ/THIÉBA Blandine^{1,2}, LANKOANDÉ Jean^{1,2}

Résumé

L'objectif de cette étude était de mesurer les effets de l'ACBC sur la prise en charge de pré-éclampsie sévère (PES) au CHU Yalgado Ouédraogo (CHUYO). Ainsi une évaluation basée sur des critères de la qualité de prise en charge de la PES a été réalisée en 2015. Le principal référentiel utilisé a été le protocole de prise en charge du Département de gynécologie obstétrique du CHUYO. Une séance d'analyse des résultats a permis de formuler 6 recommandations dont 5 ont été mises en œuvre. Une nouvelle évaluation basée sur les mêmes critères de la qualité a été réalisée 6 mois après. La qualité de la prise en charge lors de la première évaluation a été comparée à celle de la nouvelle évaluation. L'évaluation initiale de la qualité de la prise en charge de la PES a identifié de nombreuses insuffisances dans le diagnostic, le traitement et la surveillance. Avec la mise en œuvre des recommandations dans le cadre l'ACBC, une amélioration a été obtenue dans le respect du protocole de prise en charge de la PES. Le pronostic de la PES a été aussi amélioré dans le service. l'ACBC a permis une amélioration de la prise en charge de la PES.

Mots-clés : audit clinique basé sur des critères, prééclampsie, qualité de la prise en charge.

Effets of criteria-based audit (CBA) on the management of severe preeclampsia in the University Hospital of Yalgado Ouedraogo (UHYO)

The objective of this study as to measure the effects of the criteria-based audit on the management of severe preeclampsia (SPE) in the (UHYO). An evaluation based on criteria of quality management of the SPE was conducted in 2015. The main reference used was the the protocol of Obstetrics Gynecology Department of UHYO. A results analysis session helped to formulate 6 recommendations. Five those were implemented. A new assessment based on the same criteria of quality was performed 6 months. The quality of care at the first assessment was compared to that of the new assessment. The initial assessment of the quality of the management of the SPE has identified numerous shortcomings in the diagnosis, treatment and monitoring. With the implementation of the recommendations in the CBA, improvement has been obtained in respect of the management of the SPE protocol. The prognosis of SPE was also improved in the service. CBA has improved the management of the SPE.

Keywords: criteria-based audit, preeclampsia, quality of management.

¹ Gynécologue-obstétricien, Département de gynécologie-obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

² Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Université Ouaga 1 Professeur Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

³ Département de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier Régional de Ouahigouya, Ouahigouya, Burkina Faso

⁴ Département de Gynécologie et d'Obstétrique et de la Santé de Reproduction, Centre Hospitalier Universitaire de Bobo-Dioulasso, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

⁵ Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA), Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Auteur correspondant : Kiemtoré Sibraogo, gynécologue-obstétricien, téléphone (+226) 70224075. E-mail : s3kiemtore@yahoo.fr

Introduction

La prééclampsie est un véritable problème de santé publique du fait de sa forte fréquence. Elle complique 3 à 14 % des grossesses dans le monde (PETIT *et al.*, 2009). Au Burkina Faso, cette fréquence a été évaluée à 12,1 % en 2009 dans le 2^{ème} plus grand hôpital du pays (KONINBA, 2009). Dans le monde, la prééclampsie a été responsable de 12 % des décès maternels en 2013 (WHO, 2013). Pour une prise en charge de la prééclampsie, des guides ont été élaborés par plusieurs institutions (OMS, 2014 ; MAGEE *et al.*, 2014; PETIT *et al.*, 2009). Ils préconisent l'utilisation du sulfate de magnésium dans la prééclampsie sévère et l'éclampsie, la maturation pulmonaire fœtale si l'âge gestationnel est inférieur à 34 semaines d'aménorrhée. Un protocole de prise en charge mis à jour de la prééclampsie du département de gynécologie obstétrique (DGO) du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) a été mis à la disposition des prestataires (DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU YALGADO OUEDRAOGO, 2014). En outre, le Ministère de la Santé du Burkina Faso a mis à la disposition des structures de soins un guide d'audit clinique en santé de la reproduction (MINISTERE DE LA SANTE, 2014). Malgré la disponibilité des documents de référence, le diagnostic de la prééclampsie est confronté à l'insuffisance de matériel et consommables (LANKOANDE *et al.*, 2010). Au CHU-YO en 2014, la létalité maternelle de la prééclampsie sévère était de 6,4 % et la létalité périnatal de 31,5 % (OUATTARA *et al.*, 2015). L'amélioration du pronostic de la prééclampsie sévère passe par celle de sa prise en charge. A cet effet, un cycle d'audit clinique basé sur des critères (ACBC) sur la prise en charge de la prééclampsie sévère a été réalisé dans le DGO. La présente étude visait à évaluer l'influence de cet audit sur la qualité des soins offerts aux patientes admises dans le service pour prééclampsie sévère. Spécifiquement l'étude visait à mesurer l'évolution de la qualité de la prise en charge de la prééclampsie sévère après l'ACBC, et à déterminer son impact sur la létalité.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude de type évaluation d'une intervention. Elle a concerné les gestantes, les parturientes et les accouchées récentes hospitalisées dans le DGO du CHU-YO pour prééclampsie sévère. Cette intervention est l'audit clinique basée sur les critères de la prise en charge de la prééclampsie sévère. Une première évaluation de la qualité de la prise en charge basée sur les critères a concerné toutes les patientes admises dans le service du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015 pour prééclampsie sévère. Puis, une deuxième évaluation de la qualité de la prise en charge basée sur les mêmes critères a été réalisée. Elle a inclus toutes les patientes prises en charge pour prééclampsie sévère dans les six (06) mois suivant la mise en œuvre des recommandations issues de la première évaluation. Les actions planifiées et mises en œuvre à l'issue de la séance d'audit sont :

- Affecter du personnel qualifié dans l'unité des soins intensifs où sont prises en charge les cas de prééclampsie sévères ;
- Mettre à jour les connaissances des prestataires de soins sur la prééclampsie sévère ;
- Doter le service des tensiomètres ;
- Rendre disponible le protocole révisé de prise en charge de la prééclampsie sévère.

L'étude a concerné les femmes admises dans le service du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015 pour la 1^{ère} évaluation et du 1^{er} février au 31 juillet 2016 pour la 2^{ème} évaluation. A été considérée comme prééclampsie sévère toute patiente répondant aux critères suivants (WORKING GROUP ON HIGH BLOOD PRESSURE IN PREGNANCY, 2000 ; CONFERENCE D'EXPERTS SFAR, 2001) :

- Une pression artérielle diastolique (PAD) d'au moins 90 mmHg associée à une protéinurie d'au moins 500 mg par 24 heures ou une albuminurie d'au moins une croix à la bandelette réactive ;
- Age gestationnel ≥ 20 semaines d'aménorrhée ;
- L'existence d'au moins un des signes suivants de gravité : PAD ≥ 110 mmHg, pression artérielle systolique (PAS) ≥ 160 mmHg, une obnubilation, une crise convulsive, une protéinurie supérieure à 3 g/24 heures, une créatininémie $> 100 \mu\text{mol/l}$, un HELLP syndrome, des troubles de la coagulation.

Une étude réalisée en 2014 au CHUYO retrouvait une létalité maternelle de la prééclampsie de 6,4 % (OUATTARA *et al.*, 2015). En utilisant la formule de Schwartz,

$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{i^2}$$

où : Z = écart réduit d'un intervalle de confiance à 95 % ; P= létalité de la prééclampsie ; Q= 1-P ; I= Marge d'erreur ou le degré de précision absolue. Étant donné que nous connaissons la létalité de la prééclampsie sévère au CHUYO qui égal à 6,4 % et en prenant Z = 1,96 ; et I = 0,05, nous avons obtenu une taille minimale de sujets nécessaire de 92 aussi bien pour la 1^{ère} évaluation que pour la 2^{ème} évaluation.

La source des données a été les dossiers cliniques des patientes. Les données recueillies ont été saisies sur microordinateur et analysées avec le logiciel Epi Info dans sa version 7.1.1. La différence entre les critères dans le premier et le second audit a été analysée en calculant les Odds ratio, les tests de chi-carré et t-test de Student. Une différence été considérée statistiquement significative si $p < 0,05$.

Résultats

Caractéristiques des patientes

Les deux groupes de patientes étudiés sont homogènes sur le plan des caractéristiques sociodémographiques (Tableau I).

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques patientes

Sociodémographiques	1 ^{ère} évaluation (n = 419)	Seconde évaluation (n = 213)	p-value
Age moyen (ans)	27,33 ± 6,87	26,98 ± 6,5	0,82 ^a
Parité			
Parité moyenne	1,47	1,57	0,74 ^a
Primipare	142(33,9 %)	69(32,4%)	0,71 ^b
Résidence			
Province du Kadiogo	372(88,8 %)	185(86,9%)	0,48 ^b
Autres provinces	47(11,2 %)	28(13,3%)	0,48 ^b
Profession			
Femme au foyer	282(67,3 %)	137(64,3%)	0,45 ^b
Commerçante	52(12,4 %)	29(13,6%)	0,67 ^b
Salariée	44(10,5 %)	21(9,9%)	0,80 ^b
Etudiante/élève	41(9,8 %)	26(12,2%)	0,35 ^b

^a t-test de Student^b test de Chi²

Résultats de l'audit

Les résultats de la 1^{ère} évaluation, de la seconde évaluation et les changements obtenus sont donnés dans le Tableau II. Entre le 1^{er} audit et le second audit, il y'a eu une amélioration significative de plusieurs éléments des soins suivants : prise du pouls, prise de la température, l'obtention de résultat de la protéinurie, test de coagulation, l'administration adéquate du sulfate de magnésium, la surveillance de la diurèse et de la respiration, l'accouchement dans les 12 heures en cas d'éclampsie. Cependant il n'y a pas eu de changement significatif pour la prise de la tension artérielle, l'administration d'antihypertenseur, le taux d'accouchement dans les 24 heures en cas de prééclampsie sévère, la surveillance des réflexes ostéotendineux. Il y a eu une tendance à la réduction de la létalité.

Tableau II: Résultats de l'évaluation initiale, de la seconde évaluation et les changements obtenus.

Critères	Evaluation initiale n/n' (%)	Seconde évaluation n/n' (%)	Varia- tion en %	OR [IC _{95%}]	P (test de chi ²)
Prise tension artérielle à l'admission	401/419(95,70%)	213/213(100%)	+4,3	1,04[0,8-1,3]	0,13
Prise du pouls à l'admission	156/419(37,23%)	198/213(93,4%)	+56	2,49[1,91-3,26]	<0,01
Prise température à l'admission	71/419(16,95%)	207/213(97,18%)	+80	5,7[4,18-7,87]	<0,01
Résultat PU ¹ des 24 heures disponible	149/410(36,34%)	209/213(98,12%)	+62	2,7[2,06-3,52]	<0,01
Résultat du test de coagulation disponible	19/214(8,88%)	112/213(52,28%)	+43	5,92[3,51-9,98]	<0,01
Administration d'antihypertenseur conforme au protocole	288/349(82,52%)	206/209(98,09%)	+16	1,19[0,93-1,53]	0,15
Dose de SO ₄ Mg ² adéquate	255/336(75,89%)	209/211(99,05%)	+23	1,30[1,01-1,67]	0,04
Sonde urinaire à demeure, surveillance de la diurèse horaire	64/109(58,71%)	60/61(98,36%)	+40	1,67[1,045-2,68]	0,03
Temps écoulé entre le diagnostic de prééclampsie sévère et l'accouchement < 24 heures	139/162(85,80%)	133/149(89,26%)	+35	1,04[0,75-1,44]	0,81
Temps écoulé entre le diagnostic d'éclampsie et l'accouchement < 12 h	25/55(45%)	36/38(94,74%)	+50	2,08[1,08-4,01]	0,027
Surveillance de la respiration après administration de sulfate de magnésium	115/336(34,23%)	184/211(87,20%)	+53	2,54[1,9-3,40]	<0,01
Surveillance des ROT ³ après administration de SO ₄ Mg ³	28/336(8,33%)	10/211(4,74%)	-4,0	0,56[0,27-1,19]	0,13
Naissance vivante	295/361(81,72%)	173/211(81,99%)	+0,3	1[0,77-1,29]	0,97
Mère décédée	18/419(4,24%)	5/213(1,88%)	-2,36	0,43[0,14-1,30]	0,12

Abréviations : ¹ protéinurie, ² sulfate de magnésium, ³ reflexes ostéotendineux.

n = nombre de cas pour lesquels le critère a été satisfait ; n' = nombre de cas pour lesquels le critère est applicable.

Discussion

L'audit clinique permet de mesurer les pratiques et les résultats de soins et de les comparer, à l'aide de critères déterminés, à des références admises, pour les améliorer (JAMTVEDT *et al.*, 2006). Notre étude prouve que l'audit clinique basé sur des critères peut contribuer à améliorer la qualité des soins obstétricaux dans un hôpital. En effet, la 1^{ère} évaluation a permis d'identifier des actions à mener. Leur mise en œuvre a pu influencer sur la qualité des soins. C'est ainsi que la seconde évaluation 6 mois après la 1^{ère} a révélé un meilleur examen des patientes, une meilleure administration des soins (sulfate de magnésium, induction rapide de l'accouchement ou la décision et l'exécution dans un délai satisfaisant de la césarienne). Certains éléments tels que la prise de la tension artérielle à l'admission, l'administration d'antihypertenseur conforme au protocole du service n'ont pas été améliorés car leur taux de réalisation était déjà satisfaisant à l'évaluation initiale. La létalité a été réduite même si ce n'est pas de façon significative ($p = 0,12$).

Les principaux facteurs de réussite des audits sont l'implication de l'administration, l'existence de ressources pour l'audit, l'existence de protocoles de soins, la bonne tenue des dossiers médicaux, et l'existence d'un minimum de ressources matérielles nécessaires aux soins (RONSMANS, 2001). Dans notre étude, des facteurs ont contribué à l'obtention aux bons résultats. D'abord l'engagement de l'administration à accompagner l'équipe d'audit. Le Chef du service d'obstétrique et le Chef du département de gynécologie obstétrique étaient présents à la séance d'identification des actions à mener. Ils ont contribué à la mise en œuvre de ces actions en faisant un plaidoyer auprès de la Direction générale de l'hôpital pour l'obtention de ressources nécessaires. Aussi, un représentant du Directeur Général était présent à cette séance de planification, ce qui a aussi facilité la réalisation des actions planifiées. Dans l'étude de Gelly (GELLY *et al.*, 2010), la formation couplée à un audit clinique a amélioré la qualité du remplissage des dossiers médicaux nécessaire à la qualité des soins. Dans notre étude, la mise à jour des prestataires (notamment les stagiaires internés) sur la prééclampsie sévère a sans doute contribué non seulement à un meilleur remplissage des dossiers et à la prise en charge plus adéquate des cas de prééclampsie.

Notre étude a connu une limite car n'a pas pris en compte l'administration de corticoïde à la mère pour la maturation pulmonaire fœtale quand l'âge gestationnel est inférieur à 34 semaines d'aménorrhée. Cette insuffisance mérite d'être corrigée lors des prochains cycles d'audit.

Conclusion

Ce cycle d'ACBC a eu globalement un impact positif sur la qualité des soins. Une régularité dans sa conduite permettra sans doute une amélioration continue de cette qualité. Les prochaines évaluations devront tenir compte de certains critères importants tels que l'administration de corticoïde à la mère si l'âge gestationnel est inférieur à 34 semaines d'aménorrhée. Ce type d'audit peut aussi s'appliquer dans le service à d'autres pathologies. Son extension à d'autres structures de soins dans le pays peut contribuer à une amélioration des services obstétricaux et contribuer ainsi à la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle.

Références bibliographiques

- Conférence d'experts SFAR 2000, 2001.** Réanimation des formes graves de prééclampsie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 30, pp. 121–132.
- Département de gynécologie obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo, 2014.** *Protocoles du service*, Ouagadougou, Burkina Faso.
- Direction de la santé de la famille, 2014.** *Guide pour la conduite des audits cliniques en santé de la reproduction*, Ouagadougou, Burkina Faso.
- GELLY J. et al., 2010.** Étude de l'impact sur le taux de remplissage des dossiers médicaux d'une formation couplée à un audit clinique sur les pratiques préventives en soins primaires. *Exercer*, 93, pp.98–103.
- JAMTVEDT G., YOUNG J.M. & KRISTOFFERSEN D.T., 2006.** Audit and feed- back: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, p.CD000259.
- KONINBA S. Y., 2009.** *Pronostic materno-fœtal de la prééclampsie avant 34 semaine d'aménorrhée au CHU-SS de Bobo Dioulasso*. UFR-SDS de l'Université de Ouagadougou.
- LANKOANDE J., THIEBA B. & OUEDRAOGO A., 2010.** Dépistage des femmes à risque de prééclampsie : expérience du Burkina Faso. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 39, pp.S1-342.
- MAGEE L.A. et al., 2014.** Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Pregnancy hypertension*, 4(2), pp.105–45. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221077891400004X> [Accessed January 29, 2016].
- OMS, 2014.** Hypertension artérielle au cours de la grossesse. *Bibliothèque de santé génésique*. Available at: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/medical/fr/index.html [Accessed September 26, 2016].
- OUATTARA A. et al., 2015.** L'éclampsie au CHU-Yalgado de Ouagadougou (Burkina Faso) du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 108(5), pp.316–323. Available at: <http://link.springer.com/10.1007/s13149-015-0456-z> [Accessed December 13, 2016].
- PETIT P. et al., 2009.** Traitement de la prééclampsie sévère : jusqu'où, et pour quels risques/bénéfices. *Revue Médicale de Liège*, 64(12), pp.620–625. Available at: <https://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/33678/1/520.pdf> [Accessed September 28, 2016].
- RONSMANS C., 2001.** What is the evidence for the role of audits to improve the quality of obstetric care? *Stud HSO P*, 17, pp.207–228.
- Working Group on high blood pressure in Pregnancy, 2000.** Report of the National High Blood Pressure Education Program. *Am J Obstet Gynecol*, 83, pp.S1–S22.
- World Health Organisation (WHO), 2013.** Maternal Death Surveillance and Response (MDSR) : technical guidance information for action to prevent maternal death. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*, p.128.