

Audits de décès maternels dans les pays à faibles ressources : analyse d'implantation dans 23 établissements de santé au Sénégal et au Mali (essai QUARITE)

Jean Richard Dortonne, B. Sc., médecin, DESS¹, Alexandre Dumont, médecin, Ph. D.², Mamadou Traore, médecin³, Gilles Perreault, médecin⁴, François Couturier, médecin, M. Sc.⁵, Kandakhassé Kanouté⁶

¹Gestionnaire du projet QUARITE, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

²Institut de recherche pour le développement, Campus international de recherche UCAD/IRD, Dakar, Sénégal

³Médecin chef du Centre de santé de référence commune V, Bamako, Mali

⁴Médecin, Hôpital Saint-Jean-sur-Richelieu, Québec, Canada

⁵Médecin, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

⁶Division Santé de la reproduction, ministère de la Santé et de la Prévention, Dakar, Sénégal

Résumé

Justificatif : La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada s'est jointe en 1990 au mouvement international de la maternité sans risque en adaptant le programme GESTA international pour les pays à faibles ressources. L'essai QUALITÉ des soins, gestion du Risque et TECHniques obstétricales (QUARITE) a pour objectif d'évaluer l'efficacité du PGI en matière de réduction de la mortalité maternelle dans 46 hôpitaux de référence au Sénégal et au Mali.

Objectif : Évaluer l'implantation des audits de décès maternels dans les 23 hôpitaux du groupe d'intervention de l'essai QUARITE.

Méthode : Dix indicateurs de suivi ont été déterminés afin d'évaluer l'implantation des audits de décès maternel. Le présent article décrit et analyse les indicateurs de suivi sur une période de cinq mois d'implantation du 23 septembre 2008 au 30 janvier 2009. La collecte des données a été effectuée au cours d'une visite de supervision à la fin de cette période en utilisant une grille de suivi et une fiche de vérification standardisées. Des entrevues avec les acteurs-clés ont été effectuées. Une analyse des documents du programme (manuel de procédure, comptes rendus de réunion et de supervision, cahier de bord) a été réalisée. Un score d'implantation a été calculé pour chaque centre variant de 1 à 10.

Résultats : Le score moyen d'implantation dans les 23 centres visités est de 7,5 (minimum = 4 et maximum = 10). Dans toutes les structures de santé, il existe un sous-comité d'audit de décès maternel multidisciplinaire et fonctionnel, dont les membres ont bénéficié d'une formation sur les audits de décès maternel. Dans l'ensemble, les sous-comités utilisent les outils de gestion mais

certaines fiches ne sont pas bien comprises et il faut alors cerner la source du problème et la corriger. Les séances d'audit de décès maternel ont démarré lentement en raison de plusieurs facteurs : la charge de travail du personnel de la maternité, le manque de confiance des leaders d'opinion locaux, le manque de cohésion au sein de l'équipe et la faible disponibilité des ressources humaines.

Conclusion : L'analyse des données démontre que le processus d'implantation des audits de décès maternel est lent mais réel et que la supervision trimestrielle permet de surmonter les difficultés et de renforcer les compétences des membres des sous-comités d'audit.

Abstract

Background: In 1990, the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada joined the international movement for safe motherhood by adapting its ALARM programme to the needs of low-resource countries. The goal of the QUARITE (*QUALité des soins, gestion du Risque et TECHniques obstétricales*) trial is to evaluate the efficiency of the ALARM International programme in terms of maternal mortality reduction in 46 referral hospitals in Senegal and Mali.

Objective: Evaluate the implementation of maternal death audits in the 23 hospitals that are part of the QUARITE trial's intervention group.

Method: Ten follow-up indicators have been identified to evaluate the implementation of maternal death audits. This article describes and analyzes these follow-up indicators during a 5-month implementation period, from September 23, 2008, to January 30, 2009. Data was gathered during a supervision visit at the end of that period with a standardized follow-up questionnaire and checklist. Key participants were interviewed. The programme's documents (procedure manual, meeting and supervision minutes, and logbook) were analyzed. An implementation score (on a scale from 1 to 10) was calculated for each centre.

Mots clés : Mortalité maternelle, audit clinique, analyse d'implantation, santé internationale, GESTA, QUARITE

Intérêts divergents : Aucun n'a été déclaré

Reçu le 30 avril 2009

Accepté le 21 mai 2009

Results: The 23 centres we visited yielded a mean implementation score of 7.5 (minimum = 4 and maximum = 10). In each health structure, there is a multidisciplinary, functional subcommittee-maternal death audit committee whose members have been trained on the subject of maternal death audits. Overall, these subcommittees use the management tools but some of the forms are not well understood; thus, we must pinpoint the causes of this problem and eliminate them. Maternal death audit sessions had a slow start due to several factors: maternity personnel's workload, lack of confidence of local leaders, lack of cohesion within teams and lack of personnel availability.

Conclusion: Data analysis indicates that the process of implementing maternal death audits is slow but real and that quarterly supervision makes it possible to eliminate difficulties and to reinforce the skills of audit subcommittee members.

J Obstet Gynaecol Can, vol. 31, n° 10, 2009, p. 936–944

INTRODUCTION

Chaque année, plus de 500 000 femmes meurent dans le monde de complications liées à la grossesse et à l'accouchement en majeure partie évitables. On estime que 10 millions des femmes qui survivent à ces complications souffriront de lésions, d'infections, de maladies ou de handicaps, pendant leur vie entière dans certains cas. Le pronostic de survie des nourrissons de mères décédées pendant l'accouchement ou en post-partum est également sombre. Nous savons qu'ils courent plus de risques de mourir avant l'âge de deux ans que ceux dont la mère a survécu.

Sur un nombre estimatif de 536 000 décès maternels pour l'ensemble du monde en 2005, près de la moitié (265 000) se sont produits en Afrique subsaharienne et un tiers (187 000) en Asie du Sud¹. Les facteurs le plus souvent à l'origine de ces décès sont l'absence de personnel de santé qualifié pendant l'accouchement, les difficultés d'accès aux soins obstétricaux d'urgence incluant la prise en charge des complications des avortements non médicalisés, et l'inefficacité du système d'orientation-recours².

L'accès à des soins qualifiés avant, pendant et après l'accouchement, en particulier au moment même de la naissance, est reconnu comme un droit fondamental universel³. Le suivi du travail et de l'accouchement par du personnel qualifié (médecin, sage-femme ou infirmière qualifiée) est reconnu comme une des stratégies la plus efficace pour réduire la mortalité maternelle et périnatale⁴. Toutefois, la disponibilité du personnel qualifié en Afrique subsaharienne, au Sénégal et au Mali en particulier, est très hétérogène et le plus souvent insuffisante. Le maintien d'un haut niveau de compétence pour le personnel en poste est également un défi que doivent relever les autorités sanitaires dans des systèmes de santé fragiles et en développement⁵. L'audit médical ou clinique est une des stratégies les plus prometteuses pour améliorer la performance des personnels de santé. Il s'agit d'un concept acquis dans le contexte des soins obstétricaux et d'autres soins de santé

dans les pays industrialisés, mais dont l'application est réduite dans les pays en développement⁶. Les audits de décès maternel sont présentés comme une méthode d'amélioration de la gestion des urgences obstétricales dans les pays à forte mortalité hospitalière, bien que leur impact sur la mortalité maternelle n'ait pas été bien démontré⁷.

En 1990, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) en partenariat avec les associations nationales d'obstétrique-gynécologie du Guatemala, d'Haïti, du Kosovo et de l'Ouganda, a développé le Programme GESTA International (PGI) visant l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence (SOU) et la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans les pays à faibles ressources. Conçu à l'origine à titre d'activité de formation médicale continue (cours offert à plus de 1 000 professionnels de la santé dans 20 pays dans la période de 1999 à 2005), le programme GESTA International a pris de l'ampleur et a été modifié en 2005 de manière à pouvoir être mis en œuvre au sein des systèmes de santé (http://sogc.medical.org/cme/alarm_f.asp). Un essai contrôlé randomisé (ECR) a été mis en œuvre afin d'évaluer l'impact du PGI sur la réduction de la mortalité maternelle dans 46 hôpitaux de référence au Sénégal et au Mali (23 dans le groupe intervention et 23 dans le groupe témoin). Il s'agit de l'essai QUALité des soins, gestion du RISque et TEchniques obstétricales (QUARITE) - Numéro d'enregistrement : *Current controlled trials* ISRCTN46950658).

L'objectif du présent exposé est de présenter les premiers résultats de suivi et d'évaluation de l'implantation des audits de décès maternels dans les établissements de santé du groupe d'intervention au cours des cinq premiers mois de la mise en œuvre.

MÉTHODE

Contexte

Les hôpitaux ont été recrutés en septembre 2007 pour participer à l'essai QUARITE. Sur un total de 49 hôpitaux admissibles (23 au Mali et 26 au Sénégal), 46 centres ont été inclus dans l'étude (22 au Mali et 24 au Sénégal). Les centres répondaient aux critères d'inclusion suivants : disponibilité d'un bloc opératoire fonctionnel, un nombre d'accouchements annuel > 800, un consentement signé par le chef de service de la maternité et le directeur de l'établissement.

Trois hôpitaux admissibles ont été exclus : dans deux centres, un programme d'audit clinique avait déjà été initié avant le début de l'étude; nous n'avons pas obtenu le consentement signé pour un hôpital. Les 46 centres inclus dans l'étude sont représentatifs du système de santé du Mali et du Sénégal, compte tenu de la variété des contextes (urbain ou rural) et du niveau de soins (hôpital de référence

Tableau 1 Théories et hypothèses en lien avec le programme GESTA international (PGI)

Théories	Hypothèses	Composantes du PGI
Apprentissage des adultes	Le changement intervient si les acteurs participent au processus de résolution des problèmes	Cours GESTA Audits et rétro-information
<i>Leadership</i>	Le changement intervient s'il existe des interactions avec une ou plusieurs personnes influentes	Supervision formative
<i>Management</i>	Les erreurs peuvent être évitées en améliorant le système et les pratiques	Audits des décès maternels

de premier ou deuxième niveau). En août 2008, les hôpitaux ont été randomisés. La procédure de randomisation des hôpitaux est un tirage au sort équilibré, stratifié par pays. Pour éviter un déséquilibre entre les groupes de comparaison au sein d'un même pays, une stratification en trois catégories a été effectuée en fonction du contexte géographique et de la taille de la maternité (nombre d'accouchements annuels). Vingt-trois hôpitaux ont été répartis dans le groupe d'intervention (12 au Sénégal et 11 au Mali), dont six hôpitaux sont situés dans un grand centre urbain (trois à Dakar, trois à Bamako), sept des hôpitaux régionaux hors capitale et dix des hôpitaux de district hors capitale.

Le programme GESTA international

Activité de préparation avant l'intervention : Dans les deux pays (Sénégal et Mali), le ministère de la Santé a constitué des comités nationaux GESTA. Ces comités assument le rôle d'un organisme consultatif, de gestion et de surveillance dans l'implantation du programme GESTA international dans les hôpitaux et dans les centres de santé de référence du groupe d'intervention. Ils sont formés des membres des associations professionnelles, des représentants de la faculté de médecine, du ministère de la santé et des organisations internationales ou non gouvernementales qui sont oeuvrent dans le cadre des programmes de réduction de la mortalité maternelle. Ils veillent à ce que le programme GESTA international soit exécuté d'une façon standardisée et continue pendant toute la durée de l'essai contrôlé et randomisé. Un protocole d'entente a été signé entre les comités nationaux GESTA et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Description de l'intervention

L'intervention cible directement les professionnels de la santé dispensant des soins obstétricaux des différents hôpitaux concernés par le PGI (12 centres au Sénégal et 11 centres au Mali), et indirectement les femmes qui accouchent dans ces établissements. Les professionnels de

la santé sont représentés par le personnel qualifié pour la gestion du travail et de l'accouchement et la prise en charge des complications obstétricales ou néonatales : médecins, sages-femmes, infirmières obstétricales, infirmiers-anesthésistes, instrumentistes, aide-opérateurs. Nous avons recensé 534 professionnels dans les 23 établissements de santé (268 au Sénégal et 265 au Mali) au début de l'étude en 2007. La séquence des activités qui durera deux ans vise le développement d'un leadership local et l'autonomisation des équipes obstétricales en se basant sur trois principales théories, celles de l'apprentissage des adultes, du leadership et du management (tableau 1). Pour atteindre cet objectif, l'intervention se déroule en plusieurs étapes (figure 1). Au cours des cinq premiers mois de l'intervention (du 23 septembre 2008 au 30 janvier 2009), nous avons effectué les étapes 1 à 4 :

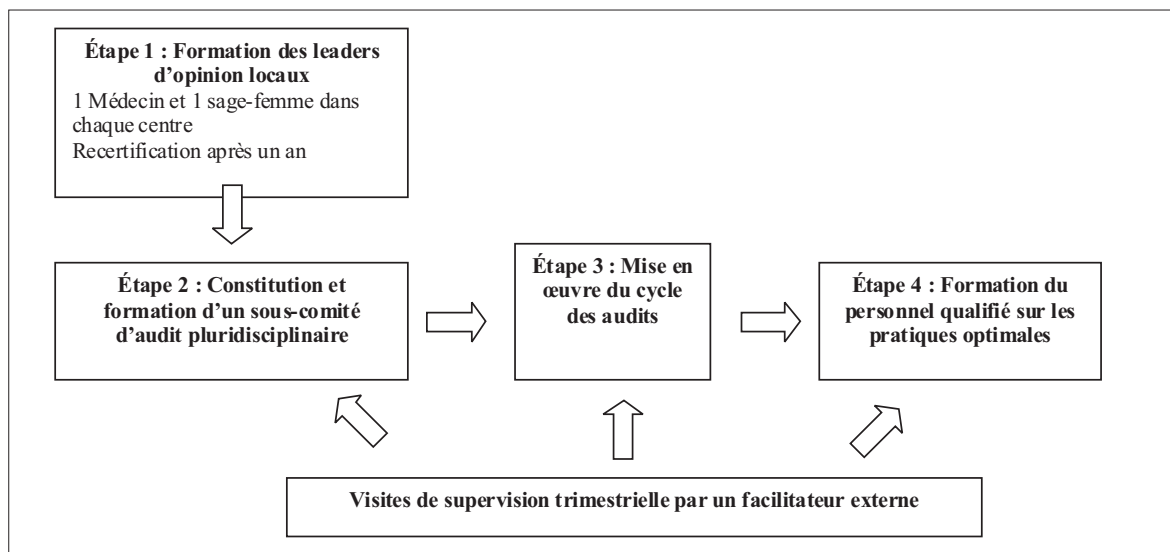
Étape 1 : Formation de leaders d'opinion locaux

Dans le cadre de l'essai QUARITE, les activités ont démarré le 23 septembre 2008 au Sénégal et le 10 octobre au Mali par un cours de formation de six jours à l'intention du médecin chef de service de la maternité et de la maîtresse sage-femme (leaders d'opinion locaux) de chacun des 23 établissements du groupe d'intervention. Nous avons utilisé la quatrième et dernière édition du cours GESTA international (juin 2007) qui met l'accent sur les principales causes de mortalité maternelle et néonatale, sur les droits sexuels et génésiques ainsi que sur les techniques d'audits de décès maternels. Le sixième jour est consacré à la formation des formateurs en pédagogie médicale. Le cours repose sur le principe de la médecine fondée sur les données probantes (*evidence based medicine*) en utilisant les résultats des revues systématiques ou méta-analyses des essais contrôlés randomisés, avec une mise à jour tous les deux ans.

Étape 2 : Constitution du sous-comité d'audits de décès maternels et formation des membres

- Constitution des sous-comités : Après la formation, chaque leader d'opinion local avait la responsabilité de

Figure 1 Principales étapes de l'implantation du programme GESTA international dans chaque hôpital du groupe d'intervention



constituer, dans son établissement, un sous-comité d'audit de décès maternel composé du médecin chef de la maternité, d'une représentante des sages-femmes, du responsable du laboratoire, de l'anesthésiste, d'un représentant des médecins et d'un membre de l'administration. Parmi les membres du sous-comité, une ou plusieurs personnes ont été chargées de la collecte de l'information sur les décès maternels (collecteur de données). Le sous-comité se réunit une fois par mois pour assister à la séance d'audit de décès maternel. Il s'assure de l'anonymat des prestataires ainsi que des patientes décédées. Les principales tâches sont : (1) organiser une séance d'audit par mois; (2) remplir les fiches d'audit pour chaque cas de décès maternel; (3) élaborer les recommandations; (4) s'assurer de leur mise en œuvre. Il a aussi pour tâche d'élaborer un rapport annuel faisant la synthèse des résultats; et de proposer un plan d'action annuel. Le sous-comité doit informer le personnel de la maternité des recommandations formulées durant les séances d'audit et voir à leur application.

- Formation des membres des sous-comités d'audit de décès maternel : tous les membres du sous-comité d'audit de décès maternel ont bénéficié d'une séance de formation d'une journée sur les audits de décès maternel. Nous nous sommes inspirés du document de l'Organisation mondiale de la santé « Au-delà des nombres » pour développer le matériel pédagogique et élaborer les outils de collecte et d'analyse qu'on utilise aux séances d'audit de décès maternel. Plus de 183 membres (Sénégal : 88 ; Mali : 95) des sous comités d'audit ont ainsi été formés du 14 octobre au

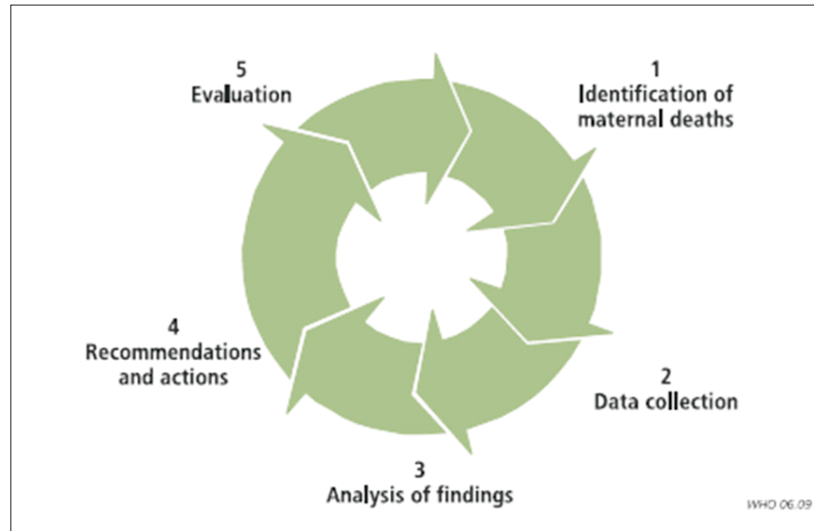
27 novembre 2008 par les leaders locaux, appuyés par le coordinateur canadien du PGI et un consultant national du ministère de la Santé de chaque pays.

Étape 3 : Mise en œuvre du cycle des audits de décès maternels

Suite à la formation des membres du sous-comité, le cycle des audits de décès maternels a été mis en œuvre dans chacun des 23 établissements de santé dans la période allant du 27 novembre 2008 au 30 janvier 2009 selon la méthode proposée par l'Organisation mondiale de la santé (voir la figure 2). Il a été recommandé d'organiser une séance d'audit d'une à deux heures tous les mois avec les membres du personnel de la maternité et du sous-comité pour analyser tous les cas de décès maternel survenus dans l'établissement.

Étape 4 : Formation du personnel qualifié sur les pratiques optimales ou sessions de partage

Formation donnée par les leaders d'opinion locaux aux prestataires de soins obstétricaux sur les principales causes de mortalité maternelle. Les sessions de partage permettent de mettre à niveau les connaissances et habiletés des professionnels de chaque centre de santé par les leaders locaux. Ces sessions se déroulent sous forme de discussions interactives et offrent aux participants l'occasion de pratiquer et d'améliorer leurs compétences cliniques. Des mannequins sont disponibles à la session de partage. Un calendrier de sessions de partage a été élaboré par chaque leader d'opinion en se basant sur les principaux problèmes de santé relevés dans l'établissement. Les leaders d'opinion locaux organiseront au moins quatre (4) sessions de partage par an. Chaque session de partage dure au moins une

Figure 2 Cycle des audits de décès maternels¹²

Reproduit avec permission.

Tableau 2 Critères d'implantation des audits de décès maternels

Critère
1. Un sous-comité d'audit est constitué.
2. Les collecteurs de données sont formés.
3. Le cahier de bord est rempli correctement.
4. Les fiches d'audit de décès maternel sont remplies correctement.
5. Les fiches sont rangées dans un endroit sécuritaire.
6. La majorité des décès recensés ont été audités (au moins 80 %).
7. Les recommandations du sous-comité d'audit sont claires et réalistes.
8. Les causes ou les facteurs qui ont contribué aux décès sont correctement relevés.
9. Les membres du sous-comité d'audit ont respecté le principe de confidentialité (pas de noms, pas de sanctions).
10. La grille d'analyse des cas de décès est utilisée de façon correcte.

de demi-journée. Les sessions de partage peuvent se dérouler en présence ou non de facilitateurs externes. Cependant, il est recommandé qu'un facilitateur externe soit présent à la première session. La présence des facilitateurs externes (leaders d'opinion nationaux ou représentants canadiens) permet de superviser et d'appuyer les leaders d'opinion locaux. Les facilitateurs externes s'assurent de la qualité de la formation et de la standardisation de l'intervention.

Visites de supervision par un facilitateur externe

Du 9 au 30 janvier 2009, un consultant canadien et un consultant national de chaque pays ont effectué des visites de supervision dans chacun des centres de santé. Le médecin

responsable de la maternité de chaque centre a été informé de la visite de supervision par courriel ou par téléphone. La visite de chaque établissement s'est déroulée selon le programme suivant : (1) rencontre avec le responsables de l'établissement de santé pour l'informer du but de la mission; (2) entrevues avec le responsable du sous-comité d'audit et le collecteur de données; (3) participation à une séance d'audit; (4) participation à une session de partage; (5) séance de compte rendu avec le directeur de l'hôpital. Lors séances d'audit, les facilitateurs externes se sont assurés que les principes fondamentaux des audits étaient respectés : la confidentialité (pas de nom de patientes, pas de nom de prestataires de soins) et pas de sanctions ni de blâmes à l'encontre du personnel de santé. Les renseignements sur les décès maternels ont été vérifiés : qualité des données collectées, précision de la cause principale du décès, pertinence des recommandations. Les facilitateurs ont discuté avec les acteurs-clés des difficultés rencontrées dans la mise en place des audits de décès maternels et des possibilités d'amélioration de l'implantation. Les observations des facilitateurs ont été enregistrées sur une grille de suivi standardisée pour chaque établissement. Un rapport de supervision faisant la synthèse de chaque visite a été rédigé après la mission.

Sources de données

Le Comité GESTA national s'est réuni à une reprise au Sénégal le 4 septembre 2008 et à une reprise au Mali (le 4 juin 2008). Les thèmes abordés concernaient la mise en œuvre des audits et les problèmes de contamination dans le groupe témoin. Un procès-verbal a été rédigé après chaque réunion. Du 23 mai 2008 au 24 janvier 2009, huit (8) entrevues ont été effectuées dans chaque pays par le

gestionnaire du projet pour la SOGC et le vice président administratif de la SOGC avec les hauts responsables du ministère de la Santé, les présidents des associations professionnelles (sage-femme et gynécologue-obstétricien) et les professeurs de la Faculté de médecine afin de définir les rôles de chacun. Du 9 au 30 janvier, 23 entrevues avec les responsables des sous-comités d'audit et les collecteurs de données ont été réalisées par les facilitateurs externes au cours des visites de supervision. Le thème des entrevues avec les participants concernait leur perception des audits, les barrières et les facteurs facilitant l'implantation des audits. Les entrevues n'ont pas été enregistrées. Les notes des enquêteurs ont été intégrées aux comptes rendus de mission.

Chaque responsable de sous-comité d'audit est tenu de remplir un cahier de bord pour noter les différentes activités effectuées dans le cadre du PGI. Le cahier de bord contient les éléments suivants : les fiches ou les formulaires concernant les activités de l'intervention (la liste des membres du sous-comité d'audit, la fiche d'audit de décès maternel, le rapport d'audit, la fiche de synthèse des résultats, la fiche de vérification de la session de partage, etc.). Après chaque réunion, activité, session de partage, séance d'audit, les fiches doivent être remplies par la personne responsable et annexées au cahier de bord.

Collecte des données

Les données ont été collectées du 9 au 30 janvier 2009 par les facilitateurs externes au cours des visites de supervision en utilisant une grille de suivi et une fiche de vérification standardisées pour chaque centre. Faisant usage de la fiche de vérification, les facilitateurs ont répertorié les activités accomplies parmi celles prévues dans la mise en œuvre des audits, exercice validé par observation directe, des questions posées aux professionnels, l'analyse du cahier de bord, des fiches de collecte des données et des dossiers cliniques disponibles, de même que par l'observation d'une séance d'audit de décès maternels. Les facilitateurs ont précisé les raisons pour chaque activité non réalisée. À la fin de leur mission sur le terrain, les facilitateurs externes ont rédigé un rapport synthèse contenant leurs recommandations de suivi du PGI.

Analyse des données

Nous avons utilisé une méthode mixte qualitative et quantitative d'analyse de l'implantation des audits de décès maternels dans 21 établissements, deux ne s'y prêtant pas en raison de l'absence de décès.

1. Approche quantitative :

Nous avons défini dix critères d'implantation des audits de décès maternels (voir le tableau 2). Pour chaque centre, un score d'implantation est enregistré en fonction de la

validation ou non de chaque critère : critère validé (score = 1); critère non validé (score = 0). Un score total non pondéré est calculé en additionnant les différents scores par critère. Le score total maximum par centre est de 10; il s'agit du score attendu pour chaque centre du groupe d'intervention dans le cadre de l'essai QUARITE.

2. Approche qualitative

Un des chercheurs qui n'a pas participé aux visites de supervision a réalisé une analyse approfondie des documents du programme (comptes rendus de réunion et de mission, grilles de suivi standardisées, fiches de vérification et cahiers de bord) pour cerner les causes d'échec ou de réussite dans la mise en œuvre des audits de décès maternel. En comparant à la fois les contextes et les changements organisationnels induits par la mise en œuvre des audits, cette analyse avait pour objectif de relever les barrières et les facteurs facilitant l'implantation du PGI. L'analyse a mis l'accent sur le rôle des acteurs-clés du programme afin de comprendre les effets que peut provoquer la mise en œuvre des audits dans l'organisation des services et les stratégies d'adaptation des acteurs.

RÉSULTATS

Approche quantitative

Vingt et une fiches de vérification (une par centre), contenant 21 listes des membres des sous-comités d'audit, 21 fiches de vérification de la formation des membres des sous-comités, les fiches d'audit de décès maternels et les rapports des séances d'audit, ont été analysées.

Le score total d'implantation des audits varie de 4 à 10 suivant les centres (moyenne = 7,5). Deux des 21 établissements ont obtenu le score attendu de 10 (9 %) et 16, un score de 7 à 9 (76 %).

Dans tous les centres de santé du groupe d'intervention, il existe un sous-comité d'audit de décès maternel qui a la responsabilité de la mise en œuvre des audits. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un sous-comité multidisciplinaire qui compte au moins un représentant des médecins, des sages-femmes, des infirmières, des pharmaciens et de l'administration.

Des 21 collecteurs de données désignés (un par centre), 20 ont bénéficié d'une formation d'une journée dans le cadre du projet. Il s'agit exclusivement de sages-femmes. Dans un seul cas, la collectrice de données qui avait suivi la formation initiale a été mutée dans un autre centre de santé un mois avant la visite de supervision. La remplaçante n'a pas encore eu de formation mais des dispositions ont été prises à cette fin.

Tableau 3 Facteurs facilitant et barrières dans l'implantation des audits

Facteurs facilitant	Barrières
Sous-comité d'audit multidisciplinaire et qualifié.	Manque de personnel
Les membres du sous-comité sont formés.	Surcharge de travail
Soutien de la part des responsables des établissements de santé.	Les leaders d'opinion locaux manquent d'expérience et de compétence sur les audits.
Le personnel comprend le but des audits.	Manque de médicaments, de sang et d'équipement.
Le personnel de santé est motivé et veut améliorer sa compétence.	
Les recommandations sont pertinentes et réalistes.	
Appui des leaders d'opinion locaux et du sous-comité par des consultants nationaux et internationaux.	
Un budget alloué pour les activités d'audit (pour collation).	

Le cahier de bord est correctement rempli dans 10 cas sur 21 (47 %). Dans trois établissements de santé, les facilitateurs externes n'ont pas mentionné de réponse.

Les fiches d'audit de décès maternel qui permettent de recueillir les données sur les décès sont correctement remplies dans 80 % des cas. Dans trois cas, les facilitateurs externes n'ont pas mentionné de réponse, soit 14 %.

Les séances d'audit de décès maternels ont débuté dans certains centres au cours du mois de décembre 2008, mais dans la majorité des cas, cette activité a démarré avec la visite des facilitateurs externes au mois de janvier 2009. Des 21 centres de santé visités où les séances d'audit ont débuté, cinq ont conservé les fiches d'audit dans un lieu sécuritaire (23 %); la majorité des décès maternels recensés (au moins 80 %) ont été audités dans 13 centres (61 %); les recommandations du sous-comité sont claires et réalistes dans 19 centres (90 %); les causes ou les facteurs qui ont contribué aux décès sont correctement précisés dans 20 centres (95 %) et la grille d'analyse est utilisée correctement dans 14 centres (66 %). Dans la mesure du possible, les membres du sous-comité ont respecté la confidentialité dans 19 centres (90 %).

Approche qualitative

Les principales forces relevées en lien avec la mise en œuvre des audits sont les suivantes : existence d'un sous-comité d'audit multidisciplinaire et qualifié, appui des responsables des établissements de santé, motivation du personnel de santé, et appui des consultants nationaux et internationaux. Dans ce contexte, les audits de décès maternels sont utilisés afin de déterminer les écarts entre les bonnes pratiques cliniques et la pratique observée, et si les recommandations sont pertinentes et adaptées au contexte. Nous avons aussi cerné des faiblesses en lien essentiellement avec le contexte :

manque de personnel, surcharge de travail, manque de médicaments essentiels, de sang et d'équipement essentiel; mais aussi en lien avec les acteurs : manque d'expérience et de compétence sur les audits de la part des leaders d'opinion locaux (voir le tableau 3).

Dans un cas analysé lors d'un audit, il a été constaté que les gynécologues après les interventions chirurgicales donnaient les instructions aux infirmières verbalement et que rien n'était mentionné dans le dossier de la patiente. Lors de la séance d'audit, les participants ont recommandé que les médecins rédigent eux-mêmes les notes médicales dans le dossier de la patiente. Cet exemple illustre que la mise en application d'une décision simple par un changement de comportement, sans apport extérieur ni d'augmentation des dépenses, peut modifier considérablement la prise en charge des patientes et prévenir des décès maternels.

DISCUSSION

Après une période de cinq mois d'activités sur le terrain, le cycle des audits de décès maternels a été mis en œuvre dans 21 centres de santé du groupe d'intervention. Dans tous les centres, il existe un sous comité d'audit des décès maternels qui est multidisciplinaire et fonctionnel et dont les membres ont bénéficié d'une formation sur les audits de décès maternels. Dans l'ensemble, les sous-comités utilisent les outils de gestion mais certaines fiches ne sont pas correctement utilisées. Les séances d'audit ont démarré lentement en raison de plusieurs facteurs liés soit au contexte institutionnel, soit aux acteurs.

Dans les pays à faible revenu, les restrictions de ressources ou l'inefficacité des allocations de ressources dans le secteur de la santé peuvent empêcher le processus d'audit des décès

maternels d'être efficace. Cependant, la participation d'un membre de l'administration aux activités du sous-comité d'audit peut faciliter la mise en œuvre des recommandations si celles-ci sont appuyées par les résultats probants de l'analyse de chaque cas de décès. Nous avons noté que les sous-comités d'audit s'approprient en général le processus d'audit de façon lente mais réelle. Mais compte tenu du changement radical de comportement que cela suppose, cette appropriation est très encourageante. En même temps, le soutien du ministère de la Santé de chaque pays et celui des consultants nationaux et internationaux motivent les membres du sous-comité tout en apportant une expertise technique lorsqu'ils en ont besoin.

Dans le cadre de l'essai QUARITE, un cahier de bord comprenant différents outils de collecte et de gestion pour le PGI a été élaboré afin de standardiser le plus possible l'intervention. Tous les membres des sous-comités ont bénéficié d'une formation d'une journée sur le cahier de bord. Cependant, celui-ci n'est correctement rempli que dans la moitié des centres. Dans certains cas, on peut attribuer ces lacunes au délai trop long entre la formation et les premières séances d'audit réalisées, mais dans d'autres cas, le cahier de bord est jugé trop complexe ou mal adapté. Nous avons révisé le cahier de bord dans le but de le simplifier et allons renforcer les capacités des participants au cours des prochaines visites de supervision en vue d'une utilisation optimale. En effet, la qualité des données contenue dans le cahier de bord, et dans les fiches d'audit en particulier, est importante car cela permet de mieux cerner les causes et les facteurs qui contribuent aux décès maternels et de faire des recommandations appropriées et pertinentes. Il permet également aux facilitateurs externes de faire un suivi détaillé des activités et de proposer des mesures correctrices adaptées lorsque cela est nécessaire.

Il est important que la confidentialité des cas soit respectée. Pour cela, les fiches d'audit doivent être conservées dans un lieu sûr ou être détruites après la visite des facilitateurs externes et après que les cas soient audités. Les noms des prestataires et de la patiente ne sont pas révélés, mais il est difficile d'assurer l'anonymat dans un service clinique où tout le monde se connaît⁸. Une conséquence possible du manque d'anonymat est la perte de confidentialité au sujet des informations discutées lors des séances d'audit⁹. Les facilitateurs externes ont un rôle important à jouer en rappelant constamment aux acteurs le principe clé des audits « pas de noms, pas de sanctions ». Les données doivent être présentées de façon objective, sans jugement de valeur sur la qualité des informations recueillies. Dans quelques centres, nous avons observé que les participants aux séances d'audit faisaient des commentaires désobligeants sur la qualité des données. Cela peut

démotiver les collecteurs et entraver le processus de mise en œuvre des audits.

L'audit des soins obstétricaux est devenu une pratique courante dans beaucoup de pays occidentaux, et cette technique commence à être utilisée dans quelques pays en développement⁶. Les sessions d'audit offrent l'opportunité de réduire la mortalité maternelle, d'améliorer la qualité des soins offerts aux femmes et permet aux prestataires de soins d'être plus responsables des actes médicaux posés. Nous avons relevé des forces et des faiblesses qui constituent des facteurs déterminants dans l'implantation des audits de décès maternels. Bien que le processus d'audit soit nouveau et que les responsables hospitaliers n'aient pas d'expérience dans ce domaine, il semble que le processus d'appropriation des audits de décès maternels par les acteurs locaux soit lent mais réel. L'appui de l'administration de l'hôpital semble également déterminant car il motive les équipes et facilite l'implantation des recommandations.

Le leadership et la motivation des membres du sous-comité d'audit est essentiel afin d'assurer la continuité des séances d'audit et prévenir la démotivation¹⁰. Dans les deux pays de l'étude, les responsables des centres de santé démontrent un grand intérêt, soutiennent l'initiative et dans certains hôpitaux, participent activement au processus.

Il existe plusieurs méthodes pour améliorer la qualité des soins, mais les méthodes combinant l'audit, la formation et la supervision paraissent produire plus de résultats que les interventions basées sur une seule de ces trois stratégies¹¹. Les activités de supervision trimestrielle, sous leur forme actuelle, permettent d'encadrer les sous-comités d'audit, de surmonter les difficultés auxquelles les leaders d'opinion locaux font face dans la mise en œuvre et renforcer leur confiance. Dans l'ensemble, les gens comprennent le processus et reconnaissent le bien-fondé de cette activité mais comme cela demande un changement radical de comportement, cela prendra du temps et grâce à l'appui des responsables des hôpitaux de référence et du ministère de la Santé, nous sommes confiants que le processus sera implanté, fonctionnel et efficace au cours des deux années du projet.

CONCLUSION

L'analyse des données démontre que le processus d'implantation des audits de décès maternel est lent mais réel et que la supervision trimestrielle permet de surmonter les difficultés et de renforcer les compétences des membres des sous-comités d'audit.

RÉFÉRENCES

1. La mortalité maternelle : Agir pour les enfants, bilan statistique. Numéro 7, UNICEF, New York, 2008, p. 45.
2. Organisation mondiale de la santé. Fifty-seventh world health assembly. Provisional agenda item 12.10, A57/13, 15 avril 2004.
3. Mahler H. « The safe motherhood initiative: a call to action ». *Lancet*, vol. 321, n° 8534, 1987, p. 668-70.
4. Campbell OM, Graham WJ. « Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works ». *Lancet*, vol. 368, n° 9543, 2006, p. 1284-99.
5. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora GC. « How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? » *Lancet*, vol. 366, n° 9490, 2005, p. 1026-35.
6. Les audits peuvent-ils améliorer la qualité des soins obstétricaux ? Genève, Organisation mondiale de la santé.
7. Pattinson RC, Say L, Makin JD, Bastos H. « Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005, CD 002961.
8. Bhatt RV. Professional responsibility in maternity care: role of medical audit. *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 30, 1989, p. 47-50.
9. Supratikto G, Wirth M, Achadi E, Cohen S, Ronsmans C. « A district-based audit of the causes and circumstances of maternal deaths in South Kalimantan, Indonesia. » *Bull World Health Organ*, vol. 80, 2002, p. 228-35.
10. Kongnyuy EJ, van den Broek N. « The difficulties of conducting maternal death reviews in Malawi. » *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 8, 2008, p. 42.
11. Richard F, Ouédraogo C, Zongo V, Ouattara F, Zongo S, Gruénais ME, et coll. « The difficulty of questioning clinical practice: experience of facility-based case reviews in Ouagadougou, Burkina Faso. » *BJOG*, vol. 116, n° 1, 2009, p. 38-44.
12. Dumont A, Gaye A, de Bernis L, Chaillot N, Landry A, Delage J, et coll. *Bull World Health Organ*, vol. 84, n° 3, 2006, p. 218-24.