

Historique, émergence des politiques d'audit

Alexandre Dumont

LA PART DE LA QUALITÉ DES SOINS DANS LA MORTALITÉ MATERNELLE

De nombreuses études qualitatives réalisées dans différents contextes, au Nord comme au Sud, ont confirmé la part importante des facteurs de soins dans la mortalité maternelle. Si les complications sévères de la grossesse ou de l'accouchement sont à l'origine de la plupart des décès, les traitements sont pourtant bien connus.

Une analyse situationnelle réalisée au sein d'un réseau d'établissements de santé en Afrique de l'Ouest dans les années 1990 a montré les principaux obstacles à des soins obstétricaux d'urgence de qualité : (i) une disponibilité inconstante des médicaments et consommables essentiels, (ii) des équipements vétustes et parfois non fonctionnels et (iii) la faible capacité transfusionnelle dans la plupart des maternités de référence. Des comportements professionnels non adaptés nuisent également à la qualité des soins. Les dysfonctionnements observés dans les services en Afrique de l'Ouest seraient expliqués en partie par des problèmes d'identité sociale et professionnelle conflictuelles parmi le personnel soignant. Il en résulte des délais trop longs dans la prise de décision et dans le traitement des complications. Si les ressources sont rares, elles sont souvent mal utilisées, ce qui limite l'efficacité des hôpitaux de référence qui doivent répondre à un besoin important en soins obstétricaux d'urgence, en particulier en césariennes. Parallèlement, la part hospitalière de la mortalité maternelle reste élevée. Dans une étude en population de 19 545 femmes enceintes réalisée dans six pays d'Afrique de l'Ouest, 87 % des 55 femmes décédées ont accouché dans une structure sanitaire, dont 45 % dans un hôpital régional de référence.

L'enquête confidentielle sur les morts maternelles en France entre 1996 et 2002 a montré que 44 % des décès maternels ont été considérés comme « évitables ». L'évitabilité est très variable selon la pathologie considérée. Pour les hémorragies, par exemple, les experts ont jugé que près des trois quarts des décès par hémorragies auraient pu être évités, si des soins appropriés avaient été prodigués en temps utile ; les erreurs thérapeutiques ou un traitement inadéquat étaient le plus souvent à l'origine des décès. Les complications obstétricales et les infections ont également une proportion d'évitabilité élevée (entre 71 % et 80 %). Les raisons en étaient le traitement inadéquat ou le diagnostic non fait.

Pour toutes ces raisons, l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé, et spécialement dans les hôpitaux de référence, est devenue une priorité dans les années 2000 dans la lutte contre la mortalité maternelle pour un grand nombre de pays et en Afrique subsaharienne en particulier, où les taux de mortalité maternelle étaient les plus élevés au monde.

LES MÉTHODES D'AUDIT POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS

Des méthodes d'audit ont été décrites depuis longtemps, et l'obstétrique est l'une des spécialités médicales où cette approche a été largement utilisée. La particularité de ces différentes méthodes est de s'inscrire, par définition, dans un processus d'amélioration continue de la qualité, et de présenter un intérêt opérationnel majeur. Elles sont potentiellement très utiles pour promouvoir les changements dans les services de soins.

Il existe deux types d'audit dans le domaine de la santé maternelle. Le premier, qui est une vérification des incidents critiques ou événements indésirables, fait appel à des méthodes telles que les audits des décès en établissement ou l'enquête confidentielle sur les morts maternelles. Il s'agit plus d'une étude des éventualités (mort ou morbidité) que de la structure ou du processus de soins et, généralement, les soins administrés aux femmes ne sont pas évalués en fonction de critères cliniques prédéfinis. Le second type est la vérification clinique ou audit

clinique, qui suppose une évaluation sur la base de critères explicites convenus. Les deux méthodes peuvent être combinées dans le but d'analyser les incidents critiques par rapport à des standards de soins.

Les **audits cliniques sur critères explicites** ont été très utilisés ces dernières années dans les pays industrialisés pour améliorer la qualité des soins et ont été introduits dans certains pays dans le processus d'accréditation des établissements de santé. De nombreux services de planification familiale et de soins de santé primaire dans les pays en voie de développement ont participé également à des études sur les vérifications cliniques basées sur des critères explicites. En obstétrique, ces études sont plus difficiles à mettre en œuvre, étant donné la multiplicité des cas à prendre en compte et des procédures à évaluer. La méthode est particulièrement justifiée, si un ou plusieurs soins précis ont été ciblés *a priori* (le traitement de la pré-éclampsie, par exemple). Plusieurs études effectuées dans les pays à faibles ressources ont été réalisées dans le but d'évaluer l'efficacité des audits cliniques sur les changements de pratique professionnelle en obstétrique. Sur l'ensemble de ces études, l'effet de l'audit clinique avec rétro-information sur la qualité des soins est très variable. Une des raisons de l'efficacité variable de l'audit clinique est liée à la complexité de mise en œuvre de cette méthode dans les pays à faibles ressources et à la difficulté rencontrée par les auteurs pour suivre les règles de bonnes pratiques des audits cliniques : définition claire des cas à auditer, identification exhaustive de tous les cas, collecte exhaustive de l'information à partir des dossiers cliniques souvent mal tenus, définition des critères de qualité des soins avec un haut niveau de preuve.

Une des méthodes particulièrement adaptée aux services d'obstétrique dans les pays en voie de développement où la mortalité maternelle hospitalière reste très élevée (autour de 1 % des accouchements) concerne la revue systématique des décès maternels en établissement ou **audit des décès maternels**. Elle consiste à rechercher, de manière qualitative et approfondie, les causes et les circonstances des décès survenant dans les établissements de santé. La méthode peut être adaptée à l'audit des cas de morbidité sévère ou échappée-belle (*near-miss* pour les anglophones) dans le contexte des pays à ressources élevées où la mortalité maternelle est devenue une éventualité assez rare, mais où les épisodes de morbidité sévère sont plus fréquents. L'étude requiert la coopération des personnes ayant administré des soins à la défunte, ainsi que la volonté de relater précisément la gestion du cas, et constitue en premier lieu un processus de formation

pour les professionnels de la santé. C'est également un moyen efficace pour favoriser la responsabilisation et identifier les facteurs évitables ou remédiables qui seront modifiés localement dans le but d'améliorer les soins obstétricaux. Différentes expériences basées sur les audits de décès maternels en établissement au Sénégal, au Mali, au Mozambique, en Tanzanie et au Ghana, ont montré l'impact potentiel de ces techniques de management sur les comportements professionnels, le fonctionnement des services et la mortalité maternelle. Il s'agit d'études de cas isolées dont les résultats sont très dépendants de l'implication d'une équipe dans le processus d'amélioration continue de la qualité et des appuis financiers extérieurs qui permettent de réaliser ce qui a été décidé au cours des séances d'audit. Récemment, l'essai Quarité a montré que la mise en œuvre des audits de décès maternels permet de réduire de 15 % la mortalité maternelle dans les hôpitaux de référence. Cet effet est particulièrement marqué dans les hôpitaux de district en dehors de la capitale où nous avons observé une réduction de 35 % de la mortalité maternelle hospitalière.

LES POLITIQUES DE SANTÉ CENTRÉES SUR LES AUDITS

Les premiers audits ne datent pas d'aujourd'hui. En effet, au Danemark ou en Suède cette pratique aurait été envisagée pour les morts maternelles dès 1920. En Angleterre, une enquête spéciale fut menée en 1930 et en France, le congrès de la Fédération des sociétés de gynécologie et d'obstétrique de langue française avait officiellement proposé la création de comités d'étude des décès des femmes en couches, au sein des sociétés nationales dès 1959.

Depuis une dizaine d'années, la plupart des pays industrialisés et plusieurs pays en Afrique ont mis en œuvre les techniques d'audit pour améliorer la qualité des soins dans les formations sanitaires. Des études pilotes dans plusieurs établissements de santé ont été effectuées en Afrique du Sud, au Maroc, au Bénin, au Burkina Faso, au Sénégal et au Mali pour tester la faisabilité d'une mise en œuvre à l'échelle régionale ou nationale d'une politique de santé basée sur les audits de décès maternels ou des échappées-belle. Les résultats suggèrent que l'approche basée sur les audits est généralement acceptée par les professionnels de santé. Les

soignants et administrateurs de services sont réceptifs et adhèrent assez bien au processus et aux résultats des audits dans une situation que certains peuvent cependant vivre comme déstabilisante, voire menaçante. Globalement, il y a un engouement pour cette approche qui bouscule un peu les rapports hiérarchiques traditionnels dans les organisations de soins et permet de trouver des solutions concrètes aux principaux problèmes de prise en charge des urgences obstétricales. Dans certains pays comme au Mali ou au Sénégal, un comité national d'enquêtes confidentielles sur les morts maternelles a été mis en place. L'organisation mondiale de la santé et ses partenaires ont publié en 2013 un guide de surveillance des décès maternels (SMDR) : (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal_death_surveillance/en/). Plusieurs pays ont adapté ce concept qui englobe la notification des décès, les revues de décès maternels et la riposte à tous les niveaux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bulletin épidémiologique hebdomadaire. La mortalité maternelle en France : bilan et perspectives. 12 décembre 2006/n° 50. Numéro thématique.

Département OMS de la santé génésique, 2004 – Au-delà des nombres : examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. ISBN : 924 25 91 831. Numéro de référence OMS : WA 900 2004WO-1.

GOFFINET F., BLONDEL B., BRÉART G., 2001 – *Évaluation des soins en obstétrique. Pour une pratique fondée sur les preuves*. Éditions Masson.

JAFFRÉ Y., DIALLO Y., VASSEUR P., GRENIER-TORRES C., 2009 – *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*. Éditions Faustroll Descartes.

Saving Mothers' Lives, 2006-2008 – Reviewing maternal deaths to make motherhood safer. *BJOG*, 118, Supplement 1: 1-203.

World Health Organization, 2013 – Maternal death surveillance and response: technical guidance information for action to prevent maternal death. ISBN 978 92 4 150608 3. NLM classification: WQ 270.

Dumont Alexandre. (2014)

Historique, émergence des politiques d'audit

In : Dumont Alexandre (dir.), Traoré M. (dir.), Dortonne J.R. (dir.) Audit des décès maternels dans les établissements de santé : guide de mise en œuvre

Marseille : IRD, 21-25. (Didactiques). ISBN 978-2-7099-1855-8