

## AUDIT MÉDICAL EN EXPÉRIENCE : LA DIFFICULTÉ DE METTRE EN QUESTION SA PRATIQUE CLINIQUE

Fabienne Richard<sup>\*</sup>, Charlemagne Ouédraogo<sup>\*\*</sup>,  
Virginie Zongo<sup>\*\*\*</sup>, Fatoumata Ouattara<sup>\*\*\*\*</sup>, Sylvie Zongo<sup>\*\*\*\*\*</sup>,  
Marc-Éric Gruénais<sup>\*\*\*\*\*</sup> & Vincent De Brouwere<sup>\*\*\*\*\*</sup>

### INTRODUCTION

Offrir des soins hospitaliers de qualité est un objectif commun à tous les systèmes de santé tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement. Parmi les différentes approches pour améliorer la qualité dans un service, l'audit médical est classé comme une des méthodes efficaces (Rowe *et al.*, 2005). Il consiste à passer en revue les différentes étapes du soin pour identifier les problèmes et trouver des solutions (Crombie *et al.*, 1997). Les audits médicaux ont été développés particulièrement au Royaume-Uni où ils ont été introduits dès 1989 par le National Health Service (NHS). S'adressant d'abord aux médecins, ils ont ensuite été étendus aux infirmiers puis à tout clinicien (Johnston *et al.*, 2000 ; Crombie *et al.*, 1997).

Dans les pays en développement, même si l'expérience est plus limitée et plus récente, les expériences d'audits se sont multipliées ces dix dernières années principalement dans le domaine de l'obstétrique. Ils ont été présentés comme une approche pertinente pour améliorer la prise en charge des urgences

- 
- \* Sage-femme, MSc, PhD, Département de santé publique, Institut de médecine tropicale d'Anvers, Belgique.
  - \*\* Professeur de gynécologie obstétrique, Ministère de la santé, Ouagadougou, Burkina Faso.
  - \*\*\* Sage-femme, Ouagadougou, Burkina Faso.
  - \*\*\*\* Anthropologue, chargée de recherche, Aix-Marseille Université, IRD, LPED, Marseille, France.
  - \*\*\*\*\* Anthropologue, Institut des sciences des sociétés (INSS), Centre national de la recherche scientifique et technologique (CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso.
  - \*\*\*\*\* Anthropologue, professeur à l'Université de Bordeaux, Faculté d'anthropologie sociale-ethnologie, Bordeaux, France.
  - \*\*\*\*\* Médecin, professeur de santé publique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, Belgique.

obstétricales (Filippi *et al.*, 2004 ; Wagaarachchi *et al.*, 2001 ; Supatriko *et al.*, 2002 ; Dumont *et al.*, 2006 ; Okong *et al.*, 2006), même si leur impact sur la mortalité maternelle n'a pu être clairement démontré (Pattison *et al.*, 2005). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) en fait aujourd'hui la promotion à travers sa récente publication *Au-delà des nombres*, dont le lancement a été suivi d'ateliers de formation dans une vingtaine de pays en développement pour familiariser les différents personnels de santé avec diverses méthodes proposées dans le document de référence (OMS, 2004a ; OMS, 2004b). Des ateliers régionaux ont également été organisés par l'OMS en 2005 pour aider les pays à élaborer leur plan d'institutionnalisation des audits (OMS Afro, 2005). Alors qu'on invite les responsables d'hôpitaux à intégrer l'audit dans le paquet d'activités de routine des services obstétricaux, on en dit peu sur comment le faire en pratique. Plusieurs auteurs ont déjà décrit les difficultés d'implantation et de mise en œuvre des audits au Royaume-Uni (Berger, 1998 ; Sutton *et al.*, 1998 ; Healy, 1998 ; Johnston *et al.*, 2000), mais peu d'écrits existent sur leur faisabilité dans les pays en développement (Filippi *et al.*, 2004). Il s'agit ici d'apporter des éléments de réflexion supplémentaires sur leur réalité dans un contexte de ressources limitées, en s'appuyant sur l'étude de cas d'une maternité urbaine de Ouagadougou au Burkina Faso où les audits ont démarré en février 2004. Nous présentons ici la manière dont ils ont été implantés, comment ils ont été perçus par le personnel soignant et à quels changements ils ont abouti.

Nous avons conduit une étude descriptive transversale de l'implantation des audits dans la maternité du CMA du secteur 30, dans le but d'évaluer l'intégration des audits dans le paquet d'activités de la maternité (participation aux audits, perception des audits par le personnel) et les changements auxquels ils ont pu aboutir.

Une analyse documentaire de tous les supports de routine utilisés dans la gestion de l'audit entre février 2004 et juin 2005 a été réalisée : liste de présence aux audits, fiche de synthèse du cas et cahier de suivi des recommandations.

Un questionnaire structuré a été soumis au personnel de la maternité entre le 10 et le 16 juin 2005 par une sage-femme extérieure au service, dans le cadre de son mémoire pour l'obtention du grade d'attaché de santé en soins infirmiers et obstétricaux (Zongo, 2005). Les règles éthiques concernant le consentement des agents et le traitement des données (anonymat) ont été respectées. L'enquête a concerné 35 personnels de la maternité et du bloc opératoire du CMA interrogés individuellement (sur un effectif total de 41 agents) : 2 gynécologues obstétriciens, 15 sages-femmes, 7 accoucheuses auxiliaires, 2 aides opérateurs et 9 aides anesthésistes. La totalité du personnel de la maternité a été interviewée ; six membres du personnel du bloc opératoire n'ont pas répondu à l'enquête, n'ayant jamais participé à une séance d'audit ou étant absents pendant la période de l'enquête. Le pré-test du questionnaire a été réalisé auprès de sages-femmes d'une maternité périphérique où les audits avaient également été introduits. Le

questionnaire structuré qui comportait des questions fermées et ouvertes a été proposé lors d'un entretien en face à face par une seule enquêtrice. Les questions abordaient : le but des audits, la participation du personnel au processus, le déroulement des audits, les éventuelles incitations pour y participer, le mode d'invitation aux séances, le feed-back des séances transmis aux équipes, la mise en œuvre et le suivi des recommandations, l'impact sur la qualité des soins, les changements de comportements, les suggestions d'amélioration du processus. Les données récoltées ont été analysées selon une approche quantitative et qualitative. Les résultats des questions fermées ont été résumés sous forme de fréquences, et les réponses aux questions ouvertes ont été codées après une première relecture de tous les questionnaires. Les réponses ont alors été regroupées par thèmes pour construire les tableaux. L'analyse a été réalisée par Virginie Zongo et triangulée par Fabienne Richard.

Les revues de cas (OMS, 2004a) ont été introduites avec l'assistance technique des équipes de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers et de l'Institut de recherche pour le développement dans le cadre du projet Aquasou. L'analyse de situation, faite en début d'année 2003, avait relevé des dysfonctionnements au niveau de l'organisation et de la qualité des soins en salle d'accouchement : suivi des parturientes, usage de l'ocytocine, réanimation néonatale. Face à cette situation, différentes approches d'amélioration de la qualité des soins (staff quotidien<sup>1</sup>, achat de matériel médical, formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence, audits ou revues de cas) ont été mises en place. Cette approche à multiples volets ne permet pas d'isoler la part de l'enquête dans l'amélioration de la qualité des soins. Nous préférons donc ici décrire le processus d'installation des audits et leur perception par les prestataires. Les effets sur la qualité des soins de l'approche multiple ont fait l'objet d'une autre publication (Richard *et al.*, 2008).

## DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

### *Mise en place des audits*

Avant de commencer les revues de cas, un certain nombre de préalables ont été remplis. D'abord les normes de prise en charge des urgences obstétricales de l'OMS ont été mises à disposition des sages-femmes, en salle d'accouchement, sous la forme d'un grand classeur où sont consignés tous les protocoles de prise en charge (OMS, 2003), et plusieurs ateliers de formation en soins obstétricaux

---

1. Le staff consiste à passer en revue tous les matins à 8h les dossiers obstétricaux des dernières 24h en présence de l'équipe de garde et du gynécologue pour mettre en évidence les éventuels problèmes de prise en charge rencontrés par l'équipe.

urgents ont permis de mettre à jour leur pratique. La qualité du dossier médical a été nettement améliorée par l'introduction d'un dossier obstétrical normalisé établi par le Ministère de la santé. Jusqu'en 2004, seule une feuille de température était utilisée. Du matériel médical (tensiomètres, boîtes d'accouchement, ventouse obstétricale, etc.) a été livré pour que la salle d'accouchement réponde aux normes en équipement d'un établissement prodiguant des soins obstétricaux d'urgence complets (UNICEF/OMS/UNFPA, 1997).

Lors de la première séance, une charte de l'audit a été adoptée par les participants dont l'un des points essentiels concernait le respect de la confidentialité (cf. encadré 1).

ENCADRÉ 1. CHARTE DE L'AUDIT À LA MATERNITÉ DU CMA DU SECTEUR 30

*L'audit clinique consiste en une analyse systématique et critique de la qualité des soins, par comparaison à des standards définis (normes et protocoles de soins). Il permet aux membres de l'équipe de discuter et remettre en cause ou améliorer certaines pratiques. L'audit ne peut nullement être utilisé pour sanctionner l'un ou l'autre personnel. Son but est de proposer des recommandations et actions afin que les dysfonctionnements ou erreurs observés ne se reproduisent plus.*

Nous, personnels de la maternité du CMA du secteur 30, nous engageons à respecter les règles de bonnes conduites suivantes dans le cadre du déroulement des audits cliniques au CMA du secteur 30 :

1. Arriver à l'heure à la séance d'audit.
2. Respecter l'expression et les idées de chacun.
3. Respecter la confidentialité des discussions au sein du groupe. Les informations et problèmes discutés au cours de l'audit ne doivent pas être divulgués à l'extérieur de l'équipe (amis, familles, collègues d'autres structures de santé...).
4. S'engager à participer activement aux discussions.
5. Accepter la discussion et le débat entre les participants sans violence verbale.
6. Ne pas chercher à falsifier ou cacher des informations utiles pour la compréhension du cas audité.
7. Essayer autant que possible (car ce n'est pas facile) d'accepter la remise en cause de ses propres gestes.

*(Le 25 février 2004, à Ouagadougou, le personnel de la maternité du CMA du secteur 30)*

Deux sages-femmes se sont portées volontaires pour organiser les séances au cours de la première année. Les séances se déroulaient en général une fois par mois ; elles duraient entre une et deux heures. La participation n'était pas obligatoire et ne donnait droit à aucune indemnité financière. La participation

aux premières a été restreinte, par choix, aux sages-femmes et aux accoucheuses auxiliaires de la maternité de la structure, à l'exclusion du gynécologue et de tout autre personnel de santé. Le but était que les sages-femmes se réapproprient l'acte de soin et la responsabilité de leur pratique en s'évaluant elles-mêmes, pour les domaines de soins qui les concernaient, et en se familiarisant ainsi à la médecine basée sur les preuves. Une fois habituées à présenter un cas, et à discuter entre elles des dysfonctionnements observés, l'audit a été élargi (à partir de la huitième séance) aux autres personnels du CMA, comme cela avait été initialement prévu lors de l'élaboration du projet : médecins, techniciens de laboratoire, pharmacien, administrateurs.

Les premières séances ne se sont appuyées que sur les faits cliniques. La présentation du cas a ensuite été complétée par la restitution de la perception de la femme et de ses accompagnants sur sa prise en charge dans la maternité, éléments récoltés lors d'entretiens à domicile. Ces derniers ont d'abord été réalisés par l'équipe des anthropologues puis par une sage-femme formée progressivement à cet effet. L'entretien abordait le déroulement des grossesses et des accouchements précédents, le développement et le suivi de la grossesse actuelle, les frais engagés pour le transport et l'hospitalisation, la connaissance de l'hôpital avant le séjour, la perception des agents de santé et des soins reçus, et les propositions d'amélioration.

#### *Critères de sélection des cas à auditer*

Les cas à auditer étaient le plus souvent sélectionnés pendant les staffs par les sages-femmes et les médecins. Ils concernaient les cas de femmes évacuées des centres de santé périphériques vers l'hôpital de district, les complications maternelles graves et les cas de mort-nés frais.

#### *Déroulement d'une séance*

La séance commençait avec la lecture par une sage-femme du résumé clinique du cas sélectionné en respectant l'anonymat (on ne connaissait ni le nom de la patiente, ni celui des membres de l'équipe ayant pris en charge la femme). Dans le cas où un entretien avec la femme avait été réalisé, l'histoire clinique était complétée par le résumé de l'entretien effectué à domicile avec celle-ci et/ou par le récit de ses accompagnants sur le déroulement de l'accouchement. Ce résumé était présenté par la personne qui avait réalisé l'entretien. Ensuite selon l'approche « porte à porte », toutes les étapes des soins (évacuation, admission, diagnostic, traitement, sortie) étaient passées en revue et comparées aux standards de soins (OMS, 2003). Un modérateur, en l'occurrence une sage-femme, aidait à la conduite des débats. Les dysfonctionnements (soins non appropriés, délais) étaient relevés au fur et à mesure de la discussion et notés sur un tableau à la vue de tous. Une fois cette phase terminée, le groupe essayait d'analyser les causes de ces dysfonctionnements et de les regrouper par

catégories de facteurs : personnel, matériel, organisation des soins (Filippi *et al.*, 2004). La dernière étape consistait à choisir, parmi l'ensemble des incidents identifiés lors des débats, les problèmes prioritaires et à proposer des solutions à ces problèmes. Chaque audit débouchait sur trois ou quatre recommandations dont quelques membres du personnel étaient chargés du suivi.

#### *Participation aux séances*

De février 2004 à juin 2005, période de référence des observations présentées ici, 16 séances ont été tenues avec une participation moyenne de 17 personnes dont deux à trois personnes impliquées dans la prise en charge du cas. Malgré le nombre important de participants à chaque séance, lié au fait que l'équipe était composée d'acteurs de la santé variés (personnels de la maternité, du bloc opératoire, du service post-opéré, du laboratoire, de l'administration, stagiaires), il faut noter que le turnover était important. L'ensemble du personnel a participé au moins une fois aux audits, mais seule une partie y a assisté régulièrement : 7 sages-femmes, sur les 15 en poste pendant la période étudiée, ont été régulièrement présentes.

#### *Types de problèmes identifiés*

Les dysfonctionnements observés ont été attribués à des pratiques des personnels (« négligence », « manque de rigueur », selon les expressions employées), à des problèmes liés à l'équipement (absence ou problème de maintenance), aux médicaments et aux consommables (indisponibilité de produits d'urgence), aux protocoles (absence de protocole puis non-respect), à l'organisation du service (mauvaise transmission des informations entre les équipes, irrégularité des visites des médecins en hospitalisation), à la mauvaise communication (soit au sein de l'équipe, soit avec les patientes), à la femme et à son entourage (attitudes déplacées des accompagnants, pauvreté).

La restitution des entretiens avec la femme et sa famille, dans l'analyse du cas, a permis d'apporter des éléments qui ne pouvaient pas être retrouvés dans le dossier clinique : expérience individuelle de la grossesse, information sur les précédents accouchements, perceptions des soins et des professionnels de santé par la femme et ses accompagnants, coûts réels de l'épisode (transport, ordonnances).

#### *Recommandations proposées et mises en œuvre*

Les recommandations issues des séances d'audits (49 au total sur les 15 séances) ont touché à différents aspects : attitudes des personnels (10), équipement (3), médicaments et consommables (5), protocoles (2), soins (5), organisation du service (11), enregistrement des données (6), relations avec la famille (3), communication au sein de l'équipe (5). Les recommandations ont

donc concerné en priorité l'organisation du service et le personnel. Il est important de noter que les deux dernières catégories de recommandations « relations avec la famille » et « communication au sein de l'équipe » ont été ajoutées après l'introduction des restitutions des entretiens avec les femmes.

À la fin de la première année, après dix séances d'audit, une synthèse des recommandations, dont l'équipe cadre de district était responsable, a été officiellement remise au médecin chef de district afin qu'il en tienne compte au moment de l'élaboration du plan d'action 2005.

Ainsi, 82 % des recommandations proposées lors des séances ont été mises en œuvre, mais parfois après plusieurs mois de délai.

#### PERCEPTION DES AUDITS PAR LE PERSONNEL DE LA MATERNITÉ ET DU BLOC OPÉRATOIRE

Les sages-femmes représentaient 43 % des personnes interrogées et 86 % des répondants avaient plus de cinq ans d'expérience. Le personnel interrogé avait une bonne connaissance du but de l'audit : 86 % étaient capables de donner une définition d'un audit et tous les répondants ont pu dire que l'objectif de ce dernier était d'améliorer la qualité des soins pour réduire la mortalité maternelle et néonatale.

La participation partielle de l'équipe soignante aux séances d'audit a été expliquée par différents facteurs qui sont, par ordre d'importance :

- la communication interpersonnelle pendant les séances, principalement entre les responsables de service et les agents (45 % des enquêtés, n=36) ;
- la difficulté des prestataires à se remettre en cause (40 %)² ;
- la perception de l'audit qui était vécue comme un contrôle (20 %).

Les plus assidus aux séances pensaient qu'il n'était pas nécessaire de recevoir une compensation financière pour assister aux audits. Ceux qui avaient le moins participé, en revanche, ont souhaité recevoir une indemnité ou au moins un remboursement de leurs frais de transport pour les motiver à venir au CMA en dehors de leurs heures de services.

La moitié des enquêtés se disaient insatisfaits de la conduite des audits :

- le ton des responsables était jugé trop répressif (50 %), « pourquoi ils crient sur nous s'ils veulent améliorer la qualité » ;

---

2. Comme en témoigne cette remarque entendue au cours d'une des séances après un exposé fondé sur les entretiens avec les femmes réalisé par les anthropologues : « Les femmes mentent et les socio-anthropologues les écoutent ».

- l'audit ne relevait que les points négatifs de la prise en charge (35 %) ;
- l'anonymat des personnels impliqués dans la prise en charge du cas audité n'était pas préservé (20 %) ;
- les dossiers impliquant les médecins n'étaient pas vérifiés (15 %), « ce n'est pas juste, ce sont toujours les cas des sages-femmes qui sont audités, ils ne choisissent jamais les cas des chefs. Eux aussi font des erreurs ».

En ce qui concerne le suivi des recommandations, le personnel déplorait certains aspects : un manque de suivi des consignes pour évaluer les acquis de leur mise en œuvre, une absence de feed-back pour les soignants qui n'assistaient pas aux audits, un faible investissement de l'équipe cadre de district dans la mise en œuvre de recommandations qui dépendaient de son niveau de responsabilité.

Malgré ces points faibles relevés, 77 % des personnes interrogées reconnaissaient que l'audit avait eu une influence positive sur leur pratique professionnelle : la notification systématique de toutes les informations sur le dossier de la patiente, la rapidité de la prise en charge des parturientes dès l'admission, l'amélioration de l'accueil, l'acquisition de bonnes pratiques en salle d'accouchement et une meilleure communication avec les patientes.

L'audit a été classé comme premier facteur de changement dans la pratique professionnelle par comparaison aux staffs, aux formations et aux guides cliniques. Le personnel avait-il changé sa pratique avec la conscience que cela allait améliorer la prise en charge de la patiente ou seulement par crainte d'un blâme durant la séance d'audit ? Cela n'a pas toujours été clair :

*J'écris tout ce que je fais dans le dossier, je n'aimerais pas que le jour où mon dossier est audité, ils m'accusent de ne pas remplir mes dossiers.*

Certaines séances ont marqué le personnel :

*Je pense toujours à cette phrase de cette femme qui a perdu son bébé. Elle a dit qu'elle a perdu son bébé à cause de la sage-femme. Quand la femme a décrit comment elle avait été traitée, je n'étais pas fière de ma profession. La sage-femme en charge n'a pas reconnu son erreur. Nous sommes tous des humains et nous devons faire des efforts pour nous améliorer. Elle aurait dû reconnaître son erreur.*

Une autre sage-femme ajoute :

*Un jour nous avons entendu un enregistrement du mari sur une cassette, je me souviendrai toujours de ses mots : « nous sommes venus avec un bébé vivant dans le ventre de ma femme et nous sommes repartis avec une boîte en carton, avec dedans notre bébé mort ». Il y a eu un grand silence dans la salle après...*

À la fin du questionnaire, chaque personne était invitée à formuler des propositions pour une meilleure intégration des audits.

*Quand les complications arrivent l'équipe est souvent surchargée, la charge de travail de l'équipe devrait être prise en compte dans l'analyse du cas.*

Ou :

*Pour éviter les humiliations, ce serait mieux de rendre le cas anonyme ou de prendre des cas anciens.*

*S'ils veulent que l'activité continue, les médecins devraient plus respecter les sages-femmes, de dire à l'une d'entre nous « une accoucheuse auxiliaire vaut mieux que vous », n'incite pas la personne à revenir.*

Toutes les propositions sont résumées dans le tableau 1.

TABLEAU 1. SUGGESTIONS DONNÉES PAR LE PERSONNEL INTERROGÉ POUR FAVORISER L'INTÉGRATION DES AUDITS À L'HÔPITAL

| Suggestions  | Fréquence<br>N=35 |
|--|-------------------|
| Prendre en compte la charge de travail en salle d'accouchement lors de l'analyse du cas                    | 10                |
| Éviter les humiliations pendant la séance d'audit et promouvoir un respect mutuel                          | 9                 |
| Instaurer un cadre de consultation régulier du personnel (réunions d'équipe régulières)                    | 8                 |
| Améliorer l'autocritique   | 7                 |
| Mettre en place une équipe de suivi-évaluation pour faire le suivi de la mise en œuvre des recommandations | 6                 |
| Préserver l'anonymat des personnes impliquées dans la prise en charge du cas                               | 5                 |
| Améliorer l'objectivité du chef de service lors des sessions d'audits                                      | 2                 |
| Étendre les audits aux autres services de l'hôpital de district  | 2                 |

## QUESTIONS SOULEVÉES PAR L'EXPÉRIENCE

Qu'une équipe de soins accepte de se voir une fois par mois pour discuter des problèmes rencontrés dans la prise en charge des patientes d'une maternité, en sachant qu'une partie des problèmes lui seront imputés, est déjà un succès. Cependant, cela ne s'est pas fait sans difficultés.

### *Anonymat et confidentialité*

Si les préalables (adoption d'une charte de l'audit, présentation anonyme des cas) ont été respectés, nous avons été confrontés aux conséquences du manque de respect de l'anonymat qui a été soulevé par d'autres auteurs (Bhatt, 1989 ; Maher, 1996 ; Ronsmans, 2001), et qui est une limite de ce type d'audit « revue de cas ». En effet, même si aucun nom de patiente ou de personnel n'était cité au cours de la présentation du cas, il était assez facile pour l'équipe de reconnaître celui-ci, notamment s'il était assez récent ou s'il s'agissait d'une situation assez singulière. Au cours de la discussion, l'équipe impliquée a parfois été prise à partie pour compléter la présentation clinique ou s'est spontanément identifiée pour corriger certains jugements des autres participants. L'anonymat a été difficile à respecter. Malgré la charte, et bien qu'à chaque séance le modérateur ait rappelé que « l'audit n'est pas un tribunal », le soignant impliqué n'était pas enclin à reconnaître ses erreurs en public (Richard *et al.*, 2005) ; et, pour les responsables, il était difficile de garder un ton neutre lors de négligences avérées ou de fautes graves ayant entraîné des complications physiques et psychologiques importantes chez la femme, voire la mort de l'enfant. Une conséquence possible de la perte d'anonymat est la rupture de la confidentialité concernant les informations discutées durant les séances (Supatriko *et al.*, 2002). Ce type d'accident est survenu au moins une fois sur les 16. Une sage-femme qui s'était reconnue lors d'une présentation d'audit est venue se plaindre auprès des parents d'une patiente. Cette dernière avait en effet confié, lors de son entretien, les mauvais traitements reçus par cette sage-femme. Ceci a eu des répercussions très sérieuses sur la vie sociale de la patiente. Le risque de rupture du secret professionnel rappelle également la nécessaire vigilance concernant la manipulation des propos recueillis au cours des entretiens individuels. Comment garantir et préserver l'anonymat et le secret professionnel dans un milieu fortement marqué par la prégnance des réseaux d'interconnaissance ?

### *Contexte de ressources limitées*

Les équipes hospitalières qui ont déjà mené des audits obstétricaux dans leurs services ont toutes mis en évidence la nécessité d'un minimum de ressources humaines et matérielles avant la mise en place de ceux-ci (Gohou, 2003 ; Pattison & Hall, 2003 ; Fillipi *et al.*, 2004 ; Sahel *et al.*, 2005). L'insuffisance du plateau technique joue sur la qualité, soit directement par le manque de matériel et de médicaments, soit indirectement par son effet sur la motivation du personnel de santé. Une deuxième condition pour garantir la réussite des audits est que le niveau de revenu des agents de santé soit suffisant. Dans un contexte de salaire bas (une sage-femme burkinabè gagne officiellement 130 à 150 euros par mois) et d'inflation, toute activité non rémunérée en dehors des heures de travail constitue à l'évidence un manque à gagner lorsque l'on mène des activités privées rémunératrices pendant les périodes de repos (pratique de

soins privée, petit commerce, etc.) (Macq & Van Lerberghe, 2000). L'enquête auprès du personnel de santé révèle que 66 % aimeraient avoir une compensation financière pour leur participation aux audits.

### *Outils de la qualité versus culture de la qualité*

Différentes méthodes peuvent influencer la qualité des soins, et l'audit accompagné de rétro-information semble efficace, à court terme du moins (Siddiqi *et al.*, 2005 ; Rowe *et al.*, 2005). Les approches qui combinent audits, formation et supervision semblent porter davantage leurs fruits, mais il est alors difficile d'évaluer le poids de chaque activité dans l'amélioration de la qualité des soins. Il n'y a pas assez d'études disponibles pour prouver l'efficacité de méthodes comme la formation clinique individuelle in situ (par un pair formé, sur le lieu de travail de l'agent de santé), ou la mise en place d'itinéraires thérapeutiques (*clinical pathway*), mais ces approches semblent prometteuses (Siddiqi *et al.*, 2005 ; Panella *et al.*, 2003). L'approche interactive visant la promotion de la *Reproductive Health Library* de l'OMS au Mexique et en Thaïlande n'a pas été concluante (Gülmezoglu *et al.*, 2007). J. Lomas *et al.* (1991) avaient montré l'importance du leadership dans une équipe pour l'application de nouveaux guides cliniques par rapport aux audits seuls. Le « rôle modèle » a toujours été une part importante dans la formation des professionnels de santé (Richard *et al.*, 2005) : des distributions de guides cliniques, des recommandations décidées en séances d'audit, ne changeront rien si le responsable lui-même ne montre pas l'exemple dans sa pratique clinique.

Plus que la méthode, ce sont la volonté du personnel de santé de changer et le contexte de mise en place de l'audit qui comptent. L'interaction entre la méthode et le contexte détermine les résultats, et non pas la méthode seule. Le cadre (qui est souvent celui des systèmes publics de soin) de « bureaucratie mécaniste » telle que la définit H. Mintzberg (1986), avec ses procédures rigides, des prises de décision et une gestion centralisées des ressources humaines, est un frein à la prise d'initiative des acteurs de terrain, dont la créativité et les propositions de changement sont alors entravées. De ce fait, si des démarches qualité comme les audits sont effectives et tolérées par le système dans le cadre d'un projet, elles ne transforment pas véritablement le système lui-même et ne survivent que rarement à la clôture du projet (Muffler *et al.*, 2007). Il est donc primordial de préparer les professionnels de santé à l'auto-évaluation de leurs pratiques et à l'assurance qualité dès la formation. Cela les engage dans une culture de qualité. Ils peuvent ainsi favoriser le changement en faisant respecter les principes de la déontologie médicale dans un environnement professionnel qui souffre de la même rigidité et de la même bureaucratie que les administrations publiques (Chamberlain *et al.*, 2003).

## CONCLUSION

Ces dernières années, l'audit médical est devenu un outil particulièrement prisé des gestionnaires des services de santé. Des approches pour aider les équipes à l'implanter ont été développées ; cependant, leur mise en place, peu décrite dans la littérature, est délicate. En particulier, les audits de type « revue de cas » soulèvent le problème du manque de respect de la confidentialité, qui peut empêcher le climat de confiance et de liberté de parole au sein de l'équipe, indispensable à l'analyse du cas audité et à la remise en cause de ses propres pratiques et de celles liées au cadre de travail. Dans un contexte de ressources limitées, les conditions préalables (plateau technique, personnels qualifiés, salaires réguliers et suffisants pour couvrir les besoins de base des personnels) ne sont en général pas remplies et entravent l'intégration des audits dans les activités des services. Les revues de cas sont-elles une priorité quand il faut se battre avec le minimum pour prendre en charge une complication (Maher, 1996 ; Gobatto et Lafaye, 2005) ? Celles-ci ne sont qu'une méthode parmi d'autres pour améliorer la qualité des soins et, plus que l'outil, c'est l'adéquation de la méthode avec le contexte qui compte. La démarche d'audit qui incite à la remise en question, à la collégialité, à la documentation des prises de décision, à l'évaluation des résultats, se heurte à la culture organisationnelle bureaucratique du système de santé. Seuls un changement profond de l'organisation du système de soins et la mise en place de réformes renforçant le professionnalisme et la responsabilité des agents de santé face à leurs actes, pourront permettre une appropriation de cette culture de la qualité. Ainsi le mouvement actuel qui pousse à institutionnaliser les audits en obstétrique dans les pays en développement doit être accueilli favorablement, mais en notant bien qu'il présente le risque de retomber dans une logique de commande et de contrôle, aux dépens de la prise d'initiative et de l'innovation, indispensables à la démarche qualité.

## BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- BHATT R. V., 1989. « Professional responsibility in maternity care: role of medical audit », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 30, 47-50
- BERGER A. 1998, « Why doesn't audit work ? », *British Medical Journal*, 316, 875-876
- CHAMBERLAIN J., MCDONAGH R., LALONDE A., ARULKUMARAN S., 2003. « The role of professional associations in reducing maternal mortality worldwide », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 83, 1, 94-102
- CROMBIE I., DAVIES H., ABRAHAM S., FLOREY C. (eds), 1997. *The audit handbook. Improving health care through audit*, New York, John Wiley & Sons.
- DUMONT A., GAYE A., DE BERNIS L., CHAILLET N., LANDRY A., DELAGE J., BOUVIER-COLLE M.-H., 2006. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 218-224

- FILIPPI V., BRUGHA R., BROWNE E., GOHOU V., BACCI A., DE BROUWERE V., SAHEL A., GOUFODJI S., ALIHONOU E., RONSMANS C., 2004. « Obstetric audit in resource poor settings : lessons from a multi-country project auditing 'near miss' obstetrical emergencies », *Health Policy and Planning*, 19, 1, 57-66
- GOBATTO I., LAFAYE F., 2005. « Petits arrangements avec la contrainte. Les professionnels de santé face à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Sciences sociales et santé*, 23, 1, 79-108
- GOHOU V., 2003. *Les audits cliniques en Côte d'Ivoire : opérationnalisation d'un instrument d'amélioration de la qualité des soins dans les services obstétricaux de référence*, Mémoire de maîtrise en contrôle des maladies, Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Belgique.
- GRUÉNAIS M.-É., 2005. « Les formations continues des personnels de santé en Afrique : un marché nécessaire ? ». In : S. MAPPA (ed.), *Le savoir occidental au défi des cultures africaines. Former pour changer ?*, Paris, Karthala, p.325-350
- GÜLMEZOGLU A., LANGER A., PIAGGO G., LUMBIGANON P., VILLAR J., GRIMSHAW J., 2007. « Cluster randomised trial on an active, multifaceted educational intervention based on the WHO Reproductive Health Library to improve obstetric practices », *BJOG*, 114, 16-23
- HEALY K., 1998. « Success depends on type of audit », *British Medical Journal*, Letter, 316, 1905
- JAMTVEDT G., YOUNG M., KRISTOFFERSEN D., THOMSON O'BRIEN M., OXMAN A., 2003. « Audit and feedback : effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review) », *The Cochrane Library*, Issue 3, Oxford, United Kingdom, Update software.
- JOHNSTON G., CROMBIE I. K., DAVIES H. T. O., ALDER E. M., MILLARD A., 2000. « Reviewing audit : barriers and facilitating factors for effective clinical audit », *Quality in health care*, 9, 23-36
- LOMAS J., ENKIN M., ANDERSON G., HANNAH W., VAYDA E., SINGER J., 1991. « Opinion leaders vs audits and feedback to implement practice guidelines », *JAMA*, 265, 17, 2202-07
- MACQ J., VAN LERBERGHE, 2000. « Managing health services in developing countries : moonlighting to serve the public ? ». In : P. FERRINHO, W. VAN LERBERGHE, *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 16, 171-180
- MAHER D., 1996. « Clinic al audit in a developing country », *Tropical Medicine & International Health*, 1, 4, 409-413
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2006. *Plan d'action du district sanitaire du secteur 30, Région centre, Direction régionale du centre, Burkina Faso.*
- MINTZBERG H., 1986. *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation.
- MUFFLER N, EL HASSANE TRABELSSI M., DE BROUWERE V., 2007. « Scaling-up clinical audits of obstetric cases in Morocco », *Tropical Medicine and International Health*, 12, 10, 1248-57
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2003. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*, Geneva, Switzerland.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2004a. *Beyond the numbers : reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, Geneva, Switzerland.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2004b. « Stopper l'épidémie invisible des décès maternels », Centre des médias, communiqué de presse, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr65/fr/index.html>, site consulté le 31/07/2006.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ AFRO, 2005. *Rapport de l'atelier régional d'institutionnalisation des audits des décès maternels*, 21-25 février 2005, Ouidah, Bénin.
- OKONG P., BYAMUGISHA J., MIREMBE F., BYARUHANGA R., BERGSTRÖM S., 2006. « Audit of severe maternal morbidity in Uganda. Implications for quality of obstetric care », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85, 797-804

## ACCOMPAGNER LES FEMMES À LA MATERNITÉ AU BURKINA FASO

- PANELLA M., MARCHISIO S., DI STANISLAO F., 2003. « Reducing clinical variations with clinical pathways : do pathways work ? », *International Journal for Quality in Health Care*, 15, 6, 509-521
- PATTINSON R. C., HALL M., 2003. « Near misses : a useful adjunct to maternal death enquiries », *British Medical Bulletin*, 67, 231-243
- PATTINSON R. C., SAY L., MAKIN J. D., BASTOS M. H., 2005. « Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4 : CD002961. DOI: 10.1002/14651858.CD002961.pub2
- RICHARD F., FILALI H., DE BROUWERE V., 2005. « Les erreurs en médecine : pourquoi et comment en parler ? », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 53, 315-335
- RICHARD F., OUEDRAOGO C., DE BROUWERE V., 2008. « Quality caesarean delivery in Ouagadougou, Burkina Faso. A comprehensive approach », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 103, 283-290
- RONSMANS C., 2001. « What is the evidence for the role of audits to improve the quality of obstetric care », *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 17, 207-227
- ROWE A., DE SAVIGNY D., LANATA C. F., VICTORIA C. G., 2005. « How can we achieve and maintain high quality performance of health workers in low-resource settings », *The Lancet*, 366, 1026-35
- SAHEL A., LARDI M., DE BROUWERE V., 2005. *Audit Clinique. Guide à l'intention des équipes des services hospitaliers*, Ministère de la Santé, Royaume du Maroc.
- SIDDIQI K., NEWELL J., ROBINSON M., 2005. « Getting evidence into practice : what works in developing countries ? », *International Journal for Quality in Health Care*, 17, 5, 447-454
- SUPATRIKO G., WIRTH M., ACHADI E., COHEN S., RONSMANS C., 2002. « A district-based audit of the causes and circumstances of maternal deaths in South Kalimantan, Indonesia », *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 3, 228-235
- SUTTON G. C. *et al.*, 1998. « Clinical audit in nursing homes has proved ineffective », *British Medical Journal*, 316, 1905
- UNICEF/OMS/UNFPA, 1997. *Lignes directrices pour la surveillance et la disponibilité et l'utilisation des services obstétricaux*, New York, USA.
- WAGAARACHCHI P., GRAHAM W., PENNEY G. MCCAW-BINNS A., YEBOAH K., HALL M., 2001. « Holding up a mirror : changing obstetric practice through criterion-based clinical audit in developing countries », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 74, 119-130
- ZONGO V., 2005. *Intégration de l'audit obstétrical aux activités de la maternité du CMA de l'hôpital de district du secteur 30*, Promotion SESSIO 2003-2005, ENSP, Ouagadougou.

Richard F., Ouédraogo C., Zongo V.,  
Ouattara Fatoumata, Zongo S., Gruénais  
M.E., De Brouwere V.

Audit médical en expérience : la difficulté  
de mettre en question sa pratique  
clinique.

In Ouattara Fatoumata (ed.), Gruénais  
M.E. (ed.), Richard F. (ed.), Ouédraogo C.  
(ed.). Accompagner les femmes à la  
maternité au Burkina Faso : anthropologie  
et santé publique dans un projet  
d'amélioration des soins obstétricaux.

Paris (FRA) : L'Harmattan, 2016, 191-204.

(Anthropologies et Médecines). ISBN 978-  
2-343-10623-6