

## QUALITE DES SOINS OBSTETRIKAUX DE REFERENCE EN CÔTE D'IVOIRE : LA REVUE/AUDIT DES MORBIDITES OBSTETRIKALES SEVERES (ECHAPPEES BELLE), UNE REPOSE QUI MERITE ATTENTION

### Auteurs

GOHOU K. V.<sup>1\*</sup>  
OGA A.S.<sup>1,2</sup>  
AKA J.<sup>1,3</sup>  
KONAN Y.<sup>1</sup>  
GONDO D.<sup>3,4</sup>  
TANO-VE A.<sup>1</sup>  
KONAN D.<sup>1</sup>  
KOFFI N.M.<sup>1,3</sup>

### Services

- 1- Institut National de Santé Publique
- 2- UFR des Sciences Pharmaceutiques et biologiques
- 3- UFR des sciences médicales
- 4- Centre Hospitalier Universitaire de Cocody Abidjan

### Correspondance

\*Médecin spécialiste en Santé Publique - Institut National de Santé Publique (INSP) - Adresse privée 06 B.P. 6784 Abidjan (Côte d'Ivoire) - Adresse professionnelle : BP V 47 Abidjan 06 (Côte d'Ivoire) - Cel. : (225) 01.14.01.31

### RESUME

Cette étude de faisabilité avait pour but d'apporter une solution à la problématique de la qualité des soins obstétricaux qui se pose avec acuité en Côte d'Ivoire.

L'étude a eu lieu dans deux structures sanitaires de référence de la ville d'Abidjan de 1<sup>er</sup> (la formation Sanitaire d'Abobo Sud) et 3<sup>ème</sup> (le Centre Hospitalier Universitaire de Cocody) niveau de la pyramide sanitaire de Côte d'Ivoire et a porté sur des cas de morbidités maternelles sévères («échappées belles»). Elle a duré trois 3 ans et s'est déroulée en deux grandes phases : une phase de développement d'un cadre de référence pour la qualité des soins et une phase d'audits cliniques

Utilisant une double approche (dossiers médicaux et entretiens), les audits cliniques ont été réalisés sous la forme d'une recherche action basée sur une revue de cas individuel. Trente sept (37) audits ont été ainsi effectués pendant 11 mois en deux séries de 5 (20 audits) et 6 mois (17 audits).

Les résultats de cette étude montre une participation moyenne de 80% du personnel sur les sites. Au moins un dysfonctionnement a été enregistré dans la prise en charge de 80% à 94% des patientes au CHU et 50% à 55% à la FSAS. Les facteurs liés au «personnel» et à «l'organisation/gestion des soins» ont été à l'origine de 72 % à 74% des dysfonctionnements enregistrés sur les sites. Les décisions proposées au cours des audits ont été mises en œuvre à 84% et 44% respectivement à la FSAS et au CHUC. Les taux d'application ont été en moyenne de 66% et 33% et ont permis d'observer des changements dans le cadre de l'amélioration des soins obstétricaux.

**Mots-clés** : Mortalité maternelle, Audit clinique, Qualité des soins, Côte d'Ivoire.

## **SUMMARY**

*This feasibility study aimed to bring a solution to the problems of the quality of the obstetric care which is posed with acuity in Côte d'Ivoire.*

*The study was carried out using a clinical audit aimed at improving the quality of obstetric care. The study was done at the University Hospital of Cocody (CHU de Cocody) and in the health-training unit in the southern part of Abobo 'Abidjan) during three years (November 1998 – June 2001).*

*It was a research action based on a review of individual clinical case of near misses (female patients with serious morbidity) using medical and social data. The study took place with two main process : the development of references and the audit meeting. Thirty seven (37) audits were thus carried out for 11 months in two series of 5 (20 audits) and 6 months (17 audits).*

*The study allowed us that an average participation from 80% of the personnel was observed on the sites. Some dysfunction was occurred during the care at emergency and follow up level respectively from 80% and 94% of the patients at the CHU. At the FSAS, 50% and 55% near misses were concerned. The factors related on the "personnel" and the "management of the care" were responsible of 72 % of the dysfunctions recorded at the CHUC site and 74% of dysfunctions at the FSAS. The decisions suggested during audit meeting were implemented at 84% and 44% respectively at the FSAS and the CHUC. The rate of application average was 66% at FSAS and 33% at CHUC and several changes have been observed in the quality of obstetric care in the two sites.*

**Key words :** Maternal mortality, Clinical audit, Quality of care, Côte d'Ivoire.

## **INTRODUCTION**

Environ 90% des 585 000 décès maternels enregistrés dans le monde surviennent en Afrique Sub-Saharienne et en Asie [WHO 1997]. Le risque de décès est de 1 sur 13 pour une femme enceinte en Afrique Sub-Saharienne contre 1 pour 4000 en Europe du Nord [WHO 2001].

Située en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire ne fait pas exception comme en témoigne le ratio de mortalité maternelle de 597 pour 100.000 naissances vivantes<sup>1</sup> [EDS 1998, UNFPA 2005] qui ne montre pas de tendance à la décroissance depuis plus d'une décennie.

Les principaux facteurs de la mortalité maternelle sont connus parmi lesquels les premiers sont l'inaccessibilité géographique et financière aux soins obstétricaux [WHO 1997]. Dans les pays en développement comme la Côte d'Ivoire, à ces facteurs s'ajoute la problématique de la qualité des soins. Celle-ci contribue à la charge de morbidité et de mortalité maternelle mais également à la démotivation de la population à consulter à temps les structures de référence [Blibolo 2000 ; Duponchel 2001].

Les initiatives pour améliorer la qualité des soins au niveau des services obstétricaux de référence sont restées jusque-là isolées et peu coordonnées [Berche 2001]. Face à cette situation la communauté scientifique internationale et les organismes internationaux recommandaient déjà en 1997, à Colombo, la mise en place des audits cliniques dans les services de santé maternelle comme stratégie pour lutter contre la mauvaise qualité des soins obstétricaux, facteur majeur à l'origine des décès maternels dans de nombreux pays en développement [WHO 1997].

---

1- L'intervalle de confiance de l'estimation n'a pas été précisé par l'Enquête Démographique et Santé (EDS 1998) contrairement à l'OMS : IC 95% [860-1500] (WHO 1995).

En l'absence de stratégie clairement définie au niveau national et face à l'insuffisance de la qualité des soins obstétricaux relevée par plusieurs études réalisées en Côte d'Ivoire [Portal 2000 ; Cresar-CI 2001, Duponchel 2001], les audits cliniques des femmes échappées belle ont été initiés dans la perspective d'améliorer la performance des services obstétricaux de référence.

Le présent article expose les dysfonctionnements identifiés, les facteurs qui ont favorisé leur survenue et les mesures correctives mises en place sur les sites d'étude.

## II. METHODOLOGIE

### 2.1. Sites de l'étude

L'étude a été réalisée dans deux structures de référence du district d'Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire :

La Formation Sanitaire d'Abobo Sud (FSAS) est une structure sanitaire périphérique de premier niveau de référence<sup>2</sup>. Elle disposait d'un bloc chirurgical fonctionnel de jour (8h-16h30) et d'un service de gynécologie obstétrique (GO) de 34 lits dont 5 à la maternité. Trois gynécologues obstétriciens (dont le médecin chef) y exerçaient, aidés par 12 sages-femmes (2 majors et 5 équipes de 2 sages-femmes pour les gardes et les permanences), 4 infirmiers anesthésistes, 4 infirmiers-panseurs qui servaient souvent d'aides opérateurs et une sage-femme chargée des patientes de la salle de réveil. La FSAS disposait en outre d'un laboratoire, d'une pharmacie et d'un service social. En 2000, la maternité a réalisé 12.116 admissions dont 9.478 accouchements (en moyenne 26 /jour) et 121 césariennes (en moyenne 10 /mois). La majorité des évacuations de ce site était faite en direction du CHU de Cocody (1.107 évacuations en 2000 soit environ 10% des patientes évacuées).

Le Centre Hospitalier Universitaire de Cocody (CHUC), structure de 2ème niveau de référence, compte un service de GO qui disposait d'un bloc chirurgical (24h/24h) et de 72 lits dont 13 à la maternité. Huit (8) obstétriciens (3 professeurs et 5 assistants chefs de clinique) y encadraient 42 médecins en spécialisation et ils sont aidés par 42 sages-femmes et 1 assistante sociale. Deux (2) anesthésistes sont quotidiennement mis à la disposition du bloc pour son fonctionnement. Le CHUC possédait un laboratoire non fonctionnel pendant la durée de l'étude et une pharmacie. En 2000, le service de GO a enregistré 9.431 admissions dont 4.371 accouchements (en moyenne 12/jour) et 1.178 césariennes (en moyenne 3 /jour).

Aucune de ces deux structures (FSAS, CHUC) ne disposait de dépôts de sang fonctionnels au début des audits.

### 2.2. Population d'étude

L'étude a porté sur la prise en charge des femmes présentant des complications obstétricales sévères appelées femmes «échappées belle». *La femme «échappées belle»* a été définie comme une patiente dont le pronostic vital a été mis en jeu pendant la grossesse,

---

2- La FSAS a toutes les caractéristiques d'un hôpital (structure de premier niveau de référence) mais était encore officiellement classée au moment de l'étude comme structure de niveau primaire.

l'accouchement ou dans le post-partum immédiat et qui a survécu suite à des soins en milieu hospitalier ou par chance.

Etait retenue pour l'audit clinique, toute femme qui remplissait les critères définies pour l'une des cinq complications majeures suivante : anémies sévères, dystocies, hémorragies, infections et maladies hypertensives pendant leur hospitalisation.

Etait exclue toute femme qui avait refusé de participer à l'étude

Un cas clinique était sélectionné pour chaque séance d'audit clinique. Ainsi, la prise en charge de 37 patientes a pu faire l'objet d'audit sur la période à raison de 20 femmes à la FSAS et 17 au CHU de Cocody. Ces femmes ont donné lieu à l'examen de la prise en charge de 50 complications obstétricales.

### **2.3. Méthode d'audit**

Il s'agit d'une recherche-action avec le personnel du site d'étude comme acteur principal du processus. Elle s'est déroulée suivant quatre étapes [15] : (1) observer la pratique médicale courante, (2) définir un cadre de référence de qualité des soins (standards), (3) comparer la pratique avec les standards, (4) identifier les solutions et les appliquer. Cette méthode a comporté une enquête documentaire en milieu médical, une enquête qualitative (entretien individuelle approfondi) réalisée à domicile et une séance de revue critique et systématique de la prise en charge des femmes «échappées belle». La revue du cas clinique (échappées belle) était basée sur :

- l'observation «de proche en proche» des pratiques par rapport à de standards de soins préétablis depuis l'entrée jusqu'à la sortie de la patiente de l'hôpital avec l'identification des déficiences et des facteurs qui affectent la qualité des soins obstétricaux ;

- la participation du personnel impliqué de près ou de loin dans la prise en charge des patientes (professionnels de la santé, personnel logistique, personnel administratif, décideurs etc.) ;

- La participation des usagers à travers un entretien individuel approfondi avec la femme échappée belle et son accompagnant (si nécessaire).

### **2.4. Mise en place et durée de la revue de cas sur les sites**

La mise en place des audits cliniques s'est faite en deux grandes phases :

1) Une phase de développement d'un cadre de référence de la qualité des soins où les documents de référence ont été élaborés de façon consensuelle avec les équipes hospitalières et validés par des experts nationaux et internationaux au cours de plusieurs ateliers. Cinq complications obstétricales majeures (tableau II) ont été définies comme objet de l'étude de même que les critères cliniques et les standards correspondant.

2) Une phase de réalisation des revues de cas cliniques sur les sites qui comportait :

- La préparation de la séance de revue comprenant la sélection du cas, la constitution du dossier (enquête documentaire et qualitative) du cas clinique, l'identification et l'invitation des participants, l'identification des animateurs et la préparation de la salle d'audit. La séance de revue était réalisée au plus tard un mois après la sortie de la patiente de l'hôpital.

- La séance de revue de cas en cinq temps : (1) l'évaluation de la mise en œuvre des mesures proposées à l'audit précédent, (2) la présentation du dossier du cas, (3) l'identification des points positifs et des déficiences de la prise en charge ainsi que les facteurs favorisant, (4) la proposition de mesures correctives, (5) la planification de la mise en œuvre des mesures proposées. Elle était animée par un modérateur, un rapporteur et un responsable des standards qui s'assurait de leur respect.

Les audits cliniques ont été réalisés en deux phases de 5 mois (janvier à mai 2000) et 6 mois (décembre 2000 à mai 2001).

## **2.5. Collecte de données**

### **2.5.1. Méthode et support de collecte**

Une enquête documentaire, des entretiens individuels approfondis, des discussions de groupe, et l'observation ont été utilisés comme techniques de recherche. Le recueil a été réalisé à l'aide de fiches, de guides et de questionnaires.

### **2.5.1. Données recueillies**

Les données relatives à la revue de cas cliniques ont concerné les caractéristiques socio-démographique et clinique des femmes « échappées belle », la perception des femmes « échappées belle » concernant la prise en charge, la participation du personnel aux séances d'audit, les dysfonctionnements qui ont affecté la prise en charge, les facteurs qui ont favorisé la survenue des dysfonctionnements, la mise en œuvre des solutions correctives et la dynamique de groupe autour (avant, pendant et après) de la séance de revue de cas (attitudes, réactions, du personnel, etc.).

L'enquête auprès du personnel des sites a porté sur la perception et l'attitude des personnes clés par rapport à la pérennisation de la méthode d'audit et l'évaluation de la méthode d'audit en tant qu'instrument capable d'améliorer la performance du service.

## **2.6. Traitement et analyse des données**

Les données des entretiens recueillies au moyen d'un dictaphone et transcrites, ainsi que les données des discussions d'audit ont été saisies sur le logiciel Word. La technique d'analyse du contenu a été utilisée pour ces données.

Après la définition de catégories pertinentes, Les logiciels SPSS 8 et EPI Info ont été utilisés pour le traitement des données issues des audits (dysfonctionnements, facteurs, mesures proposées etc.) et des données relatives à la participation du personnel aux séances d'audit cliniques. Des proportions ont été calculées et la comparaison a été effectuée à l'aide du test de CHI carré au seuil de 5%.

## **III. RESULTATS**

### **3.1. La validation des critères de définition des femmes «échappées belle»**

Les complications obstétricales ont été retenues sur la base de leur prévalence sur les sites d'étude. Des critères ont été ensuite définis pour identifier les cas de femmes «échappées belle» de chaque complication obstétricale. Les complications et les critères de

définition, validés pendant la phase de développement de l'étude par experts nationaux et internationaux, sont consignés dans le tableau I ;

**Tableau I** : Critères de définitions des "Echappées belles" retenues (Abidjan - Janvier 2000).

<b>Hémorragies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ perte de sang externe ou interne (observée ou rapportée) et</li> <li>1- <u>au moins 2 des signes suivants</u> : conjonctives pâles, tension artérielle systolique &lt; 80 mm Hg, pouls filant ou imprenable, agitations, sueurs froides, extrémités froides, soif intense, trouble de la conscience.</li> <li>2- transfusion sanguine</li> <li>3- hystérectomie d'urgence</li> </ul>
<b>Anémie sévère</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ conjonctives pâles et <u>au moins un des signes suivants</u> : essoufflement, oedèmes des membres inférieurs ou oedèmes généralisés, notion de transfusion sanguine.</li> <li>☛ taux d'hémoglobine &lt; 6 g/dl</li> </ul>
<b>Dystocies</b>	Pré-rupture ou rupture utérine
<b>Maladies hypertensives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Tension artérielle &gt; 140/90 mm Hg ou variation de la tension artérielle systolique &gt; 30 mm Hg et variation de la tension artérielle diastolique &gt; 15 mm Hg et <u>au moins un des signes suivants</u> : crise(s) convulsive(s) observée(s) ou rapportée(s), coma, ictère, œdème pulmonaire, oligurie sévère (&lt;25 ml/heure), protéinurie massive à 3 croix, 2 signes d'éclampsie (<i>vision floue, céphalée en casque, barre épigastrique</i>) et thrombopénie &lt; 100000 plaquettes.</li> <li>☛ crise(s) convulsive(s) observée(s) ou rapportée(s) et traitement antihypertenseur antérieur ou courant ou protéinurie massive à 3 croix ou oedèmes des membres inférieurs ou œdème généralisés</li> </ul>
<b>Complications infectieuses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Température 38°C ou ≤ 36°C ou foyer infectieux apparent et <u>au moins un des signes suivants</u> : Tension artérielle systolique &lt; 80 mm Hg, trouble de la conscience, ictère, oligurie sévère (&lt;25 ml/heure), état général altéré.</li> </ul>

### 3.2. L'incidence et les caractéristiques des femmes «échappées belle»

Au cours de la période allant du 1<sup>er</sup> juin 2000 au 31 mai 2001, la FSAS a enregistré 9616 admissions (7511 accouchements et 2105 aux urgences gynécologiques) parmi lesquelles on a identifié 109 femmes «échappées belle» confirmées (61%), soit une incidence de 1,1 cas «échappées belle» pour 100 admissions. Durant la période d'étude, 1020 évacuations (10,6%) ont été effectuées essentiellement vers le CHUC.

Le CHUC a pris en charge 7772 patientes (4812 accouchements et 2960 aux urgences gynécologiques) dont 989 étaient des femmes «échappées belle» confirmées (79%), soit une incidence de 12,7 cas EB pour 100 admissions. Pour plus de la moitié des femmes (63% FSAS ; 82% CHUC), la complication est survenue avant l'admission dans les services GO. L'hémorragie était la complication la plus fréquente sur les sites (36% FSAS, 42% CHUC).

### **3.3. La participation du personnel aux séances d'audits**

Une participation moyenne par séance de 16 personnes à la FSAS (80%) et 23 personnes au CHUC (92%) sur un nombre respectif de 20 et 25 personnes attendues.

Le personnel du service de GO impliqué dans la prise en charge a été présent à la majorité des séances d'audit. Les médecins ont été présents à 90% et 94% des séances d'audit cliniques respectivement à la FSAS et au CHU de Cocody. La présence des sage-femmes a été effective à 85% des séances à la FSAS et 82% au CHUC. Le niveau de participation des assistantes sociales a été de 100% (FSAS) et 88% (CHUC).

Les responsables du service de GO ont assisté à la quasi-totalité des séances d'audit à la FSAS (95%) contre environ le tiers au CHUC (29%). Le personnel administratif de l'hôpital a été représenté avec une fréquence de 70% (14/20) à la FSAS et 82% au CHUC. Les autres services (pharmacie, laboratoire, réanimation, etc.) sollicités au cours de la prise en charge des patientes ont participé en moyenne à 55% des séances à la FSAS et 43% au CHUC.

### **3.4. Les caractéristiques de la prise en charge sur les sites**

#### **3.4.1. Les délais dans la prise en charge des patientes sur les sites**

Le délai moyen de prise en charge observé, entre l'admission et le traitement spécifique, toutes complications confondues, a été supérieur au standard de 1h 30mn établi au cours de cette étude. Les délais les plus proches du standard ont été notés à la FSAS pour les maladies hypertensives (1H 39mn).

#### **3.3.2. Les dysfonctionnements relatifs aux procédures techniques au cours de la prise en charge**

Au CHUC, 82% des patientes «échappées belle» ont eu au moins un dysfonctionnement à l'admission et 94% en ont eu au cours du suivi des soins en hospitalisation. A la FSAS, respectivement 50% et 55% des patientes ont été concernées. A l'étape de la sortie et au niveau de l'information du dossier médical, des dysfonctionnements ont été observés respectivement chez 65% et 88% des patientes EB au CHUC et 55% et 15% des patientes à la FSAS.

Les patientes EB de la FSAS ont été significativement mieux prises en charge que celles du CHUC aux étapes de l'admission ( $p<0,01$ ), de l'hospitalisation ( $p<0,01$ ) et au niveau du renseignement du dossier médical ( $p<0,01$ ). L'analyse des dysfonctionnements selon les complications a suivi la même tendance avec 48% (14/29) à la FSAS contre 76% (16/21) au CHUC à l'admission ( $p<0,01$ ) tandis qu'en hospitalisation on enregistrait respectivement 45% (13/29) et 90% (19/21) ( $p<0,01$ ) (tableau II).

**Tableau II** : Fréquence des patientes et des complications ayant enregistré des dysfonctionnements au cours de la prise en charge, toutes les séries d'audit confondues

Eléments de la prise en charge Catégories Actes		FSAS				CHUC			
		Patientes (n=20)		Complications (n= 29)		Patientes (n=17)		Complications (n=21)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Urgence (admission)</b>									
<i>Diagnostic</i>	Diagnostic	<b>6</b>	<b>30</b>	8	28	<b>3</b>	<b>12</b>	6	29
<i>Traitement</i>	Prescription traitement	<b>3</b>	<b>15</b>	3	11	<b>3</b>	<b>12</b>	5	23
	Exécution traitement	<b>3</b>	<b>15</b>	8	28	<b>8</b>	<b>47</b>	13	61
<i>Suivi de la patiente</i>	Prescription surveillance	<b>5</b>	<b>25</b>	8	28	<b>9</b>	<b>53</b>	15	71
	Exécution surveillance	<b>5</b>	<b>25</b>	6	21	<b>10</b>	<b>59</b>	15	71
	Suivi clinique	<b>5</b>	<b>25</b>	6	21	<b>11</b>	<b>65</b>	14	66
<i>Au moins un dysfonctionnement</i>		<b>10</b>	<b>50</b>	14	48	<b>14</b>	<b>82</b>	16	76
<b>Suivi des soins (hospitalisation)</b>									
Surveillance	Prescription surveillance	<b>3</b>	<b>15</b>	3	11	<b>10</b>	<b>59</b>	14	66
	Exécution surveillance	<b>4</b>	<b>20</b>	5	18	<b>5</b>	<b>29</b>	12	57
Suivi du Traitement	Prescription traitement	<b>3</b>	<b>15</b>	6	21	<b>7</b>	<b>41</b>	8	38
	Exécution traitement	<b>9</b>	<b>45</b>	10	34	<b>10</b>	<b>59</b>	12	57
Suivi médical de la patiente	Suivi clinique	<b>6</b>	<b>30</b>	8	28	<b>13</b>	<b>76</b>	16	76
	Suivi biologique	<b>9</b>	<b>45</b>	9	31	<b>11</b>	<b>65</b>	15	71
<i>Au moins un dysfonctionnement</i>		<b>11</b>	<b>55</b>	13	45	<b>16</b>	<b>94</b>	19	90



Tableau II : (Suite et fin)

		FSAS		CHUC	
		Patientes (n=20)	Complications (n= 29)	Patientes (n=17)	Complications (n=21)
<b>Sortie de la patiente et information du dossier médical</b>					
<i>Sortie</i>	Etat clinique de la patiente	9	45	10	59
	Instructions pour la continuité des soins	2	10	11	65
	<i>Au moins un dysfonctionnement</i>	11	55	11	65
<i>Information du dossier médical</i>	Informations relatives au diagnostic	0	0	1	6
	Informations minimales <sup>3</sup>	3	15	15	88
	<i>Au moins un dysfonctionnement</i>	3	15	15	88

### 3.5. Les facteurs ayant favorisé la survenue des dysfonctionnements

Le personnel et l'organisation/gestion des soins» ont été les principaux facteurs des dysfonctionnements avec une contribution à 74% (57%, 17%) au CHUC et 72% (63%, 9%) à la FSAS. le laxisme ou le manque de rigueur du personnel dans la prise en charge des patientes (57% CHUC, 63% FSAS) et L'organisation insuffisante du travail intra et inter service» (69% CHUC, 57% FSAS) étaient les éléments prédominants sur les deux sites.

### 3.6. La mise en œuvre des mesures correctives proposées sur les sites

Sur les deux sites, parmi les mesures correctives proposées (131 mesures à la FSAS, 110 au CHUC) la majorité a été jugée vulnérable au niveau des structures sanitaires (services de GO et administration) avec des proportions de 99% (87% service GO, 12% administration) à la FSAS et 87% (64% service GO, 24% administration) au CHUC. Le taux de mise en œuvre a été respectivement de 84% et 44%. Le taux d'application<sup>4</sup> a été en moyenne de 66,32% à la FSAS et 33,32% au CHUC.

### 3.7. La contribution des audits cliniques à l'amélioration de la qualité des soins

La mise en œuvre, sur les sites d'étude, des mesures correctives proposées au cours des séances d'audits cliniques a permis d'observer de la première série à la seconde d'audit une nette diminution des facteurs et des dysfonctionnements enregistrés par complication au cours de la prise en charge (tableau III).

A la FSAS, un taux de 11,36 dysfonctionnements par complication a été observé au cours de la première série d'audit contre 5,41 au cours de la seconde série d'audit. Au CHUC, les taux de dysfonctionnements par complication étaient respectivement de 10,85 et 5,62 à la première et à la deuxième série d'audit.

3- Une liste d'informations minimales à mettre dans le dossier a été élaborée comme standard.

4- Exemple : la mise œuvre peut être la rencontrer le responsable de la pharmacie pour qu'il fasse la commande de bandelettes urinaires et l'application serait la commande effective de celles-ci.

Au niveau des facteurs, la même tendance a été observée sur les deux sites. Au cours de la première série des audits, la FSAS a enregistré un taux de 11,18 facteurs par complication au cours de la prise en charge contre 4,75 au deuxième passage des audits. Au CHU, les taux observés étaient respectivement de 9 et 3,75 facteurs par complication. Le taux de facteurs par complication

**Tableau III** : Evolution des dysfonctionnements et des facteurs de la première à la seconde période d'audit

**4a** : Evolution des dysfonctionnements

	FSAS (n=190)		CHUC (n=231)	
	Série 1 (11 complications)	Série 2 (12 complications)	Série 1 (13 complications)	Série 2 (16 complications)
	N	N	N	N
<b>Etapes de la prise en charge</b>				
Urgence (admission)	43	28	40	29
Suivi des soins (hospitalisation)	46	29	50	30
Sortie	4	8	15	12
Information du dossier médical	32	0	36	19
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>65</b>	<b>141</b>	<b>90</b>
<b>Taux de dysfonctionnement par complication (total /complication)</b>	<b>11,36</b>	<b>5,41</b>	<b>10,85</b>	<b>5,62</b>

**4b** : Evolution des facteurs en cause

	FSAS (N=180)		CHUC (N=171)	
	Série 1 (11 complications)	Série 2 (12 complications)	Série 1 (13 complications)	Série 2 (16 complications)
	N	N	N	N
<b>Catégories facteurs</b>				
Personnel	59	43	73	35
Protocoles cliniques	4	1	2	1
Médicaments	6	8	8	3
Equipements, fournitures	10	2	8	4
Infrastructure	7	0	3	2
Organisation et gestion	29	2	14	0
La patiente et à sa famille	8	1	9	9
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>57</b>	<b>117</b>	<b>54</b>
<b>Taux de facteurs par complication (total /complications)</b>	<b>11,18</b>	<b>4,75</b>	<b>9</b>	<b>3,37</b>

## DISCUSSION

### **En quoi les résultats obtenus sont-ils imputables aux audits ?**

Le plan d'étude reconnu comme pouvant apporter la preuve que les résultats obtenus sont le fait de l'intervention (audits cliniques) est l'essai randomisé contrôlé [Douglas 1991 ; Ken 1994]. Cependant, montrer la capacité des audits cliniques à améliorer la qualité des soins en utilisant ce type d'étude est une tâche ardue voire impossible pour deux raisons principales: (1) L'une réside dans la taille (le nombre de maternités) pour absorber les variations dans la performance des maternités pour que les groupes soient comparables, (2) l'autre fait référence à l'introduction d'un biais dans le groupe contrôle du fait de l'observation des performances (induction d'un changement de comportement et de pratique) [Lomas 1991]. Par conséquent, un risque réel existe d'aboutir à une différence non significative qui invaliderait l'audit en tant qu'instrument d'amélioration de la qualité des soins [Crombie 1997; Ronsmans 2001].

Les études observationnelles, bien qu'elles ne peuvent de façon formelle apporter la preuve de la relation de cause à effet [Douglas 1991] gardent dans ce cadre toute leur valeur car un changement dans la qualité des soins peut être aussi perçu à travers la mesure de résultats intermédiaires tel que le délai de prise en charge, la fréquence des dysfonctionnements, la fréquence des facteurs, le nombre de complications sévères survenues dans le service, la mise en place de changements observables, etc.) [Berger 1998]. Cependant, il est difficile d'isoler les effets dus à l'audit des autres changements qui se sont produits sur les sites. L'élément qui joue en faveur des audits, dans le cadre de cette étude, est qu'il n'y a pas eu sur ces sites d'autres activités menées dans le cadre de l'amélioration des performances (externes ou internes à la structure) au cours de la période des audits cliniques. Notons aussi qu'à cette période, ces structures étaient confrontées à des difficultés financières: difficultés de gestion au CHUC et retard dans l'allocation budgétaire à la FSAS qui fonctionnait sur ses ressources propres. Par ailleurs, en dehors des audits il n'y a pas eu de mouvement de personnel au CHUC contrairement à la FSAS, où le personnel d'encadrement (plus expérimenté) a été plutôt affecté dans un nouvel hôpital de la même commune à la fin de la première série des audits.

### **Quelles sont les conditions de terrain dans lesquelles les résultats ont été observés ?**

Les résultats observés ont été différents d'un site à l'autre. Les améliorations ont été en général plus marquées à la FSAS qu'au CHUC.

Il est apparu dans cette étude, à l'instar d'autres études réalisées dans plusieurs établissements sanitaires publics de la Côte d'Ivoire que les ressources financières bien que nécessaires ne constituaient pas les principaux facteurs de l'insuffisance de qualité des soins dans les sites d'études [Berche 2001 ; Graham 2000]. En effet, les obstacles majeurs à la qualité des soins étaient principalement le laxisme ou le manque de rigueur du personnel dans la prise en charge des patientes, suivi d'une organisation insuffisante du travail intra et inter services [Robertson 1996]. L'analyse des conditions qui ont prévalu sur chaque site pourrait permettre de comprendre les résultats observés.

Ont milité en faveur de la FSAS, l'existence d'un esprit d'équipe plus important au sein du personnel, une meilleure organisation du travail, une responsabilisation plus grande des sages-femmes dans l'accomplissement des tâches ainsi que la mise en œuvre des décisions d'audit et l'existence de standards de soins accessibles (*acceptés*,

*distribués et affichés*) à tout le personnel [Ronsmans 2001]. En outre, une implication importante des responsables du service et une faible influence de la hiérarchie dans la collaboration entre personnel de qualifications différentes ont contribué à l'engagement de la majorité du personnel vis-à-vis des audits cliniques [James 1991 ; Sahel 2001]. En effet, le chef du service GO à la FSAS avait institué les décisions prises au cours des audits comme un point à l'ordre du jour de la réunion mensuelle du service effectuée en présence de l'administration, afin d'informer tout le personnel des nouvelles directives. La nécessité d'améliorer la qualité des soins était un besoin clairement ressenti par les responsables du service qui voyait en l'audit un moyen de lutter contre les insuffisances dans la prise en charge des patientes. Par ailleurs, l'observation d'une proportion plus grande de complications obstétricales graves survenues dans le service contraste avec les conditions suscitées et met en exergue l'existence d'une difficulté à reconnaître et/ou à prendre en charge les complications avant l'apparition de l'état EB. En effet, l'absence de garde assurée par les médecins spécialistes durant plus de 12 heures /jour (16h30-8h) et l'affectation du personnel médical plus expérimenté de ce site lors de l'ouverture de l'hôpital général d'Abobo (août 2000) pourraient expliquer cette observation.

Au CHUC, les tâches effectuées lors de la prise en charge sont uniquement sous la responsabilité du médecin qui est le seul habilité à répondre devant les autorités du service. Cette organisation a pour conséquence une faible implication des sages-femmes dans les activités du service (prise en charge, mise à niveau), avec pour corollaire la démotivation et une baisse de leur habileté technique [James 1991]. Par ailleurs, il y avait sur ce site un faible engagement des responsables du service (participation aux séances de revue et implication dans l'application des décisions prises) qui percevaient l'audit comme un processus qui n'entraînait pas dans l'exercice officiel de leur fonction, une menace et une perte de leur autorité [Ronsmans 2001 ; Foy 2005]. Les décisions relevant de leur responsabilité étaient souvent non mises en œuvre (telle que la validation et la dissémination des protocoles au sein du personnel) et celles sous la responsabilité du reste du personnel ne rencontraient pas leur adhésion et avaient souvent une portée limitée au sein du personnel [James 1991].

Outre une insuffisance de l'organisation intra et inter services plus marquée sur ce site, une difficulté supplémentaire à la mise en œuvre de certaines mesures était constituée par : (i) l'existence d'une tutelle administrative peu accessible (le Ministère de la Santé avec toutes les procédures à respecter) contrairement à la FSAS qui dépendait du district autonome de la ville d'Abidjan [James 1991] ; (ii) la double appartenance de la majorité du personnel sur lequel repose le fonctionnement du service (Ministère de l'Enseignement Supérieur et Ministère de la Santé Publique). En effet, ce personnel est confronté à un agenda universitaire chargé et ont tendance à privilégier les activités hospitalières en relation avec l'Université : la formation des étudiants et des médecins en spécialisation. Ce tableau est entretenu par : (1) l'existence d'un profil de carrière qui leur est offert par l'université (contrairement à la structure hospitalière), (2) la provenance composite de leur salaire (80% au titre des activités universitaires et 20% au titre de l'hôpital) [MSP 1985], et (3) le nombre insuffisant de médecins hospitaliers, souvent démotivés par l'absence de profil de carrière hospitalier (Fonction Publique Hospitalière).

### **Quelles sont les limites de l'étude ?**

La qualité de la prise en charge a pu être sous évaluée du fait de la sous notification des dysfonctionnements et/ou des facteurs en cause au cours de la séance d'audit.

En effet, la nature de la séance d'audit rassemble des acteurs de plusieurs niveaux hiérarchiques du service et de l'hôpital qui sont amenés à apprécier la prise en charge du cas clinique par des responsables de leur service. Ainsi, le personnel technique est amené à porter un jugement sur le travail accompli par leur hiérarchie en présence de celle-ci [James 1991].

Cette attitude s'est peu à peu dissipée au fur et à mesure des séances à la vue de l'adhésion ouverte de l'ensemble des participants (y compris les responsables) aux règles du jeu (une sorte de charte) de l'audit proposés et validés par eux. L'utilisation au cours des audits d'événements qui se sont bien terminés pour la mère (femme ayant échappé à la mort suite à une complication sévère) et les premiers effets positifs des audits ont également contribué à rendre moins dramatique les insuffisances relevées au cours de la prise en charge (moins de menace pour le personnel éventuellement responsable de la survenue des complications) [Ronsmans 2001, James 1991].

### **CONCLUSION**

L'audit des soins obstétricaux est une stratégie de plus en plus utilisée par des pays en développement. Cette étude sur «les échappées belles» a montré qu'elle est faisable et peut contribuer à produire des résultats dans notre contexte. La participation appréciable du personnel comme acteur principal du processus révèle l'intérêt du personnel pour la qualité des soins. La nature, le niveau de vulnérabilité des dysfonctionnements identifiés ainsi que la nature des facteurs majeurs mis en cause met en exergue le rôle central de la structure de soins dans l'amélioration de la performance des services de soins obstétricaux. Aussi l'intégration des audits des morbidités sévères dans les services obstétricaux de référence de Côte d'Ivoire pourrait constituer une opportunité réelle pour améliorer la qualité des soins et contribuer efficacement à la réduction de la mortalité maternelle.

### **REMERCIEMENTS**

Au Dr DJAMAN JOSEPH chercheur à l'INSP, le personnel du CHUC de la FSAS, les membres de la Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire (CRESAR-CI), la Direction de la Santé de la Reproduction en Côte d'Ivoire (DC/PNSR/PF), la London School of Hygiene and Tropical Medicine, l'Institut pour L'enfance d'Italie et l'Union Européenne.

### **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Berche T, Ortiz P, Eono P, Portal JL, Barbe T, Koffi AS et al. Enquête multicentrique MOMA sur la morbidité et la mortalité maternelles en Afrique de l'Ouest : Résultats de la Côte d'Ivoire. Dans : Gobbers D, Eono P, eds. *La recherche en santé au service du développement*. Abidjan : CEDA. 2001. pp. 83-5.
2. Berger A. Why doesn't audit work ? *BMJ* 1998 ; 316 : 875-6.
3. Blibolo A, Kakou A, Coulibaly T, Duponchel JL, Marquis M, Eono P. Analyse de la profession de la sage-femme (2000). Dans : Gobbers D, Eono P, eds. *La recherche en santé au service du développement*. Abidjan : CEDA ; 2001. pp. 63-64.

4. CRESAR-CI, .
5. Crombie IK, Devies HTO, Abraham SCS, Florey C du V, eds. The audit handbook : Improving health care through audit. New York : John Wiley & Sons ; 1997.
6. Décret n°85-1087 du 16 octobre 1985 relatif à la situation des personnels des Etablissements Publics Nationaux. Abidjan : Ministère de la santé de Côte d'Ivoire.
7. Douglas GA. *Practical statistics for medical research*, eds. London : Chapman and hall ; 1991.
8. Duponchel J L. Projet "Équité dans l'accès aux soins en zone urbaine" : Qualité des soins à Abidjan. Rapport final. Abidjan : Direction Régionale de la Santé des lagunes ; 2001 mars.
9. Foy R, Walker A, Ramsay C, Penney G, Grimshaw J, Francis J. Theory-based identification of barriers to quality improvement : induced abortion care. *Int J Qual Health Care*. 2005 Apr ; 17(2) : 147-55.
10. Graham W, Wagaarachchi P, Pennev G, McCaw A, Antwi KY, Hall MH. Criteria for clinical audit of the quality of hospital-based obstetric care in developing countries. *Bull World Health Organ* 2000 ; 78(5) : 614-20.
11. INS, Enquête démographique et de santé (EDS) 1994, Abidjan, 1996
12. James T. Ziegenfuss, Jr. Organisational barriers to quality improvement in medical and health care organisations. *American College of Medical Quality* 1991 ; 8(4) : 115-121.
13. Ken M. Validity of assessing change through audit. *British Medical Journal* 1994 ; 309 : 18-9.
14. Lomas J, Murray E, Anderson MG, Hannah WJ, Vayda E, Singer J. Opinion leaders vs audit and feed back to implement practice guidelines : delivery after previous caesarean section. *JAMA* 1991 ; 265 : 2202-7.
15. Portal J. L. WELFFENS -EKRA C. Toure-Coulibaly K, BOHOUSSOU K. Qualité de la prise en charge obstétricale dans le secteur public à Abidjan en 1996. Dans : Brunet-Jailly J, eds. *Santé en Capitales : la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*. Abidjan : CEDA ; 2000. pp. 81-102.
16. Robertson N, Baker R, Hearnshaw H. Changing the clinical behaviour of doctors : A psychological framework. *Qual health Care* 1996 ; 5 : 51-4.
17. Ronsmans C. Les audits ont-ils un rôle fondé dans l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux? Dans : De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Réduire les risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique*. Antwerpen : ITGPress ; 2001. pp. 217-38.
18. Sahel A, De Brouwere. Apport des audits cliniques de near-miss pour l'amélioration de la qualité des soins : ce qu'on a appris de l'expérience de la maternité de Tétouan. Rapport final. Maroc : Ministère de la Santé, Institut National d'Administration Sanitaire ; 2001.
19. The Safe Motherhood. Action Agenda : priorities for the next decade. Final report. Colombo (Sri Lanka). WHO ; 1997 Oct.
20. UNFPA. Estimation de la mortalité maternelle en Côte d'Ivoire. Rapport annuel. UNFPA-Côte d'Ivoire, 2005.
21. WHO. Maternal mortality in 1995. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. 2001. Rapport N° : WHO/RHR01.9.
22. WHO. Revised 1995 estimates of Maternal Mortality: Country estimates of numbers of maternal deaths, lifetime risk, maternal mortality and ranges of uncertainty (1995). Available from : <http://www.who.int/whosis/mm/mm-country-1995> (accessed April 20, 2003).