

AMELIORER LES SOINS OBSTETRIQUES D'URGENCE

GRACE A

L'AUDIT REPOSANT SUR DES CRITERES

Programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles (AMDD)

Contribution :

Patricia Bailey
Judith Fortney
Lynn Freedman
Elizabeth Goodburn
Barbara Kwast
Dileep Mavalankar
Bridget Money Penny

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	3
CHAPITRE 1. L'AUDIT REPOSANT SUR DES CRITERES	5
1. Les audits ne sont pas des examens	5
2. Critères d'audits pour des programmes réalisés en partenariat avec l'AMDD	7
CHAPITRE 2. POURQUOI PROCEDER A UN AUDIT?	12
1. Optimiser la pratique clinique	12
2. Rationaliser davantage l'utilisation des ressources	12
3. Améliorer le moral et la motivation du personnel	13
CHAPITRE 3. LES ETAPES DE L'AUDIT	14
1. Constitution d'une équipe d'audit	14
2. Choix d'un thème	15
3. Définition des cas	17
4. Définition des critères	17
5. Identification des sources d'information	18
6. Conception du formulaire d'extraction des données	20
7. Collecte des données	22
8. Analyse	23
9. Recommandations ou plan d'action	24
10. Application du plan d'action	26
11. Répétition du cycle de l'audit pour évaluer le plan d'action	26
CHAPITRE 4. L'AUDIT A-T-IL AMELIORE LA SITUATION?	28
1. Optimiser la pratique clinique	28
2. Rationaliser davantage l'utilisation des ressources	28
3. Améliorer le moral et la motivation du personnel	29
REFERENCES	31
ANNEXE 1: NORMES VERIFIABLES, RCOG ANNEXE IV	35
ANNEXE 2: AUDIT DES DROITS FONDAMENTAUX	37
ANNEXE 3: DEFINITIONS DE TRAVAIL CLINIQUES	40
ANNEXE 4 : APPLICATION DES CRITERES A PARTIR DES NORMES EN VIGUEUR – EXEMPLES	41

INTRODUCTION

Un audit est une analyse objective, systématique et critique de la qualité des soins médicaux. Il englobe «les procédures utilisées pour le diagnostic et le traitement, l'utilisation des ressources, ainsi que l'issue du traitement et la qualité de la vie qui en résulte pour la patiente» (Crombie *et al.* 1997). L'audit *ne se substitue pas* à un examen des décès maternels ou des «quasi-pertes»¹, mais il vient compléter le mécanisme d'étude (voir chapitre 1).

Les audits peuvent couvrir un large éventail de sujets et ils peuvent être entrepris et menés à bien par des parties intéressées très diverses. Les seules conditions préalables pour effectuer un audit sont le désir d'examiner la situation en cours, des connaissances des soins médicaux suffisantes pour pouvoir identifier les critères et la volonté d'appliquer les changements.

Cet ouvrage, conçu pour être d'un usage facile, simple et logique, est mis à la disposition de ceux qui effectuent un audit. Il est destiné aux médecins, sages-femmes et infirmiers/infirmières, administrateurs, directeurs et autres professionnels de la santé qui travaillent au niveau du district ou de l'établissement afin d'améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence en identifiant les lacunes et en tenant compte des recommandations qui ont été faites.

Les audits dépendent de la présence de deux choses :

1. Les normes (ou protocoles, ou directives de traitement), sont indispensables au processus d'audit. Chaque pratique ou procédure utilisée dans un établissement de santé, qu'il s'agisse du traitement de complications qui mettent la vie en danger, du nettoyage des salles ou du respect de la vie privée du patient, devrait être régie par une norme. Les normes permettent de définir les critères qui forment l'assise des audits reposant sur des critères. Lorsqu'il n'existe pas de normes, il est impossible de mener à bien ce type d'audits. Cela ne veut pas dire qu'il faut abandonner l'idée pour autant! Il faut plutôt découvrir les normes qui existent déjà et les adopter ou, en dernier ressort, rédiger vos propres normes.
2. Les documents écrits sont essentiels pour pratiquement tous les audits des pratiques cliniques et pour la plupart des audits des procédures administratives, comme la gestion des stocks pharmaceutiques. En fait, il ne serait pas inutile de vérifier la complétude des dossiers avant d'entreprendre tout nouvel audit. Un examen rapide d'un échantillon de données peut indiquer que, tant que les dossiers ne seront pas mieux tenus, il ne sera pas possible de réaliser un audit reposant sur des critères. Rappelez-vous : si ce n'est pas inscrit quelque part, ce n'est pas arrivé!

¹ Une «quasi-perte» est un cas de morbidité aiguë ou, comme Ronsmans les appelle, des «cas qui se situent à l'extrémité très grave du spectre de la morbidité» (Ronsmans 2001; Mantel *et al.* 1998; Baskett & Sternadel 1998; Filippi *et al.* 1996).

Le Programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles (AMDD)² a pour but de renforcer la disponibilité des soins obstétriques d'urgence (SOU) et d'améliorer tant l'*utilisation* que la *qualité* de ces services. L'audit reposant sur des critères est un outil relativement nouveau qui permet de suivre l'évolution de la qualité des services. Cet ouvrage a pour but de vous aider à entreprendre des audits simples – des aspects cliniques, administratifs et relatifs aux droits fondamentaux des soins obstétriques d'urgence. Plus spécifiquement, il explique :

- Comment choisir le type d'audit qui sera le plus utile à votre établissement,
- Comment commencer,
- Qui faire participer,
- Quels critères utiliser,
- Comment analyser les données,
- Comment identifier les problèmes,
- Comment faire des recommandations, et enfin,
- Comment savoir si l'audit a eu un impact quelconque sur la qualité des soins obstétriques d'urgence prodigués aux patientes.

Bien que cet ouvrage porte sur les audits effectués dans des établissements, il peut aussi être utilisé au niveau du district ou au niveau national.

Dans le chapitre 1, nous introduisons l'expression «audit reposant sur des critères» et passons en revue les publications pertinentes. Le chapitre 2 couvre la question : «Pourquoi procéder à un audit»? Dans le chapitre 3, le lecteur est amené à étudier le cycle de l'audit et les étapes spécifiques à suivre pour effectuer un audit, tandis que dans le chapitre 4, nous étudions les moyens qui nous permettent de savoir si l'audit a fait une différence.

² L'AMDD est un programme de cinq ans géré par l'Université de Columbia et financé par la Fondation Bill & Melinda Gates. Le programme a débuté en 1999 et des projets sont en cours dans 39 pays.

CHAPITRE 1 L'AUDIT REPOSANT SUR DES CRITERES

Les audits reposant sur des critères (ARC) sont utilisés dans les hôpitaux et les établissements de santé (et également par les entreprises et les institutions gouvernementales) afin d'améliorer continuellement la qualité des tâches effectuées et des services fournis. Dans une institution soucieuse d'excellence, le processus d'audit est sans cesse en cours.

Dans l'ensemble de cet ouvrage, le terme «audit » fait toujours référence à l'audit reposant sur des critères.³ Un critère est un moyen de procéder à une évaluation. Il s'agit d'une déclaration, d'une règle ou d'un test à l'aune duquel on peut évaluer quelque chose.⁴ Les critères sont établis à partir de normes objectives qui sont «documentées». Une médecine «documentée» (ou reposant sur des données) est une médecine qui s'appuie sur les conclusions d'études scientifiques rigoureuses – en particulier sur des essais cliniques contrôlés randomisés – pour déterminer la forme de traitement la plus efficace et la plus sûre. À l'opposé, on parle de normes «reposant sur l'autorité», qui font référence aux conseils donnés dans les manuels, par les professeurs, les conseillers etc. Bien que ces dernières normes puissent être documentées ou aient pu être établies en s'appuyant sur des données à jour, la science évolue, les connaissances s'accumulent et les meilleures pratiques changent avec le temps. Il arrive malheureusement qu'il faille attendre plusieurs années pour que les conclusions permettant d'améliorer les soins soient adoptées dans la pratique. Certaines normes nationales ne reposent parfois plus sur des conclusions récentes.

1. Les audits ne sont pas des examens

Tout un éventail de méthodes a été utilisé lors des audits et la nomenclature peut prêter à confusion. Généralement, ces diverses méthodes peuvent être divisées en «examens» et «audits».

Les «examens» comprennent les discussions de routine des cas, par exemple :

- La discussion des décès maternels ou des complications dans le service de maternité.
- Les «rapports du matin» pendant lesquels la discussion porte sur les cas des 24 dernières heures.

³ Certains auteurs parlent d'audits de «l'issue», du «processus» et de la «structure» – voir par exemple Donabedian (1985); et Watters (1993). L'issue fait référence aux types de cas qui exigent que les soins fassent l'objet d'un audit (tels que décès maternels, décès périnataux, «quasi-pertes», toutes les complications, tous les accouchements normaux, tous les cas d'éclampsie). Le processus fait référence aux soins cliniques administrés à ces patientes. La structure fait référence à l'organisation et à la gestion de l'établissement de santé, dans la mesure où elles ont une incidence sur les soins administrés à la patiente. Nous avons opté pour l'expression audit reposant sur des critères qui est la description la plus claire de l'approche adoptée.

⁴ Graham définit les critères comme suit : «des déclarations préparées systématiquement qui peuvent être utilisées pour évaluer le bien-fondé des décisions, des services et des résultats spécifiques aux soins médicaux» (2000).

- Les réunions mensuelles sur la mortalité maternelle et périnatale dans les départements de gynécologie et d'obstétrique ou les enquêtes confidentielles organisées de l'extérieur sur les décès maternels.⁵

Les examens sont utiles si les discussions se déroulent dans une atmosphère de solidarité et de coopération, sans jeter le blâme sur qui que ce soit.

Malheureusement, les choses ne se déroulent pas toujours ainsi. Avec l'audit reposant sur des critères, il est plus facile de faire preuve d'objectivité et de dépassionner la discussion pour identifier les problèmes qu'avec les examens. Le personnel se sent moins menacé par l'audit reposant sur des critères parce que ce sont les participants eux-mêmes qui décident à l'avance des critères d'évaluation.

Les examens sont très importants car ils permettent de proposer des sujets à soumettre à un audit. Les deux processus sont donc complémentaires et ils se renforcent mutuellement. *Chaque hôpital ou établissement de soins devrait examiner tous les décès maternels*; beaucoup d'entre eux étudient aussi les «quasi-pertes». Les examens permettent généralement d'identifier plusieurs secteurs dans lesquels l'établissement devrait améliorer la qualité des soins fournis. Ces améliorations peuvent inclure :

- L'adoption d'un protocole de traitement différent pour les complications obstétriques (par ex. utilisation de sulfate de magnésium au lieu du diazépam pour le traitement de l'éclampsie)
- L'adoption d'un nouveau protocole de prise en charge ou d'un protocole différent pour les accouchements normaux (par exemple prise en charge active de la troisième étape du travail, ou partographe)
- Un moyen différent de s'assurer que les médicaments nécessaires sont d'un accès facile dans les salles de travail et d'accouchement
- Un moyen différent de gérer le tableau de service pour que le personnel essentiel soit disponible 24 heures sur 24 et sept jours sur sept (24/7)

Lorsque qu'un problème est identifié grâce à un examen, le personnel devrait décider s'il s'agit d'un problème courant (un audit permettrait de répondre à cette question), s'il existe déjà des normes (qui ne sont pas toujours appliquées) pour faire face à ce problème ou s'il faut adopter des normes (différentes). En cas d'adoption de nouvelles normes, il conviendrait de former le personnel pour qu'il puisse les appliquer et lui donner le temps de s'y habituer avant de procéder à un audit.

Lors des réunions d'examen courantes, le personnel devrait discuter de l'issue des audits ou des modifications des statistiques hospitalières (telles que l'augmentation du nombre d'accouchements ou la réduction du nombre d'infections). Il est important de communiquer les faits nouveaux au personnel, de discuter avec lui des

⁵ Des enquêtes confidentielles ont été effectuées en Angleterre et dans le pays de Galles depuis 1952 (Department of Health and Social Security 1982). Les enquêtes confidentielles peuvent être «internes» ou «externes» et porter sur les «facteurs évitables», «les occasions manquées» ou les «soins qui ne sont pas conformes aux normes» (McIlwaine 2000). En 1998, l'Afrique du Sud (Department of Health, Afrique du Sud 1998) a publié le premier Rapport sur les enquêtes confidentielles sur les décès maternels. D'autres pays ont également entrepris des examens de ce type.

améliorations possibles et de le complimenter s'il y a des améliorations. Les examens et les audits devraient se renforcer mutuellement.

Les audits reposant sur des critères suivent plusieurs étapes qui constituent un cycle. Ils sont guidés par une série de critères choisis en s'appuyant sur des normes explicites de soins documentés. Les audits peuvent être entrepris et appliqués de manière interne ou externe. Nous préconisons des audits internes de faible envergure et bien ciblés. Les audits de ce type sont faisables et ils peuvent être intégrés dans la journée de travail du personnel. Si des ressources spéciales sont disponibles, l'audit peut toutefois se transformer en recherche; dans ce cas, il faut avoir recours à des instruments plus longs, engager plus de personnel et prévoir des périodes plus longues, pouvant aller jusqu'à un an. Se référer à Wagaarachchi *et al.* 2002 qui donne un excellent exemple de recherche menée dans le cadre d'un audit par l'auteur et ses collègues au Ghana et en Jamaïque.

2. Critères d'audits pour des programmes réalisés en partenariat avec l'AMDD

Le Programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles (AMDD, voir note de bas de page 2 dans l'introduction pour explication) a créé un cadre conceptuel s'appliquant aux activités visant à promouvoir les soins obstétriques d'urgence. Ce cadre réunit les dimensions techniques, administratives et relatives aux droits fondamentaux des soins. Dans ce cadre, les audits reposant sur des critères examineront les aspects suivants des soins :

- Les soins cliniques administrés aux patientes
- La gestion (ou organisation) de l'établissement de santé
- Les droits fondamentaux dans un contexte clinique.

Concernant les soins cliniques administrés aux patientes, les critères font référence à des normes objectives extraites de protocoles de traitement qui devraient se fonder sur les découvertes scientifiques les plus récentes (voir encadré 2). Concernant la gestion d'un établissement de santé, il y a généralement accord sur ce qui constitue de bonnes pratiques et des normes efficaces (voir encadré 3). Concernant les droits fondamentaux, il existe des conventions et des traités internationaux. Les normes décrites dans ces instruments internationaux sont parfois intégrées dans les lois et politiques nationales (voir encadré 4). L'une des difficultés, en ce qui concerne les droits fondamentaux, consiste à convertir des normes internationales en critères mesurables. Les normes peuvent être extraites de traités et de déclarations, par exemple le respect du droit de la patiente à l'intimité, mais les pratiques perçues comme étant respectueuses ou non de l'intimité peuvent varier selon la culture, la classe sociale et d'autres facteurs contextuels qui les conditionnent.

En fait, tant dans le secteur des droits fondamentaux que de la gestion, il est nécessaire de mettre au point d'autres critères documentés applicables à la spécificité des établissements de soins et d'essayer de comprendre dans quelle mesure l'audit de ces fonctions différera de l'audit d'autres fonctions cliniques. Le Programme AMDD poursuit ses travaux dans ce domaine.

Encadré 2. Critères à utiliser dans les audits des fonctions cliniques

Idéalement, tout établissement de santé possède des protocoles relatifs aux soins à administrer lors des accouchements normaux et de complications spécifiques. Et idéalement, les protocoles sont documentés. En obstétrique et gynécologie, la Cochrane Collaboration regroupe les résultats de tous les essais cliniques, puis elle analyse et évalue ces résultats. Les professionnels, sociétés et individus, qui rédigent ou modifient les protocoles de soins obstétriques et gynécologiques devraient sans cesse se référer à la Cochrane Collaboration pour s'assurer que leurs travaux sont à jour. Cochrane Collaboration : M. Enkin, M.J.N.C. Keirse, J. Neilson, C. Crowther, L. Duley, E. Hodnett et J. Hofmeyr. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press, Oxford R.-U.; troisième édition, 2000. Les informations sont également disponibles sur leur site Internet : <http://www.cochrane.org/>

Si votre hôpital ou votre pays ne possède pas de protocoles de traitement, vous pouvez vous référer à ceux qui ont été publiés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les autres institutions des Nations Unies. Ils sont documentés et peuvent servir de critères pour votre audit. Voir en particulier, *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (IMPAC)* publié par l'OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse, 2000, WHO/RHR/00.7. Ce document peut être obtenu gratuitement en vous adressant au représentant de l'OMS de votre pays. Son bureau se trouve généralement dans le bâtiment du ministère de la Santé de votre capitale. Il peut également être obtenu en écrivant à l'OMS : Service des publications, OMS, 1211 Genève 27, Suisse, en demandant la cote WHO/RHR/00.7. Cette publication peut également être téléchargée à l'adresse : <http://www.reproline.jhu.edu/>

Emergency Obstetric Care: Course Handbook for participants et Course Notebook for Trainers. Ces manuels se fondent sur le document IMPAC de l'OMS et ils sont utilisés dans les cours de formation du JHPIEGO (JHPIEGO/AMDD, mai 2002, Baltimore, Maryland. La première version de ce document sera disponible sur le site AMDD : <http://www.amdd.hs.columbia.edu> en décembre 2002 et sur CD-ROM).

Life Saving Skills for Midwives, publié par l'American College of Nurse Midwives (M.A. Marshall, S.T. Buffington, Washington DC, 1998) est également une source d'informations utiles. Cet ouvrage en cinq volumes comprend du matériel destiné aux programmes de formation et aux décideurs. Il coûte US\$55 et peut être obtenu en s'adressant à l'ACNM : 818 Connecticut Avenue N, Suite 900, Washington DC 20006, USA. Vous pouvez aussi vous connecter à l'adresse suivante : www.acnm.org

Encadré 3. Critères à utiliser dans les audits des fonctions administratives

Idéalement, tous les établissements de santé possèdent des normes écrites s'appliquant à plusieurs aspects administratifs de l'établissement – prévention des infections, élimination des aiguilles, des seringues et des objets tranchants, normes des laboratoires, procédures de réapprovisionnement en médicaments et pratiques relatives à la banque de sang.

Plusieurs établissements possèdent également des procédures et des horaires écrits pour le nettoyage des salles, des couloirs, ainsi que des salles d'opération et de traitement. Il existe également des directives relatives à la stérilisation des équipements, à la gestion des différents types de linge sale, à l'obtention des pièces de rechange pour les équipements et à la destruction des équipements devenus inutilisables.

Toutes ces normes ou directives peuvent servir de base à l'établissement de critères.

Ressources:

- AVSC International [EngenderHealth], 2000. Voir références.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, voir notre annexe 1 pour l'annexe IV de *Towards Safer Childbirth: Minimum Standards for the Organisation of Labour Wards. Report of a Joint Working Party*, RCOG, 1999.
- Bonnes pratiques de laboratoire – se référer à www.phppo.cdc.gov/clia/regs/toc.asp ou à www.who.int/dsa/cat98/lab8.htm. En particulier: *Principles of Management of Health Laboratories*, L. Houang et M.M. El-Nageh, 1993, ISBN 92 9021 180 6, Ordre No 1152120 et *Quality System for Medical Laboratories*, M.M. El-Negeh, C. Heuchk, A. Kallner et J. Maynard, 1995, ISBN 92 9021 203 9, Ordre No 1440014.
- Directives relatives à l'assurance de qualité, à la gestion et à l'organisation des services de transfusion sanguine – voir www.who.int/dsa/cat98/blood8.htm. En particulier : *Guidelines for Quality Assurance Programmes for Blood Transfusion Services*, 1993, ISBN 92 4 154448 1, Ordre No 1150392; *Management of Blood Transfusion Services*, éditeurs S.F. Hollán, W. Wagstaff, J. Leikola et F. Lothe, 1990, ISBN 92 4 154406 6, Ordre No 1150345; et *Guidelines for the Organisation of a Blood Transfusion Service*, éditeurs W.N. Gibbs et A.F.H. Britten, 1992, ISBN 92 4 154445 7, Ordre No 1150376.

Encadré 4. Critères à utiliser dans les audits des fonctions relatives aux droits fondamentaux

Idéalement, tous les établissements de santé possèdent des normes et protocoles écrits s'appliquant à plusieurs aspects des soins cliniques et de l'administration hospitalière qui contribuent au respect des droits fondamentaux. On peut citer, par exemple, des procédures spécifiques ayant pour but de garantir le consentement de la patiente sur la base d'informations concrètes, la confidentialité des communications entre les prestataires de soins et les patientes et des dossiers des patientes, l'intimité des patientes et des structures d'honoraires transparentes. Ces pratiques spécifiques se rapportent au droit d'être traité avec dignité et sans discrimination.

Les principes généraux relatifs aux droits fondamentaux (comme la dignité et la non-discrimination), qui se reflètent dans des directives spécifiques relatives à la performance, sont inscrits dans des conventions et des traités internationaux tels que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Pour savoir si votre pays a ratifié ces traités juridiquement contraignants, rendez-vous sur le site des Nations Unies <http://www.unhcr.ch/html/intlinst.htm>, qui est remis à jour régulièrement.

Certains pays ont adopté des législations ou publié des réglementations intégrant les normes internationales relatives aux droits fondamentaux dans leurs lois nationales. Toutefois, pour la majorité des pays et des établissements, les normes et critères spécifiques qui seront utiles pour un audit des fonctions relatives aux droits fondamentaux seront adoptés par l'établissement lui-même et non pas prescrits par la loi. Bien que ces normes s'appliquent aux droits fondamentaux, l'expression «droits de l'homme» n'est pas utilisée pour décrire cet aspect des soins cliniques ou de l'administration de l'établissement.

Le *Protocol for Women Friendly Hospital* élaboré par l'UNICEF au Bangladesh est un bon exemple de normes mises au point pour garantir le respect des droits fondamentaux dans des établissements de santé. Autre ouvrage utile pour établir des critères utiles pour un audit : *Emergency Obstetric Care: Toolbook for Improving the Quality of Services*, par EngenderHealth et l'AMDD, qui s'inscrit dans le cadre des droits des clientes et des prestataires de soins. L'ouvrage peut être téléchargé à partir du site de Engenderhealth à l'adresse : <http://www.engenderhealth.org/res/offc/index.html>. Un ouvrage récent de l'OMS permettant d'évaluer la performance du système de santé inclut des aspects importants des droits fondamentaux dans le concept de «rapidité d'intervention». Les premiers documents sur la définition et la mesure de la rapidité d'intervention sont disponibles sur le site de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/health-systems-performance/docs/responsiveness_docs.htm

Les cliniciens peuvent vérifier un nombre indéfini de fonctions. Par exemple, le patron du service d'obstétrique d'un hôpital de district peut se poser des questions sur le traitement de la rupture de l'utérus et décider de constituer une équipe pour étudier cette complication. Ou une infirmière d'un centre de santé rurale peut se demander si les femmes qui souffrent de complications sont aiguillées vers l'établissement qui convient et si leur état est stabilisé de façon à ce qu'elles puissent être déplacées sans risque. Voici quelques exemples de fonctions qui peuvent faire l'objet d'un audit :

- Le nombre de femmes souffrant d'une crise éclamptique dont on provoque l'accouchement dans les 24 heures (et le nombre de femmes pour qui ce n'est pas le cas);
- Le nombre de femmes qui subissent une césarienne dont le groupe sanguin a été déterminé avant l'opération (et le nombre de femmes pour qui ce n'est pas le cas);
- Le nombre de femmes dont les signes vitaux sont vérifiés et notés toutes les deux heures après l'accouchement (et le nombre de femmes pour qui ce n'est pas le cas);
- Le nombre de femmes qui ont reçu une transfusion sanguine dans l'heure qui a suivi l'apparition de la complication (et le nombre de femmes pour qui ce n'est pas le cas); ou
- Le nombre de femmes qui doivent payer le personnel sous la table pour être traitées (et le nombre de femmes pour qui ce n'est pas le cas).

Les audits ont pour but de faire progresser le nombre de «meilleures pratiques» appliquées dans un établissement de santé. Par meilleures pratiques, on entend les meilleurs soins disponibles au moment où le traitement est administré. Un examen approfondi de la documentation scientifique et médicale, comme mentionné dans les encadrés 2,3 et 4, permettent de déterminer quelles sont les «meilleures pratiques».

Les audits peuvent être des actions isolées ou au contraire des processus ininterrompus. Les établissements de santé peuvent commencer par planifier l'audit d'une fonction unique (par exemple, le temps qui s'écoule entre l'admission d'une patiente et la césarienne). Puis, si cet audit s'avère utile, l'établissement peut prévoir une série d'audits d'autres fonctions. Un établissement qui recherche l'excellence s'efforcera d'évaluer d'autres aspects des soins en procédant à des audits.

CHAPITRE 2 POURQUOI PROCEDER A UN AUDIT?

Les audits reposant sur des critères des soins et services médicaux se sont développés au cours des 10 à 15 dernières années (Benbow & Maresh 1998) et la plupart des médecins des pays développés les utilisent aujourd'hui sous une forme ou une autre. L'audit est un outil essentiel qui aide les cliniciens à améliorer la qualité des soins qu'ils prodiguent (Burnett & Winyard 1998); certains systèmes de santé vont même jusqu'à les financer. Pourtant, la pratique de l'audit n'est pas courante dans la plupart des pays en développement, ce qui nous oblige à nous poser la question suivante : pourquoi les systèmes de santé devraient-ils consacrer des ressources et un temps limités à des audits des soins médicaux? Pour trois raisons principales.

1. Optimiser les pratiques cliniques

Les audits ont pour but d'améliorer la qualité des soins en procédant à une évaluation systématique des pratiques en les comparant à des normes prédéfinies, dans le but de recommander et de mettre en oeuvre des mesures visant à combler les lacunes qui ont été découvertes (Halligan & Taylor 1997, Mancey-Jones & Brugha 1997). Si un audit médical peut révéler un problème clinique ou qui touche un service, le clinicien aura de meilleures chances de pouvoir trouver des solutions et de surveiller les changements. (Dyke 1993). On suppose trop souvent que les établissements appliquent les meilleures pratiques.

Les audits permettent aux cliniciens de savoir exactement combien de fois et dans quelles circonstances les meilleures pratiques sont réellement appliquées. L'audit peut révéler, par exemple, que les délais d'administration du traitement sont beaucoup plus longs pendant les week-ends ou que les signes vitaux postpartum ne sont souvent pas surveillés dans un service particulier, bien que la politique de l'hôpital l'exige. L'orientation de l'audit peut contribuer à déterminer les facteurs qui font obstacle aux bonnes pratiques – par exemple, le placard dans lequel les médicaments sont conservés est fermé à clé pendant les week-ends et il faut envoyer quelqu'un chercher le responsable.

2. Rationaliser davantage l'utilisation des ressources

L'évaluation de la qualité permet d'économiser des ressources en éliminant les interventions moins utiles pour les remplacer par des mesures plus efficaces (Maher 1996). La pénurie de qualifications et de ressources dans les pays en développement rend encore plus importantes l'utilisation la plus efficace possible de ressources limitées et la prise de conscience, par les cliniciens, du résultat de leur traitement (Watters 1993). Certaines pratiques cliniques sont toujours en vigueur bien que leur inefficacité et même les dangers qu'elles représentent aient été démontrés; d'autres consomment des ressources hospitalières qui pourraient être mieux utilisées ailleurs. Par exemple :

- L'épisiotomie de routine pour les primipares.

- Dans certains établissements médicaux, on pratique des césariennes alors que les accouchements assistés par voie basse seraient tout aussi efficaces et sans danger et consommeraient beaucoup moins de ressources.⁶
- Utilisation de l'anesthésie générale au lieu d'une rachianesthésie parce que les aiguilles pour l'injection ne sont pas disponibles ou parce que les cliniciens n'ont pas reçu de formation sur cette technique d'anesthésie ou encore parce que l'importation des médicaments nécessaires n'est pas autorisée.

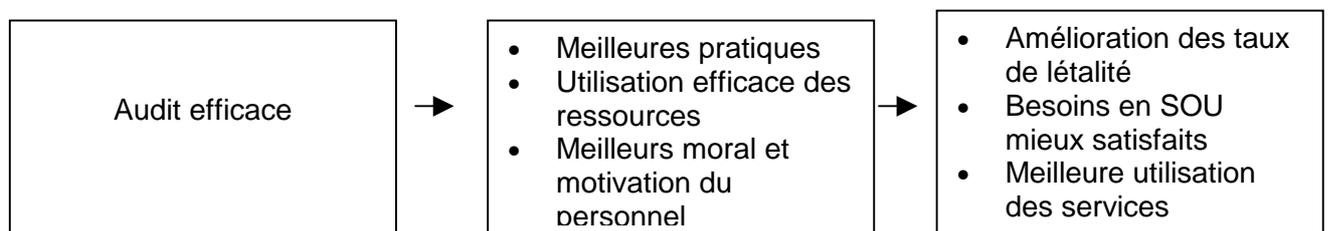
L'audit peut révéler dans quelle mesure des pratiques dépassées ou dangereuses sont toujours en vigueur. L'audit peut aussi attirer l'attention sur le gaspillage, par exemple l'administration d'antibiotiques difficiles à obtenir à des patientes qui n'en ont pas besoin.

3. Améliorer le moral et la motivation du personnel

Les audits reposant sur des critères ont une valeur pédagogique. Chaque audit est une nouvelle source d'enseignement, un exercice intellectuel auquel un groupe de professionnels participe et collabore, discutant de différents problèmes de prise en charge des cas, allant de la mauvaise communication avec la patiente aux réactions allergiques aux médicaments. (Beracochea & Vince 1993). Les informations de retour sur la qualité des soins sont un bon moyen de renforcer la motivation, la satisfaction professionnelle et d'améliorer les performances des agents de santé (Maher 1996). Les résultats peuvent être utilisés pour encourager d'autres personnes à suivre un bon exemple.

Il va de soi qu'une meilleure performance dans un établissement aura tendance à améliorer le taux d'utilisation des services et entraînera des améliorations visibles des indicateurs de performance, par exemple les besoins satisfaits en cas de soins obstétricaux d'urgence ou les taux de mortalité clinique.

Figure 1. Pourquoi procéder à un audit?



⁶ Murphy *et al.* Early maternal and neonatal morbidity associated with operative delivery in second stage of labour: a cohort study. *Lancet*, 2001, Vol 358, No 9289; 1203-07.

CHAPITRE 3 LES ETAPES DE L'AUDIT

L'audit est axé sur le changement. Le processus peut être divisé en deux phases principales : la phase préparatoire et le cycle de l'audit à proprement parler. La phase préparatoire est généralement divisée en étapes numérotées de 1-6 et le cycle de l'audit couvre les étapes 7-11.

Phase préparatoire

1. Constitution d'une équipe d'audit
2. Choix d'un thème
3. Définition des cas/unité d'analyse
4. Définition des critères
5. Identification des sources d'information
6. Conception du formulaire d'extraction des données

Audit Cycle

7. Collecte des données
8. Analyse
9. Recommandations/plan d'action
10. Application du plan d'action
11. Répétition du cycle d'audit pour évaluer le plan d'action

Ce chapitre passe en revue le processus étape par étape.

PHASE PRÉPARATOIRE

1. Constitution d'une équipe d'audit

Le soutien et la motivation de tous ceux qui participeront à la procédure d'audit sont essentiels. Dans certains cas, vous pourriez décider de consulter des responsables auprès du ministère de la Santé et des groupes professionnels. Les facteurs de succès les plus importants au niveau local sont le désir de mieux connaître la situation et d'y apporter les améliorations nécessaires. Il est crucial que les participants sachent bien que l'audit n'a pas pour but de jeter le blâme.

Votre équipe devrait comprendre des représentants de tous les groupes qui participeront au processus d'audit. Selon le type d'audit, l'équipe pourrait être composée des personnes suivantes :

- ◆ directeur de l'hôpital
- ◆ médecins
- ◆ sages-femmes
- ◆ infirmières
- ◆ anesthésistes
- ◆ responsables du nettoyage
- ◆ techniciens de laboratoire
- ◆ pharmaciens
- ◆ directeurs et techniciens de la banque du sang
- ◆ proposé aux archives hospitalières

- ◆ secrétaires
- ◆ préposé(s) à la collecte des données

L'équipe doit être dirigée par une personne motivée et prête à changer sa propre contribution à la qualité des soins en acceptant, par exemple de travailler de nuit, en donnant des indications plus précises pour les césariennes, en acceptant d'utiliser le sulfate de magnésium au lieu du diazépam pour traiter l'éclampsie, en changeant la pratique concernant la prescription d'antibiotiques, en traitant les patientes et le personnel avec plus de respect, etc.

Votre équipe devrait commencer par identifier le contenu de chaque étape du cycle d'audit et établir un calendrier de travail. Elle devrait indiquer clairement les responsabilités de chacun. Les audits font partie du contrôle de qualité et n'exigent pas de ressources supplémentaires.

2. Choix d'un thème

La deuxième étape consiste à se faire une idée claire du problème que vous voulez évaluer et sur lequel vous voulez agir avec votre équipe grâce au processus d'audit. Vous savez peut-être déjà ce que vous voulez faire. Le choix du problème est l'aspect le plus important du processus et tout le monde devrait en être bien conscient. Plusieurs choix se présentent. Exemples de problèmes pouvant faire l'objet d'un audit :

- *Problèmes cliniques* : procéder à un audit de la manière dont les protocoles sont respectés dans le traitement clinique
- *Problèmes de gestion* : organisation de l'établissement de santé en étudiant la structure des effectifs, les fonctions ou les équipements de l'établissement (par ex. banque du sang, prévention des infections, complétude des dossiers médicaux)
- *Droits fondamentaux* dans divers secteurs : contexte clinique, système de santé, législation relative aux procédures ou aux médicaments, systèmes de paiement, interactions entre le personnel et les patientes ou au sein de l'équipe.

Problèmes cliniques :

Si vous décidez de procéder à un audit du traitement des complications obstétriques, vous devez décider si vous faites l'audit du traitement de toutes les complications maternelles ou d'une seule complication. Vous pourriez par exemple faire l'audit du traitement de toutes les femmes souffrant d'éclampsie, indépendamment du revenu (voir encadré 6).

Encadré 6. Exemple de traitement clinique

Éclampsie : Le sulfate de magnésium est le traitement recommandé pour l'éclampsie. Un grand essai contrôlé randomisé effectué dans plusieurs centres internationaux a démontré que ce traitement était meilleur et évitait davantage de convulsions que le diazépam ou la phénytoïne (The Eclampsia Trial Collaborative Group, 1995).

Il faut préparer des directives écrites sur l'administration du sulfate de magnésium pour traiter l'éclampsie et procéder à *un audit sur la manière dont ces directives sont suivies*.

Ressources : voir encadré 2

Autres exemples de problèmes cliniques : indications pour la césarienne, détermination du groupe sanguin avant les césariennes, utilisation d'antibiotiques à titre prophylactique avant les césariennes, prolongation du travail, partographe, accouchement avec ventouse/forceps etc.

Problèmes de gestion :

Si votre équipe a décidé de faire un audit des problèmes de gestion, votre choix peut porter sur :

- la banque du sang (disponibilité du sang et organisation)
- retards des tests laboratoire
- prévention des infections
- élimination des aiguilles, des seringues et des lames
- disponibilité des médicaments
- préparation de la salle d'opération
- complétude des dossiers des patients
- emploi du temps du personnel.

Encadré 7. Exemple de problème de gestion

Si vous découvrez lors d'une étude des décès maternels que les femmes admises après les heures d'ouverture (soirées et nuits) doivent généralement attendre longtemps avant d'être traitées, vous pouvez décider de faire un audit de ces admissions ou du personnel disponible le soir.

Ressources: voir encadré 3 et annexe 1

Droits fondamentaux :

Si vous avez décidé de procéder à un audit des problèmes relatifs aux droits fondamentaux, l'annexe 2 explique en détails dans quelle mesure l'audit des droits fondamentaux est différent de l'audit des problèmes cliniques et administratifs. Des exemples de questions pertinentes figurent dans l'encadré 8.

Encadré 8. Exemples d'aspects des droits fondamentaux dans un cadre clinique

- Le personnel soignant parle-t-il la même langue que les patientes?
- Explique-t-on clairement le traitement aux patientes et à leur famille?
- Les patientes et leurs familles doivent-elles verser des pots-de-vin pour avoir accès aux soins?
- Le prix des différents services est-il indiqué clairement dans des langues compréhensibles?
- Les patientes sont-elles accueillies chaleureusement et avec gentillesse à l'arrivée ou sont-elles ignorées ou traitées froidement?
- Le personnel, à tous les niveaux, traite-t-il tous ses collègues avec respect?

3. Définition des cas

L'équipe doit s'entendre sur toutes les définitions des cas lors des audits des problèmes cliniques, administratifs ou relatifs aux droits fondamentaux. Les définitions doivent être couchées par écrit. Vous trouverez les définitions de travail cliniques données par l'AMDD à l'annexe 3 et des exemples supplémentaires dans l'encadré 9.

Encadré 9. Exemples de définitions des cas

Hémorragie de la délivrance	<ul style="list-style-type: none">• Saignement qui nécessite un traitement (perfusion intraveineuse et/ou transfusion sanguine);• Rétention placentaire;• Hémorragie grave due à des lacérations (vaginales ou du col de l'utérus).
Orientations vers d'autres établissements	Tous les cas traités au départ dans un centre de santé et orientés vers un hôpital par le personnel du centre médical.
Césariennes	Toutes les césariennes (urgences et de convenance) pratiquées dans l'hôpital de district, césariennes-hystérectomie exclues
Admissions après les heures de travail	Tous les cas obstétricaux admis entre 7 h. du soir et 7h. du matin

4. Définition des critères

Comme indiqué plus haut, l'audit basé sur de critères exige qu'une comparaison soit faite entre les pratiques en cours et des normes documentées.

Les critères doivent :

- Reposer sur des preuves scientifiques solides
- Etre mesurables, en s'appuyant de préférence sur les dossiers des patients
- Etre réalistes, compte tenu des capacités de l'établissement en termes de personnel et de ressources

Le choix des critères ne signifie pas qu'il faut inclure toutes les actions souhaitables par rapport au thème choisi; n'oubliez pas que la simplicité est de mise.

Les critères doivent être déterminés compte tenu de plusieurs facteurs :

- Des normes documentées, acceptées au niveau local.
- Des normes génériques, comme celles qui figurent dans l'ouvrage de l'OMS *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors* (IMPAC), qui sont documentées.
- Certains pays ont adopté des normes sur des questions de prise en charge comme l'aiguillage vers d'autres établissements, les transfusions sanguines et l'approvisionnement en médicaments.
- La plupart des pays ont des normes s'appliquant à certains aspects des droits fondamentaux comme le consentement de la patiente à une opération chirurgicale. Au niveau de l'établissement, les droits des patientes peuvent être affichés de façon bien visible.

L'encadré 10 donne des exemples de critères et l'annexe 4 donne des exemples de critères établis à partir des normes.

Encadré 10. Exemples de critères

Cliniques : Prise en charge active de la 3 ^e étape du travail	<ul style="list-style-type: none">• 10 unités IM d'oxytocine ont été administrées une minute avant la naissance du (dernier) bébé• Traction contrôlée du cordon pour extraire le placenta• Massage utérin pratiqué immédiatement avec l'extraction du placenta• Massage utérin pratiqué toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures• Observations enregistrées sur la perte de sang
Prise en charge : Processus d'aiguillage	<ul style="list-style-type: none">• Explication donnée aux patientes et aux familles sur l'aiguillage vers un autre établissement• Antibiotiques administrés à des fins prophylactiques• IV (solution saline normale ou soluté lactate de Ringer) avec installation d'une poche jetable• Note <i>écrite</i> sur les médicaments administrés (par ex. diazépam) et les procédures appliquées (par ex. cathétérisme, aspiration pneumatique) accompagne la patiente• Note écrite expliquant pourquoi la patiente est aiguillée vers un autre établissement accompagne la patiente• Note écrite sur les antécédents médicaux de la patiente (par ex. césarienne ou hémorragie de la délivrance antérieure) accompagne la patiente
Droits fondamentaux : Discrimination et accès aux SOU	<ul style="list-style-type: none">• La famille ou la femme a dû verser un pot-de-vin à l'admission ou pour le traitement• La famille a dû acheter les médicaments en dehors de l'hôpital

5. Identification des sources d'information

Selon le thème de l'audit – traitement clinique, gestion de l'établissement ou aspects organisationnels liés au système de santé, ou encore questions liées aux droits fondamentaux – les données seront extraites de l'une ou plusieurs des sources suivantes :

- registres hospitaliers
- dossier des patientes
- entretiens avec le personnel ou les familles
- entretiens avec les patientes
- listes des stocks de produits pharmaceutiques
- inventaires des banques de sang
- listes des applications de laboratoire

Selon l'importance de l'audit, il est aussi envisageable d'interroger des administrateurs et des hommes politiques.

6. Conception du formulaire d'extraction des données

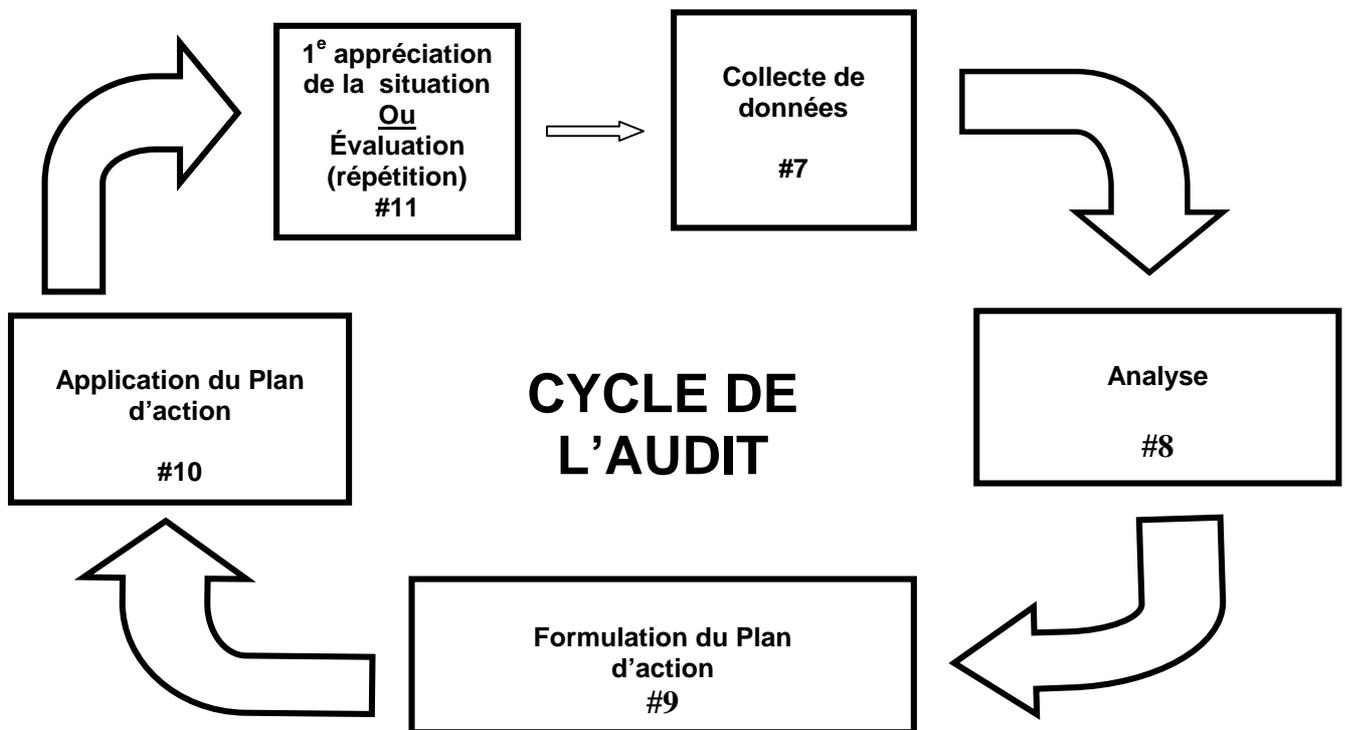
Les formulaires sur lesquels les données seront inscrites doivent être élaborés, testés à l'avance, révisés et finalisés. Cette préparation peut prendre du temps. Vous trouverez ci-dessous un exemple de formulaire. Examinez les 10 cases, une par une. Si le critère est satisfait, inscrivez un O dans la colonne (oui). Autrement, inscrivez un N (non).

Encadré 11. Exemple de formulaire d'extraction des données											
Critères applicables aux procédures d'aiguillage pour les ARC	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total Non. oui / 10
On a expliqué aux patientes et à la famille pourquoi l'aiguillage est nécessaire											
L'heure d'admission et l'heure d'aiguillage vers un autre établissement sont versés au dossier											
Des antibiotiques ont été administrés à titre prophylactique											
IV (solution saline normale ou soluté lactate de Ringer) préparée avec poche jetable											
Note écrite sur les médicaments administrés (par ex. diazépam) accompagne la patiente											
Note écrite sur les procédures appliquées (par ex. cathétérisme, aspiration pneumatique) accompagne la patiente											
Note écrite expliquant pourquoi la patiente est aiguillée vers un autre établissement accompagne la patiente											
Note écrite sur les antécédents											

de la patiente (par ex. césarienne ou hémorragie de la délivrance antérieure) accompagne la patiente												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CYCLE DE L'AUDIT

Le diagramme ci-dessous décrit les étapes 7-11, qui constituent le cycle de l'audit.



7. Collecte des données

Il existe au moins trois méthodes possibles pour réunir des données :

- extraction à partir des dossiers de l'établissement (patientes, laboratoire, pharmacie etc.);
- observation;
- entretiens.

On extraira généralement les données des dossiers pour procéder à un audit de certains problèmes cliniques et de prise en charge, par exemple :

- la notation des signes vitaux;
- le temps d'attente entre le moment où le sang a été commandé et le moment où la transfusion a lieu;
- le temps qui s'est écoulé entre l'admission et l'intervention.

Si ce que vous cherchez n'a pas été versé au dossier comme il se doit, vous devez assumer que la procédure N'A PAS eu lieu ou que le médicament N'A PAS été administré.

L'observation peut être utilisée pour étudier la gestion et les questions relatives aux droits fondamentaux. Les observateurs peuvent :

- Observer les interactions entre les patientes et le personnel soignant – se sont-ils regardé en face? A-t-on encouragé les patientes à poser des

questions et ont-elles pu exprimer leurs inquiétudes? L'information a-t-elle été communiquée à la patiente? Les rideaux étaient-ils tirés?

- Vérifier s'il y a des seringues dans les poubelles.

La présence d'un observateur peut influencer le comportement des participants s'ils savent qu'une évaluation est en cours mais il est possible de minimiser ce problème.

Les entretiens peuvent être conduits avec le personnel soignant, les patientes ou leur famille pour réunir un certain type d'informations, par exemple :

- Si la patiente a dû verser un pot-de-vin avant de se faire soigner;
- Dans quelle mesure les patientes ont compris pourquoi elles avaient besoin d'une césarienne (ou si on le leur a expliqué);
- Dans quelle mesure les femmes ont compris les recommandations du personnel soignant concernant les soins après l'accouchement (entretiens de sortie).

Vous devez décider si l'audit sera rétrospectif (examen des dossiers des six derniers mois) ou prospectif (examen de tous les cas qui se présenteront au cours des six prochains mois). Si l'on se base sur des dossiers, la collecte de données peut se faire des deux manières. Mais si l'on se fonde sur des entretiens ou des observations, la collecte de données est nécessairement prospective (bien que certaines informations aient trait à des faits passés).

Ceux qui sont chargés de réunir des données doivent être formés et ils doivent connaître les formulaires. Il n'est pas indispensable qu'ils appartiennent au milieu médical.

8. Analyse

Préparez des tableaux d'essai avant de commencer à réunir les données pour être sûr de poser les bonnes questions. Étudiez les tableaux 1 à 5 pour vous faire une idée. Exemple de tableau :

En cas de césarienne : A-t-on administré des antibiotiques à la patiente avant l'opération?	
Oui	Non

L'analyse se fonde sur la comparaison entre la situation actuelle et les critères fixés par l'établissement. Dans certains cas, il suffit d'additionner les chiffres pour évaluer la situation. Voici quelques exemples. Dans chaque cas, on indique si l'audit porte sur une fonction clinique ou administrative.

Tableau 1. A-t-on mesuré les signes vitaux des femmes toutes les 2 heures après l'accouchement? (Clinique)	
Oui	Non
87	32

Tableau 2. Les femmes ont-elles reçu un traitement dans l'heure qui a suivi leur admission au centre de soins? (Administrative)	
Oui	Non
94	25

Dans le tableau 1, le critère fixé par l'établissement était que les signes vitaux soient notés toutes les deux heures; dans le tableau 2, les directives de l'établissement voulaient que les femmes soient traitées dans l'heure qui suivait leur admission. Les résultats de ce simple audit peuvent vous pousser à étudier de plus près la situation des femmes qui ont répondu «non» pour savoir pourquoi les critères de l'hôpital n'ont pas été respectés.

Pour d'autres problèmes, votre équipe peut se faire une idée plus globale de la situation en examinant les données figurant dans plusieurs catégories. Par exemple :

Moins de 1 heure	1
1 – 2 heures	3
2 – 3 heures	9
3 – 4 heures	22
Plus de 4 heures	17

Moins de 1 heure	0
1 – 2 heures	1
2 – 3 heures	8
3 – 4 heures	2
Plus de 4 heures	1

Les tableaux 3 et 4 révèlent que la plupart des patientes doivent attendre les soins. Votre audit vous aidera à trouver des moyens de réduire ces périodes d'attente en modifiant l'organisation et en accélérant les processus en cas de césarienne et de transfusions sanguines.

A	5
B	4
AB	7
O	14
Total	30

Si l'établissement n'a pas fixé de normes pour l'exemple donné au tableau 5, vous devez vous demander si le stock de sang est suffisant pour un établissement de la taille du vôtre.

9. Recommandations ou plan d'action

Pendant l'analyse, vous devez discuter avec votre équipe des conclusions tirées et des options possibles pour améliorer la situation. Les conclusions, ajoutées à la connaissance que votre équipe a des faits, donnent généralement des idées d'améliorations possibles. Les recommandations peuvent porter sur divers problèmes : formation, aussi bien du personnel chargé de l'entretien que des médecins; mise en place de nouveaux systèmes de commande et de distribution des médicaments; établissement de nouveaux tableaux de service pour que des équipes soient présentes 24 heures sur 24, sept jours sur sept à; élimination des étapes superflues lorsqu'on prépare les patientes pour une opération chirurgicale;

mise en place d'un code couleurs pour la gestion des déchets; nouveaux plans de circulation entre les salles de travail et d'accouchement, etc.

Par exemple, un audit révèle que le temps d'attente moyen pour une césarienne est de 6 heures. L'encadré 12 contient un plan d'action hypothétique.

Encadré 12. Exemple de plan d'action visant à réduire le temps d'attente pour un césarienne

Problèmes	Causes	Recommandations	Qui sera chargé de l'application	Date
Salle d'op. pas prête	Responsable de la salle d'op. pas disponible 24h/24	Avoir des doubles des clés de la salle d'opération	Le médecin de service	Le plus vite possible
Pénurie de médicaments d'urgence	Mauvaise gestion du magasin	Formation en gestion de l'inventaire; Trousses d'urgence toujours dans la salle d'opération	Le médecin de service	Dans les 6 mois
Pénurie de sang	Pas de responsable de la banque du sang la nuit	Présence 24h/24 et 7/7 à la banque du sang	Pathologiste	Dans les 6 mois

10. Application du plan d'action

Lorsque votre équipe décide que les recommandations doivent être appliquées, les changements doivent être consignés clairement par écrit et affichés visiblement pour que le personnel puisse en prendre connaissance. L'équipe doit s'assurer que l'ensemble du personnel comprend les nouvelles procédures et pourquoi on les applique. Le personnel doit aussi savoir à qui s'adresser s'il a des questions à poser.

11. Répétition du cycle de l'audit pour évaluer le plan d'action

L'audit a pour but d'améliorer la qualité des soins en améliorant les pratiques cliniques, administratives et relatives aux droits fondamentaux, pour s'assurer que «les choses sont faites correctement.» Pour savoir si les pratiques ont réellement été améliorées, il faut évaluer l'impact ou les effets du processus d'audit. On peut avoir l'impression qu'il y a eu des changements, mais encore faut-il le démontrer et le consigner systématiquement. Cette étape de «réévaluation» est la dernière étape de l'audit et la première étape d'un nouveau cycle d'audit.

Dans l'exemple figurant dans l'encadré 13, le nombre de femmes souffrant d'éclampsie traitées au sulfate de magnésium lors de la première évaluation des cas est comparé au nombre mesuré lors de la deuxième évaluation. On dispose ainsi d'une mesure objective de l'abandon d'une pratique dépassée. On peut aussi constater que d'autres améliorations s'imposent et qu'un nouveau cycle d'audit serait opportun.

Encadré 13. Évaluation du changement de traitement pour l'éclampsie

	1 ^e ÉVALUATION 1 juin – août 2002	RÉÉVALUATION 1 septembre – 30 novembre 2002
Nombre de femmes traitées au sulfate de magnésium	0	14
Nombre de femmes traitées au diazépam	23	14

Toutefois, lorsque l'amélioration est claire et stable (au bout de trois mois par exemple), l'audit de cette question devient inutile et il faut passer à autre chose.

Chapitre 4 L'audit a-t-il amélioré la situation?

Au chapitre 2, nous avons dit qu'il y avait trois raisons principales motivant un audit : 1) optimiser la pratique clinique, 2) rationaliser davantage l'utilisation des ressources et 3) améliorer le moral et la motivation du personnel. On trouvera ci-après quelques éléments qui permettront de déterminer si les interventions recommandées par votre audit ont donné les résultats voulus.

1. Optimiser la pratique clinique

L'efficacité de votre audit et de votre plan d'action est déterminée par des changements positifs et durables entre l'évaluation initiale et l'audit de suivi. Les résultats de la deuxième collecte de données permettront de voir s'il y a eu des améliorations dans la pratique clinique.

Aux réunions d'examen périodiques, le personnel examinera la façon dont l'audit a affecté sa pratique. A-t-il remarqué des améliorations chez les patientes souffrant d'éclampsie après avoir procédé à un audit de celles-ci? Les fournisseurs sont-ils encouragés après avoir adopté de nouvelles pratiques? Une telle discussion doit indiquer si les fournisseurs ont observé des changements dans les pratiques et si ces changements ont eu des conséquences sur le moral et la motivation.

Une conséquence naturelle d'un audit est une meilleure tenue des dossiers médicaux; il est difficile de procéder à un audit en l'absence de dossiers médicaux satisfaisants. Bien qu'elle ne fasse pas partie à strictement parler de la pratique clinique, une mauvaise tenue des dossiers peut mettre la vie en danger dans certains cas. La notation des signes vitaux de la patiente à des moments précis, ainsi que la mention des médicaments administrés et des procédures faites, sont nécessaires pour assurer le bien-être des patientes. Ainsi, par exemple,

- L'infirmière vérifie les signes vitaux mais ne les note pas. Le choc hypovolémique de la patiente n'est pas soigné pendant plusieurs heures à cause de cette omission.
- Après un traitement au sulfate de magnésium, l'infirmière vérifie les signes vitaux mais ne les consigne pas. La patiente est traitée de façon plus agressive qu'il ne le faudrait à cause de cette omission.
- Le médecin prescrit un traitement mais ne le note pas. Le deuxième médecin répète le même traitement parce qu'il ne sait pas ce qu'a fait le premier. La patiente est surmédicalisée.

Du fait que les événements cliniques ne sont pas consignés dans le fichier de la patiente, les améliorations et l'issue du traitement ne sont pas constatées. Des problèmes peuvent ne pas être remarqués à cause de l'absence de dossiers. Ceci s'applique non seulement aux dossiers médicaux des patientes mais également à des systèmes comme la logistique du réapprovisionnement en médicaments lorsque le personnel ne note pas que ceux-ci sont épuisés. Ainsi, si les dossiers médicaux sont mieux tenus grâce aux audits, on peut dire qu'il s'agit d'une retombée positive.

2. Rationaliser davantage l'utilisation des ressources

Le suivi des coûts au commencement et à la fin du cycle de l'audit indiquera si les ressources sont utilisées plus efficacement en comparant, par exemple, le coût de l'administration de la gentamicine avec celui de l'ampicilline, plus chère. Ou il peut indiquer que le personnel pourra employer son temps plus efficacement s'il ne doit pas procéder à des interventions qui ne sont pas nécessaires comme les épisiotomies de routine. Pour trouver d'autres stratégies de réduction des coûts au terme d'un audit, on peut par exemple réduire le nombre des césariennes en introduisant l'utilisation du partographe ou en vérifiant les indications de césarienne (Lennox *et al.*, 1998). Il est possible d'économiser des ressources en remplaçant le curetage par l'aspiration à l'aide d'une seringue pour le traitement des avortements incomplets (Johnson *et al.*, 1993).

3. Améliorer le moral et la motivation du personnel

Pour déterminer si l'audit a eu un impact sur le moral et la motivation du personnel, des outils tels que les techniques de sondage, les groupes représentatifs ou les interviews détaillées peuvent être utilisés. Comme ces techniques sont décrites dans de nombreux manuels et publications, elles ne seront pas abordées dans le présent ouvrage⁷. Si la répétition du cycle de l'audit montre que les changements souhaités sont intervenus, le moral du personnel sera probablement amélioré par le processus. Si aucun changement ne s'est produit, le moral du personnel peut être un facteur contribuant à l'absence de progrès.

Les signes de motivation peuvent être évalués indirectement en examinant les matériels éducatifs, les directives ou protocoles qui ont été distribués aux séances de formation découlant de l'audit. Des protocoles qui ont beaucoup servi et qui sont accessibles sur le lieu de travail indiquent un vif désir de les utiliser. Les indicateurs de satisfaction au travail peuvent être définis et suivis, comme par exemple :

- L'absentéisme et le retard systématique
- La reconnaissance des individus pour un comportement spécifique
- Des états qui indiquent que le matériel, les fournitures ou les médicaments sont disponibles
- Des états qui montrent qu'il y a suffisamment de lumière, de place, de véhicules ou de respect de la vie privée
- Des dossiers bien tenus et des notes de cas
- L'identification des individus avec l'institution.

Les cycles d'audit sur des sujets spécifiques doivent devenir partie intégrante d'un système continu de garantie de la qualité dans un établissement de santé. Certains aspects doivent être continuellement vérifiés (comme par exemple la prévention des infections ou les indications de césarienne), tandis que d'autres ne nécessitent pas un troisième ou quatrième cycle d'audit (par exemple, le respect d'un nouveau protocole pour le dosage d'un médicament). Une fois que le personnel a assimilé le nouveau protocole, les audits ne sont nécessaires que périodiquement.

⁷ Voir Ulin *et al.*, 2002; Debus, 1986; Fisher *et al.*, 1991.

N'oubliez pas...

Un établissement qui contrôle systématiquement un aspect particulier des soins qu'il dispense est résolu à améliorer la qualité de ses services.

Références

1. AVSC International [EngenderHealth]. Infection Prevention Multimedia Package Training CD Rom and Reference Booklet (Manuel de référence et CD Rom de formation multimédia sur la prévention des infections), AVSC International, New York, New York, 2000.
2. Baskett TF & Sternadel J. Maternal intensive care and near miss mortality in obstetrics. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1998; 105, 981-984.
3. Benbow A, Maresh M. «Reducing maternal mortality: reaudit of recommendations in reports of confidential inquiries into maternal deaths». *BMJ*. 1998; 317:1431-1432.
4. Benbow A, Semple D, Maresh M. *Effective Procedures in Maternity Care Suitable for Audit*. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists Clinical Audit Unit, London, 1997.
5. Beracochea E, Vince J. «Criteria Audit: Making Use of Existing Data». *Papua New Guinea Med J*. 1993; 36(2): 126-135.
6. Burnett A, Winyard G. «Clinical audit at the heart of clinical effectiveness». *J Qual Clin Practice*. 1998; 18:3-19.
7. Crombie I, Davies H, Abraham S, Florey C (eds.) *The audit handbook. Improving health care through audit*. New York: John Wiley & Sons. 1997.
8. Debus M. *Methodological review: a handbook for excellence in focus group research*. Academy for Educational Development, Washington DC, 1986.
9. Department of Health and Social Security. *Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in England and Wales 1976-1978*. London: Dept. of Health and Social Security (UK); 1982.
10. Department of Health, South Africa. *First interim report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa*. National Committee on Confidential Enquiries into Maternal Deaths. April 1998.
11. Donabedian A. *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis*. Ann Arbor, Health Administration Press, 1985.
12. Dyke T. «Can medical audit be practiced in district hospitals in Papua New Guinea?» *Papua New Guinea Med J*. 1993; 36(2):114-119.
13. Eclampsia Trial Collaborative Group. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence gathered from the Collaborative Eclampsia Trial. *Lancet*. 1995; June 10: 1455-63.

14. El-Negeh MM, Heuchk C, Kallner A, Maynard J. *Quality System for Medical Laboratories*, Publications régionales de l'OMS, Série Méditerranée orientale, No. 14, 1995.
15. EngenderHealth & AMDD. *Emergency Obstetric Care: Leadership Manual for Improving the Quality of Services*. A l'état de projet, janvier 2002.
16. EngenderHealth & AMDD. *Emergency Obstetric Care: Toolbook for Improving the Quality of Services*. A l'état de projet, janvier 2002.
17. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* 3rd edition. Oxford, Oxford University Press 2000.
18. Filippi V, Gandaho T, Ronsmans C, Graham W, Alihonou E. The 'near-misses': are life-threatening complications practical indicators for Safe Motherhood programmes? Document présenté au séminaire de l'IUSSP sur les approches novatrices de l'évaluation de la santé en matière de reproduction, Manille, Philippines, 24-27 septembre, 1996.
19. Fisher A, Laing J, Stoeckel J, Townsend J. *Handbook for family planning operations research design*. 2nd edition. The Population Council, New York NY, 1991.
20. Freedman L. «Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy». *Int J Gynec Obstet.*, 2001; 75: 51-60.
21. Gibbs WN, Britten AFH (eds). *Guidelines for the Organisation of a Blood Transfusion Service*, 1992, ISBN 92 4 154445 7.
22. Graham W, Wagaarachchi P, Penney G, McCaw-Binns A, Yeboah K, Hall M. «Criteria for Clinical Audit of the Quality of Hospital-based Obstetric Care in Developing Countries». *Bulletin de l'OMS*. 2000; 78(5): 614-620.
23. Halligan A, Taylor D. «Achieving best practice in maternity care». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1997; 104:873-875.
24. Hollán SF, Wagstaff W, Leikola J, Lothe F (eds) *Management of Blood Transfusion Services*, 1990, ISBN 92 4 154406 6.
25. Houang L, El-Nageh M.M. *Principles of Management of Health Laboratories*, Publications régionales de l'OMS, Série Méditerranée orientale, No. 3, 1993.
26. Hulton L, Matthews Z, William Stones R. *A framework for the evaluation of quality of care in maternity services*. University of Southampton, 2000.
27. JHPIEGO & AMDD. *Emergency Obstetric Care: Course Handbook for participants and Course Notebook for Trainers*. Baltimore, Maryland, May 2002.

28. Johnson B, Benson J, Bradley J, Rábago Ordoñez A. «Costs and Resource Utilization for the Treatment of Incomplete Abortion in Kenya and Mexico». *Soc. Sci. Med.* 1993; 36(11): 1443-1453.
29. Lennox CE, Kwast BE, Farley TM. «Breech labor on the WHO partograph». *Int J Gynec Obstet.*, 1998; 62(2): 117-127.
30. Maher D. «Clinical Audit in a Developing Country». *Tropical Med & International Health.* 1996; 1(4): 409-413.
31. Mancey-Jones M, Brugha R. «Using Perinatal Audit to Promote Change: A Review». *Health Policy and Planning.* 1997; 12(3): 183-192.
32. Mantel GD, Buchmann E, Rees H & Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition of a near miss. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 1998; 105: 985-990.
33. Marshall M, Buffington S. *Life Saving Skills for Midwives.* ACNM, Washington DC, 1998.
34. McIlwaine G. *Confidential enquiries into maternal death.* In: *Qualitative approaches for investigating maternal deaths.* Genève: Organisation mondiale de la santé. 2000. Sous presse.
35. Murphy D, Liebling R, Verity L, Swingler R, Patel R. «Early maternal and neonatal morbidity associated with operative delivery in second stage of labour: a cohort study». *Lancet.* 2001; 358(9289): 1203-07.
36. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives. *Towards Safer Childbirth: Minimum Standards for the Organisation of Labour Wards. Report of a Joint Working Party,* février 1999.
37. Ronsmans C. What is the evidence for the role of audits to improve the quality of obstetric care. *Studies in Health Services Organisation and Policy,* 17, 2001, 207-227.
38. Ulin P, Robinson E, Tolley E, McNeill E. *Qualitative methods: A field guide for applied research in sexual and reproductive health.* Family Health International, Research Triangle Park NC, USA; 2002.
39. UNICEF Bangladesh. Reproductive Health Programme, Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Government of the People's Republic of Bangladesh. Protocol for Women Friendly Hospital.
40. UNICEF/OMS/FNUAP *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services,* UNICEF, New York, 1997.

41. Wagaarachchi P, Graham W, Penney G, McCaw-Binns A, Yeboah Antwi K, Hall M. «Holding up a mirror: changing obstetric practice through criterion-based clinical audit in developing countries». *Int J Gynec Obstet*. 2001; 74:119-130.
42. Wagaarachchi P, Asare K, Ashley D, Gordon G, Graham W, Hall M, Henneh R, McCaw-Binns A, Penney G, Yeboah Antwi K, Bullough C. «Improving the Quality of Obstetric Care in Developing Countries through Criterion-Based Clinical Audit: A Practical Field Guide». Dugald Baird Centre for Research on Women's Health, University of Aberdeen, 2002.
43. Watters D. «Quality Assurance in Surgery: Surgical Audit in the Developing World». *Papua New Guinea Med J*. 1993; 36(2):120-125.
44. OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (IMPAC)*. Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse, 2000, WHO/RHR/00.7
45. OMS. *Guidelines for Quality Assurance Programmes for Blood Transfusion Services*, 1993, ISBN 92 4 154448 1.

Annexe 1

Normes vérifiables⁸

Source

1	Un comité permanent de salle de travail existe.	RCOG MSL
2	Directives/protocoles pour les soins pendant l'accouchement.	RCOG OSMS
3	La date d'établissement de ces directives doit être notée et elles doivent être revues au moins tous les trois ans.	RCOG OSMS
4	La supervision de la salle de travail par un médecin consultant doit être de 40 heures au minimum, sauf s'il y a moins de 1 000 naissances par an dans l'établissement.	CNST
5	La dotation en personnel aux échelons inférieurs dépendra des possibilités de formation.	Comité de formation supérieure du RCOG
6	La proportion de sages-femmes par rapport aux femmes qui accouchent doit être normalement de 1,15 à 1.	Commission d'audit
7	75 % des femmes doivent avoir la même sage-femme tout au long de leur travail.	RCOG OSMS
8	Les dossiers doivent indiquer que le médecin consultant a fait une tournée au moins deux fois pendant la journée et une fois pendant la soirée.	RCOG MSL
9	Les documents doivent mentionner que le médecin consultant a été contacté avant une césarienne d'urgence ou que la situation d'une patiente est préoccupante.	RCOG MSL
10	10 % des accouchements avec complications doivent être pris en charge par un médecin consultant.	RCOG OSMS
11	Les niveaux de dotation en personnel médical dans la salle de travail doivent être vérifiés.	RCOG OSMS
	a) Un médecin avec au moins 12 mois d'expérience doit être affecté à la salle de travail ou être disponible dans les 5 minutes.	
	b) Un médecin ayant au moins trois ans d'expérience obstétricale doit être disponible dans les 30 minutes.	
12	La couverture anesthésique doit être vérifiée.	RCOG OSMS
	a) Un anesthésiste ayant au moins un an d'expérience doit être disponible dans les 10 minutes;	
	b) Le temps de réponse anesthésique doit être tel qu'une césarienne peut être entamée dans les 30 minutes qui suivent la décision d'intervenir;	
	c) Toutes les femmes nécessitant une anesthésie générale ou de conduction doivent recevoir la visite d'un anesthésiste avant une intervention électorale;	
	d) Plus de 80 % des femmes ayant une césarienne doivent bénéficier d'une anesthésie locale, si celles à qui on a fait cette offre acceptent;	
	e) Un médecin consultant doit être désigné pour garantir le respect des normes concernant l'analgésie et la réanimation obstétricale;	
	f) Le personnel doit être entraîné à faire face aux urgences obstétricales.	
13	Les issues suivantes doivent être notées	
	Césariennes d'urgence, incidences et indications	OQIRD
	Pourcentage de travail durant >18 heures	OQIRD
	Indices d'Apgar, <7 à 5 minutes	OQIRD
	Nécessité de réanimation néonatale	OQIRD
	Admission des bébés pesant moins de 2,5 kg aux soins spéciaux	OQIRD
	Mortinatalité pendant l'accouchement	OQIRD
	Incidence d'hémorragies primaires de la délivrance	OQIRD
	Nombre total d'accouchements	RCOG OSMS
	Déclenchement du travail, indications et issues	RCOG OSMS

⁸ Reproduit avec l'autorisation du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists et du Royal College of Midwives, annexe 4 de *Towards Safer Childbirth Minimum Standards for the Organisation of Labour Wards*.

	Augmentation du travail	RCOG OSMS
	Taux d'accouchement aux instruments – ventouse, forceps	RCOG OSMS
	Césariennes électives, taux et indications	RCOG OSMS
	Taux d'épisiotomies	RCOG OSMS
	Taux d'épidurales	RCOG OSMS
	Taux d'allaitement au sein	RCOG OSMS
	% d'accouchements à complications pris en charge par le médecin consultant.	RCOG MSL
14	Tout le personnel clinique donnant des soins pendant le travail doit suivre tous les six mois des cours de recyclage sur la gestion du travail/cardiocytographe (organisés sur place). Un registre des présences doit être tenu.	RCOG MSL
15	Un examen hebdomadaire des cas de travail et de cardiocytographe doit être établi par le personnel médical et les sages-femmes.	RCOG MSL
16	L'aménagement de la salle de travail doit être conforme aux normes. Les parents endeuillés doivent pouvoir disposer d'endroits spécialement prévus à leur intention.	RCOG MSL

Sources

CNST	Clinical Negligence Scheme for Trusts
OQIRD	Obstetric Quality Indicators from Routine Data. King's Fund Comparative Initiative (1997). CASPE.
RCOG MSL	Minimum Standards of Care in Labour 1994
RCOG OSMS	Organisational Standards for Maternity Services (1995)

ANNEXE 2

Audit des droits fondamentaux

Les audits médicaux portent traditionnellement sur les traitements et procédures cliniques. Les audits cliniques reposant sur des critères examinent généralement le respect par les fournisseurs des protocoles ou directives établis en comparant les actes exécutés par rapport aux critères idéaux. Comme nous l'avons recommandé dans le présent ouvrage, au cours de la phase préparatoire, l'équipe d'audit doit identifier un sujet, élaborer des normes à partir desquelles elle définit des critères concrets et vérifiables et mettre au point des formulaires de collecte de données qui énumèrent ces critères. Ceux qui recueillent les données examinent ensuite les dossiers pour déterminer si ces critères ont été appliqués.

Bien que des soins cliniques compétents soient importants, nous sommes conscients que les soins obstétriques d'urgence vont bien au-delà des soins techniques. Comme nous prêtons autant d'attention à la façon dont nous travaillons qu'aux actes que nous exécutons, nous avons élargi la portée des audits reposant sur des critères pour inclure l'examen des principes relatifs aux droits fondamentaux dans les situations cliniques ainsi que les aspects des soins dont la nature ressort à la gestion. Cependant, la façon dont nous procédons risque de s'écarter de la méthode traditionnelle décrite brièvement au premier paragraphe.

Les questions :

- Y a-t-il des normes qui peuvent déboucher sur des critères vérifiables?
- Ces normes sont-elles documentées?
- Comment évaluer concrètement un concept abstrait comme la dignité humaine; en d'autres termes, quels sont les critères à appliquer?
- Comment recueillir les données?

La structure fondamentale d'un audit reposant sur des critères est une série de normes documentées à partir desquelles nous définissons les critères en question. Les droits fondamentaux sont des normes qui ont été négociées et acceptées par les gouvernements comme étant obligatoires pour eux et pour leurs pays (Freedman, 2001). Ces normes sont consacrées dans les conventions et traités internationaux (voir encadré 4); les principes et valeurs de base d'une approche des droits fondamentaux englobent la non-discrimination et le respect de la dignité de toutes les personnes.

L'analyse des droits fondamentaux dans les situations cliniques est particulièrement bien menée dans le contexte des services de planification de la famille. Tandis que certains des mêmes principes sont applicables aux programmes visant à réduire la mortalité maternelle, d'autres sont spécifiques comme par exemple l'accès 24 heures sur 24 à des services permettant de sauver des vies.

La charte des droits des patients est un concept relativement récent, même dans les pays industrialisés; mais s'il existe une charte de ce genre dans votre pays, les principes qui y sont contenus peuvent constituer une bonne base de départ pour l'élaboration de normes nationales. Ce qui arrive souvent c'est que les ministères de

la santé ou les établissements individuels ne disposent pas de normes écrites qui reflètent les principes relatifs aux droits fondamentaux dans le domaine des soins généraux et encore moins des soins obstétriques d'urgence. L'absence de normes peut donc poser problème.

Si les normes font défaut, nous recommandons que l'équipe d'audit, ou un sous-groupe de celle-ci, se réunisse pour élaborer et définir les normes. Comme si la difficulté de l'établissement de normes ne suffisait pas, la traduction du concept théorique de «dignité humaine» en critères concrets, observables et quantifiables est un autre défi. Nous donnons quelques exemples à l'annexe 4, intitulée *Application des critères à partir des normes en vigueur – Exemples*.

Deux caractéristiques de la dignité sont le respect de la vie privée d'une part et de la personne d'autre part. Mais qu'entend-on par violation de la vie privée ou marque d'irrespect? La réponse à cette question peut être très variable dans différents contextes culturels. En raison des variations culturelles, il est important que les normes et les critères soient définis localement.

Les normes universelles de non-discrimination et de respect de la dignité sont un bon début mais sont-elles documentées? Si elles sont universellement acceptées, est-ce que cela ne les met pas sur un plan auquel nous souhaitons aspirer?

Quand on procède à un audit reposant sur des critères concernant un sujet clinique, les fichiers médicaux des patientes ou les registres et d'autres documents sont la principale source d'information. Cependant, il est peu probable que les fichiers médicaux indiquent que la dignité d'une femme n'a pas été respectée ou qu'un rideau n'a pas été tiré. Deux autres méthodes peuvent être indispensables pour recueillir les informations nécessaires : l'observation et/ou des entretiens avec la patiente ou sa famille. L'équipe d'audit doit donc prévoir un ou plusieurs observateurs qualifiés qui suivront les patientes et observeront les comportements ou les critères énumérés sur la feuille de collecte de données.

Pour déterminer l'application d'autres types de critères, les entretiens avec les fournisseurs, les patientes ou leurs familles peuvent constituer la meilleure méthode.

Dans certains cas, les fichiers médicaux des patientes contiendront les informations requises. Ainsi, par exemple, si l'équipe d'audit choisit d'examiner la discrimination et l'accès aux soins obstétriques d'urgence, les fichiers médicaux des patientes peuvent contenir des informations sur l'appartenance ethnique, le niveau d'instruction ou la résidence urbaine/rurale (voir l'exemple sur la non-discrimination à la rubrique des Droits fondamentaux de l'annexe 4) pour déterminer si le profil des patientes de l'établissement reflète la population desservie.

Les sujets qui peuvent faire l'objet d'audits sont nombreux. Dans le présent ouvrage, nous nous sommes efforcés d'utiliser des exemples ayant un rapport direct avec les soins obstétriques d'urgence. Bien que l'exemple d'interventions superflues soit une exception, des pratiques telles que les épisiotomies de routine ou le rasage de la région pubienne ne sont pas justifiées et déplaisent souvent aux femmes. En raison d'interventions inutiles et de comportements irrespectueux envers les patientes et leurs familles, les femmes risquent de sous-utiliser les services ou elles hésitent à y

faire appel à temps. Du point de vue de la gestion, des interventions inutiles indiquent une utilisation non rationnelle des ressources, ce qui comporte des conséquences importantes sur la bonne situation financière du système de santé publique.

Nous souhaitons souligner que les droits fondamentaux s'appliquent non seulement à la cliente ou à la patiente et à leur famille mais également au personnel qui travaille dans ces établissements. Si le personnel n'est pas traité avec dignité, comment peut-on attendre de lui qu'il traite les patientes avec dignité et respect? Les établissements de santé sont souvent confrontés aux mêmes problèmes délicats de pouvoir, de rang et de hiérarchie (professionnels, sociaux, de classe et de sexe) que la société dans son ensemble (Freedman, 2001). On ne peut pas demander à un personnel qui n'est pas payé, qui travaille sans contrat, sans médicament ou matériel de fournir des soins de qualité.

Finalement, un audit reposant sur des critères n'est pas la seule méthode qui peut être utilisée pour garantir le respect des droits fondamentaux dans une situation clinique. Le processus d'amélioration de la qualité décrit dans *Soins obstétricaux d'urgence : Manuel pour l'amélioration de la qualité des services* et le cahier d'exercice qui va de pair avec le manuel, élaboré par EngenderHealth et l'AMDD, comprend un cadre relatif aux droits dans les soins obstétricaux d'urgence. Il traite lui aussi des droits des clientes et des fournisseurs (p. 25 du *Manuel*). Le processus d'amélioration de la qualité comprend des étapes similaires à celles du cycle d'audits : collecte et analyse des informations, élaboration d'un plan d'action; mise en œuvre des solutions; et examen et évaluation des progrès. L'avantage de l'audit c'est qu'il s'agit d'un processus systématique effectué dans un contexte d'objectivité qui est assuré par la définition de normes et de critères. Le cycle d'audits peut également soulever des problèmes qui n'étaient pas apparents jusqu'à ce que le processus soit lancé.

ANNEXE 3

Définitions de travail cliniques

Principales complications obstétricales	Définitions de la FIGO
Hémorragie avant l'accouchement	Tout saignement avant et pendant le travail : placenta previa, décollement placentaire.
Hémorragie de la délivrance	<ul style="list-style-type: none"> Saignement qui nécessite un traitement (perfusion intraveineuse et/ou transfusion sanguine) Rétention placentaire Hémorragie grave due à des lacérations (vaginales ou du col de l'utérus).
Travail prolongé ou dystocique	<p>La dystocie (travail anormal) comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> La prolongation de la première phase du travail (>12 heures) La prolongation de la deuxième phase du travail (>1 heure par rapport à la deuxième phase active) La disproportion céphalo-pelvienne, la présentation transversale, la présentation par le front. <p>Chez une femme qui a déjà eu une césarienne, dont la cicatrice ne résistera pas à l'accouchement et qui nécessite de nouveau une césarienne, il s'agit d'une complication due à la disproportion céphalo-pelvienne. Si une femme subit une césarienne pour souffrance fœtale, on note qu'elle a eu une césarienne mais pas de complications maternelles.</p>
Septicémie à l'accouchement	<p>Une femme a une fièvre (température de 38 degrés Celsius ou davantage) se produisant plus de 24 heures après l'accouchement et à deux reprises à 4 heures d'intervalle. D'autres signes et symptômes qui peuvent être présents : douleurs abdominales basses, écoulement vaginal purulent et fétide (lochies), utérus sensible à la palpation. (Exclure le paludisme.)</p>
Complications d'un avortement	<ul style="list-style-type: none"> Hémorragie due à l'avortement, qui nécessite la réanimation par perfusion intraveineuse et/ou transfusion sanguine. Septicémie due à l'avortement (ceci comprend la perforation et l'abcès pelvien).
Prééclampsie grave	<p>Pression diastolique de 110 mmHG ou plus après 20 semaines de gestation. Protéinurie : 3+ ou davantage. Divers signes et symptômes : maux de tête, hyperflexion, troubles de la vision, oligurie, douleurs épigastriques, oedème pulmonaire.</p>
Éclampsie	<p>Convulsions. Pression diastolique de 90mmHG ou plus après 20 semaines de gestation. Protéinurie 2+ ou davantage. Divers signes et symptômes : coma et autres symptômes de prééclampsie grave.</p>
Grossesse extra-utérine	<p>Hémorragie interne due à une grossesse extra-utérine. Douleurs abdominales basses et choc éventuel dû à une hémorragie interne. Antécédents de grossesse.</p>
Rupture de l'utérus	<p>Rupture de l'utérus avec antécédents de travail prolongé ou dystocique lorsque les contractions utérines s'arrêtent soudain. Douleurs abdominales. La patiente peut se trouver en état de choc dû à une hémorragie interne et/ou vaginale.</p>

ANNEXE 4

APPLICATION DES CRITÈRES À PARTIR DES NORMES EN VIGUEUR – EXEMPLES

Dans la présente annexe, nous montrons comment appliquer des critères à partir des normes en vigueur. Bien que plusieurs critères soient énumérés, n'en choisissez que quatre ou cinq sauf si vous envisagez un audit de grande envergure (et coûteux).

Normes cliniques → critères cliniques

Dans la plupart des cas, les normes cliniques en vigueur sont adaptées des ouvrages suivants :

- OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (IMPAC)*;
- Enkin M. et al. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*.

Éclampsie	
Normes en vigueur	Critères appliqués
<ul style="list-style-type: none">• Traitement antihypertenseur administré aux patientes souffrant d'hypertension grave.	<ul style="list-style-type: none">• La patiente a été soignée au sulfate de magnésium conformément au protocole.
<ul style="list-style-type: none">• Le médicament le plus approprié pour le traitement et la prévention des convulsions est le sulfate de magnésium; le diazépam est une deuxième option.	<ul style="list-style-type: none">• La patiente a été soignée au diazépam conformément au protocole.
<ul style="list-style-type: none">• Lorsque le sulfate de magnésium est employé, il faut surveiller la fréquence respiratoire et les réflexes tendineux.	<ul style="list-style-type: none">• La fréquence respiratoire et les réflexes tendineux ont été surveillés et notés.
<ul style="list-style-type: none">• Tracer une courbe du bilan hydrique avant et pendant l'accouchement.	<ul style="list-style-type: none">• La courbe du bilan hydrique a été tracée.
<ul style="list-style-type: none">• Vérifier les signes vitaux, les réflexes et la fréquence cardiaque du fœtus toutes les heures.	<ul style="list-style-type: none">• Les signes vitaux et la fréquence cardiaque du fœtus ont été vérifiés et notés toutes les heures au moins.
<ul style="list-style-type: none">• Les examens sanguins et rénaux doivent être effectués au moins une fois• Temps de saignement• Temps de coagulation• Numération plaquettaire	<ul style="list-style-type: none">• Le temps de saignement, le temps de coagulation et la numération plaquettaire ont été mesurés et notés
<ul style="list-style-type: none">• Test d'albuminurie	<ul style="list-style-type: none">• Le test d'albuminurie a été effectué et noté
<ul style="list-style-type: none">• Surveillance de la pression sanguine et du débit urinaire pendant au moins 48 heures après l'accouchement.	<ul style="list-style-type: none">• La pression sanguine a été mesurée toutes les 2 heures pendant 48 heures après l'accouchement.• Le débit urinaire a été mesuré pendant 48 heures après l'accouchement.

<ul style="list-style-type: none"> L'accouchement doit se produire 12 heures après le début des convulsions. 	<ul style="list-style-type: none"> Le temps écoulé entre les convulsions et l'accouchement a été noté et était moins de 12 heures.
---	---

Septicémie puerpérale	
Normes en vigueur	Critères appliqués
<ul style="list-style-type: none"> Administration par intraveineuse d'antibiotiques à large spectre et de métronidazole. 	<ul style="list-style-type: none"> Des antibiotiques à large spectre ont été administrés. Le métronidazole a été administré.
<ul style="list-style-type: none"> Exploration de l'utérus et évacuation de fragments placentaires si l'on soupçonne une rétention placentaire. 	<ul style="list-style-type: none"> L'utérus a été manuellement exploré et les constatations ont été notées dans le fichier médical.
<ul style="list-style-type: none"> En l'absence d'amélioration, procéder à la laparotomie pour évacuer le pus ou en vue d'un lavage péritonéal. 	<ul style="list-style-type: none"> Si la laparotomie a été effectuée, les indications figurent dans le fichier médical.
<ul style="list-style-type: none"> La feuille d'observation doit comprendre les informations suivantes: débit urinaire, pouls, pression sanguine, température. 	<ul style="list-style-type: none"> Les signes vitaux sont contrôlés régulièrement et notés. Le débit urinaire est mesuré et noté.

Avortement septique	
Normes en vigueur	Critères appliqués
<ul style="list-style-type: none"> Administration d'antibiotiques par intraveineuse. 	<ul style="list-style-type: none"> Des antibiotiques ont été administrés par intraveineuse.
<ul style="list-style-type: none"> Administration d'anatoxine tétanique (injection initiale ou de rappel). 	<ul style="list-style-type: none"> L'anatoxine tétanique a été administrée.
<ul style="list-style-type: none"> Il faut procéder à l'exploration et à l'évacuation de l'utérus si l'on soupçonne une rétention placentaire. 	<ul style="list-style-type: none"> L'utérus a été évacué par aspiration manuelle.
<ul style="list-style-type: none"> Vérifier le taux d'hémoglobine. En cas d'anémie et d'abcès pelvien, envisager une transfusion sanguine. 	<ul style="list-style-type: none"> Le taux d'hémoglobine a été mesuré et noté. S'il y a eu transfusion sanguine, les indications ont été notées dans le fichier médical.
<ul style="list-style-type: none"> En cas de lésion d'organe due à un avortement dangereux, il faut procéder à la laparotomie pour réparer la lésion. 	<ul style="list-style-type: none"> Si la laparotomie a été effectuée, les indications sont consignées dans le fichier médical.

Dystocie	
Normes en vigueur	Critères appliqués
<ul style="list-style-type: none"> Réhydratation sans délai par intraveineuse. 	<ul style="list-style-type: none"> Des fluides ont été administrés par intraveineuse à la patiente.
<ul style="list-style-type: none"> Traitement sans délai par intraveineuse ou par injection intramusculaire d'antibiotiques à large spectre. 	<ul style="list-style-type: none"> Des antibiotiques à large spectre ont été administrés à la patiente.
<ul style="list-style-type: none"> Insérer une sonde vésicale et surveiller le débit urinaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Le débit urinaire a été surveillé et noté.

<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'hémoglobine, détermination du groupe sanguin et étude de compatibilité sanguine. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le taux d'hémoglobine a été mesuré et noté; la détermination du groupe sanguin et l'étude de compatibilité sanguine ont été effectuées et notées.
<ul style="list-style-type: none"> • Décider de l'accouchement par voie vaginale ou abdominale en fonction de la nature de l'obstacle gênant l'accouchement et selon que le fœtus est vivant ou mort. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les raisons justifiant la voie d'accouchement et motivées par la situation de la patiente et du fœtus ont été notées.
<ul style="list-style-type: none"> • Accélérer l'accouchement en fonction de l'évaluation obstétricale une fois que la réanimation a donné des résultats. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les mesures de réanimation ont été appliquées avant l'accouchement et notées.
<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle de la température, du pouls, de la pression sanguine, de la fréquence respiratoire et du débit urinaire toutes les 15 à 30 minutes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les signes vitaux ont été mesurés toutes les 15 à 30 minutes et notés.

Hémorragie avant l'accouchement	
Normes en vigueur	Critères appliqués
<ul style="list-style-type: none"> • Examen abdominal pour déterminer s'il s'agit d'un placenta previa ou d'un décollement placentaire accidentel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats de l'examen abdominal ont été notés.
<ul style="list-style-type: none"> • Examiner la vulve pour déterminer l'importance des saignements. 	<ul style="list-style-type: none"> • La présence d'hémorragie vaginale externe a été notée et consignée.
<ul style="list-style-type: none"> • PAS D'EXAMEN VAGINAL jusqu'à ce que le diagnostic ait été posé. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'examen vaginal n'est pas effectué si l'on soupçonne un placenta previa, ce qui est dûment noté.
<ul style="list-style-type: none"> • Réhydratation sans délai par intraveineuse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des fluides ont été administrés par intraveineuse à la patiente.
<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'hémoglobine, détermination du groupe sanguin et étude de compatibilité sanguine. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le taux d'hémoglobine a été mesuré et noté; la détermination du groupe sanguin et l'étude de compatibilité sanguine ont été effectuées et notées.
<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les temps de saignement et de coagulation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les temps de saignement et de coagulation ont été mesurés et notés.
<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance clinique du pouls et de la pression sanguine toutes les 15 à 30 minutes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les signes vitaux ont été mesurés toutes les 15 à 30 minutes et notés.
<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance clinique du débit urinaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le débit urinaire a été surveillé et noté.
<ul style="list-style-type: none"> • Décision concernant le moment et la voie d'accouchement en fonction du type de décollement placentaire, de la gravité de l'hémorragie et de la période de gestation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les raisons de la voie d'accouchement sont consignées dans le fichier médical.

Hémorragie de la délivrance	
Normes en vigueur	Critères appliqués
<ul style="list-style-type: none"> • Masser l'utérus pour l'inciter à se contracter 	<ul style="list-style-type: none"> • L'utérus de la patiente a été massé.

<ul style="list-style-type: none"> • Arrêter l'hémorragie avec un médicament ocytocique par injection intramusculaire (10 unités d'ocytocine) ou par intraveineuse (0,2 mg d'ergométrine). 	<ul style="list-style-type: none"> • De l'ocytocine (10 unités par voie intramusculaire) ou de l'ergométrine (0,2 mg par intraveineuse) a été administrée à la patiente.
<ul style="list-style-type: none"> • Prise de sang pour mesurer le taux d'hémoglobine et déterminer le groupe sanguin et la compatibilité sanguine. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le taux d'hémoglobine a été mesuré et noté; le groupe sanguin a été déterminé et l'étude de compatibilité sanguine a été effectuée et tous ces résultats ont été notés.
<ul style="list-style-type: none"> • Commencer la perfusion intraveineuse avec 20 unités d'ocytocine à raison de 60 gouttes par minute. 	<ul style="list-style-type: none"> • De l'ocytocine a été administrée par intraveineuse (20 unités à raison de 60 gouttes par minute).
<ul style="list-style-type: none"> • Évacuer la vessie avec une sonde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une sonde vésicale a été posée.
<ul style="list-style-type: none"> • Si le placenta n'a pas été expulsé : essayer de l'expulser par traction contrôlée du cordon ombilical (TCC) ou par évacuation manuelle sous sédatif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Essai de TCC. • En cas d'échec de la TCC, évacuation manuelle du placenta.
<ul style="list-style-type: none"> • Si le placenta a été expulsé et que l'hémorragie continue, compression bimanuelle interne ou externe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'hémorragie continue, la compression bimanuelle interne ou externe a été effectuée.
<ul style="list-style-type: none"> • Inspecter le périnée, le vagin et le col de l'utérus pour des déchirures et les suturer immédiatement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les déchirures du périnée, du vagin ou du col de l'utérus ont été suturées.
<ul style="list-style-type: none"> • En cas de choc, exclure la rupture de l'utérus. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'utérus a été examiné pour exclure sa rupture.
<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à vérifier les signes vitaux toutes les 15 à 30 minutes jusqu'à stabilisation de l'état de la patiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les signes vitaux ont été vérifiés toutes les 15 à 30 minutes et notés.

Normes de gestion → critères de gestion

Il existe des normes concernant de nombreux problèmes importants de gestion mais lorsqu'il n'y a pas de normes consignées par écrit, l'équipe doit les définir. Les normes de gestion qui figurent ci-après sont adaptées de *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (IMPAC)*.

L'observation est le meilleur moyen de recueillir les données sur l'application des critères de gestion. Il se peut qu'il n'y ait pas de dossiers permettant de vérifier la destruction des aiguilles et seringues ou la lessive du linge sale. Mais dans certains cas, il y a des documents écrits. Le nombre d'unités de sang commandées et le nombre d'unités reçues ou l'inventaire des médicaments figurent probablement dans des documents.

Destruction des aiguilles et des seringues (IMPAC, page C-20)	
Normes en vigueur	Critères appliqués
<ul style="list-style-type: none"> Utiliser chaque aiguille et chaque seringue seulement une fois. 	<ul style="list-style-type: none"> Les aiguilles et seringues ne sont utilisées qu'une seule fois.
<ul style="list-style-type: none"> Ne pas désassembler les aiguilles et les seringues après utilisation. 	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel clinique ne désassemble pas les aiguilles après utilisation.
<ul style="list-style-type: none"> Ne pas remettre les aiguilles dans leur étui, ne pas les plier ou les casser après utilisation. 	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel clinique ne remet pas les aiguilles dans leur étui, ne les plie pas ou ne les casse pas après utilisation.
<ul style="list-style-type: none"> Jeter les aiguilles et les seringues usagées dans des récipients qui résistent aux perforations. 	<ul style="list-style-type: none"> Des récipients qui résistent aux perforations sont disponibles dans tous les endroits où les aiguilles sont utilisées.
<ul style="list-style-type: none"> Rendre les aiguilles inutilisables en les brûlant. 	<ul style="list-style-type: none"> Les aiguilles et les seringues sont brûlées périodiquement.

Disponibilité des médicaments (IMPAC, page A-1)	
Normes en vigueur	Critères appliqués
<p>L'IMPAC fournit une liste des médicaments qui doivent être disponibles pour les soins obstétricaux d'urgence. Cette liste ne comprend que deux catégories (antihypertenseurs et anticonvulsivants) mais vous pouvez utiliser toute sélection.</p> <p>Antihypertenseurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Hydralazine Labetolol Nifédipine <p>Anticonvulsivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Sulfate de magnésium Diazépam Phénytoïne 	<p>Pour chacun des médicaments énumérés, vous pouvez déterminer la quantité disponible et la proportion des médicaments périmés. La quantité de médicaments dépendra de la taille de l'établissement de santé.</p>

Banque de sang	
Normes en vigueur	Critères appliqués
<ul style="list-style-type: none"> La banque de sang est accessible à tout moment. 	<ul style="list-style-type: none"> La banque de sang est ouverte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. La banque de sang se trouve sur place.
<ul style="list-style-type: none"> Le technicien est toujours disponible. 	<ul style="list-style-type: none"> Le technicien de garde passe la nuit à l'hôpital.
<ul style="list-style-type: none"> Les stocks de tous les groupes sanguins sont suffisants pour la taille de l'hôpital. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'unités de groupe A. Nombre d'unités de groupe B. Nombre d'unités de groupe AB. Nombre d'unités de groupe O.
<ul style="list-style-type: none"> Le sang conservé n'est pas contaminé. 	<ul style="list-style-type: none"> % d'unités de sang soumises à des tests de dépistage : du VIH de l'hépatite B de la syphilis du paludisme. % de donneurs bénévoles et % de donneurs professionnels.
<ul style="list-style-type: none"> Le sang en stock est frais. 	<ul style="list-style-type: none"> % d'unités de sang dont la date de péremption est dépassée.
<ul style="list-style-type: none"> Le nombre d'unités de sang commandées doit être égal au nombre d'unités reçues. 	<ul style="list-style-type: none"> % d'unités commandées qui ont été reçues.
<ul style="list-style-type: none"> L'établissement doit promouvoir des activités de motivation des donneurs. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'activités de motivation des donneurs qui ont été organisées chaque mois.

Chariot pour les urgences	
Normes en vigueur	Critères appliqués
<ul style="list-style-type: none"> Le chariot doit contenir à tous moments : une torche électrique un masque Ambu un laryngoscope des aiguilles des seringues des médicaments d'urgence (à spécifier). 	<ul style="list-style-type: none"> Liste de contrôle des éléments décrits.

Normes concernant les droits fondamentaux → critères relatifs aux droits fondamentaux

Non-discrimination et accès aux soins obstétriques d'urgence	
Normes en vigueur	Critères appliqués
<ul style="list-style-type: none"> Les sous-groupes de population (définis en fonction de la race ou de l'origine ethnique, de la classe ou de la religion) doivent avoir accès à égalité aux services obstétriques d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> 30% de la population sont d'origine indienne aymara. Critère : 30% des femmes soignées pour des complications gravement mortelles sont aymaras.
<ul style="list-style-type: none"> La population rurale doit avoir accès aux services obstétriques d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> La population du district est citadine à 30% et rurale à 70%. Critère : 30% des femmes soignées pour des complications gravement mortelles sont citadines et 70% sont rurales.
<ul style="list-style-type: none"> Toutes les femmes reçoivent les mêmes soins, indépendamment de leur instruction, leur classe, leur caste, leur âge¹, leur statut séropositif, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Le % de césariennes est le même parmi les femmes ayant un niveau d'instruction élevé ou faible. Le personnel n'accorde jamais la priorité à une opération électorale aux dépens d'une urgence obstétricale.
<ul style="list-style-type: none"> Aucune femme en danger de mort ne doit se voir refuser des soins parce qu'elle ne peut pas les payer. 	<ul style="list-style-type: none"> Une patiente indique qu'elle n'a pas dû payer pour une urgence.

¹ Hulton, L. *et al.*, p. 64.

Dignité de la personne en situation clinique	
Normes en vigueur	Critères appliqués
<ul style="list-style-type: none"> La patiente doit avoir la possibilité de s'isoler. 	<ul style="list-style-type: none"> Les toilettes fonctionnent, sont propres et situées à proximité. Dans les salles de travail où plus d'une femme est en travail, les rideaux sont tirés entre les lits. Dans les salles de travail et d'accouchement, le pied du lit ne fait pas face à une fenêtre ou une porte.
<ul style="list-style-type: none"> La proportion hommes/femmes parmi le personnel est acceptable pour la plupart des femmes¹. 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de médecins hommes et femmes.
<ul style="list-style-type: none"> Les informations concernant le personnel et l'emplacement de la salle d'attente, des urgences, des chambres des patientes, etc. doivent être accessibles aux patientes et à leurs familles. 	<ul style="list-style-type: none"> Il y a dans l'établissement des panneaux indicateurs qui sont compréhensibles pour les patientes et leurs familles.
<ul style="list-style-type: none"> Le statut séropositif est confidentiel. 	<ul style="list-style-type: none"> Les noms et le statut séropositif ne sont pas accessibles au personnel ni aux patientes et sont consignés dans des dossiers confidentiels. Le statut des patientes n'est pas

	mentionné dans un contexte non professionnel.
<ul style="list-style-type: none"> Autant que possible, les patientes doivent donner leur consentement éclairé aux procédures d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des femmes savaient avant l'opération qu'elles subiraient une hystérectomie.
<ul style="list-style-type: none"> Les patientes doivent comprendre pourquoi certaines procédures sont effectuées ou certaines issues se sont produites¹. 	<ul style="list-style-type: none"> Les femmes peuvent expliquer pourquoi une césarienne était nécessaire.
<ul style="list-style-type: none"> Les patientes doivent comprendre la nature des soins après l'accouchement et les signes de danger. 	<ul style="list-style-type: none"> Les femmes peuvent expliquer les complications après l'accouchement. Les femmes reviennent pour des visites après l'accouchement.

¹ Hulton, L. *et al.*, p. 62 et 63.

Interventions inutiles	
Normes en vigueur	Critères appliqués
Certaines procédures doivent être effectuées rarement, comme par exemple : <ul style="list-style-type: none"> Épisiotomies pour les primipares. 	<ul style="list-style-type: none"> L'épisiotomie est effectuée sélectivement et les indications sont notées.
<ul style="list-style-type: none"> Lavement. 	<ul style="list-style-type: none"> Les lavements sont rarement effectués.
<ul style="list-style-type: none"> Rasage de la région pubienne. 	<ul style="list-style-type: none"> Le rasage de la région pubienne n'est pas effectué.
<ul style="list-style-type: none"> Préparation intraveineuse automatique. 	<ul style="list-style-type: none"> La préparation intraveineuse est effectuée sélectivement et les indications sont notées.
<ul style="list-style-type: none"> Position couchée sur le dos pour l'accouchement. 	<ul style="list-style-type: none"> La femme choisit sa position au moment de l'accouchement.

