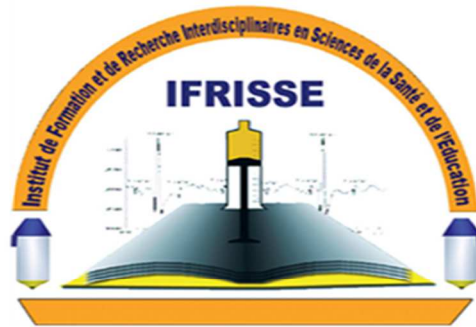


Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation (IFRISSE)

09 BP 311 Ouagadougou 09 - Burkina Faso Tél: (226) 25 40 75 41



**Institut de Formation et de Recherche  
Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation  
IFRISSE**

**MÉMOIRE DE MASTER II EN SCIENCES INFIRMIÈRES**

**La pratique des audits de décès maternels au Burkina  
Faso : expériences des sages-femmes du district sanitaire  
de Boulmiougou**

*Décembre 2018*

Présenté et soutenu par :

**Diallo Idrissa**

Étudiant en sciences infirmières

Mle 2016-5

**Directeur de mémoire**

**Diudonné SOUBEIGA PhD**

**Co-directeur de mémoire**

**M. Gustave N. NANA, Msc Psy, MPH, PhD (c)**

**Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé  
et de l'Éducation (IFRISSE)**

**09 BP 311 Ouagadougou 09 - Burkina Faso**

**Tél: (+226) 70 11 33 02 / (+226) 25 40 75 41**

**[www.ifris-bf.org](http://www.ifris-bf.org)**

Ce mémoire intitulé :

**La pratique des audits de décès maternels au Burkina Faso : expériences des  
sages-femmes du district sanitaire de Boulmiougou**

Présenté par :

**DIALLO Idrissa**

En vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences en sciences infirmières : option  
Management de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Robert KARAMA, MD, MPH président du jury

Dieudonné SOUBEIGA, PhD, directeur de mémoire

Noufou Gustave NANA, Msc Psy, MPH, PhD (c) co-directeur de mémoire

Pissyamba OUÉDRAOGO, membre du jury

**SOMMAIRE**

<b>DEDIDACE</b>	<b>III</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>V</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>VI</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS</b>	<b>VII</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b>	<b>VIII</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>IX</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>X</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I. PROBLÉMATIQUE</b>	<b>3</b>
<b>CHAPITRE II. RECENSION DES ÉCRITS</b>	<b>9</b>
<b>CHAPITRE III. DÉFINITIONS DES CONCEPTS</b>	<b>15</b>
3-1. La connaissance	15
3-2. La qualité des soins	15
3-3. Le décès maternel	16
3-4. L'expérience	17
3-5. Les sages-femmes dans le système de soins	18
3-6. La perception	19
3-7. But de l'étude	19
3-8. Question de recherche	20
3-9. Objectif général	20
3-10. Objectifs spécifiques	20
3-11. Propositions théoriques	20
<b>CHAPITRE IV. MÉTHODOLOGIE</b>	<b>21</b>
4-1. Contexte de l'étude	21
4-2. Type d'étude	25
4-3. Échantillonnage/échantillon	26
4-4. Critères d'inclusion	27
4-5. Techniques et outils de collecte des données	27
4-6. Déroulement de la collecte des données	30
4-7. Analyse des données	31
4-8. Les critères de scientificité de l'étude	33
4-9. Les considérations éthiques de l'étude	35

<b>CHAPITRE V. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS</b>	37
<b>5-1. Profil sociodémographique des participants</b>	37
<b>5-2. Connaissances des sages-femmes/maïeuticiens</b>	38
<b>5-3. Place des soins fournis par les sages-femmes dans les ADM</b>	44
<b>5-4. Expérience des sages-femmes</b>	49
<b>5-5. Synthèse des résultats : perceptions des sages-femmes sur les ADM</b>	60
<b>CHAPITRE VI. DISCUSSION DES RÉSULTATS</b>	66
<b>6-1. Les connaissances des sages-femmes/maïeuticiens et leurs perceptions sur les ADM</b>	66
<b>6-2. L'expérience des sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM et leurs perceptions</b>	68
<b>6-3. La place des soins fournis par les sages-femmes/maïeuticiens dans les ADM et les perceptions de ces dernières</b>	73
<b>6-4. Forces et limites de l'étude</b>	73
<b>CONCLUSION</b>	75
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	78
<b>ANNEXES</b>	i

**DEDIDACE**

À mes chers parents : Diallo Moussa et Bandé Rasmata

## REMERCIEMENTS

Je n'aurais pu rendre à terme ce travail, sans la contribution de plusieurs personnes.

Pour ce faire, je me dois d'exprimer toute ma reconnaissance à mon directeur de mémoire Dieudonné SOUBEIGA PhD en épidémiologie, enseignant, Directeur Général de l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation (IFRISSE), qui malgré ses multiples responsabilités m'a guidé dans l'élaboration de ce mémoire. Je voudrais lui réitérer mes gratitude pour avoir, par sa clairvoyance, sa perspicacité et sa détermination su mettre sur pied cet institut qui permettra aux personnels de la santé (infirmier et sage-femme) et de l'éducation de poursuivre des études universitaires (système LMD) dans leurs domaines respectifs.

Mes remerciements vont à Monsieur Noufou Gustave NANA, mon co-directeur de mémoire, enseignant permanent à l'IFRISSE qui, grâce à sa rigueur et à son amour pour le travail bien fait m'a aidé à parfaire ce travail. Vos conseils, vos encouragements, votre grande disponibilité et votre rigueur scientifique m'ont été d'un grand secours tout au long de la rédaction de ce mémoire.

J'adresse également mes vifs remerciements à tout le personnel administratif de l'institut, à l'ensemble du corps enseignant de l'IFRISSE en général et au Professeur Maxime DRABO, au Dr Félicité NANA et au Dr SO Abdoulaye en particulier pour leurs engagements sans faille dans notre formation. Au Dr Robert Bilterys, Dr Clémence Dallahire et Dr Patrick Martin ; merci à vous pour vos contributions dans notre formation.

Mes remerciements vont aussi à l'ensemble des étudiants de la promotion, les parents et amis qui, à travers leurs soutiens multiples et multiformes nous ont accompagné tout au long de la formation.

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I: thèmes et sous-thèmes .....	33
Tableau II : récapitulatif sur les données sociodémographiques. ....	38

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Carte de la DRS du Centre /extrait du plan d'action de la DRS 2018 .....	25
Figure 2 : Cadre conceptuel applicable à la perception des ADM par les sages-femmes/maïeuticiens de l'HDS de Boulmiougou. ....	65



## **LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

ADM : Audit de Décès Maternel

ASSOG : Attaché de Santé en Soins Obstétricaux et Gynécologiques

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes

DRS : Direction Régionale de la Santé

ÉPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

ÉCD : Équipe Cadre de District

HAS : Haute Autorité en Santé

HDS : Hôpital de District Sanitaire

MCD : Médecin-Chef de District

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SONUB : Soins Obstétricaux et Néonataux de Base

SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet.

SUS : Surveillant d'Unité de Soins

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

**LISTE DES ANNEXES**

Note d'information .....	i
Formulaire de consentement libre et éclairé .....	v
Questionnaire sociodémographique.....	vi
Guide d'entretien.....	vii
Fiche d'analyse documentaire.....	viii
Les six phases de l'analyse thématique adaptées de (Braun & Clarke, 2006).....	ix
L'autorisation d'enquête délivrée par la Direction Régionale de la Santé du Centre.....	x

## RÉSUMÉ

**Problématique :** Pour réduire la mortalité maternelle, plusieurs méthodes d'investigation des décès maternels ont été développées dont les audits de décès maternels (ADM) qui sont réalisés par les sages-femmes/maïeuticiens et les autres prestataires de soins dans les hôpitaux dont celui de Boulmiougou. La réalisation de ces ADM n'est souvent pas très bien perçue par ces agents entraînant leur faible adhésion et participation. Pour ce faire notre question de recherche est intitulée : quelles sont les perceptions des sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM ? Cette recherche a pour but de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux par la promotion de la participation des sages-femmes/maïeuticiens aux ADM. Elle se fixe pour objectif général d'appréhender les perceptions des sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM.

**Méthodologie :** Une recherche qualitative avec pour design une étude de cas unique à plusieurs niveaux d'analyse a été utilisée. Des entrevues non-structurées ont été réalisées auprès de neuf (09) sages-femmes/maïeuticiens de la maternité de l'hôpital de district sanitaire de Boulmiougou, une analyse documentaire et la prise de note dans un journal de bord. Pour ce qui est de l'analyse descriptive des données nous nous sommes inspirés de celui élaboré par Braun & Clarke, (2006).

**Résultats :** Cette étude a relevé que les sages-femmes/maïeuticiens ont des connaissances et une expérience des ADM. Ils estiment que les soins qu'ils fournissent ont une place importante dans les audits. Les résultats de l'étude révèlent des insuffisances dans l'application de la charte d'audit et la mise en œuvre des recommandations. De plus, les rétributions financières et la non invitation de plusieurs prestataires entravent leur forte participation. L'étude montre en définitive que les sages-femmes/maïeuticiens ont une perception positive des ADM de par les avantages qu'ils procurent.

**Conclusion :** Afin d'améliorer sa réalisation et favoriser sa réussite, des pistes se dégagent pour améliorer la pratique des séances d'ADM avec une large participation des différents acteurs administratifs clinique et surtout de tous les échelons du système de santé.

**Mots clés :** décès maternel, audit de décès maternel, perception, sage-femme

## **ABSTRACT**

**Background:** To reduce maternal mortality, several methods for investigating maternal deaths have been developed, including maternal death audits (MDAs) carried out by midwives and other care staff in hospitals, including Boulmiougou (district health hospital). The realization of these MDAs isn't often very well perceived by these providers, sometimes resulting in low membership and participation. To do this study, our research question is entitled : what are midwives' perceptions of MDA ? The purpose of this research was to contribute to improving the quality of obstetric care by promoting the participation of midwives in MDAs. It sets a general aim of understanding the perceptions of midwives/maternal nurses on MDAs.

**Methodology:** To realize the present we opted for a qualitative study with for design a unique case study on several levels of analysis (three). During this study, unstructured interviews were conducted with nine (09) midwives/maternal nurses at the district health hospital of Boulmiougou, a literature review and note-taking in a logbook. For the descriptive analysis of the data we are inspired by the one developed by Braun & Clarke, (2006).

**Results:** This study showed us that midwives have knowledge and experience and MDA. They also believe that they have an important role in carrying out these audits. The results of the study reveal shortcomings in the application of the audit charter and the implementation of the recommendations. Moreover, the financial rewards and the non-invitation of several service providers hinder their strong participation. The study ultimately shows that midwives have a positive perception of MDA because of the benefits they provide.

**Conclusion:** In order to improve its implementation and promote its success, there are emerging opportunities to improve the practice of MDAs sessions with broader participation of the various actors, administrative as well as clinical, and especially at all levels of the health system.

**Keywords:** maternal death, maternal death audit, perception, midwives

## INTRODUCTION

L'amélioration de la qualité des soins en général et des soins obstétricaux en particulier, est une préoccupation majeure de tous les pays dont le Burkina. C'est pourquoi offrir des soins hospitaliers de qualité constitue un objectif commun pour tous les systèmes de santé, que ce soit dans les pays développés ou ceux en voie de développement [Traduction libre] (Richard et al., 2008). En effet, «la mortalité maternelle et la mortalité néonatale constituent une tragédie pour la famille et la communauté» (Hafyane, 2014, p. 3). Ces décès maternels peuvent avoir des répercussions au plan social (survie et développement des enfants en bas âge), sanitaire etc. C'est pourquoi la mortalité maternelle constitue un problème de santé publique au plan mondial. Cette mortalité maternelle est souvent considérée comme un «test décisif» du système de santé (Smith et al., 2017). De plus, l'amélioration de la santé maternelle et néonatale est une condition préalable essentielle du développement et de la réduction de la pauvreté (Ministère de la santé, 2011).

Ces décès dans leur grande majorité sont évitables (OMS, 2015a). Réduire ces taux, est une préoccupation majeure du système des Nations Unies à travers les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et les Objectifs de Développement Durable (ODD) (UNICEF, 2015). « Fournir des soins qualifiés pour une réduction des taux nécessite des personnels qualifiés et un environnement professionnel adapté » (Bernis, 2005, p. 95). C'est dans cette optique que plusieurs États, avec la volonté politique des gouvernements et le soutien de la communauté internationale ont entrepris différentes stratégies et actions dans le but de réduire ces taux (Ibid 2005).

Au titre des stratégies développées au Burkina, nous avons l'instauration d'une subvention des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) et les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet (SONUC) (Kaboré, 2018). Depuis 2017 l'Etat burkinabè a instauré la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina (Présidence du Faso, 2017).

Des formations dans le but de renforcer les compétences des agents de santé (dont les sages-femmes/maïeuticiens) dans la prise en charge des femmes enceintes ou de celles en accouchement ont été réalisées (Ibid 2018). À ces différentes actions nous pouvons associer l'élaboration de module, la formation et l'instauration des audits de décès maternels (ADM) (Ministère de la santé, 2011). Les audits constituant un outil d'évaluation des pratiques professionnelles rencontrent souvent des difficultés dans leur mise en œuvre de la part du personnel de soins comme les sages-femmes (Congo et al., 2017). Explorer la perception qu'ont les personnels de soins dont les sages-femmes des ADM pourrait permettre d'améliorer leurs participations aux audits, leurs pratiques professionnelles et par conséquent la qualité des soins et la réduction de la morbi-mortalité maternelle à l'HDS de Boulmiougou.

Pour réduire les morbidités sévères et les décès maternels intra-hospitaliers à l'HDS de Boulmiougou, l'ADM est mis en œuvre avec cependant des insuffisances. En effet, cette étude contribue à l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux par la promotion de la participation des sages-femmes/maïeuticiens aux ADM. La réalisation de cette étude entre aussi dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin d'études et constitue une exigence pour l'obtention du diplôme de Master 2 en Sciences infirmières option management de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

La présente étude s'articulera autour de six (6) chapitres. Dans le premier chapitre, il s'agit de la présentation du cadre théorique de l'étude à travers une problématique, le deuxième chapitre aborde une recension des écrits qui traite de la perception des sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM et le troisième qui aborde les définitions conceptuelles. Le quatrième chapitre décrit la méthodologie utilisée pour réaliser cette étude. Le cinquième chapitre s'emploie à la présentation des résultats de l'étude à l'issue de laquelle un modèle conceptuel a été élaboré. Enfin le sixième et dernier chapitre aborde la discussion des résultats.

## CHAPITRE I. PROBLÉMATIQUE

La mortalité maternelle est un problème de santé publique et elle constitue un indicateur important de développement sanitaire d'un pays (Gani & Moussaoui, 2017). Le décès de toute femme enceinte ou au cours de l'accouchement est un phénomène aux conséquences graves sur le reste de la famille (Brouwere, 2017). C'est pourquoi l'accès à des soins obstétricaux appropriés et de qualité lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période du post-partum/postnatale, est un droit que chaque femme peut revendiquer pour elle-même et pour son enfant à naître (Dumont, Traoré, Dortonne, & Bernis, 2014).

La mortalité maternelle est une donnée qui est quasi-présente dans plusieurs pays (surtout au sud du Sahara) malgré les différentes mesures prises pour la réduire (OMS, 2015b). Nonobstant, les progrès significatifs enregistrés au cours des vingt dernières années dans le domaine de la santé reproductive, les mortalités maternelles restent un problème majeur de santé publique dans le monde. En effet, environ 358 000 femmes meurent chaque année de complications liées à l'accouchement dont la vaste majorité dans les pays d'Afrique au sud du Sahara (Ridde & Ouattara, 2015). Cela donne un ratio de mortalité maternelle communément appelé taux de mortalité maternelle élevé. Il est le rapport du nombre des décès maternels observés au cours d'une année au nombre des naissances vivantes de la même année (CIM10) (OMS, 2009).

C'est pourquoi, les OMD lancés par le système des Nations Unies s'étaient fixés pour ambition de réduire de trois quart les décès maternels courant la période 1990 à 2015. Malgré les actions entreprises par les différents pays, beaucoup reste à faire et les objectifs ne sont pas totalement atteints. Toujours dans cette optique, les ODD qui ont suppléé aux OMD, se sont donnés pour but cette fois-ci de réduire les décès maternels en dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes sur la planète d'ici à 2030 (OMS, 2015b).

Les pays du nord présentent des taux relativement meilleurs comparés à ceux des pays du sud. En effet le taux de mortalité maternelle dans les pays en développement en 2013 était de l'ordre de 230 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes contre seulement 16 décès pour 100.000 naissances vivantes dans les pays développés (OMS,

2014b). Ce rapport va plus loin en affirmant que cette disparité est aussi ressentie diversement entre les pays. Il existe aussi de grandes disparités entre les pays, entre les femmes à revenu élevé et celles à revenu faible, de même qu'entre les femmes vivant en milieu urbain et celles des zones rurales (OMS, 2014b). Le rapport illustre davantage l'ampleur du phénomène en montrant qu'en moyenne, 800 femmes environ décèdent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement et 99% de cette mortalité maternelle se passe dans les pays en développement ce qui justifie l'urgence des actions à mettre en œuvre pour ces pays.

Le ratio de mortalité maternelle est le meilleur reflet des inégalités devant la santé, entre pays riches et pauvres mais aussi au sein des différents pays (Bernis, 2005). Cette situation s'illustre aisément avec les données fournies par les organisations internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En effet, selon certaines estimations faites par l'OMS, le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et la Banque Mondiale pour la période 2015, les régions développées présentaient un rapport de mortalité maternelle de 12 pour 100 000 naissances vivantes contre 239 pour les régions en développement, 70 pour l'Afrique du nord et 546 pour l'Afrique subsaharienne (OMS, 2015b). Pris individuellement, les pays américains comme le Canada et les États Unies d'Amérique (USA) présente respectivement 7 et 14 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Pour ce qui est du continent européen, la France présente 8 décès maternels pour 100 000 naissances et la Belgique 7 décès maternels pour 100 000 naissances. C'est ainsi qu'en Afrique du nord, l'Algérie, le Maroc et la Tunisie ont respectivement 140, 121, et 62 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. En Afrique de l'ouest par contre, les pays comme la Côte d'Ivoire présente 645 et le Mali 587 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Pour ce qui est du Burkina, les estimations de l'OMS donne 371 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2015 (OMS, 2015b).

Au regard de ces données, plusieurs stratégies et des actions multiples et multiformes doivent être mises au point. En effet, les mortalités maternelles et les morbidités maternelles sévères sont jugées évitables dans une très grande majorité des cas, plus de 90 % des cas. Cette situation est aussi valable pour les pays à ressources limitées



(Dumont et al., 2014). C'est pourquoi Brouwere soutient que la réduction de la mortalité exige une réponse complexe, qui touche à l'organisation des services de santé et au changement de comportement d'un grand nombre d'acteurs, dans et en dehors du système de santé. Il va plus loin en estimant que l'impulsion nécessaire à cette réponse complexe ne pourra devenir effective que si des voix s'élèvent dans la société pour réclamer que le problème soit mis à l'agenda politique (Brouwere, 2017).

La réduction de la mortalité maternelle passe donc par la mobilisation de plusieurs acteurs au plan national et international ainsi que le développement de nouvelles stratégies. C'est dans cette optique que les SONU et les SONUC ont été institués dans plusieurs pays (Kaboré, 2018). Les SONU sont un ensemble de soins ou d'actes et des produits mis à la disposition des structures sanitaires. Les sages-femmes font parties des principaux agents responsables de leurs mises en œuvre (Richard, 2012). Ces produits et actes sont subventionnés afin de réduire leurs coûts et les rendre plus accessibles aux populations. D'autres pays ont développé aussi des initiatives pour remédier à ces problèmes comme la réduction de la barrière financière à l'accès aux soins obstétricaux en général et à la césarienne en particulier. L'objectif est notamment d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et périnatale (Ridde & Ouattara, 2015). Le Burkina à l'instar de ces pays a, avec la collaboration de certains partenaires techniques et financiers, décidé à travers un décret pris en conseil des ministres en avril 2006, de subventionner les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (Ministère de la Santé, 2006). C'est dans cette logique qu'un autre décret pris en 2017 institue la gratuité des soins aux femmes et aux enfants de moins de cinq ans (Présidence du Faso, 2017).

Cependant Matis nuance un peu cette stratégie en soutenant que, « la gratuité des soins pour les femmes enceintes, qui semblait une solution intéressante pour réduire la mortalité maternelle reste malheureusement inefficace » (Matis, 2012, p. 1). Pour lui, les délais de prise en charge sont toujours trop longs et cela peut donc jouer négativement sur la réduction de la mortalité. De plus, il pense que le manque de formation des professionnels de santé est aussi un frein majeur à une prise en charge obstétricale optimale et efficace permettant de diminuer la mortalité maternelle (Ibid 2012).

C'est pourquoi certains auteurs soutiennent que dans les pays du sud y compris le Burkina, les pratiques cliniques ne favorisent toujours pas la qualité et la sécurité des soins (Ouédraogo, 2014 ; Zongo, 2015 ; OMS, 2014), d'où la nécessité d'une mise en œuvre des audits cliniques et des ADM. Les audits cliniques et les ADM seront alors initiés dans différents pays dont le Burkina.

Des actions portant sur le renforcement des compétences des agents de santé sont aussi initiées. Une formation initiale adéquate et des séances de perfectionnement continue du personnel œuvrant dans la prise en charge des femmes enceintes et de celles en travail est nécessaire. De plus, une évaluation régulière des pratiques professionnelles des agents s'avère indispensable. Plusieurs approches et outils d'évaluation des pratiques professionnelles existent dont le but est de favoriser l'amélioration continue des prestations de soins et la réduction de la mortalité. « Les audits de décès maternel et néonatal permettent cette amélioration à travers la recherche du pourquoi des décès et comment ils peuvent être évités » (Ministère de la santé, 2011, p. 6). Les ADM ont pour objectif de rechercher de manière qualitative et approfondie les causes et les circonstances entourant les morts maternelles survenant dans les établissements de santé. Cette approche représente un outil essentiel pour définir les actions d'amélioration de la qualité des soins à mettre en œuvre (Ridde & Ouattara, 2015). Les sages-femmes, constituant le personnel le plus en contact avec les parturientes sont les plus concernées par ces audits et la mise en œuvre des différentes mesures correctrices devraient plus les incomber.

En Afrique, les revues de décès maternel connaissent des insuffisances dans plusieurs hôpitaux africains dont les raisons sont les méconnaissances de la conduite des audits et la perception de ceux-ci comme une "inquisition" (Richard et al., 2009 ; Nyamtema, Urassa, Pembe, & Kisanga, 2010 ; Combs Thorsen, Sundby, Meguid, & Malata, 2014).

L'ADM a été initié et mis en œuvre dans plusieurs centres hospitaliers du Burkina pour réduire la mortalité maternelle. Ces ADM permettent également d'avoir plus de connaissance sur la prise en charge des cas d'échappées-belles. Plusieurs agents de santé dont majoritairement les sages-femmes/maïeuticiens, ont du reste bénéficié de formation sur les ADM (Ministère de la santé, 2011). Mais la réalisation de ces audits

connaît un faible niveau d'acceptation particulièrement des sages-femmes (Congo et al., 2017).

Au Burkina des écrits sur les ADM et néonataux existent. Ouédraogo et al en 2010 ont procédé à une revue systématique des cas de décès maternel. De cette étude, ils ont mis en exergue les causes principales des décès maternels (les hémorragies, l'hypertension artérielle, les anémies sévères, les chocs infectieux etc.) et la tranche d'âge la plus touchée 15 à 19 ans (Ouédraogo et al., 2010). Une étude réalisée par Kouéta et al. (2011) ont plus montré les causes principales (pathologies) des décès néonataux (par ordre d'importance les infections, la souffrance cérébrale, la détresse respiratoire, les malformations congénitales, la prématurité et les syndromes hémorragiques). Il ressort de cette étude que les différents retards ont un effet sur la mortalité : le retard de prise de décision, le retard d'accès aux services de santé et le retard à recevoir les soins appropriés. Ces trois retards multipliaient le risque de décès respectivement par quatre, trois et cinq. Des études en rapport avec les ADM qui ont pris en compte le point de vue des prestataires au Burkina ne sont pas légion.

Une étude réalisée par Richard et al. (2008) ont cherché à comprendre les difficultés liées à la mise en œuvre et à la réalisation régulière des audits médicaux dans les maternités (audit de décès maternel) afin d'améliorer la pratique clinique. Dans cette étude, ils ont réalisé des entretiens auprès du personnel clinique intervenant dans l'offre des soins obstétricaux. Cela a permis aussi d'aborder la perception du staff technique (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, accoucheuses auxiliaires, attachés de santé en anesthésie et attaché de santé en chirurgie) en rapport avec la pratique des audits cliniques dans la maternité du centre médical avec antenne chirurgicale du secteur 30 (devenu Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo) (Ibid 2008).

Congo et al. (2017) ont réalisé une revue des dossiers d'ADM et des entretiens directifs et semi-directifs avec le personnel impliqué dans les soins obstétricaux dans sept HDS. Ils ont conclu que la programmation, la communication et le respect des principes fondamentaux sur les ADM ont présenté des défaillances par rapport aux normes requises. C'est pourquoi ils ont recommandé d'investiguer davantage afin d'identifier les déterminants de ces insuffisances et ainsi améliorer la réalisation des ADM (Ibid

2017). Connaître la perception des sages-femmes sur les ADM est très capital pour la réussite des ADM (car pouvant être accepté ou rejeté).

Notre thème qui traite de la perception des sages-femmes/maïeuticiens sur les audits de décès est une problématique contemporaine qui est pour le moment peu étudiée et nécessite par conséquent une large exploration. Elle a été en partie abordée dans certaines études comme celles de Richard et al., (2008), Van Hamersveld et al., (2012) et Congo et al., (2017). Notre étude permettra d'appréhender la perception des sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM à l'HDS de Boulmiougou.

## CHAPITRE II. RECENSION DES ÉCRITS

La définition de l'audit clinique la plus communément utilisée est celle de Crombie et al. (1997). Ils affirment que l'audit consiste à faire une analyse systématique et critique de la qualité des soins médicaux. Cette analyse devra prendre en compte également les procédures utilisées pour le diagnostic et le traitement, l'utilisation des ressources, les résultats et la qualité de vie pour le patient (Crombie, Davies, Abraham, & Florey C, 1997). Cette analyse porte aussi sur les éléments de la structure, du processus et des résultats (Nyamtema et al., 2010). Les ADM ont connu une évolution au fil des décennies avec des variantes et des réussites plus ou moins appréciables dans les différents pays (Ronsmans, 2001).

L'audit clinique consiste à passer en revue les différentes étapes du soin avec pour objectif d'identifier les problèmes et de trouver des solutions (Richard et al., 2008). Au début les audits cliniques concernaient seulement les médecins. Par la suite les infirmiers y ont été inclus puis les autres prestataires de soins. Les audits cliniques ont été beaucoup utilisés en obstétrique au cours de ces dix dernières années donnant les ADM (encore appelés revue de décès maternel, revue de morbidité et de mortalité) et les études des échappées-belles (Ibid 2008).

Pour la Haute Autorité en Santé en France, la revue de morbidité et de mortalité (RMM) consiste à faire une analyse collective, rétrospective et systémique des patientes ayant présentées une complication, un événement grave en lien avec les soins obstétricaux. Elle concerne aussi les patientes qui ont succombé des suites de ces complications (HAS, 2009).

L'ADM est utilisé en vue de faire une analyse approfondie afin d'identifier les causes ou les insuffisances intervenues dans la prise en charge des femmes au cours de leur grossesse, à l'accouchement et durant la période d'accouchement (Brouwere, Zinnen, & Delvaux, 2012). Ils estiment que dans le domaine de la santé maternelle il existe deux types d'audits.

Le premier, qui est une vérification des incidents critiques ou événements indésirables, fait appel à des méthodes telles que les audits des décès en établissement ou l'enquête

confidentielle sur les morts maternelles. Il s'agit plus d'une étude des éventualités (mort ou morbidité) que de la structure, du processus de soins et, généralement des soins administrés aux femmes. Le second type est la vérification clinique ou audit clinique, qui suppose une évaluation sur la base de critères explicites convenus. Les deux méthodes peuvent être combinées dans le but d'analyser les incidents critiques par rapport à des standards de soins (Dumont et al., 2014).

Selon Brouwere et al., la revue de décès maternel a pour objectif de : (i) favoriser l'évaluation continue de la qualité des soins en regard des standards ou protocoles de référence de prise en charge, (ii) susciter le changement pour améliorer la prise en charge, (iii) obtenir de meilleures performances cliniques et fournir les meilleurs services possibles aux patients, (iv) promouvoir la bonne adhérence aux standards de qualité de prise en charge des patientes, (v) réduire la morbidité et la létalité maternelles et néonatales qui sont liées aux complications obstétricales, (vi) contribuer à une base de donnée nationale décrivant les causes et circonstances de décès maternel qui informeront les décideurs nationaux et régionaux sur les progrès des stratégies mises en place (Brouwere et al., 2012).

C'est dans cette optique que des enquêtes nationales ou régionales sur les morts maternelles ont été mises en place dans plusieurs pays, de même que les enquêtes nationales ou régionales sur les mortinatalités, les morts néonatales et périnatales. Cette situation a été relevée par plusieurs auteurs (Ronsmans, 2001).

Au Canada, Baskett & Sternadel (1998), ont dans une étude montré l'existence de méthodologies quand bien même différentes d'une province à une autre, pour la surveillance des décès maternels. Celles-ci avaient pour but de mettre en œuvre des mesures idoines en matière de réduction de la morbidité maternelle sévère et la mortalité maternelle. Cela impliquait les sages-femmes dans toutes ces démarches.

Les Etats-Unis ont mis en place un système de surveillance des décès maternels depuis fort longtemps. Il s'agit du Pregnancy Mortality Surveillance System qui assure une surveillance continue des décès liés aux grossesses. Il a pour but de détecter les décès

maternels et prendre des mesures appropriées afin de réduire les taux. Les sages-femmes y participent activement tout au long du processus (CDC, 2003).

En Europe, dans les pays comme la Grande-Bretagne, les professionnels de la santé dont les sages-femmes ont mis en place localement depuis 1928, un système de vérification des études de cas et des audits. Les différentes recommandations mises en œuvre grâce aux efforts des agents de santé y compris les sages-femmes, ont largement contribué à faire baisser le taux de mortalité maternelle de 400 à 11 pour 100.000 naissances vivantes, entre 1935 et 1999 (OMS, 2004). Pour ce qui est de la France, les enquêtes confidentielles ont démarré en 1996 avec un comité d'experts dont le rôle est de faire une analyse confidentielle des décès maternels. Cette analyse portait sur l'étiologie et la cause du décès, l'évitabilité, la qualité des soins obstétricaux, les propositions de mesures de prévention concernant la mortalité maternelle (Bouvier-Colle & Deuneux-Tharaux, 2010).

Les pays asiatiques comme la Malaisie et l'Indonésie ont introduit respectivement en 1991 et 1994 les enquêtes confidentielles. Une étude réalisée dans ces mêmes pays a révélé une participation active des prestataires de soins en particulier les sages-femmes et les décideurs dans l'évaluation de chaque mort individuelle. Cela a donné plus de crédibilité aux conclusions de l'étude et a favorisé la prise de conscience des différents acteurs aux changements (Ronsmans, 2001). Elles ont favorisé la réduction considérable des taux de mortalité maternelle en Malaisie. Ces enquêtes confidentielles étaient précédées des ADM avec des recommandations pour toute l'équipe de soins dont les sages-femmes et cela dans trois provinces. Toutes ces actions ont contribué à une réduction des taux (120-200 pour 100.000 naissances vivantes dans les années 1970 à 20 en 1995) (Brouwere & Tonglet, 2001 ; Achak, 2010).

Dans cette lutte pour la réduction de la mortalité maternelle, les pays africains ne sont pas en reste eux qui ont des taux très élevés. Les pays du Maghreb, malgré le fait qu'ils ont des taux de décès maternel meilleurs comparés aux autres parties de l'Afrique, ont mis en place des systèmes de surveillance de la mortalité maternelle. C'est ainsi que la Tunisie a mis en place un système de suivi des décès maternels dans les structures publiques dès 1999, avec un procédé pour la détection des décès. Un comité régional est

chargé de faire l'enquête des décès et la discussion des cas. Ce comité à la fin de ses travaux, transmet les mêmes dossiers à un comité national et cela de façon confidentielle. Ce comité national assure théoriquement le suivi des recommandations (Dellagi, 2008).

En Égypte, les soins sub-standard prodigués par l'équipe obstétricale et donc impliquant aussi les sages-femmes, étaient le facteur contributif le plus important de la mort maternelle (Ronsmans, 2001). Avec un taux de mortalité maternelle estimé à 84 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2000, l'Égypte a mis en place un système national de surveillance des décès maternels. Ceci a pour finalité l'amélioration de la qualité des soins et la réduction drastique du taux de mortalité maternelle (Campbell et al., 2005).

Au Maroc, le Ministère de la Santé a institué depuis 2009 un système de surveillance des décès maternels utilisant l'audit confidentiel comme technique d'investigation des décès maternels au niveau des établissements sanitaires. Cela a favorisé la réduction de la mortalité maternelle grâce à la participation des sages-femmes (Achak, 2010).

Pour ce qui est de l'Afrique subsaharienne, les ADM devraient être une réalité dans toutes les structures de soins et plus précisément dans les différents hôpitaux nationaux, régionaux et les HDS avec une forte implication des sages-femmes. Au regard de cet état de fait, le Gabon a initié les ADM. Cependant, une étude transversale réalisée à partir d'une analyse secondaire des dossiers médicaux couvrant la période 2012-2015 a révélé une insuffisance dans la réalisation de ces ADM avec une faible motivation de certains acteurs (Koanda & Ouédraogo, 2017). De plus, seul le CHR de Port-Gentil a fait une analyse des décès maternels. Cette situation a pour conséquence la persistance des taux élevés des décès maternels, les insuffisances dans la mise en œuvre des recommandations (Ibid 2017).

Une analyse situationnelle réalisée au sein d'un réseau d'établissements de santé en Afrique de l'ouest dans les années 1990 a montré l'existence de plusieurs obstacles aux soins obstétricaux de qualité. Figurent parmi ces obstacles, les comportements professionnels non adaptés, les dysfonctionnements exacerbés surtout par les problèmes conflictuels entre le personnel soignant (Dumont et al., 2014).



Tout ceci, implique nécessairement que les États au sud du Sahara en général, et ceux de l'Afrique de l'ouest en particulier mettent en œuvre les ADM afin d'inverser les tendances au niveau de certains indicateurs comme les taux de morbidité et mortalité maternelle. Au Bénin, les ADM dans la zone sanitaire d'Aplahoué-Djakotomey-Dogbo est une réalité et cela fait suite à une formation que le personnel de soins en général et les sages-femmes en particulier ont bénéficié (Ministère de la Santé, 2010). L'ADM a alors été vulgarisé à tout le pays.

Les ADM sont le plus souvent réalisés par une équipe pluridisciplinaire. Celle-ci se compose le plus souvent des cliniciens, des administrateurs et du personnel d'appui. Les sages-femmes/maïeuticiens intervenant en milieu de soins sont au cœur de la prise en charge des femmes enceintes, des mères et des nouveau-nés. C'est pourquoi ils doivent être les leaders d'opinion tout comme les gynécologues-obstétriciens et seront responsables de la conduite des ADM (OMS, 2004; Dumont, 2017). Ils devraient alors s'impliquer fortement dans tous les processus afin de contribuer à réduire les décès maternels.

Les ADM sont un des moyens utilisés dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles (ÉPP). C'est pourquoi avant d'aborder les ADM, il importe de connaître ce qu'est une ÉPP (Genestier, 2016). L'ÉPP peut être définie comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » (Ibid 2016, p. 11). Le but principal des évaluations des pratiques professionnelles est « l'amélioration de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé » (Ibid 2016, p. 11).

En France, l'ÉPP est une démarche visant à augmenter l'efficacité et la qualité du système de santé en responsabilisant les différents acteurs que sont les médecins, les infirmiers et les sages-femmes (RéseauEval, 2011). Elle est une démarche structurée d'amélioration des pratiques, d'amélioration continue de la qualité des soins dans le but d'assurer un meilleur service rendu aux patients par les professionnels de santé (Vendittelli, Tessier, & Crenn-Hebert, 2018). Elle cherche à promouvoir la qualité, la

sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins, la prévention et plus généralement la santé publique dans le respect des règles déontologiques.

Pour évaluer les pratiques professionnelles des prestataires de soins, plusieurs approches existent et sont préconisées. Dans chacune des approches, il existe plusieurs méthodes ou outils permettant d'évaluer les prestations des soins (Genestier, 2016). Pour ce qui est de l'approche par comparaison à un référentiel, celle-ci utilisera des méthodes comme la revue de pertinence, l'audit clinique, l'audit clinique ciblé et l'enquête de pratique. L'approche par processus, elle fait recours aux méthodes comme l'analyse de processus, le chemin clinique, et l'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité pour évaluer les compétences des agents de santé dont les sages-femmes. L'approche par problème quant à elle utilise les méthodes telles que la méthode de résolution de problème, l'analyse des processus, la revue de mortalité-morbidité, et la méthode d'analyse des causes. La dernière approche est celle dite approche par indicateur dont les méthodes de mise en œuvre consistent en la mise en place et l'analyse des indicateurs et la maîtrise statistique des processus (Ibid 2016).

## **CHAPITRE III. DÉFINITIONS DES CONCEPTS**

### **3-1. La connaissance**

La connaissance est l'activité par laquelle l'homme cherche à comprendre la réalité. La connaissance s'exprime dans un ensemble d'énoncés communicables. On nomme aussi connaissance le résultat de cette recherche, c'est-à-dire le savoir (Blasco, 2010). Pour certaines personnes, la connaissance est l'acte par lequel un sujet s'efforce de saisir et de se représenter les objets qui se présentent à lui, le résultat de cet acte. Elle peut être décrite comme une prise de recul personnelle ou collective par rapport à l'information. Elle résulte alors du traitement intellectuel et de l'appropriation par l'individu des informations qu'il acquiert.

La connaissance des ADM par les personnels de la maternité en l'occurrence les sages-femmes de l'HDS de Boulmiougou serait un facteur important. L'absence ou l'insuffisance de connaissance serait alors préjudiciable pour la pérennité de l'activité, joue sur la qualité des soins obstétricaux et sur la réduction de la mortalité maternelle intra-hospitalière. Cette méconnaissance des sages-femmes pourrait être un obstacle, un facteur entravant la participation et la réalisation des ADM par ces dernières ; elles qui devraient être au-devant de cette activité afin d'améliorer la qualité des soins obstétricaux et réduire les morbi-mortalités maternelles.

### **3-2. La qualité des soins**

L'expression « qualité des soins » est beaucoup usitée ces dernières années. Il existe une multitude de définition de la qualité des soins et celle-ci dépend de l'entité évaluée, depuis la qualité du personnel jusqu'à la qualité globale du système de santé. C'est pourquoi savoir définir et évaluer la qualité des soins constitue une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé (Letaief & Mhamdi, 2014). Une étude récente réalisée auprès des établissements hospitaliers montre que la plupart des professionnels de santé n'ont pas d'idée précise sur la signification de la « qualité » (Fraisie, Robelet, & Vinot, 2003). La capacité à définir la qualité des soins s'est beaucoup améliorée ces dernières années grâce aux travaux internationaux (Or & Com-

Ruelle, 2008). C'est pourquoi, il existe maintenant de nombreuses définitions qui permettent de mesurer et de décrire la qualité de manière fructueuse et en termes clairs.

L'OMS (1982) donne une définition plus englobante de la qualité des soins par rapport aux autres. Pour cette institution internationale, le soin est de qualité lorsqu'il permet à chaque patient d'obtenir des actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurent un meilleur résultat en termes de santé et cela en conformité, à l'état actuel de la science médicale. Ce soin devra avoir un coût qui est accessible au patient, avec moins de risque et dispensé dans de bonnes relations humaines.

Donabedian (1988) définit les soins de haute qualité comme des soins pouvant améliorer le bien-être des patients. En outre, la dispensation de ces soins doit tenir compte des avantages et des inconvénients liés au processus de sa réalisation.

Pour l'Institut de Médecine des Etats Unis (IOM, 2001), la qualité des soins est la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités en conformité avec les connaissances professionnelles du moment. Cette définition oblige les sages-femmes à se former régulièrement afin d'être en phase avec les connaissances les plus actuelles. L'évaluation de leurs pratiques professionnelles pourrait se faire par l'utilisation des référentiels ou des standards.

### **3-3. Le décès maternel**

Les décès maternels liés à la grossesse : ce sont des décès survenus au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la cause de la mort. Ils englobent les décès toutes causes confondues, y compris ceux dont les causes sont accidentelles ou fortuites. La dixième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes y a ajouté une deuxième catégorie de morts maternelles (OMS, 2009) : la mort maternelle tardive. Elle se définit comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes, survenu plus de 42 jours mais moins d'un an après la terminaison de la grossesse.

Les morts maternelles se répartissent en deux groupes : les décès par cause obstétricale directe résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches),

d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus (OMS, 2009).

Les décès par cause obstétricale indirecte résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse (Ibid 2009).

### **3-4. L'expérience**

Vincens, (2001) pense que l'expérience est un acquis conscient déterminé par la personnalité, la formation ainsi que la richesse des faits vécus et actions menées. Il souligne de plus que l'expérience comporte une dimension technique (qui se rapporte aux tâches) et une dimension sociale (se rapportant aux interactions des professionnels dans le milieu de travail). Il constitue un élément de la compétence de l'individu.

Toujours pour l'expérience, on peut en distinguer trois approches. La première concerne et correspond au sens le plus usuel du terme. De ce fait la personne expérimentée est celle qui peut se prévaloir de compétences liées à sa pratique d'une activité. La seconde elle, s'intéresse au travailleur collectif c'est-à-dire à l'ensemble des travailleurs d'une unité. Ici, il est analysé les connaissances collectives transmises qui résulte du travail commun et qui se transmet si le travail collectif n'est pas détruit par un renouvellement trop rapide (Vincens, 2001). La troisième concerne la négociation collective et utilise la notion d'expérience professionnelle comme fondement d'une reconnaissance.

Si l'expérience est vue souvent comme un terme polysémique, deux significations cependant nous intéressent à savoir : l'expérience comme connaissance acquise par la pratique jointe à une réflexion (ou accompagnée d'une observation) et l'expérience comme mise à l'épreuve, comme tentative (Vincens, 2001). L'expérience, aussi bien individuelle que collective des sages-femmes sur les ADM serait un atout majeur de réalisation de l'activité.

En définitive, les ADM à l'HDS de Boulmiougou sont tributaires de l'expérience aussi bien individuelle que collective détenue par les agents de santé en particulier les sages-femmes de cette entité.

### **3-5. Les sages-femmes dans le système de soins**

Les sages-femmes devraient être les pionnières dans la réalisation des ADM, elles qui sont plus au contact des patientes admises en gynéco-obstétrique. En effet 80.000 naissances ont lieu en Suisse chaque année au cours desquelles une sage-femme est présente démontrant leur place prépondérante dans les soins (Fédération des sages-femmes, 2013). Des modèles de soins ont été institués où on assiste à un transfert de responsabilité du médecin à la sage-femme pour la surveillance de la grossesse normale et de l'accouchement physiologique dans les hôpitaux suisses (Maillefer, Labrusse, Cardia-Voneche, Lepigeon, & Vial, 2017). D'une manière générale, les sages-femmes sont reconnues comme prestataires de soins. Elles s'occupent des futures mères pendant la grossesse et l'accouchement sous leur propre responsabilité ou sous celle d'un médecin (gynécologue-obstétricien). Après la naissance, elles sont responsables de la mère et du bébé. En cas de problème, elles collaborent avec les autres professionnels de soins (Fédération des sages-femmes, 2013). La grande majorité de ces sages-femmes en activité dans le monde travaille dans un service d'obstétrique et certaines sages-femmes sont indépendantes et exercent leurs activités dans des cabinets (Maillefer et al., 2017). Cette situation a donné plus de responsabilité aux sages-femmes, ce qui devrait les amener à accepter que leurs pairs fassent un audit de leurs pratiques car elles sont sujettes aux erreurs dans la réalisation des soins. Cela a l'avantage de susciter une autocritique de la part des sages-femmes, les aider à identifier leurs insuffisances et d'apprendre des autres agents pour améliorer la qualité des soins offerts aux clientes. D'une manière générale, l'objectif principal des audits cliniques et des ADM est d'améliorer la qualité des soins médicaux et obstétricaux au profit des patients.

Au Burkina, les sages-femmes/maïeuticiens, fournissent une part importante des soins obstétricaux dans les différentes structures de soins. Ces sages-femmes/maïeuticiens la plupart du temps travaillent seuls dans les centres de santé périphériques. Pendant ce temps les gynécologues-obstétriciens eux officient dans les grandes zones urbaines. En 2016, le nombre de sages-femmes/maïeuticiens travaillant dans les districts sanitaires était de 2106 contre 458 dans les CHR (Ministère de la Santé, 2017)

### **3-6. La perception**

Fröhlich, Jalley, & Drever (1997), définissent la perception comme un processus de gain d'informations effectué à partir de stimuli environnementaux et corporels. Ils ajoutent par ailleurs que la perception comprend également les processus émotionnels qui leurs sont liés et les modifications produites par l'expérience et la pensée. Dans cette situation, la notion de perception est englobante car inclus tous les processus qui débouchent sur une appréhension, sur une réaction de type moteur ou verbal ou sur une identification et une discrimination claire et nette.

Amar (1967) apporte cependant une nuance à cette définition. Pour lui, la perception n'est pas la simple somme des stimulations qui frappent nos récepteurs sensoriels. Elle organise les informations reçues, en fonction de nos désirs, de nos besoins et de nos expériences. Et pour les auteurs comme Popplestone et McPherson (1988), les perceptions peuvent se définir plus simplement comme une appréhension des événements selon nos priorités cognitives et nos expériences affectives.

En résumé, la perception pourrait être perçue comme un processus et une donnée intégrante de l'individu. Elle est un processus cognitif et émotionnel de sélection et d'interprétation, à l'aide des expériences antérieures de données recueillies à partir de stimuli externes et internes à l'individu. Dans cette étude, nous aborderons la perception comme une donnée importante pour les sages-femmes car favorisant ou non leur adhésion et leur pleine participation aux ADM.

L'ADM consiste à réaliser une évaluation du processus de prise en charge des femmes décédées ou ayant échappées à une mort certaine, identifier les points de défaillance dans la chaîne de soins. Les soins fournis par les sages-femmes sont de ce fait les plus concernés. Les sages-femmes perçoivent l'ADM comme un jugement, une évaluation de leur pratique par leurs pairs. Elles ne sont pas favorables à cette situation, et se mettent en retrait entravant une bonne mise en œuvre des audits (Richard et al., 2008).

### **3-7. But de l'étude**

Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux par la promotion de la participation des sages-femmes/maïeuticiens aux ADM.

### **3-8. Question de recherche**

Quelles sont les perceptions des sages-femmes sur les ADM à l'hôpital de district sanitaire de Boulmiougou (HDS) ?

### **3-9. Objectif général**

Appréhender les perceptions qu'ont les sages-femmes des ADM de l'HDS de Boulmiougou.

### **3-10. Objectifs spécifiques**

- Déterminer les connaissances des sages-femmes sur les ADM.
- Déterminer la place des soins sages-femmes dans les ADM.
- Déterminer l'expérience des sages-femmes sur les ADM à l'HDS de Boulmiougou.

### **3-11. Propositions théoriques**

- Les connaissances des sages-femmes influencent leurs perceptions des ADM.
- La place des soins des sages-femmes dans les ADM influence leurs perceptions des ADM.
- Les expériences des sages-femmes des ADM influencent leurs perceptions.



## **CHAPITRE IV. MÉTHODOLOGIE**

Ce chapitre traite de la méthode utilisée pour réaliser la présente étude. Il est divisé essentiellement en deux grandes parties.

Dans la première partie, nous aborderons le contexte général de notre étude. Les éléments abordés dans ce sous-chapitre portent sur le système de santé (organisation administrative et technique) et particulièrement l'HDS de Boulmiougou. Les données sanitaires, administratives et démographiques seront développées.

La démarche méthodologique proprement dite sera abordée dans la deuxième partie. Ainsi, cette sous-partie traitera des points suivants : le type d'étude, la population de l'étude et l'échantillonnage, les critères d'inclusion, la technique et les outils de collecte des données, le déroulement de la collecte des données, l'analyse des données, les critères de scientificité de l'étude et les considérations éthiques.

### **4-1. Contexte de l'étude**

#### **4-1-1. Le système de santé du Burkina**

Le système de santé du Burkina est organisé sous une forme pyramidale à deux versants : l'organisation administrative et l'organisation de l'offre de soins (organisation technique) tous deux subdivisés en trois niveaux (Ministère de la Santé, 2017).

#### **4-1-2. Organisation administrative**

Au plan administratif, le niveau central, sommet de la pyramide est constitué par le cabinet du ministre, le secrétariat général, les directions centrales et les structures rattachées. Le niveau intermédiaire comprend les directions régionales de la santé (DRS) au nombre de 13. Le niveau périphérique est constitué des districts sanitaires qui sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. Ils sont la base de la pyramide. Actuellement il y a 70 districts sanitaires (DS) (Ministère de la Santé, 2017).

Notre étude portant sur l'offre des soins, c'est pourquoi la partie organisation des soins sera plus développée pour mieux expliciter le contexte de l'étude.

### **4-1-3. Organisation de l'offre de soins**

Le système d'organisation des soins est subdivisé en trois niveaux.

Nous avons au sommet les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) qui sont au nombre de cinq (05). Au niveau intermédiaire nous avons les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) au nombre de neuf (09). Au niveau périphérique nous avons 47 Hôpitaux de District Sanitaire (HDS), 43 centres médicaux (CM), 1760 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), 119 dispensaires isolés, 12 maternités isolées et 450 formations sanitaires privées de soins hospitaliers ou non hospitaliers (Ministère de la Santé, 2017). Plusieurs actes et soins ont été fournis à plusieurs clients dans ces différentes structures.

Au cours de l'année 2016, plusieurs accouchements et soins obstétricaux ont été réalisés dans les différentes structures de soins. Ainsi, nous dénombrons 713 539 accouchements avec 701 145 parturientes. Les structures sanitaires du Burkina ont cependant enregistré 944 décès maternels dont 385 ont bénéficié d'un audit. Au cours de cette même année, 2580 sages-femmes travaillaient dans les structures publiques du ministère de la santé soit un ratio d'une sage-femme/maïeuticien pour /7378 habitants (Ibid 2017).

### **4-1-4. Les Centres Hospitaliers Universitaires**

Les CHU constituent le sommet de la pyramide dans l'offre des soins au Burkina. Ainsi nous avons le CHU Yalgado Ouédraogo, le CHU pédiatrique Charles De Gaulle tous à Ouagadougou, le CHU Souro Sanou à Bobo et le CHUR de Ouahigouya (Ministère de la Santé, 2017). Deux hôpitaux viennent d'être érigés en CHU : le CHU de Tingandogo et le CHU de Bogodogo tous deux à Ouagadougou. Ces centres hospitaliers constituent les centres de référence pour les différents centres hospitaliers régionaux. Cependant certains patients sont référés directement par les hôpitaux de district sanitaire. Les CHU ont pour mission la prise en charge des patients et servent de lieu de formation et d'apprentissage pour les professionnels de santé. Ils constituent aussi des lieux de recherche pour les sciences de la santé (Direction générale CHUYO, 2012).

#### **4-1-5. Les Centres Hospitaliers Régionaux**

L'offre de soins au niveau intermédiaire est réalisé par les CHR. Au nombre de neuf (09), ils sont implantés dans les chefs-lieux de régionaux (Ministère de la Santé, 2017). Cependant il est à noter que tous les chefs-lieux de région n'en possèdent pas. Certains chefs-lieux à caractère particulier disposent plutôt de centre hospitalier universitaire tel que Ouagadougou (04 CHU) et Bobo (01 CHU). Les CHR ont pour vocation la prise en charge des patients évacués ou référés par les hôpitaux de district sanitaire, la formation du personnel de santé et la recherche (Ministère de la santé, 2014).

#### **4-1-6. Les Hôpitaux de District Sanitaire**

Le système d'offre de soins au niveau périphérique c'est-à-dire au niveau du district est constitué d'un réseau de formation sanitaire ; les CSPS qui constituent le premier échelon de soins et l'hôpital de district constituant le deuxième échelon. L'hôpital de district constitue le centre de référence des CSPS. Il constitue avec les CSPS la base de la pyramide pour ce qui est de l'offre des soins. Le Burkina dispose de 47 hôpitaux de district sanitaire (HDS) dont celui de Boulmiougou.

Ainsi l'HDS de Boulmiougou est le centre de référence des quarante-quatre (44) CSPS, dispensaires et maternités isolés du district sanitaire. Il reçoit également des patients des structures sanitaires privées au nombre de 69 toutes catégories confondues (Ministère de la Santé, 2017).

L'HDS de Boulmiougou comprend au plan des ressources humaines, plusieurs agents de santé dont ceux intervenant dans la prise en charge des femmes enceintes, de celles en accouchement et leurs nouveau-nés et se répartissent comme suit : 07 gynécologues-obstétriciens, 02 médecins anesthésistes-réanimateurs, 01 médecin pédiatre, 06 médecins généralistes, 26 attachés de santé en anesthésie-réanimation, 21 attachés de santé en chirurgie, 01 attaché de santé en soins obstétricaux et gynécologiques, 08 attachés de santé en pédiatrie, 41 sages-femmes/maïeuticiens, 04 accoucheuses auxiliaires et des filles de salles au nombre de 15 au profit de la maternité (District sanitaire Boulmiougou, 2017).

Le service de la maternité de l'HDS de Boulmiougou est subdivisé en poste de travail à savoir : la salle d'accouchement, la salle de suite de couche, la planification familiale, la consultation curative, la salle aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), le dépistage des lésions précancéreuses (Ibid 2017).

Au titre des activités, la maternité de l'HDS de Boulmiougou a réalisé en 2016 près de 5136 accouchements assistés et 4486 pour l'année 2017. Au cours de l'année 2016, 981 césariennes ont été réalisées. Pour l'année 2017, le nombre de cas de césarienne a connu une baisse comparé à celui de l'année précédente soit un total de 902 cas (Ministère de la Santé, 2017).

Au plan administratif, l'HDS relève du district sanitaire de Boulmiougou. Celui-ci couvre les arrondissements six (6), sept (7), une partie des arrondissements huit (8) et trois (3) de la commune de Ouagadougou et les communes rurales de Komsilga, Komki-Ipala et Tanghin-Dassouri. Le siège de l'hôpital est situé au secteur 26 dans l'arrondissement six (6) (District sanitaire Boulmiougou, 2017).

Le district sanitaire de Boulmiougou a une population totale de 883331 habitants en 2016. Au cours de cette même année, le district a enregistré 22.649 parturientes avec cependant 19 décès maternels dont 04 ont bénéficié d'un audit. Il présentait aussi un taux de 83,9 décès maternels pour 100.000 parturientes et est le district présentant le plus de décès que les cinq autres de la région du centre. (Ministère de la Santé, 2017).

D'une manière générale, la DRS du centre a reçu en 2016, 81.476 parturientes avec 260 décès maternels dont seulement 15 ont bénéficié d'un audit. Pour ce qui est des décès maternels, elle se place en tête des autres régions avec 319,1 décès pour 100.000 parturientes (Ibid 2017).

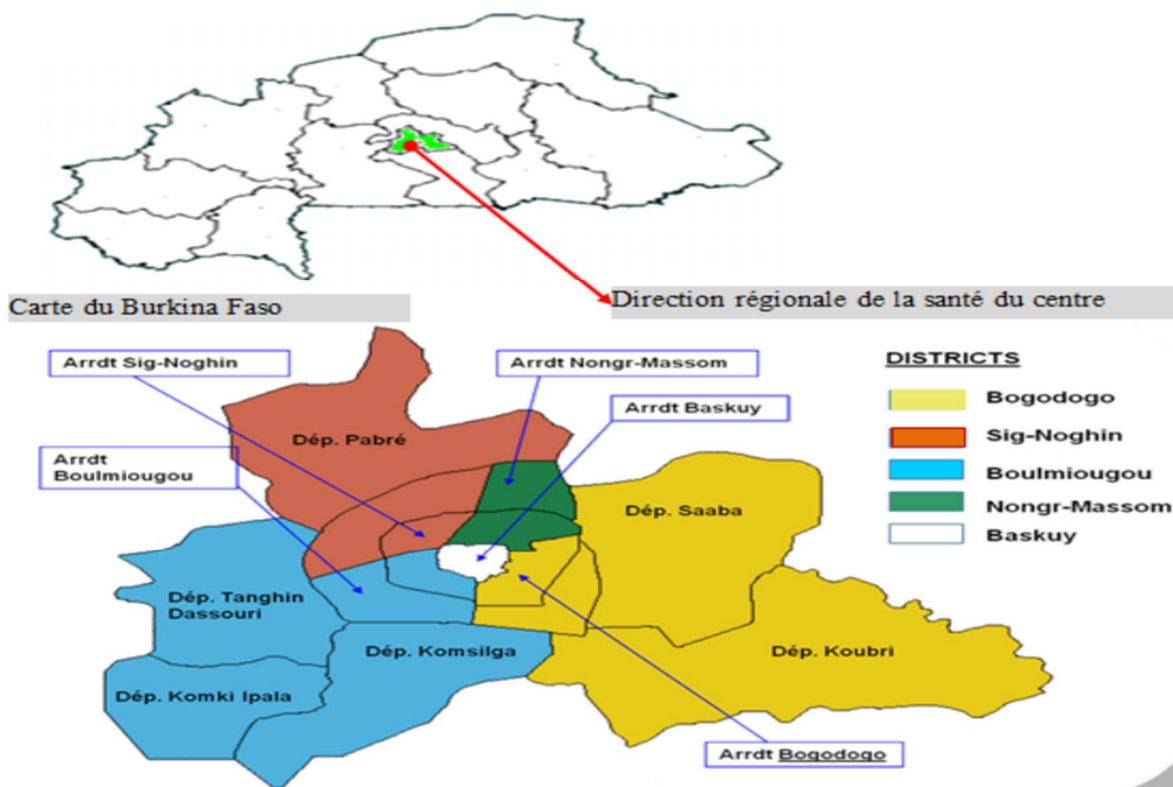


Figure 1: Carte de la DRS du Centre /extrait du plan d'action de la DRS 2018

#### 4-2. Type d'étude

C'est une recherche qualitative avec pour design une étude de cas unique à plusieurs niveaux d'analyse (les connaissances des sages-femmes/maïeuticiens, la place des soins des sages-femmes dans les ADM et leurs expériences dans la réalisation des ADM). Cette étude de cas est de nature exploratoire. L'étude qualitative se justifie pour notre étude en ce sens qu'elle porte sur des perceptions. Ces informations majeures sur les perceptions des sages-femmes peuvent surtout être obtenues par les échanges verbaux. L'étude qualitative permet d'explorer plus les perceptions individuelles des sages-femmes sur les ADM. Pour ce qui est du devis, l'étude de cas est celui qui convient à notre étude. En effet, l'étude de cas est « une approche de recherche empirique qui consiste à enquêter sur un phénomène, un événement, un groupe ou un ensemble d'individus, sélectionné de façon non aléatoire, afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse ses bornes » (Roy, 2010, p. 206). L'étude de cas est alors le devis le plus approprié dans le cadre de notre étude.

### **4-3. Échantillonnage/échantillon**

#### **4-3-1. La stratégie d'échantillonnage :**

L'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné permet de reproduire le plus fidèlement possible la population cible en tenant compte des caractéristiques de celle-ci. Ce type d'échantillonnage permet aussi d'avoir une diversité de points de vue sur les perceptions des sages-femmes/maïeuticiens en rapport avec les ADM. Dans cette étude nous avons recouru à la diversification interne. Celle-ci a pris en compte l'âge, l'ancienneté et la qualification professionnelle. La diversification externe quant à elle a pris en compte le sexe et le poste de travail. L'échantillonnage par choix raisonné est bien indiqué dans la mesure où il a permis d'obtenir un échantillon ayant une bonne connaissance du phénomène à l'étude et partant une riche description au moment des entretiens. Cette diversification a permis d'avoir un échantillon homogène et par conséquent une meilleure description de la perception des ADM. La fiche d'enquête sociodémographique a été un élément nous ayant permis de recruter les participants. Elle est composée de deux parties majeures. Nous avons d'abord une première partie dans laquelle l'identité de l'étudiant-investigateur est décliné et les informations importantes sur l'étude sont présentées. La deuxième partie est réservée à la collecte proprement dite des informations sur les données sociodémographiques des sages-femmes/maïeuticiens (âge, sexe, qualification et ancienneté professionnelle, formation sur les audits, nombre d'années au sein de l'hôpital, poste de travail).

#### **4-3-2. L'échantillon de l'étude**

Notre population d'étude est constituée des sages-femmes/maïeuticiens intervenant dans la prise en charge des femmes enceintes et des parturientes remplissant les critères d'inclusion et ayant démontré un intérêt à la présente étude. Les sages-femmes/maïeuticiens étant les plus en contact avec les femmes pour la dispensation des soins obstétricaux devraient être plus concernés par les ADM. Cette population d'étude dérive de la population échantillonnée constituée de l'ensemble des sages-femmes/maïeuticiens intervenant dans les soins obstétricaux de la maternité et du bloc opératoire de l'HDS de Boulmiougou. Le questionnaire sociodémographique nous a aidé surtout à mieux connaître les participants et faciliter le choix de ceux qui prendront

part à l'étude. Cela nous a permis aussi de diversifier le plus possible les sages-femmes/maïeuticiens participant à l'étude afin de pouvoir reproduire le plus fidèlement possible notre population cible. Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes fixés un échantillon théorique de 10 participants (sages-femmes/maïeuticiens) comme le recommande Creswell, (2007) pour les études qualitatives. Cependant notre échantillon définitif a été arrêté à partir du moment où il y a une saturation des données lors des entretiens comme le suggère Savoie-Zajc, (2007).

#### **4-4. Critères d'inclusion**

- Être sage-femme/maïeuticien travaillant à la maternité de l'HDS de Boulmiougou depuis au moins une année,
- Avoir participé au moins à un ADM,
- Manifester un intérêt pour l'étude.

#### **4-5. Techniques et outils de collecte des données**

##### **4-5-1. Techniques de collecte**

Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé trois techniques que sont l'entretien, l'observation et la revue documentaire pour la collecte des données.

- L'entretien semi-structuré

Pour la collecte des données auprès des sages-femmes, nous avons utilisé comme technique, l'entretien semi-structuré. C'est une des techniques de collecte des données largement utilisée dans le cadre des études qualitatives. Comparé à l'entretien ouvert qui nécessite un temps assez long et l'entretien structuré qui ne donne pas la possibilité à l'interviewé le temps nécessaire de s'exprimer parfaitement et fournir des données riches, l'entretien semi-structuré se révèle être la technique de choix. Etant plus flexible, l'entretien semi-structuré permet d'obtenir des informations plus riches à travers les questions principales et les questions de relance sur les perceptions qu'ont les sages-femmes des ADM. C'est pourquoi dans le cadre de notre étude, il est le mieux indiqué. Les perceptions des sages-femmes peuvent être aisément obtenues grâce aux informations verbales issues des entretiens et c'est pourquoi cette technique de collecte a été retenue.

➤ L'observation non participante

Une des méthodes utilisées pour la collecte des données dans le cadre de cette étude est l'observation non participante. Elle a été une observation directe et non structurée. Cette technique est nécessaire dans le cadre de notre étude car elle permet d'avoir une autre source de collecte de données. Une confrontation de ces données avec celles obtenues avec les autres sources fournies des données plus solides. Elle a été réalisée au moment des entrevues individuelles. Nous avons relevé les comportements verbaux et non verbaux des participants ainsi que certaines réalités du terrain. Ces comportements verbaux et non verbaux des sages-femmes peuvent être perçus par l'observation non participante lors des entretiens sur les ADM.

➤ La revue documentaire

La revue documentaire est une technique que nous avons utilisée dans le cadre de notre étude pour plusieurs raisons. En effet, elle nous a permis d'avoir des traces ou des preuves de la pratique des ADM au sein de la maternité de l'HDS de Boulmiougou. Ceci nous a alors rassuré d'avoir une pluralité des sources de données avec pour corollaire la possibilité de faire une triangulation et obtenir des données solides. De plus, la revue documentaire dans le cadre de notre étude est précieuse car elle nous a permis d'avoir des informations assez rapidement et par conséquent gagner en temps. Elle est une source disponible avec possibilité de faire des consultations répétitives à souhait sans aucun préjudice. Notre revue documentaire a consisté en une exploitation des documents mis à notre disposition. Ces documents nous ont fourni beaucoup d'informations sur les actions réalisées en lien avec les ADM au sein de l'hôpital (charte, fiche de présence, grille de démarche, résumé clinique, fiche de suivi/recommandations, fiche de synthèse), du plan d'action, des rapports d'activité etc.

#### **4-5-2. Les outils de collecte des données**

Les outils de collecte des données de notre étude ont été le guide d'entretien semi-structuré, le journal de bord et la fiche d'analyse documentaire.



➤ Le guide d'entretien-semi structuré

Il a été construit dans le but d'appréhender la perception qu'ont les sages-femmes des ADM. Notre guide d'entretien est structuré autour de quatre parties. Ce guide comporte des questions principales (thèmes) assorties de question de relance (sous-thèmes).

La première partie du guide avait pour but de recueillir les connaissances des sages-femmes en rapport avec les ADM. Ces connaissances ont trait aux différentes méthodes d'investigation des décès maternels, aux buts ou utilités des ADM, au déroulement d'une séance d'audit, aux avantages ou/et aux désavantages des ADM aussi bien pour le personnel sage-femme, la structure hospitalière et la qualité des soins.

Quant à la place des soins des sages-femmes dans les ADM, elle a été traitée au cours de la deuxième partie. Elle aborde les apports des soins sages-femmes/maïeuticiens dans les ADM, la relation entre les autres agents de santé participant aux audits et les sages-femmes/maïeuticiens et le ressenti des sages-femmes/maïeuticiens ayant eu des décès maternels au cours de leur travail face aux autres membres du personnel.

La troisième partie a trait en général aux expériences des sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM. Elle aborde les expériences antérieures des prestataires en matière d'ADM à l'HDS de Boulmiougou ou dans les structures sanitaires, la description pratique du processus de réalisation des ADM, de l'adhésion et de la participation des sages-femmes aux ADM, de l'application de la charte des audits, de la mise en œuvre des recommandations, des leçons apprises suite aux ADM. La quatrième partie a abordé les perceptions des sages-femmes/maïeuticiens. Il s'est agi à travers cette étude de connaître la perception des prestataires en soins obstétricaux eux, qui doivent être plus impliqués dans les ADM à l'HDS de Boulmiougou. Les entretiens que nous avons réalisés avaient une durée moyenne de 30 minutes.

Ce guide d'entretien a été soumis à un pré-test le 19 et 20/08/2018 à l'HDS de Nongremasson qui est une structure présentant les mêmes caractéristiques que celui de Boulmiougou et où des ADM sont réalisés. Cela a permis de déceler des imperfections ; ce qui a alors nécessité des corrections pour le rendre plus solide. Il comporte en résumé quatre questions principales avec douze questions de relance.

➤ Le journal de bord

Dans notre étude, le journal de bord a été utilisé comme support. Il a servi à relever les notes de terrain, l'ambiance dans lequel s'est déroulée l'entretien et le contexte général de l'entrevue, (les gestes, l'intonation de la voix, l'expression faciale, l'heure de l'entrevue, le lieu de l'entrevue, les sentiments ressentis) le cadre de l'entrevue. Nous y avons noté également les non-dits.

➤ La fiche d'analyse documentaire

Nous avons élaboré une fiche d'analyse documentaire dont le but est de recenser les différents outils de collecte des données en rapport avec les ADM à l'HDS de Boulmiougou. Nous avons d'abord la charte des audits. Dans ce support nous avons à vérifier s'il existe réellement, de nous assurer de la conformité de son contenu avec les recommandations préconisées (OMS, ministère de la santé du Burkina) et de la signature des différents participants aux audits.

La fiche de suivi des recommandations : la réalisation des audits est suivie des recommandations. Pour ce faire nous aurons à vérifier de l'existence de la fiche en elle-même et de nous assurer que les recommandations sont appliquées et notifiées par un comité d'audit.

La fiche de présence : une liste de présence est élaborée à chaque séance d'audit. La vérification de la fiche a pour but de connaître les agents qui participent aux séances, de nous assurer que ceux-ci ont signé la fiche de présence.

Les rapports des ADM : à travers la fiche d'analyse documentaire nous aurons à relever le nombre de cas de décès maternel, le nombre d'audit réalisé, la périodicité de réalisation de ces audits, les différentes recommandations proposées.

La grille de démarche d'audit ; la fiche d'analyse aura à relever dans cette grille le cheminement de la patiente avant son admission dans la structure, son admission, le diagnostic et le traitement, le suivi des soins etc.

#### **4-6. Déroulement de la collecte des données**

La collecte des données a été faite par nous-même (étudiant-chercheur). Pour ce faire, nous nous sommes rendus au sein de la maternité de l'HDS de Boulmiougou. C'est ainsi que nous avons sollicité le concours du coordonnateur des soins infirmiers et

obstétricaux du district et du surveillant d'unité des soins de la maternité qui sont des personnes-ressources qui nous ont facilité l'accès aux sages-femmes/maïeuticiens. Nous avons commencé la collecte le 23/08/2018 et elle a pris fin le 01/09/2018. Après nous être présenté et rappelé les informations importantes contenues dans la note d'information, nous avons commencé les entretiens qui étaient individuels dans un lieu approprié. Les questions principales étaient posées aux participants à qui nous donnions le temps nécessaire pour y répondre. Des questions de relance ont été faites afin d'inciter l'interviewé à aborder certains aspects si ce n'est déjà fait. Les entretiens ont tous été réalisés en français et enregistrés avec l'accord des participants. Au même moment sur notre journal de bord, nous relevions certains comportements verbaux ou non verbaux des sages-femmes, les éléments du milieu de l'étude. Nous le réalisons lors de la conduite des entretiens sur les ADM. Nous avons sollicité les contacts téléphoniques afin de renégocier d'autres rendez-vous pour revalider certaines entrevues.

#### **4-7. Analyse des données**

L'analyse des données est la phase qui a suivi la collecte des données. Cette analyse a été faite manuellement. Elle a été réalisée en nous inspirant du modèle d'analyse thématique de Braun & Clarke, (2006). De façon concrète, l'analyse de nos données s'est déroulée en six phases.

Première phase : transcription intégrale. Nous avons transcrit intégralement les entretiens enregistrés à l'aide du dictaphone immédiatement après chaque entretien sous forme de verbatim (généralement dans l'après-midi ou dans la soirée) et cela dans le souci de ne pas omettre certains faits importants. Ces verbatim ont constitué donc notre base de données pour l'analyse. Pour nous assurer de la fidélité des transcriptions, nous avons réalisé une lecture des verbatim simultanément avec une écoute des enregistrements sur le dictaphone. Nous avons par la suite procédé à une lecture répétée des verbatim afin de dégager les premières idées avant de les confronter aux données générées par l'analyse documentaire. Ceci nous a permis de nous familiariser avec les données que nous avons collectées au sein de l'HDS de Boulmiougou.

Deuxième phase : le codage. Nous avons procédé au codage exhaustif de l'ensemble des verbatim. Cette opération a pris en compte non seulement les thèmes et sous thèmes issus des phases conceptuelles et méthodologiques, mais aussi les thèmes et sous thèmes qui ont émergé des verbatim.

La troisième phase : le regroupement. Pour ce qui est de cette étape, il s'est agi pour nous de faire un regroupement en thèmes et en sous-thèmes.

À la quatrième phase, les thèmes potentiels élaborés précédemment ont été lus et relus en vue de leur raffinement.

Au cours de la cinquième phase, nous avons effectué les regroupements thématiques de façon cohérente tout en respectant l'intégrité des propos recueillis. Une fois, les représentations thématiques étant complètes et satisfaisantes, chacun des thèmes ont été renommés définitivement et ont été retenus pour l'étude.

La sixième phase a été consacrée à la présentation des résultats découlant de l'analyse thématique des données. Des extraits pertinents issus des données recueillies ont servi pour l'illustration des interprétations et des résultats pendant la discussion.

Cela a permis de dégager les thèmes et sous-thèmes contenus dans le tableau suivant :

Tableau 1 : thèmes et sous-thèmes

Thèmes principaux	Sous-thèmes
Connaissances sur les ADM	les méthodes d'investigation des décès maternels
	connaissance des ADM
	le déroulement d'une séance d'audit
	les avantages ou les désavantages des ADM : pour les sages-femmes, la qualité des soins et pour la structure de soins
Place des soins sages-femmes dans les ADM	les apports des soins sages-femmes dans les audits
	Ressenti des sages-femmes/maïeuticiens ayant eu des décès maternels au cours de leur travail face aux autres membres du personnel
	relation des sages-femmes avec les autres personnels réalisant les ADM
Expérience des sages-femmes sur les ADM	la réalisation pratique d'une séance d'audit selon leurs expériences à l'HDS
	l'expérience sur l'application de la charte d'audit
	l'adhésion et la participation des sages-femmes aux séances d'ADM
	participation à la formulation des recommandations
	leçons apprises suite aux séances d'audit

#### 4-8. Les critères de scientificité de l'étude

Notre étude a utilisé les trois critères de scientificité (crédibilité, transférabilité, confirmabilité) suggéré par Leininger (1994) auxquels nous avons associé un autre

critère ; l'imputabilité procédurale. Ils constituent en effet les quatre critères les plus usités en recherche qualitative (crédibilité, transférabilité, imputabilité procédurale et confirmabilité). Pour notre étude, des mesures et stratégies multiples et multiformes ont été développées pour le respect de ces critères.

#### **4-8-1. La crédibilité**

Une des principales stratégies que nous avons mises en œuvre pour la crédibilité de nos données est la triangulation. Pour ce faire, nous avons utilisé plusieurs outils pour collecter les données auprès des différentes sources. Ces données ont été collectées auprès des sages-femmes, certaines extraites des documents et d'autres relevées sur le terrain. La confrontation a permis de tirer des données concordantes à partir de ces trois sources (la triangulation). De plus une autre stratégie mise en œuvre est la validation. En effet les outils de collecte ont été validés par notre directeur et co-directeur de mémoire permettant d'avoir un instrument de collecte solide. En outre, la revalidation de nos analyses a été faite par les deux personnes ressources de notre étude donnant du même coup une crédibilité à ces résultats. Nous avons aussi fait preuve de réflexivité afin d'éviter que nos suppositions, nos préconceptions n'interfèrent avec les données du terrain. De plus les transcriptions ont été réalisées immédiatement après les interviews dans les soirées pour éviter la perte de certaines informations. Pour assurer la crédibilité nous avons utilisé les verbatim des participants pour appuyer nos idées. Ainsi, les résultats sont directement en lien avec le vécu des participants.

#### **4-8-2. La confirmabilité**

Pour assurer la confirmabilité, nous avons réalisé nous-même la collecte. Nous avons fait réécouter les enregistrements aux participants. De plus, nous avons réécouté les enregistrements et lu simultanément les verbatim pour nous assurer d'une transcription fidèle. Nous avons procédé aussi à une vérification minutieuse des transcriptions des verbatim et à une analyse tout en gardant une neutralité, en écartant nos subjectivités. Nous avons rédigé nos préconceptions, nos représentations sur les audits et veillez à ce qu'il n'y ait pas d'interférence avec nos analyses et interprétations dans l'étude. Nous avons aussi fait une restitution de nos analyses aux participants à l'étude afin qu'ils corroborent nos interprétations. Nous avons également soumis nos

interprétations à notre directeur et co-directeur pour une revalidation. Toutes ces actions nous ont permis d'assurer la confirmabilité des données de notre étude.

#### **4-8-3. L'imputabilité procédurale**

Notre guide d'entretien, notre fiche d'analyse documentaire, notre grille d'observation ont été testés et corrigés. Il a été administré de la même manière aux différents participants et éviter ainsi une variabilité ce qui peut induire des différences dans les compréhensions. Le matériel empirique tel que les enregistrements audio issus des entretiens, la transcription des verbatim que nous avons réalisé, le cahier de codification, les notes de terrain, les données de la fiche documentaire, les guides d'entretien et les analyses ont été mis à la disposition de toutes les personnes intéressées. Tout ceux-ci nous a permis de respecter le critère portant sur l'imputabilité procédurale.

#### **4-8-4. La transférabilité**

Pour ce qui est de la transférabilité, notre étude, dans le souci de respecter ce critère a procédé à une description assez détaillée de la méthode utilisée dans l'étude et du contexte d'étude. C'est ainsi que dans notre étude, nous avons décrit le système d'offre des soins ; des centres hospitaliers universitaires, puis des centres hospitaliers régionaux et l'hôpital du district sanitaire (y compris les centres de santé et de promotion sociale). Nous avons décrit davantage l'HDS et la maternité en y développant les aspects en lien avec les soins obstétricaux et les ADM. Nous avons réalisé aussi, dans cette étude une description sociodémographique (âge, sexe, ancienneté professionnelle, poste de travail) des participants à l'étude c'est-à-dire les sages-femmes/maïeuticiens. Nous avons procédé à une diversification de notre échantillon : diversification interne prenant en compte l'âge, l'ancienneté et la qualification professionnelle et une diversification externe avec le sexe et le poste de travail. De plus, nous avons mené nos entretiens jusqu'à saturation des données ce qui représente un élément fondamental en ce qui concerne le critère de transférabilité.

#### **4-9. Les considérations éthiques de l'étude**

Pour la réalisation de la présente étude à l'HDS de Boulmiougou, nous avons soumis une demande d'autorisation d'enquête à la Direction Régionale de la Santé du

Centre. C'est ainsi qu'en date du 16/07/2018, autorisation nous a été donnée de procéder à la collecte des données. Dans le but d'obtenir l'accord des sages-femmes/maïeuticiens et pouvoir commencer la collecte des données, nous leur avons fourni individuellement les notes d'information sur l'étude pour lecture. Cette note d'information explicite l'étude qui sera réalisée. Dans ce volet, nous avons annoncé les buts et les objectifs de la recherche, décrit la méthodologie de l'étude en faisant ressortir les conditions de participation, les techniques et outils de collecte des données, les avantages et les inconvénients liés à la participation à l'étude. Aussi dans cette note, information leur a été donnée que pour la collecte des données trois outils seront utilisés. Ce sont le guide d'entretien avec enregistrement de leurs propos avec un dictaphone si toutefois ils sont d'accord, la fiche d'analyse documentaire et le journal de bord. Aussi, nous leur avons signifié le caractère volontaire et non contraignant quant à la participation à l'étude. En outre, possibilité leur a été donnée de répondre à tout ou à une partie des questions quand bien même ils consentent à participer à l'entretien. Ils peuvent également se retirer entièrement de l'enquête sans subir aucun préjudice. Si tel est le cas, les données et les enregistrements audio seront détruits de façon tout à fait confidentielle et ne pourront être utilisés ni pour cette étude, ni pour aucune autre. Nous avons donné par la suite l'opportunité aux participants de poser toutes les questions qu'ils jugent nécessaires afin de mieux comprendre l'étude. C'est à la suite de cette étape que le formulaire de consentement libre et éclairé a été soumis aux participants volontaires pour lecture et signature en y inscrivant la mention "lu et approuvé". Pour l'interview, nous avons choisi un lieu où l'entretien s'est fait dans le calme et à l'abri des intrusions des visiteurs. De plus, nous avons attribué un code à chaque participant en lieu et place de son identité afin d'assurer leur anonymat. Ce code alphanumérique était composé par « SFE » et un numéro choisi entre un (1) et dix (10). Pour assurer la confidentialité, les informations recueillies auprès des participants (les enregistrements vocaux y compris les verbatim) ont été gardés sur notre ordinateur. En outre, l'accès à ces données confidentielles se fait par un mot de passe détenu uniquement par les trois membres de l'équipe de recherche (étudiant-chercheur, directeur et co-directeur de mémoire). Ces données resteront toujours confidentielles et seront détruites 12 mois après la fin de l'étude.



## **CHAPITRE V. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

Ce chapitre de notre étude présente les résultats issus de l'analyse des données collectées sur le terrain. La présentation des résultats va s'articuler autour de deux parties essentielles. La première aborde les données sociodémographiques des enquêtés. La seconde partie quant à elle présente les résultats issus de l'analyse des verbatim des participants, des notes de terrain et des informations en lien avec l'exploitation des documents sur les ADM.

Après le recrutement nous avons mené des interviews. Notre échantillon théorique était fixé à 10 personnes. Cependant au terme de nos entretiens, nous avons atteint la saturation des données avec 09 sages-femmes/maïeuticiens.

### **5-1. Profil sociodémographique des participants**

Les 09 personnes qui ont effectivement pris part à l'enquête comprenait 04 enquêtés de sexe masculin (les maïeuticiens) et 05 autres de sexe féminin (sages-femmes).

Au plan de la qualification professionnelle, seule une personne est dans le corps des attachés de santé en soins gynéco-obstétricaux (il était précédemment maïeuticien). Les 08 autres relèvent de celui des sages-femmes/maïeuticiens. De plus parmi les personnes enquêtées, deux agents de santé ont débuté leurs carrières dans le corps des infirmiers brevetés avant d'évoluer après un concours professionnel dans celui des sages-femmes/maïeuticiens.

Pour ce qui est de leur ancienneté professionnelle, toutes les 09 personnes de notre échantillon ont plus de 10 ans de service dans le domaine de la santé. Les plus anciens en activité au nombre de trois ont 19 ans, et le plus jeune a 10 ans soit une moyenne générale d'ancienneté professionnelle de 14,8 ans. Cependant, pour ce qui est de l'ancienneté au sein de la maternité de l'HDS de Boulmiougou, le plus ancien dans cette structure a 10 ans de service et le moins ancien a 03 ans. L'ancienneté moyenne dans cet hôpital est de 6 ans.

Plusieurs participants à l'enquête n'ont pas bénéficié de formation sur les ADM. En effet seules deux personnes ont eu une formation dans ce sens. Quant à la participation aux

séances d'ADM par les enquêtés, le nombre de séances auxquels ils ont assisté varie allant d'une seule participation pour d'autres à 04 participations et plus pour certains. En effet ces deux dernières personnes, faisant partie du comité d'audit ou comité de rédaction ont de ce fait pris part à plus de quatre séances d'ADM. Deux personnes ont assisté seulement à une seule séance d'ADM.

Les personnes enquêtées dans notre étude proviennent de différents postes de travail de la maternité tel que le poste : suite de couche, planification familiale, dépistage des lésions précancéreuses, salle d'accouchement, salle d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et de la salle de consultation curative. Le tableau suivant donne un aperçu général de ces données sociodémographiques.

Tableau II : récapitulatif sur les données sociodémographiques.

<b>Sages-femmes /maïeuticiens</b>	<b>Sexe</b>	<b>Ancienneté professionnelle</b>	<b>Ancienneté dans la maternité de HDS</b>	<b>Formation sur les audits</b>	<b>Nombre de participation aux audits</b>
<b>SFE1</b>	F	11 ans	06 ans	Non	03
<b>SFE2</b>	F	10 ans	10 ans	Non	02
<b>SFE3</b>	F	14 ans	05 ans	Non	02
<b>SFE4</b>	M	19 ans	08 ans	Oui	> 4
<b>SFE5</b>	M	19 ans	07 ans	Non	03
<b>SFE6</b>	M	18 ans	07 ans	Oui	01
<b>SFE7</b>	F	13 ans	03 ans	Non	>04
<b>SFE8</b>	F	19 ans	04 ans	Non	01
<b>SFE9</b>	M	10 ans	04 ans	Non	02

## **5-2. Connaissances des sages-femmes/maïeuticiens**

Nous nous sommes intéressés dans notre étude aux connaissances des sages-femmes sur les méthodes d'investigation des décès maternels, à la connaissance même de l'ADM, à la réalisation des audits, au déroulement d'une séance d'audit, aux

avantages/désavantages des ADM pour les sages-femmes, pour la qualité des soins et la structure hospitalière.

En effet, l'analyse des résultats des entrevues a fait ressortir des idées communes ou semblables et des idées dissemblables ou divergentes.

### **Connaissances sur les méthodes d'investigation des décès maternels**

Les enquêtés ont fourni des réponses divergentes pour ce qui est des différentes méthodes d'investigation des décès maternels. En effet si plusieurs d'entre eux connaissent les audits de décès, il n'en ait pas de même pour les autres méthodes. En effet SFE4 affirme : « *Oui il y en a jusqu'à cinq dont l'autopsie verbale* ». Cependant, après maintes réflexions, il n'a pas pu citer les autres. « *Les ADM, les autopsies verbales, mais, c'est cela n'est-ce pas ? (Silence). Mais je ne sais pas si le district le fait. Je ne sais vraiment pas* » soutient SFE3 [*semble se retenir dans ses propos*]

SFE6 a aussi montré les méthodes d'investigation sur les décès maternels qu'il connaît à savoir les ADM et les autopsies verbales. C'est pourquoi, il dit « *ce sont les audits que nous on connaît hein ; il peut arriver que les agents partent vers la communauté pour savoir ce qui s'est passé avant la venue de la femme. C'est ce qu'il appelle les autopsies verbales* » [*long silence de réflexion*].

SFE9 estime que les staffs cliniques et les ADM peuvent être utilisés pour l'investigation sur les décès maternels. Il le dit en ces termes « *Si je ne me trompe pas ce sont les staffs et les ADM qu'on peut utiliser pour faire des recherches sur les décès maternels* ».

Concernant les méthodes d'investigation sur les décès maternels, seules trois personnes parmi les enquêtés ont reconnu l'existence d'autres méthodes en particulier les autopsies verbales qui, selon certains ne sont pas réalisées. SFE5 le souligne en ces termes « *Mbon d'autopsie verbale dans le district je n'en connais pas. Il n'y a pas d'autopsie verbale* » [*s'exprime en remuant la tête en signe de négation*].

D'une manière générale, les participants à l'enquête n'ont pas pu énumérer les différentes méthodes d'investigation des décès. Cependant les ADM sont bien connus

des enquêtés. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas reçu de formation. De plus, les autres méthodes d'investigations ne sont pas réalisées au sein du district car certains relevant du niveau régional ou national. Les autopsies verbales qui doivent être réalisées au sein de la communauté par l'équipe cadre de district avec le personnel de la maternité ne sont pas faites.

### **Connaissances sur les ADM**

Abordant les connaissances sur les ADM, plusieurs enquêtés ont fourni des réponses et la décrivent comme une étude permettant de déceler les insuffisances ayant concouru au décès d'une parturiente. Il vise aussi à mettre en œuvre des mesures correctrices et éviter des cas similaires. En effet SFE1 sur la connaissance des ADM, soutient par ces mots : *« une étude faite sur les cas de décès maternel (...), permet de faire un bilan succinct des activités de prise en charge de la patiente en énumérant les causes, les péripéties, les conséquences, (...) de l'admission de cette dernière jusqu'à son décès »*. C'est également dans ce sens qu'abonde SFE2 pour qui *« c'est une technique, (pause), c'est l'étude, en fait je prendrai ça comme une étude qui a pour utilité de rechercher les causes des décès maternels voilà et puis des pathologies et problèmes qui sont survenus. C'est à but formatif, également »*.

L'ADM est une analyse du processus de prise en charge d'une parturiente depuis la porte d'entrée dans le système de soins périphérique jusqu'au niveau supérieur. Cette analyse identifie les insuffisances qui ont entraîné les cas de morbidités sévères ou le décès maternel afin de pouvoir prendre des mesures correctrices.

C'est dans ce sens que SFE4 tient ces mots suivants : *« C'est un processus qui permet de revoir le cheminement de la femme depuis la porte d'entrée jusqu'à son décès hein ! (...), permet de revoir notre prise en charge, nos erreurs (...) jusqu'au décès de la femme et surtout les corriger »*. Ce point de vue est soutenu par SFE5 : *« (Silence) Ehi !. C'est une stratégie, qui permet au personnel d'effectuer une étude, d'investiguer (...) tout décès maternel qui survient dans une structure. (...) identifier des causes, qui soient évitables ou pas (...) formuler des recommandations pour éviter que ces situations non souhaitées ne surviennent [parle avec assurance]. »*

D'une manière générale, tous les enquêtés ont pu fournir des réponses assez similaires sur la connaissance des ADM et ce malgré le fait que très peu d'entre eux avaient bénéficié de formation. Ceci prouve que les sages-femmes/maïeuticiens participant à l'enquête ont une connaissance des ADM. Cela peut alors influencer leurs perceptions des ADM.

### **Connaissances du déroulement d'un ADM**

Sur les connaissances du déroulement d'un ADM, les enquêtés ont expliqué que n'ayant pas bénéficié de formation, ils n'avaient pas de réponse très appropriée à fournir. C'est la raison pour laquelle SFE7 soutient : *« je n'ai pas reçu de formation sur les audits, donc je sais pas comment cela devrait se faire théoriquement » [s'exprime en remuant de la tête].*

Les ADM sont réalisés à la suite d'un décès maternel. Cette activité est réalisée en général au moins un mois après le décès. Une enquête préliminaire est réalisée par le comité d'audit qui est chargé de mener des investigations sur le décès avant la séance d'audit. C'est dans ce sens qu'affirme SFE5 *« Ehi ! Ça se fait à chaud. Et il y a un système cohérent qui est mis sur pied. Un comité d'audit existe au sein du CMA et est composé d'un certain nombre d'acteurs, bloc opératoire, maternité, etc. »*. Cette idée est aussi soutenue par SFE1 en ces mots : *« Hum, on réunit la plupart du temps tous les acteurs concernés, médecin, coordonnateur (des soins infirmiers et obstétricaux) du district, MCD, les acteurs de la santé sont conviés et ensemble on essaie de voir comment statuer »*.

Plusieurs sages-femmes/maïeuticiens sont seulement invités à participer aux séances de restitution des ADM. De ce fait, ils ont peu de connaissance sur le processus complet des ADM. Le manque de formation des participants favorise cette méconnaissance et peut être préjudiciable à la réussite des ADM.

### **Connaissances des sages-femmes sur les avantages et/ou désavantages des ADM**

Concernant les avantages et/ou désavantages des ADM, les interviewés ont tous reconnu l'importance de cette pratique. La réalisation des ADM peut être une opportunité de formation continue pour les sages-femmes/maïeuticiens et

d'amélioration de la qualité des soins. En effet, pour SFE2 « (...) *c'est à but formatif, c'est pour comment je vais dire, c'est un recyclage, on nous forme, on nous recycle* ». Les audits pour certaines sages-femmes sont des opportunités de formation, d'amélioration des connaissances et des compétences des prestataires. C'est dans cet ordre d'idée qu'intervient SFE3 en disant : « *les audits permettent de connaître, d'avoir plus de connaissance sur la prise en charge de certains cas. (...) pour les sages-femmes, on n'a pas encore fini d'apprendre car il y a des cas qui viennent et brusquement y a des décès* ». Cet argument est défendu par SFE6 par ces propos : « *pour les agents de santé, ça peut être le renforcement des compétences dans la prise en charge, pour éviter qu'un décès maternel survienne des suites de la même cause* ».

Cette idée est aussi partagée par SFE7 pour qui les ADM permettent de « *voir nos failles et les corriger pour les prochaines prises en charge* ». Il va plus loin en affirmant : « *pour nous prestataires, je vois qu'au moment des audits on se rend compte qu'on n'écrit pas alors qu'on pose beaucoup d'actes. (...). On se réfère au dossier pour travailler. Donc, pendant les audits ça nous interpelle beaucoup sur les écrits* » [s'exprime avec aisance et conviction et insiste sur le bien-fondé de tout noter dans le dossier clinique]. Cette idée est partagée par SFE1 en ces mots : « *la présentation du cas, vous allez vous rendre compte des petites erreurs qui ont été commises lors de l'admission de cette dernière ou bien durant son séjour au sein de votre structure, ça amène les gens à se corriger* ».

Concernant les avantages des ADM, SFE9 affirme également : « *Oui il y a un avantage pour les sages-femmes/maïeuticiens, ça nous permet vraiment de savoir où y a eu vraiment l'erreur, la personne s'est mal conduite, y a tout ça là qui est vraiment, ça nous permet d'améliorer les compétences* ».

D'une manière générale, les participants ont soutenu que les ADM avaient des avantages certains sur les prestataires de soins obstétricaux car permettant une formation ou un recyclage, un renforcement des compétences des différents acteurs.

Les ADM avaient également des avantages sur la qualité des soins et partant une bonne appréciation de la structure hospitalière par les populations. Cette idée est

soutenue par SFE2 pour qui « *C'est pour améliorer les statistiques c'est vrai, (...), dans une structure où on a tendance à voir beaucoup de décès maternels, des cas malheureux comme ça, y a la fréquentation qui va diminuer, y a la renommée aussi.*

Cette idée est partagée par SFE6 pour qui « *pour la structure de soins ; ça peut amener le taux de fréquentation à augmenter, parce que si vous amenez votre patiente et elle ressort avec son enfant, ce qui est d'ailleurs recherché, ça va amener les gens à revenir.* Pour SFE7, les ADM procurent des bénéfices pour l'HDS en général et de la maternité en particulier. « *Pour la structure de soins ça permet d'avoir une idée sur les différentes causes des décès et corriger cela ; les décès maternels et infantiles quoi. Ça permet d'avoir une bonne réputation de la structure* » soutient SFE7.

Les enquêtés ont tous reconnu que les ADM ont des avantages. Ils estiment que s'il y avait des désavantages ou des inconvénients, les responsables des structures hospitalières n'allaient pas les proposer et les agents de santé seraient réticents à les réaliser. Plusieurs prestataires affirment qu'il n'y en a pas de désavantages ou d'inconvénients dans le cas des ADM. Néanmoins, un des participants a plutôt parlé d'insuffisance ou de limite dans les ADM. En effet pour SFE5 « *je trouve plus, que ce n'est pas un inconvénient mais une limite* ». Pour lui le caractère anonyme et l'absence de sanction n'incite pas beaucoup le personnel sage-femme/maïeuticien à se corriger. Il le dit en ces termes « *Maintenant les inconvénients moi je vois ici, (silence.) On fait la recommandation (...), il n'y a pas de sanction quand on fait des audits, (...), dans toutes démarches humaines pour permettre la qualité, il faut qu'on sanctionne, (...) c'est une limite* » [avec un air pensif].

En résumé pour ce qui concerne le thème portant sur les connaissances, l'enquête montre que les sages-femmes/maïeuticiens méconnaissent les différentes méthodes d'investigation des décès maternels. Cependant, seules les autopsies verbales ont été évoquées par les participants à l'étude. Le processus conduisant à la réalisation de ces ADM est aussi très peu connu par les enquêtés car ceux-ci proposaient des réponses souvent divergentes. La méconnaissance des autres méthodes d'investigation des décès maternels et du processus conduisant à la séance d'audit peut s'expliquer par le

manque de formation des sages-femmes/maïeuticiens et l'absence des documents y afférents.

Les sages-femmes/maïeuticiens ont une meilleure connaissance des ADM comparée aux autres méthodes d'investigation des décès maternels ce qui peut très bien faciliter l'acceptation de cette dernière par ces agents. Les participants aux enquêtes reconnaissent tous que les ADM ont des avantages non seulement pour les prestataires que pour la structure hospitalière. Les ADM peuvent s'ils sont bien réalisés, contribuer à réduire les décès maternels ce qui peut induire une perception positive chez les prestataires.

### **5-3. Place des soins fournis par les sages-femmes dans les ADM**

La réalisation des ADM est l'œuvre d'une équipe composée du personnel de soins aux qualifications différentes. Ces audits portent sur le processus des soins. Au regard de cette situation chaque corps a une contribution spécifique pour la réussite de ces ADM. C'est ainsi que les sages-femmes/maïeuticiens de l'HDS de Boulmiougou s'y impliquent également. Nous avons d'abord dans cette partie le ressenti des sages-femmes/maïeuticiens ayant eu des décès maternels au cours de leur travail face aux autres membres du personnel. Ensuite la relation des sages-femmes/maïeuticiens avec les autres personnels de santé participant aux ADM est abordé et enfin la place des soins sages-femmes et prestataires dans les audits.

#### **Ressenti des sages-femmes/maïeuticiens ayant eu des décès maternels au cours de leur travail face aux autres membres du personnel**

Le ressenti des sages-femmes/maïeuticiens ayant eu des décès maternels au cours de leur travail face aux autres agents de santé ou le personnel des autres unités de soins et les agents de l'administration est une donnée importante pouvant jouer sur le moral des prestataires. Cette situation peut les faire redouter davantage les audits de décès. Cette situation peut encore détériorer les relations entre les sages-femmes/maïeuticiens et ces agents de santé.

Le ressenti envers ce personnel varie selon les propos des participants. Pour SFE3, les sages-femmes se savent soutenues moralement par leurs collègues. Par devoir de



solidarité, les sages-femmes se soutiennent car elles estiment que c'est une situation malheureuse qu'elles peuvent rencontrer dans l'exercice de leur profession. Pour SFE3, « *lors des décès ils sont soutenus moralement et on cherche à savoir les causes, les circonstances dans lesquelles elle est décédée. (...), c'est nécessaire parce que aujourd'hui c'est toi, qu'est ce qui prouve que demain ça ne sera pas moi* ».

SFE4 partage cette opinion en soutenant : « *ici, nous on se soutient. Ici, s'il y a un décès le moral est bas, l'essentiel c'est de les aider à remonter leur moral. Sinon ici on se soutient, il n'y a pas de sentiment de culpabilité envers quelqu'un* ».

SFE6 dans cet ordre d'idée soutient que formant une équipe soudée il ne peut y avoir que du réconfort entre eux dans les moments difficiles. Pour lui, « *Si c'est entre nous ici, il n'y a pas de problème. On travaille en équipe là. Il n'y a pas à incriminer l'un ou l'autre ou les équipes ou dire que c'est votre équipe* ».

« *Mbon, généralement c'est d'abord un soutien, quel qu'en soit ce qui s'est passé hein! envers les autres collègues ; c'est d'abord un soutien* » soutient SFE8. Il est formel dans ces propos car pour lui dans des situations similaires, le soutien envers les collègues se développe.

Certains sages-femmes/maïeuticiens sont plutôt sceptiques par rapport au comportement de soutien que leur accordent les autres agents de santé dans les situations de décès maternel. En effet, certaines personnes estiment qu'il y a une diminution de ce sentiment faisant alors place aux culpabilisation des prestataires. C'est la raison pour laquelle SFE7 s'exprime ainsi : « *(...), il y aura certains collègues qui vont te soutenir d'emblée, d'autres vont chercher à comprendre d'abord hahan ! Et d'autres aussi vont te culpabiliser sur place en disant tu n'aurais pas dû, tu aurais dû faire ceci ou cela !* ». Dans le même ordre d'idée, il affirme : « *(...) voilà des gens qui soutiennent, d'autres comprennent, cherchent à comprendre d'abord avant de condamner ou de blâmer ou de soutenir, d'autres aussi qui te blâment d'emblée* ».

Pour certains personnels de soins, ils estiment qu'ils sont plutôt plus ou moins culpabilisés par les autres agents. Parmi ces agents figurent le personnel administratif ou ceux ne dispensant pas de soins. « *(...) avec l'administration, c'est toujours la*

*même chose, on va d'emblée commencer à blâmer quelqu'un ou en vouloir à quelqu'un si toutefois tu ne sais pas ce qui s'est passé »* affirme SFE8. Cet argument est défendu par SFE6 en ces termes « (...) *mais devant l'ECD, le MCD, tu ne peux pas empêcher que l'on dise...[ne termine pas sa phrase, semble accuser le MCD]* ». SFE3 partage ce point de vue à travers ces termes « *pour nos supérieurs, c'est malheureux, ils vont te dire, tu aurais dû faire ça. Dans ces tu aurais dû là, vraiment on est en train de (pause) si possible même on est en train de te donner des PV, des lettres d'explication* » [s'exprime avec un sentiment de dépit].

Par ces propos SFE3, montre du même coup le manque de soutien des supérieurs hiérarchiques à l'égard des sages-femmes ayant eu des décès maternels lors de leur travail. Cette situation n'est pas de nature à encourager la pleine participation des sages-femmes/maïeuticiens à la réalisation des ADM.

Au regard des propos des enquêtés, il ressort que les prestataires de soins se soutiennent mutuellement. Cependant les sages-femmes/maïeuticiens estiment que ce soutien n'est pas systématique avec les responsables administratifs de l'hôpital qui ont un regard très critique envers eux.

### **Relations entre sages-femmes/maïeuticiens et autres personnels intervenant dans les ADM**

La réalisation des ADM à l'HDS de Boulmiougou est effectuée avec le concours d'une équipe composée par plusieurs corps de métier ; chacun devant participer activement à la réussite de la pratique. Pour ce faire, la collaboration des sages-femmes avec les autres personnels de soins est nécessaire. La contribution de chaque corps étant importante dans les ADM. Reconnaître la contribution des sages-femmes/maïeuticiens par les autres agents de santé (médecin anesthésiste-réanimateur, gynécologue-obstétricien, attaché de santé en anesthésie-réanimation, attaché de santé en chirurgie, administrateurs du district) intervenant dans les ADM est très capital. En effet cette situation peut beaucoup faciliter la collaboration entre ces différents corps et partant une meilleure réalisation des audits. Pour certains sages-femmes/maïeuticiens, il y a une bonne relation entre les agents de santé et ils

reconnaissent la part contributive de ces derniers dans la réalisation des ADM. « *Oui ils reconnaissent l'importance des sages-femmes dans les audits mais qu'est-ce qu'ils font pour cela (silence) (...). Je ne vois pas ce qu'ils font pour améliorer, pour motiver la participation des sages-femmes à vraiment s'investir pour les audits là* » soutient SFE7 dans ces propos.

SFE8 est du même avis et il le dit en ces termes : « *Oui bien sûr, ils le savent, ils le reconnaissent, même si ce n'est pas dans sa totalité* ».

Cette reconnaissance est aussi soulignée par SFE3. Les autres prestataires savent qu'ils sont les plus proches des patients au sein de la maternité. C'est en ces mots qu'il le dit : « *Oui oui, ils reconnaissent parce que ce sont les sages-femmes qui collectent les informations, c'est elles qui rédigent et présentent parce que c'est elles qui connaissent le tableau, le terrain. Donc nous devons avoir de bonnes relations entre nous* ».

### **Place des soins sages-femmes/maïeuticiens et leurs prestataires dans les ADM.**

Les soins fournis aux patientes sont l'œuvre de plusieurs corps tous concourant à améliorer la santé des clientes. Nous avons les sages-femmes/maïeuticiens, les gynécologues-obstétriciens, le personnel du bloc opératoire (chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs), les administrateurs du district sanitaire, les ambulanciers, les pharmaciens, les biologistes etc. La réalisation des audits consiste à évaluer la qualité des soins offerts. Les soins sages-femmes/maïeuticiens ont, au regard de leur prégnance une place importante dans les ADM. C'est à ce titre que les enquêtés soutiennent que leurs soins sont des éléments importants dans les ADM comparés à ceux des autres agents. En effet, SFE7 le dit en ces termes : « *Sinon ils savent que nos soins sont au centre des audits parce que c'est surtout les soins que nous donnons qui sont le plus examiné* ». « *Quand on veut bien voir, la plupart du temps l'audit va porter sur les soins que nous prodiguons. Parce que c'est nous qui sommes là. Les autres ne viennent pas. Souvent c'est au téléphone qu'ils donnent des consignes* » clame SFE4 [un peu énervé dans ses propos]. SFE8 soutient plus loin : « *Nos soins sont et demeureront au centre des ADM que ça soit ici ou ailleurs et partant c'est*

*nous qui sommes au centre* ». D'une manière générale, la majorité des enquêtés ont affirmé au cours des entretiens que les soins prodigués par les sages-femmes/maïeuticiens demeurent au centre des ADM. C'est ainsi qu'ils évoquent en exemple la tenue du dossier des patients qui est très importante pour la réussite des ADM. Les dossiers sont rédigés dans cette structure hospitalière par les sages-femmes/maïeuticiens. Les sages-femmes sont les plus proches des patientes en matière d'offre des soins. De ce fait, ils doivent noter tous les actes et les produits administrés ; tous les soins fournis aux patientes doivent être notés. « *Depuis lors que j'ai participé aux audits, je vous assure que dans mon dossier, rien ne passe inaperçu. Je note tout à la lettre. (...) je comprends l'importance de tout noter. Tous les i là, je ne les rate pas.* [Parle avec insistance sur l'importance de la notation] soutient SFE8.

Les sages-femmes/maïeuticiens ayant participé à l'entretien ont reconnu qu'ils ont un grand apport à faire dans la réalisation et la réussite des ADM. En effet SFE4 reconnaît : « *Bien sûr c'est nous les sages-femmes/maïeuticiens qui sont au centre depuis la rédaction, le jour de l'audit, les débats, c'est eux, donc je me dis que ce sont les sages-femmes/maïeuticiens qui sont au centre de ces audits* » [parle avec un ton élevé]. Pour démontrer toujours l'apport des sages-femmes, il affirme : « *Sur les audits, il y a un médecin qui dirige, mais la plupart du temps ce sont les sages-femmes qui font le travail ; c'est eux même qui sont au centre* » [parle avec vigueur]. Ce point de vue est partagé par SFE5 qui dit « *Mbon, je peux dire oui. Au niveau de la maternité ici, ce sont les sages-femmes/maïeuticiens qui produisent les rédactions, les documents sur les audits de décès de concert avec le comité* ». SFE7 dans cette optique affirme : « *Bien sûr, puisse que les débats c'est eux qui les mènent, y a les gynéco oui, les débats c'est entre sages-femmes et gynéco, entre collègues qui font les apports. Et surtout les différentes critiques là !* ».

Les sages-femmes ont un grand apport à faire dans le cadre des ADM en « *rédigeant bien son dossier, en renseignant tous les items, en annotant toutes les informations, généralement, ça ne cause même pas de problème lorsqu'on veut faire un audit. Voilà ! Moi je dis la sage-femme doit tout noter* » affirme SFE7.

Pour les sages-femmes/maïeuticiens, les soins qu'ils fournissent ont une place primordiale dans les ADM dans la mesure où ils sont les plus proches à offrir des soins aux patientes. De plus, ils ont des apports à faire pour faciliter la réalisation des ADM. En effet, ils estiment que la bonne gestion du dossier des patientes avec le remplissage parfait des items favorise la réalisation des ADM par l'exploitation des données de ces supports. Cette tâche leur est dévolue à eux, ce qui les rendent incontournable dans la réalisation des ADM. Mieux auront-ils le sentiment d'être utile dans les ADM, mieux ils pourraient avoir une perception positive des audits.

#### **5-4. Expérience des sages-femmes**

Pour ce qui est des expériences des sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM, un des trois principaux thèmes abordés dans cette enquête, les participants se sont tous exprimés. Les points suivants ont été abordés : l'expérience de la réalisation des ADM à l'HDS de Boulmiougou et dans les structures hospitalières antérieures, l'application de la charte d'audit, le ressenti des sages-femmes/maïeuticiens ayant eu des décès maternels au cours de leur travail face aux autres membres du personnel, les facteurs liés à l'adhésion et la participation des sages-femmes aux ADM et les leçons apprises suite aux ADM ont été développées par les enquêtés.

#### **Expérience sur la réalisation des ADM à l'HDS de Boulmiougou**

La réalisation d'une séance d'audit à la maternité de l'HDS de Boulmiougou a été décrite par les participants. D'une manière générale, les réponses des uns contrastaient avec celles des autres. Pour beaucoup de participants à l'étude, les réponses fournies divergeaient concernant le processus normal aboutissant à la réalisation des audits. Le travail préliminaire est réalisé par le comité d'audit. Par conséquent les actions précédentes à cette étape leur sont méconnues.

SFE4 résume la réalisation d'une séance d'audit de décès au sein de la maternité de l'HDS en ces termes « *dès que le décès est constaté, immédiatement dans la semaine, il faut auditer. Il y a un comité d'audit qui est installé et il y a quelqu'un qui est chargé de rédiger le dossier et après on convoque le personnel* ».

Ce point de vue est aussi partagé par SFE5 qui décrit le processus de réalisation suivant « *quand le décès survient au niveau de la maternité, (...), il y a quelqu'un qui (...) fait le constat de décès (...), porte à la connaissance des membres du comité et maintenant, un comité d'action se met sur place qui rédige le rapport* ».

Cependant, SFE6 ignore le processus aboutissant à la séance d'ADM à l'HDS de Boulmiougou. Il soutient « *Personnellement j'ai assisté une et une seule fois. Donc je ne m'y connais pas très bien comment ça se passe ici* ».

De ce fait, il nous décrit le processus des ADM à la maternité de Boulmiougou qui est un peu en contradiction avec celui donné par les deux précédents participants. SFE6 d'une voix hésitante affirme « *Mbon quand il y a un décès maternel, je pense qu'on prend le dossier, il est transmis au SUS qui jette un coup d'œil aussi pour voir* ». Dans cet ordre d'idée il ajoute « *et après le CISSE (le responsable du centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique) passe aussi et c'est après cela, le district est invité avec les autres agents pour faire l'audit* ».

La réalisation des ADM n'est pas systématique dans l'HDS de Boulmiougou comme préconisé par plusieurs études. En effet SFE4 affirme « *C'est par cas et c'est ce qui fait qu'on ne fait pas tous les audits : à chaque décès un audit. (...) si on a eu 5 cas de décès par hémorragie on regarde parmi les 5 et on tire un* ».

En effet, cette situation s'explique par les difficultés de mobilisation des membres du comité et des participants à la séance de restitution. SFE4 l'affirme en ces termes : « *Nous ne faisons pas plus de deux audits de décès par séance et de plus on a des difficultés pour convoquer les agents de santé. Et comme c'est une question de moyen financier* » [propos d'un membre du comité d'audit]. Cette situation nécessitant des moyens financiers fait que tous les cas de décès maternel ne sont pas audités. SFE8 évoque cette situation en disant « *généralement on choisit un cas de décès et on audite. Ce n'est pas tout cas qu'on fait l'audit. Mbon, pour la séance que j'ai participé je sais que pendant la période ce n'était pas le seul cas ! (...)* »

En effet, les rapports du premier semestre 2018 ont montré que onze décès maternels ont été enregistrés. Le comité d'audit a réalisé deux séances d'ADM au cours desquels, les onze décès maternels ont été audités (District sanitaire de Boulmiougou,

2018). Cela montre que tout décès maternel n'est pas systématiquement audité. L'audit se réalise au cours d'une séance où tous les décès seront examinés.

D'une manière générale, les activités des ADM sont réalisées sous forme d'atelier et nécessitent souvent des ressources financières pour la restauration et le carburant des participants. Certains sages-femmes/maïeuticiens n'ont pas une grande connaissance des différentes étapes du processus des ADM à l'HDS de Boulmiougou. De plus, tous les cas de décès maternel ne font pas l'objet d'audit de décès. En outre, les sages-femmes/maïeuticiens ne sont pas très nombreux à être invités lors de la restitution du travail préliminaire réalisé par le comité d'audit. La réalisation de ces séances d'audit et de restitution se faisant sous forme de séminaire nécessite des moyens financiers. Cette situation entrave donc l'invitation par l'administration du district sanitaire de plusieurs sages-femmes/maïeuticiens.

### **Expérience sur l'application de la charte d'audit**

Élément capital dans le processus des ADM, les participants à cette étude reconnaissent l'existence de la charte d'audit. Cependant ils apprécient diversement son application. En effet la charte doit être lue, portée à la connaissance des participants à l'audit et chacun y appose sa signature pour signifier son engagement à un respect intégral des directives ou contenus de celle-ci.

Pour SFE4, la charte est appliquée et respectée comme il l'atteste : « *Éh voilà la charte est respectée. Au début les gens ne comprenaient pas bien la charte. Mais dès qu'on a commencé à l'appliquer et à la respecter un peu un peu, ils ont compris* ». Dans cet ordre d'idée SFE5 soutient le respect de la charte. En effet, il affirme « *Oui la charte est respectée, jusqu'à preuve du contraire je n'ai jamais eu une information comme ça qu'il y a eu audit et il y a eu fuite de la charte* ».

Certains enquêtés ne se rappellent pas exactement du contenu, des instructions de la charte d'audit. C'est le cas de SFE7 et il affirme « *la charte ? (pause) Là où on parle de ne pas sanctionner là non ? Oui on ne met pas le nom de la patiente et pour les noms des prestataires aussi. Mais ici nous on ne signe pas la charte* » [s'exprime avec beaucoup d'hésitation].

La charte est selon SFE8, mise en application lors des ADM à l'HDS de Boulmiougou même s'il ne se rappelle plus exactement de son contenu. *« Pour la charte, on en parle lors des audits. Pour ce qui est du contenu, je sais qu'on a lu la charte, c'est dire qu'il y a des consignes tel que ne pas nommer, ne pas chercher à sanctionner, (...) [dubitatif dans sa réponse] soutient SFE8.*

Un bon respect du contenu de la charte par tous les acteurs, est un gage de réussite des ADM. Certains enquêtés ont cependant évoqué une insuffisance dans la mise en œuvre de cette charte. SFE2 atteste ces insuffisances en affirmant en ces termes *« nous sommes des êtres humains hein ! On ne peut pas dire qu'on met ça en pratique. On a tendance vraiment à fustiger les agents de santé, les responsables ont tendance à fuir leurs responsabilités. Tout retombe sur le petit agent (...) [légère colère dans ses propos car estimant que les gynécologues-obstétriciens ne jouent pas très bien leur rôle dans l'offre des soins].*

En effet SFE3 souligne que lors des ADM, ce sont les initiales des noms qui sont écrits. Il l'affirme en ces termes *« (...) on ne met pas de nom mais les initiales des noms, le plus souvent se sont les initiales que l'on met. On a mis madame KH »*

L'analyse documentaire nous montre pour ce qui est de la charte d'audit, que l'HDS de Boulmiougou en dispose une, intitulée charte des audits cliniques internes. En effet, cette charte définit d'abord ce qu'est l'audit clinique, donne l'utilité de l'audit clinique, puis les six (06) règles de bonnes conduites à observer par tous les participants à la séance d'audit. Ces règles sont : arriver à l'heure à la séance d'audit ; respecter l'expression et les idées de chacun ; respecter la confidentialité des discussions au sein du groupe. Les informations et problèmes discutés au cours de l'audit ne doivent pas être divulgués à l'extérieur de l'équipe (amis, familles, collègues d'autres structures de santé etc.) ; participer activement aux discussions ; accepter la discussion et le débat entre les participants sans violence verbale ; ne pas chercher à falsifier ou cacher des informations utiles pour la compréhension du cas audité ; essayer autant que possible (car ce n'est pas aisé) d'accepter la remise en cause de ses propres gestes (District sanitaire de Boulmiougou, 2018). Cependant dans cette charte, il n'est pas demandé aux participants d'apposer individuellement leur signature. Cela



confirme les propos de certains enquêtés. En effet ceux-ci disent n'avoir pas signé sur la charte d'audit.

À travers cette enquête, nous sommes à mesure d'affirmer qu'il y a une mise en application de la charte d'audit avec la pleine participation des prestataires. Certains de ces agents ont néanmoins évoqué des insuffisances. La mise en application réussie ou non de la charte peut jouer sur la perception qu'ont les sages-femmes des ADM.

### **Adhésion et participation des sages-femmes aux ADM à l'HDS de Boulmiougou**

La participation des sages-femmes est très importante si l'on veut réussir la réalisation des ADM et la mise en œuvre des recommandations pour améliorer la qualité des soins et contribuer à la réduction de la mortalité maternelle. À ce titre nous avons des facteurs motivants ou démotivants l'adhésion et la participation des sages-femmes/maïeuticiens aux ADM.

- Les facteurs pouvant motiver l'adhésion et la participation aux ADM

Pour ce qui est des facteurs pouvant motiver l'adhésion et la participation aux ADM, SFE3 évoque la motivation (financière surtout) en disant : « *si on pouvait donner une motivation voilà ce qui va pousser le personnel à venir. C'est ceux qui quittent les CSPS venir, c'est à eux on donne le carburant, la motivation* ».

Certains évoquent d'autres facteurs pouvant motiver l'adhésion et la participation aux audits comme la volonté ou l'engagement personnel, la possibilité de formation ou de recyclage que cela leur offre. SFE5 partage ce point de vue par ces propos « *Oui il y a des facteurs ici principalement je peux dire, c'est l'engagement personnel, c'est dire l'importance que l'on accorde à la chose, à participer et le fait que ça renforce les compétences* ». SFE8 est d'avis avec cette idée et il affirme : « *d'abord ce qui peut nous motiver à participer, euh pour moi c'est une forme de formation continue, je prends les audits dans ce sens* ». SFE1 voit par ailleurs l'amélioration de la qualité des soins comme motif incitant la participation des sages-femmes aux audits. Il le dit en ces termes « *Moi, je pense que tout audit a des avantages. Cela est motivant n'est-*

*ce pas ? Déjà y a le fait même qu'on aura une amélioration de la prise en charge médicale ».*

Nonobstant ces facteurs suscités qui peuvent inciter la participation aux ADM, force est de reconnaître qu'il y a plusieurs éléments selon les sages-femmes entravant ou démotivant leur implication dans ces audits.

- Facteurs pouvant démotiver l'adhésion et la participation des sages-femmes aux ADM

Les enquêtés ont soutenu dans leurs différentes interventions, l'existence de multiple facteurs entravant ou démotivant les participations aux différentes séances d'ADM à l'HDS de Boulmiougou.

Cette situation est évoquée par SFE4 pour qui l'absence de motivation financière est un frein à la participation aux ADM : *« il y a autre facteur c'est la motivation. Voilà ! Si on est pas motivé (la motivation financière), je pense que les gens ne vont pas venir. Surtout s'il n'y a pas de motivation financière ; c'est très difficile »*. Il va plus loin en affirmant *« je me rappelle (pause), il y a un mois on a failli grever, parce qu'il n'y a pas de motivation. (...) S'il n'y a pas de motivation financière c'est difficile (...), je ne pense pas qu'on puisse inviter les gens »* (SFE4) [propos d'un membre du comité d'audit].

La motivation financière a aussi été évoqué par SFE3, car pour lui *« Si on pouvait donner une motivation voilà ce qui va pousser le personnel à venir »*. L'absence de cette motivation est une des raisons de la non-participation des sages-femmes aux audits.

Outre les motivations financières, les participants ont relevé d'autres facteurs concourant à démotiver les sages-femmes à participer aux séances d'audit. Un facteur et non des moindres est le non-respect ou l'insuffisance d'application de la charte d'audit. En effet SFE7 souligne : *« Si, il y a une absence d'intéressement des sages-femmes, c'est avec les interpellations et autres, surtout les blâmes cela peut démotiver vraiment les gens à ne pas participer, si on a pas respecté la charte »*. SFE8 affirme

aussi en ces termes « *Oui lors du décès, lorsque tu apprends que malgré les efforts que tu as pu fournir et on trouve en conclusion que la faute revient à l'agent de santé (...), moralement ça peut démotiver le personnel* ».

La non mise en œuvre des recommandations issus des audits constitue un facteur démotivant à l'endroit des sages-femmes. Ce point de vue est partagé SFE6 qui par ces termes « *Mbon ce qui peut démotiver les agents c'est quand vous partez aux audits et que les recommandations ne sont pas mises en œuvre. A quoi ça sert d'assister à des audits dont les recommandations, ne sont pas mises en œuvre. (...)* » montre qu'il peut démotiver les agents de santé à s'investir pour la réussite des audits.

Le problème organisationnel a été évoqué par SFE7 en disant « *parce que dans d'autres structures ce n'est pas fait comme ce que je vois ici là! Donc moi je pense que c'est par rapport à l'organisation. Si c'est bien organisé beaucoup vont participer. Et c'est bien* ». SFE5 abonde dans le même sens en affirmant « *(...) même si on a la volonté de participer, si on est pas invité, on ne peut pas y participer. Il y a aussi le problème organisationnel* ». Ceci est en contradiction avec les propos de SFE4 qui affirme « *on fait la restitution à l'ensemble du district, tous les CSPS, et tous les sages-femmes/maïeuticiens, toutes les accoucheuses sont invitées pour que tous ceux qui sont dans le district puisse s'imprégner puisque ce sont eux qui nous envoie les femmes* ».

De plus, dans les deux rapports d'audit qui nous ont été présentés, il ressort que les participants aux séances de restitution sont les responsables de maternité des CSPS auxquels, cinq sages-femmes/maïeuticiens de la maternité de l'hôpital y ont été associés (District sanitaire de Boulmiougou, 2018). Ce nombre restreint des sages-femmes/maïeuticiens de la maternité a été relevé par ces derniers et serait une conséquence directe de leur faible participation. Pour ce qui concerne les facteurs démotivant la participation des sages-femmes aux séances d'ADM, les participants ont évoqué plusieurs raisons. C'est ainsi que nous pouvons citer le non-respect de la charte d'audit, la non mise en œuvre des différentes recommandations dérivant des ADM et le problème organisationnel. Tout ceci ne facilite pas la participation d'une grande majorité de sage-femme. En effet tous les prestataires dans les soins gynéco-

obstétricaux (sages-femmes/maïeuticiens, accoucheuses brevetées, accoucheuses auxiliaires, les agents du bloc opératoire, etc.) ne sont pas autorisés à participer aux séances d'audit ou de restitution. Ces restitutions sont souvent organisées sous forme de séminaire et nécessitent donc des moyens financiers servant à motiver les agents (perdiems, frais de carburant). Ceci a pour conséquence de limiter le nombre de participant en fonction du budget disponible. L'absence totale de financement a pour conséquence la non réalisation des ADM.

La rédaction de ces rapports prouve également que les séances d'audit ou de restitution sont réalisées sous forme d'atelier. Ceci pourrait alors être la raison de la non invitation de plusieurs personnes lors des restitutions.

En effet, plusieurs agents ont décrié cette situation et certains ont demandé de faire un plaidoyer afin que les responsables du district puissent faciliter la forte participation des prestataires de la maternité de l'hôpital.

### **Leçons apprises suite aux ADM**

Pour ce qui est des actions majeures qui les ont marquées et pouvant constituer des leçons, les sages-femmes/maïeuticiens lors des ADM, se sont exprimés. Si pour certains, ils n'y avaient pas assez de leçons majeures à tirer de ces audits, pour d'autres par contre ils nous ont livré des situations qui les ont surtout marqués tant positivement que négativement et constituent des enseignements importants.

Pour SFE3, il n'y en a pas. Il répond sans ambages « *Non* » (Silence) [*puis secoue la tête en signe de négation*]. Malgré les relances que nous avons faites, il estime qu'il n'y en a pas.

Une des situations les plus évoquées lors des séances d'audit, et pouvant constituer une leçon est le débat contradictoire portant sur le caractère évitable ou non de certains décès maternels. Ce débat est très fréquent lors des audits de décès. Il est d'autant plus intense, vif et fait suite aux soins institués par les prestataires. Cette situation est favorisée aussi par le fait que les dossiers des malades sont très souvent incomplètement remplis. En effet pour eux, si malgré les multiples actes et soins

fournis aux patientes ces dernières succombaient, ils sont peïnés que l'on affirme que le décès était évitable au cours des séances d'audit. Dans les nombreux rapports des séances d'audit, les membres du comité d'audit ont affirmé dans leurs conclusions que le décès était évitable même si des preuves irréfutables ne sont pas fournies. C'est dans ce sens qu'affirme SFE4 : *« Oui pour moi, les audits c'est quand on vous dit que le décès était évitable ça vous marque. Vous voyez ! Mais qu'est qu'on devrait faire pour éviter cela ? Les débats qui vont se mener constitue une leçon (...) »*.

Lors des ADM, il faut être à mesure de soutenir, défendre tout ce que l'on a posé comme acte dans les soins et refuser d'être incriminer soutient SFE5. Il affirme *« (...) il y a eu un décès, les gens ont audité, et à la fin, je ne peux pas dire que l'erreur, où le décès était non évitable mais on a dit que ce décès pouvait être évité »*. Dans cette logique, il continue en disant *« (...) j'ai dit que je ne suis pas d'accord. On ne peut pas me dire qu'on a fait ceci ou cela qui est à l'origine du décès sans apporter des évidences scientifiques. Il faut se défendre sinon les supérieurs vont t'enfoncer »* [SFE5 est très indigné par cette situation]

Cependant, pour certains sages-femmes/maïeuticiens la grande leçon ou opportunité qu'ils tirent ou qu'ils obtiennent des différentes séances d'audit est la possibilité qui leur est offerte de revoir leurs erreurs, leurs insuffisances pour se corriger ; ce qui est d'ailleurs le but des ADM. *« Ce qui m'a beaucoup plu se sont les apports, les critiques, vous revoyez vos erreurs, et puis l'équipe revoit ses erreurs. Quand on revoit ses erreurs, on est appelé à les corriger, surtout s'il y a eu décès (...) »* souligne SFE7.

En résumé, les sages-femmes/maïeuticiens perçoivent négativement les propos tendant à affirmer que le décès était évitable. Ils voient en cela une incrimination, une culpabilisation, une remise en cause de leurs pratiques professionnelles. Cette situation constitue une leçon importante qui les a marquées et les incitent à plus de rigueur dans l'offre des soins.

## **Les sages-femmes/maïeuticiens et la mise en œuvre des recommandations issues des ADM**

Pour ce qui est des recommandations, celles-ci sont formulées à l'issue de la séance de restitution à l'endroit des différents prestataires au niveau des CSPS, de la maternité de l'hôpital, du bloc opératoire et de l'équipe cadre de district.

Le but des ADM comme l'a relevé plusieurs participants à cette enquête, est d'identifier les insuffisances dans la prise en charge des parturientes et proposer des mesures correctrices pour améliorer la pratique obstétricale, l'administration des soins et par conséquent réduire les décès maternels. Cependant, la mise en œuvre des recommandations connaît plus ou moins des insuffisances selon les sages-femmes/maïeuticiens de cette structure ayant participé à l'enquête. SFE2 n'est pas satisfait de la mise en œuvre des recommandations. Il est même dubitatif sur l'existence d'un comité chargé de veiller à la mise en œuvre des recommandations. C'est pourquoi, il affirme « *Quand on fait les audits normalement, il faut qu'il y ait retour. On part, on s'assoit on fait l'audit, on se lève. Les recommandations doivent montrer ce que la structure doit faire qu'est-ce que les agents doivent faire* ». De plus, il soutient qu'« *on n'a jamais eu de retour par rapport à ça. Un comité de suivi des recommandations des audits hum je n'en connais pas. Même s'il y en a, je ne suis pas au courant* » [très sceptique sur l'existence d'un comité de suivi des recommandations].

Cette idée est partagée par SFE6 au sujet de l'existence même du comité de suivi des recommandations. Il le dit en ces termes « *Pour ce qui est de ce CMA (parlant de l'HDS) je ne sais pas s'il y a un comité de suivi de recommandation. Je ne peux pas répondre à cette question. (...) mais je n'en sais pas* » [s'exprime avec réserve, avec une méfiance].

Et SFE2 ajoute « *ça ne sert pas qu'on vienne s'asseoir à des rencontres, on fait des rapports, on dépose dans les tiroirs. Tout le temps ce sont les mêmes besoins (humains, matériels, financiers etc.) les mêmes recommandations mais, jamais de solution* ».

SFE4 reconnaît quant à lui la mise en œuvre des recommandations. « *Voilà effectivement il y a des recommandations, la mise en œuvre en tout cas, il y a des délais et on associe le MCD jusqu'aux responsables de service. Voilà, les recommandations dans la plupart du temps sont mises en œuvre* » [propos d'un membre du comité d'audit].

En outre, SFE7 et SFE8 reconnaissent l'existence des comités qui sont chargés de suivre la mise en œuvre des recommandations issues des différents ADM. C'est ainsi qu'affirme SFE7 : « *Oui, il y a un comité qui s'occupe de la mise en œuvre des recommandations. Il y a quelques recommandations à notre niveau oui* ». SFE8 poursuit en disant « *Si, il y a un comité de suivi de la mise en œuvre des recommandations* ».

Cependant dans les rapports et documents que nous avons exploités, nous n'avons pas eu connaissance de l'existence d'un comité chargé de suivre la mise en œuvre des recommandations. Cette tâche est dévolue aux membres de l'ECD ; ce qui ne devrait pas être le cas. L'équipe cadre du district dans ces différentes sorties de supervision essaie de veiller à la mise en œuvre de ces recommandations. Cependant ces missions de supervision se faisant de façon très espacée compromettent la réussite du suivi des recommandations.

Les insuffisances ou limites des recommandations ont aussi été évoqué par SFE5. Il le dit en ces termes « *Oui à la fin il y a des recommandations. Mbon ce que j'appelle les limites car les recommandations sont plus ou moins partiellement, en fonction des réalités du terrain, des acteurs sur le terrain mise en œuvre (...)* ».

Une autre limite dans la mise en œuvre réussie des recommandations issues des ADM et évoquée par les enquêtés est la non invitation de tous les sages-femmes/maïeuticiens à participer aux séances de restitution organisées par les responsables de l'hôpital. En effet SFE8 affirme que « *la restitution n'est pas faite avec toutes les personnes. Donc moi en tout cas, je préfère, ayant participé à ça (...) j'aurai souhaité que toutes les personnes travaillant au sein de la maternité puissent participer lorsqu'il s'agit de la restitution* ». Il poursuit en faisant un plaidoyer auprès

des responsables du district en disant « *moi c'est un cri de cœur que je lance. Les audits c'est vraiment positif mais la restitution moi je veux au lieu de prendre un nombre restreint de personne, qu'on prenne au moins tout le monde lors de la restitution* ».

### **5-5. Synthèse des résultats : perceptions des sages-femmes sur les ADM**

Dans le souci d'appréhender les perceptions qu'ont les sages-femmes/maïeuticiens de l'HDS de Boulmiougou sur les ADM, nous avons exploré leurs connaissances, décrit l'expérience de ceux-ci sur la pratique des audits et la place des soins fournis par les sages-femmes dans les audits. Nous avons ainsi obtenu les principaux résultats suivants :

#### **Connaissances des sages-femmes sur les ADM**

Pour ce qui est des connaissances sur les ADM, nous pouvons affirmer au vue des résultats de l'analyse que plusieurs agents enquêtés ne connaissent pas les différentes méthodes d'investigation des décès maternels. Parmi les cinq méthodes d'investigation prônées, seule l'autopsie verbale a été relevée par trois enquêtés. Néanmoins pour ce qui est des connaissances sur les ADM, ses buts ou ses utilités, tous les enquêtés ont fournis des réponses similaires. Ceci prouve que les ADM sont connus par les sages-femmes/maïeuticiens exerçant au sein de l'HDS de Boulmiougou.

Si la majorité des participants connaissent le but des ADM, il est à relever que par rapport au déroulement des ADM ceux-ci présentaient des réponses divergentes car, ils n'avaient pas bénéficié de formation sur les ADM. Ils ont de ce fait donné une description sur la base de ce qu'ils ont vu lors de leur participation aux séances d'audit.

Concernant les connaissances des avantages et/ou désavantages des ADM, les participants à l'étude ont trouvé qu'il y a plus d'avantages dans la réalisation des ADM aussi bien pour les prestataires de soins que la structure hospitalière par l'amélioration de la qualité des soins. Les inconvénients ou désavantages sont presque inexistantes.



## **Expérience des sages-femmes sur les ADM**

Plusieurs sages-femmes/maïeuticiens ont une expérience sur les ADM grâce à leurs participations aux différentes sessions d'audit organisées dans les structures hospitalières où ils exerçaient antérieurement et à l'HDS de Boulmiougou. Cette étude révèle pour ce qui concerne l'application de la charte des audits, qu'elle est mise en œuvre mais avec des insuffisances. Elle est lue selon les participants au début de chaque séance mais ceux-ci ne se rappellent pas très bien de son contenu (se rappellent de certaines parties seulement de la charte). Il n'y a pas non plus d'apposition de signature par les agents de santé conviés à la séance de restitution comme ils l'affirment. De plus, la programmation des séances d'ADM n'était pas régulière. En effet tous les décès maternels ne font pas l'objet d'un audit. Parmi les patientes décédées de cause similaire, un cas (dossier) est choisi pour être audité selon un membre du comité d'audit et les résultats généralisés aux autres cas. Selon les rapports par contre, deux séances d'ADM sont réalisés par semestre et au cours desquels plusieurs décès maternels sont audités en une seule séance.

Cette étude révèle aussi que les autres agents de santé de l'hôpital et du district étaient souvent très critiques vis à vis des prestataires avant même la réalisation des ADM : tel est le ressenti des sages-femmes/maïeuticiens ayant eu des décès maternels pendant leur temps de travail. Néanmoins entre sages-femmes/maïeuticiens, c'est plutôt le soutien mutuel qui prévalait entre eux contrairement aux administrateurs et aux supérieurs hiérarchiques où ceux-ci avaient parfois tendance à les culpabiliser.

Pour ce qui est de l'adhésion et de la participation, l'étude révèle que les facteurs de démotivation sont liés à l'absence de rétribution financière. Cette situation est souvent source de tension entravant la participation des sages-femmes/maïeuticiens aux ADM. Pour inciter les agents de santé à participer aux ADM, l'ÉCD octroie une motivation financière afin de susciter leur participation. De plus l'insuffisance d'application de la charte des audits est un facteur démotivant les sages-femmes à participer massivement aux audits. La mise en œuvre des recommandations est un volet important des ADM car permettant la planification des actions futures pour améliorer la qualité des soins. Cependant, l'étude montre qu'il y a une insuffisance dans la mise

en œuvre de ces recommandations, et partant constitue un facteur démotivant les sages-femmes/maïeuticiens à participer aux ADM (toujours les mêmes recommandations qui reviennent).

### **Place des soins prodigués par les sages-femmes/maïeuticiens dans les ADM**

Les soins fournis par les sages-femmes ont une place importante dans les ADM. En effet, de l'admission des patientes jusqu'à leurs sorties en passant par leurs séjours au sein de l'hôpital, les sages-femmes apportent des soins aux clientes. Réaliser des ADM, entraîne inéluctablement une évaluation des soins dispensés par les sages-femmes. Pour ce qui est de l'apport des sages-femmes/maïeuticiens aux ADM, ceux-ci affirment qu'ils ont un grand apport à faire par le bon remplissage du dossier de la patiente, le renseignement de tous les items. Au cours des séances d'audit également ils apportent beaucoup à travers les débats, les critiques, les propositions à leurs collègues pour améliorer la qualité des soins et éviter des éventuels décès maternels.

Les audits de décès sont réalisés par les sages-femmes en collaboration avec les autres agents de santé de la maternité, du bloc opératoire et de la direction de l'hôpital. A cet effet, les sages-femmes/maïeuticiens estiment que les soins qu'ils fournissent occupent une place primordiale dans les ADM. Les prestataires en soins obstétricaux à travers cette étude sont des acteurs clés de la réalisation des ADM grâce à la tenue du dossier, à la participation au comité d'audit et à la participation aux différentes restitutions.

#### **➤ Les connaissances des sages-femmes influencent leurs perceptions des ADM**

Pour ce qui est des connaissances des sages-femmes/maïeuticiens, il ressort de cette étude que la plupart des enquêtés n'ont pas une grande connaissance des différentes méthodes d'investigation sur les décès maternels. En effet, seules trois personnes ont évoqué les autopsies verbales. Cependant tous les enquêtés ont une connaissance des ADM et de ses buts. De plus ils ont une connaissance des avantages liés à la réalisation des audits tels que le renforcement des connaissances et

compétences des prestataires, l'amélioration de la qualité des soins, la renommée de la structure hospitalière et la réduction de la mortalité maternelle. Comme l'affirme SFE5 « *les ADM sont une bonne chose sinon les responsables n'allaient pas nous les proposer. Et puis tu vois, avec ce que les audits font pour améliorer la qualité des soins on ne peut qu'avoir une bonne perception (positive) de ces audits* ».

SFE8 ajoute « *Mbon pour moi si tu ne connais pas les audits tu ne peux pas avoir une perception positive des audits. Moi de ce que je connais des audits, j'ai une bonne perception. Imaginons quelqu'un qui ne connaît rien des audits (...)* ». À la lumière des réponses des sages-femmes/maïeuticiens pour ce qui concerne leurs connaissances sur les ADM, l'on peut affirmer que cette proposition théorique est confirmée.

➤ **La place des soins des sages-femmes dans les ADM influence leur perception des ADM**

Dans notre étude, les sages-femmes/maïeuticiens ayant participé à notre enquête ont montré que les soins qu'ils fournissent occupent une place prépondérante dans les ADM. Les ADM portent sur les soins et tout le processus aboutissant à fournir les soins aux patientes. Les soins fournis par les sages-femmes constituent une masse importante de sujet d'audit. La réalisation des séances d'ADM implique la participation du personnel de plusieurs services et de qualifications différentes (Ministère de la santé, 2011 ; Dumont, 2017). Il en est de même au sein de l'HDS de Boulmiougou. Les prestataires de soins obstétricaux que sont les sages-femmes/maïeuticiens sont au-devant de ces audits à travers la tenue des dossiers des patients, la participation active aux débats lors des séances et de la mise en œuvre des recommandations. « *Pour moi, plus vous êtes impliqués dans la réalisation d'une activité comme les audits, plus on vous accorde l'occasion de vous exprimer et mieux vous vous sentez à l'aise. Cela permet d'avoir une perception positive des audits* » soutient SFE5. « *Nous voyons que nos prestations sont au centre de l'activité, sont auditées, et appréciées positivement, ce que nous recherchons d'ailleurs ça nous réconfortent, ça nous encourage. On ne peut qu'avoir une perception positive des ADM* » soutient SFE1. La place des soins dispensés par les sages-

femmes/maïeuticiens a une influence positive sur la perception de ces derniers des ADM. Ce qui implique la confirmation de notre proposition théorique.

➤ **Les expériences des sages-femmes sur les ADM influencent leurs perceptions**

Notre troisième proposition théorique est confirmée. En effet, la majorité des enquêtés ont une expérience des ADM. Certains ont eu l'opportunité de participer aux ADM dans l'HDS de Boulmiougou. En outre plusieurs agents ont participé ou étaient membre des comités d'audit dans les structures hospitalières antérieures à leurs postes actuels. C'est pourquoi, ces enquêtés se sont référés très souvent à leur pratique antérieure des audits. « *Au début des audits, les gens ne comprenaient pas bien la charte et ça fait qu'il y avait des problèmes. Mais plus on fait les audits et avec le temps les gens ont compris (...) et ils acceptent très bien les audits* » affirme SFE5 (membre du comité d'audit).

L'expérience acquise durant ces temps a une influence notoire sur la perception des sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM.

En définitive, l'étude révèle que les sages-femmes/maïeuticiens ont des perceptions positives par rapport à la réalisation des ADM à l'HDS de Boulmiougou. Cependant, certains ont soulevé des critiques quant à sa manière d'être mise en application et par la même occasion ont fait des suggestions pour l'améliorer. La figure suivante illustre notre modèle conceptuel.

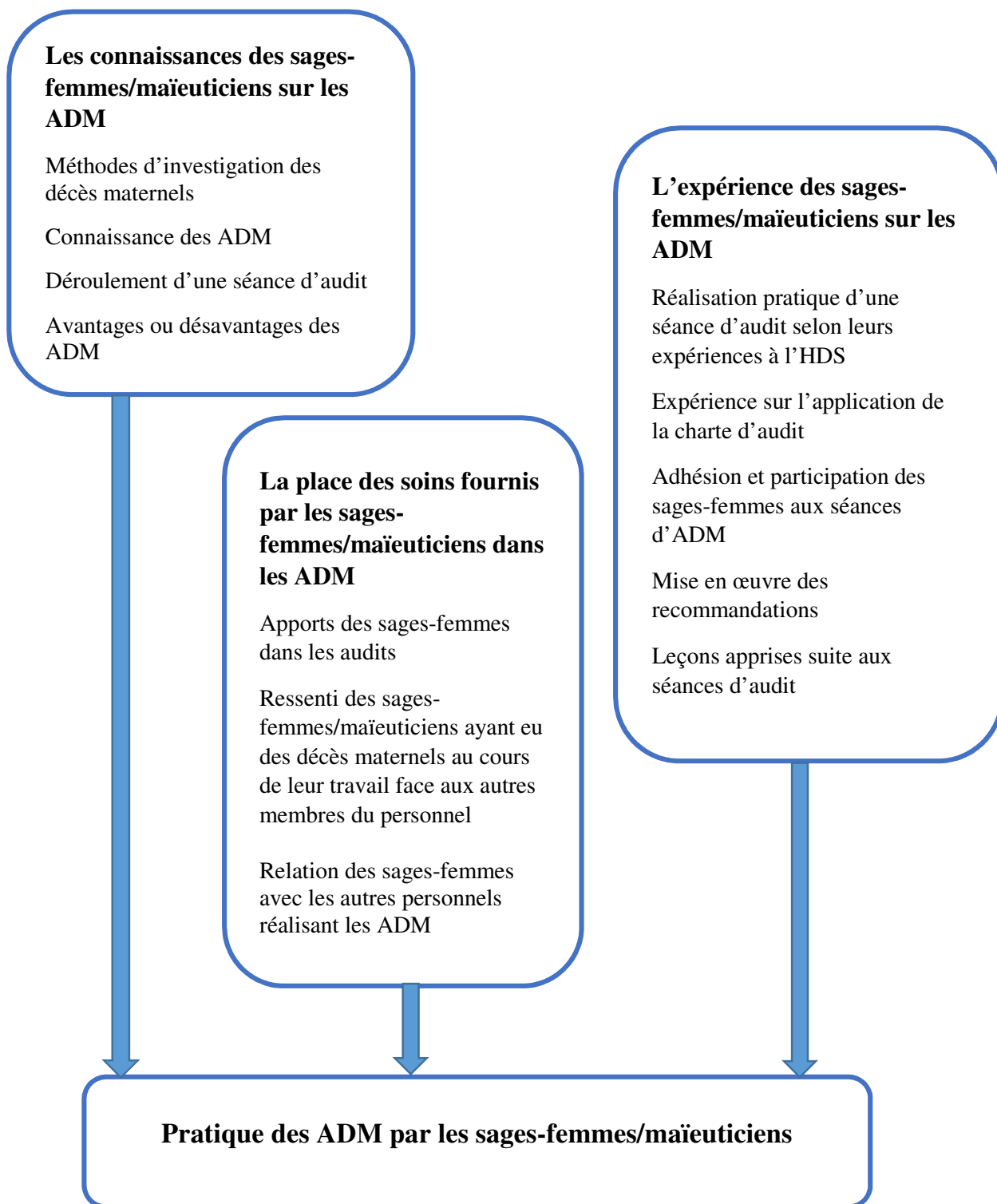


Figure 2 : Cadre conceptuel applicable à la perception des ADM par les sages-femmes/maïeuticiens de HDS de Boulmiougou.

## **CHAPITRE VI. DISCUSSION DES RÉSULTATS**

Notre étude, dans le but d'appréhender la perception des sages-femmes sur les ADM à l'HDS de Boulmiougou, a fait usage de plusieurs techniques de collecte. Ceci nous a permis d'obtenir plusieurs données. Après la présentation des résultats issus de cette recherche dans le précédent chapitre, nous en ferons la discussion dans cette présente partie. Subdivisé en trois parties, ce chapitre présentera tout d'abord la discussion des principaux résultats obtenus, ensuite suivra la vérification de nos hypothèses et enfin nous aborderons les forces et les limites de l'étude.

### **6-1. Les connaissances des sages-femmes/maïeuticiens et leurs perceptions sur les ADM**

#### **Connaissances sur les méthodes d'investigation des décès maternels**

Cette étude a montré que plusieurs sages-femmes/maïeuticiens avaient des connaissances divergentes sur les différentes méthodes d'investigation des décès maternels. En effet, il en existe cinq méthodes et seules trois personnes ont affirmé l'existence d'autres méthodes d'investigations sans toutefois pouvoir les énumérer. Les cinq méthodes d'investigations sur les décès maternels sont : l'étude sur les décès maternels dans la communauté (autopsie verbale), l'étude sur les décès maternels dans les établissements de soins, l'enquête confidentielle sur les décès maternels, l'enquête sur la morbidité grave (échappées belles) et les audits cliniques (OMS, 2004, p. 4). Ces cinq méthodes ont aussi été citées par Brouwere et al.,(2012) avec une légère différence. Ce sont : l'autopsie verbale, la revue des cas de décès maternels (audit de décès maternel), la revue des échappés-belles, l'audit clinique basé sur les critères et l'enquête confidentielle sur les décès maternels. Cette situation s'explique par le fait que la plupart des enquêtés n'ont pas bénéficié de formation. De plus, la non réalisation des autopsies verbales (comme souligné par les enquêtés) dans le district lors des décès maternels pourrait aussi expliquer cela.

## **Connaissances des avantages et/ou désavantages des ADM**

La réalisation des ADM dans les centres hospitaliers comporte principalement des avantages selon les participants à l'enquête. De tous les participants, aucun n'a souligné des désavantages portant sur la réalisation des ADM. Les principaux avantages découlant de la réalisation des ADM est comme l'ont souligné les participants l'amélioration des connaissances et compétences du personnel de soins, la fourniture des soins de qualité, la réduction de la mortalité maternelle et par conséquent la renommée de la structure hospitalière. Ouédraogo (2014) dans son étude a obtenu des résultats similaires. Pour ce qui est des avantages des ADM son étude a montré au plan clinique, l'amélioration des connaissances, l'amélioration de la qualité des soins, la diffusion des protocoles/procédures et les audits comme source de formation continue (Ouédraogo, 2014). Nos résultats corroborent ceux de Ouédraogo dans la mesure où nous avons des résultats identiques. Dans une étude, Richard et al.(2008), ont trouvé que les sages-femmes avaient une bonne compréhension des objectifs de l'audit et l'ont considéré comme un facteur entraînant un changement, une amélioration de leur pratique. Ces résultats sont alors similaires aux résultats de notre étude.

Toutefois pour ce qui est des désavantages ou inconvénients sur les ADM, les participants à notre étude n'en n'ont pas relevé. L'étude de Ouédraogo a fait ressortir comme inconvénient à la pratique de l'audit clinique à la maternité (ou ADM), les craintes, les pertes de confiance, les disputes et l'indisponibilité des ressources humaines (Ouédraogo, 2014).

Les résultats de notre étude montrent que les sages-femmes/maïeuticiens ont, d'une manière générale une perception positive des ADM à l'HDS de Boulmiougou. En effet ceux-ci reconnaissent le bien fondé des ADM en ce sens qu'ils permettent l'amélioration de la qualité des soins, le renforcement des connaissances et des compétences des agents de santé eux-mêmes

## **6-2. L'expérience des sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM et leurs perceptions**

### **Expérience du déroulement des séances d'audit**

Le déroulement des séances d'ADM a été décrit par les sages-femmes/maïeuticiens. En effet, la plupart des sages-femmes/maïeuticiens n'ont pas eu une formation spécifique sur les ADM. De plus, ils ne font pas partie du comité d'audit et très peu sont invités lors des restitutions des résultats issus de ces séances. La participation des sages-femmes aux séances d'ADM ou de restitution reste faible. En effet, certains personnels de soins ne sont pas invités limitant de ce fait la forte participation des sages-femmes/maïeuticiens. Cette étude a montré que peu de sages-femmes/maïeuticiens y sont invités. Ces résultats sont similaires aux résultats issus de l'étude de Congo et al. (2017). La faible participation du personnel sage-femme s'explique également par l'organisation des séances d'ADM sous forme de séminaire ou atelier où certains agents bénéficient d'une motivation (carburant et frais de restauration) tandis que les autres n'en n'ont pas. Les résultats de cette étude ont montré que l'octroi de cette motivation est vu comme une exigence par les sages-femmes ; par conséquent le non octroi de cette somme ne motive pas le personnel à y participer et peut même engendrer des manifestations de mécontentement comme l'a souligné deux interviewés. L'insuffisance des moyens financiers fait alors que plusieurs sages-femmes/maïeuticiens ne sont pas conviés à ces séances d'audit. Congo et al (2017) dans les résultats de leurs études ont montré que la motivation financière était une exigence des sages-femmes/maïeuticiens. Ceci montre que les résultats de notre étude sont similaires à ceux trouvés par Congo et al. Les résultats de l'étude de Richard et al., (2008) ont montré que les sages-femmes/maïeuticiens et les autres personnels de soins participant régulièrement aux séances d'audit pensent qu'il n'est pas nécessaire de recevoir une compensation financière. Ils soulignent que c'est surtout ceux qui ont le moins assisté aux séances qui souhaitent une rétribution financière ou au moins les frais de carburant pour leur déplacement en dehors de leurs heures de travail.



## **Expérience dans la réalisation des séances d'ADM**

Cette étude nous a montré que la réalisation des séances des ADM n'est pas régulière au sein de l'HDS de Boulmiougou. En effet, deux des participants à l'étude ont soutenu que la mobilisation du comité d'audit et des autres personnes ressources est souvent très difficile. Cette programmation est aussi tributaire des ressources financières dont dispose le district sanitaire pour organiser les séances de travail. Cette situation fait que tous les décès maternels ne bénéficient pas systématiquement d'un audit. Un seul cas est souvent choisi parmi le lot des dossiers pour faire l'objet d'un examen minutieux. Les résultats de cet audit sont alors généralisés aux autres décès maternels ayant présenté des causes identiques. Nyamtema et al. (2010) dans leurs études ont trouvé également une irrégularité dans la réalisation des ADM dans certains hôpitaux de la Tanzanie. D'autres hôpitaux n'ont pu réaliser que deux séances d'audit au cours de l'année et certains ne possédaient même pas de comité d'audit. Congo et al. (2017) dans leur étude ont constaté que les sessions des ADM dans les hôpitaux de district sanitaire étudiés présentaient une insuffisance dans la programmation des séances d'audit. Ces ADM tendent à être organisés seulement quand les circonstances favorables se présentent comme l'obtention de financement par un partenaire pour réaliser l'activité (Congo et al., 2017). Ces résultats sont identiques à ceux de notre étude car, il ressort que tous les cas de décès maternel ne font pas l'objet d'un audit et cela par manque de ressources financières, de difficulté de mobilisation du personnel etc. Certaines séances d'audit sont réalisées uniquement lorsque le responsable du département de gynéco-obstétrique était disponible, entraînant de ce fait une irrégularité des ADM (Van Hamersveld et al., 2012). De ce fait, le principe d'organiser les ADM idéalement dans un délai d'un mois après la survenue du cas n'est pas effectif. Ces résultats sont similaires donc aux résultats que nous avons trouvés dans notre étude. En effet selon les rapports sur les ADM, deux séances d'audit ont été réalisées au cours de l'année 2018 soit une séance par semestre ; ce qui est largement insuffisant. La réalisation des ADM est recommandée au plus un mois après le décès maternel (Debrouwere, Zinnen, & Thérès Delvaux, 2015).

## **Expérience sur l'application de la charte d'audit**

Une des conditions importantes de réussite des ADM, est la bonne application de la charte d'audit. Elle est définie comme l'ensemble des clauses devant être respectées pour que les audits atteignent leurs objectifs (Ministère de la santé, 2011). En effet, certaines directives de la charte stipulent de ne pas nommer, ne pas blâmer, et rendre anonyme les noms de la défunte, des prestataires ayant pris en charge la patiente. Le but des ADM n'est donc pas de trouver un coupable pour lui infliger une sanction. Dans le cadre de notre étude, certains enquêtés ont soulevé des insuffisances dans la mise en œuvre de cette charte. Ils estiment que la plupart du temps, le comité d'audit insiste en disant que le décès était évitable malgré les efforts consentis par les prestataires. Les sages-femmes/maïeuticiens perçoivent alors cela comme une culpabilisation, une manière de leur signifier qu'il y a une insuffisance dans les prestations des soins avec pour conséquence le décès de la patiente. Cela a une influence négative sur la participation des prestataires à ces séances d'audit. Nos résultats sont corroborés aussi par celui de Richard et al.(2009) qui dans leurs études ont évoqué des insuffisances pour ce qui concerne l'anonymat. En effet, ils soulignent que le manque d'anonymat et la mauvaise communication interpersonnelle entravent la bonne mise en œuvre de la charte d'audit. Les résultats de notre étude sont corroborés également par ceux de Congo et al (2017) qui ont montré dans leurs études que dans certains établissements de santé la charte n'était pas bien mise en œuvre. Ils soulignent de plus que dans d'autres établissements, l'anonymat était un des aspects le moins respecté (Ibid 2017). Cette situation est décriée par les participants et constitue un motif de faible adhésion du personnel des soins obstétricaux aux ADM. Nos résultats sont identiques à ceux de Thorsen et al., (2014) qui dans leurs études ont montré que la peur du blâme consécutif au non-respect de la charte entravent la mise en œuvre réussie des ADM.

## **Ressenti des sages-femmes/maïeuticiens ayant eu des décès maternels au cours de leur travail face aux autres membres du personnel**

Les sages-femmes/maïeuticiens ont montré dans cette étude que lorsqu'ils avaient des décès lors de leur temps de travail, ils bénéficiaient plus de soutien de la part de leurs collègues (sages-femmes/maïeuticiens) mais ceci n'était pas systématiquement le cas avec les autres membres du personnel (administrateurs, gynécologues-obstétriciens...). Face donc à cette situation, les sages-femmes se soutiennent mutuellement lorsque des décès maternels surviennent au cours de leur travail. Ceux-ci méritent donc un soutien car « une mort maternelle est une expérience difficile, parfois traumatisante, pour le personnel soignant. Son désarroi sera d'autant plus grand qu'il aura le sentiment de ne pas être en mesure de remédier aux problèmes auxquels il a dû faire face » (Dumont et al., 2014, p. 16). Les résultats de notre étude montrent que les supérieurs et le personnel administratif du district sanitaire avaient plus tendance à culpabiliser ces acteurs. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans l'étude de Congo et al (2017). Ils ont relevé que le respect du principe pas de "déshonneur" a été insuffisamment mise en œuvre dans les différentes structures hospitalières site de l'enquête. Plusieurs agents subissaient une stigmatisation. Pour Dumont, « le défi consiste à trouver un moyen de fournir le soutien nécessaire aux personnes impliquées dans ces incidents, tout en s'assurant que les leçons sont tirées à la fois par le personnel et par la structure sanitaire » (Dumont et al., 2014, p. 16).

## **Expérience dans la mise en œuvre des recommandations**

Notre étude a révélé que la restitution ou la communication des conclusions de l'ADM, la mise en œuvre des différentes recommandations connaît des insuffisances dans leur application. Le système d'audit qui est efficace est un cycle. Il consiste à identifier le cas, collecter des informations, analyser les résultats, formuler des recommandations, mettre en œuvre les mesures correctrices et réévaluer les pratiques (Nyamtema et al., 2010). Pour Congo et al., (2017), la mise en œuvre d'ADM de qualité requiert une bonne programmation, une bonne communication et le respect des principes fondamentaux. Partant de ce principe, notre étude révèle des insuffisances pour ce qui concerne la mise en œuvre des recommandations au sein de

l'HDS de Boulmiougou et du district. En effet, certains participants ont affirmé ne pas savoir l'existence d'un comité qui a pour mission de veiller à la mise en œuvre de ces actions. D'autres enquêtés ont affirmé que ce sont les mêmes recommandations qui reviennent régulièrement, prouvant qu'elles ne sont pas mises en œuvre. Cette insuffisance dans l'application des recommandations peut constituer une source de démotivation à participer aux ADM. Les résultats de l'étude menée par Nyamtema et al. (2010) ont montré que 60% des fournisseurs de soins n'étaient pas au courant d'une seule action ou recommandation qui avait été mise en œuvre dans leurs hôpitaux du fait de la réalisation des ADM. Les résultats de notre étude corroborent alors ceux trouvés par Nyamtema et al., (2010) ainsi que ceux de l'étude de Congo et al., (2017). En effet, ces différentes actions d'amélioration ne sont pas convenablement mises en œuvre.

Les recommandations issues des ADM pour réduire la mortalité maternelle pourraient se subdiviser en des recommandations primaires, secondaires et tertiaires (OMS, 2004). Dans notre étude par contre nous avons trouvé que les recommandations ont été faites en direction du personnel des différents niveaux de soins et de l'administration du district sanitaire : recommandations à l'endroit des agents de santé des formations sanitaires périphériques, recommandations à l'endroit des prestataires de la maternité de l'hôpital et recommandations à l'endroit de l'Équipe Cadre du District (ÉCD). Dans les rapports d'ADM fournis par le district sanitaire, les recommandations faites à l'endroit des cliniciens des formations sanitaires périphériques portent sur la pratique clinique les incitant à se référer aux différents protocoles de soins et à améliorer l'organisation du service. À l'égard de l'ÉCD, les recommandations portent sur la formation des prestataires et la dotation des structures en matériels médicotechniques pour la prise en charge des urgences obstétricales. Ces résultats sont similaires à ceux de Richard et al.,(2008). En effet ils ont trouvé comme recommandations pour les prestataires de soins, l'amélioration de l'accueil des patientes, la communication avec les femmes, la rapidité dans la prise en charge des urgences obstétricales, l'amélioration de la pratique dans les salles d'accouchement et la notation complète de tous les actes réalisés.

Les ADM améliorent les statistiques de l'hôpital et partant rehaussent sa renommée auprès des populations. Richard et al., (2008) dans leurs études ont trouvé que 77% des personnes interrogées ont reconnu que l'audit avaient une influence positive sur leurs pratiques professionnelles. Les sages-femmes/maïeuticiens par conséquent, avaient une perception positive des ADM

### **6-3. La place des soins fournis par les sages-femmes/maïeuticiens dans les ADM et les perceptions de ces dernières**

#### **Apport des sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM**

L'apport des sages-femmes/maïeuticiens dans la réalisation des ADM a été reconnu comme une réalité. En effet, ils estiment que leur apport est primordial. Dans cette étude, ils soulèvent le fait que le dossier de la patiente est rédigé par eux même. L'ADM est réalisé sur la base du dossier. Lorsque tous les items sont bien renseignés, et tous les actes de soins notés cela facilite l'audit. Ces résultats sont identiques à ceux trouvés par Muffler et al. en 2007. En effet dans leur étude, ils estiment que la qualité de la tenue des dossiers est importante pour la réussite de l'audit et que les prestataires qui ont déjà effectué des audits ont conscience de l'importance d'avoir des dossiers de bonne qualité (Muffler, Trabelssi, & Brouwere, 2007). Dans le cas contraire, la réalisation de l'audit connaît des insuffisances : non-respect de l'anonymat avec les demandes de complément d'information à l'équipe ou à l'agent de santé ayant pris en charge la patiente etc.

D'une manière générale, Ouédraogo dans son étude a montré que les enquêtés avaient aussi une bonne perception (une perception positive) des audits cliniques institués dans les maternités (Ouédraogo, 2014). En résumé les résultats de notre étude sont similaires aux résultats de ces différentes études.

### **6-4. Forces et limites de l'étude**

#### **6-4-1. Les forces de l'étude**

Notre étude comporte des forces qu'il convient de relever.

L'HDS de Boulmiougou est le site de certaines études portant sur des thématiques assez variées. Cependant force est de remarquer qu'il n'y a pas encore eu d'études en

notre connaissance portant sur la perception des prestataires des soins obstétricaux en l'occurrence les sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM. Cette étude constitue donc l'une des toutes premières à l'HDS de Boulmiougou. La principale force de l'étude est qu'elle permet d'avoir une idée sur la perception qu'ont les sages-femmes des ADM et de mieux orienter les actions pour réussir sa mise en œuvre. Plusieurs études en rapport avec les audits ont plus porté sur la découverte des causes des décès maternels. Cette étude va au-delà du diagnostic en explorant le point de vue des acteurs des soins obstétricaux sur la réalisation de ces audits.

#### **6-4-2. Les limites de l'étude**

Cette partie présente principalement les limites de l'étude qui sont susceptibles d'avoir eu une incidence sur la nature des résultats obtenus.

Dans le souci de faire plaisir à l'étudiant-chercheur (biais de désirabilité sociale) qui a conduit les entretiens, il se peut que le discours des sages-femmes/maïeuticiens ayant participé n'ait pas reflété le fond réel de leurs pensées. Il se peut aussi qu'ils aient modifié certaines de leurs réponses en raison de l'inconfort de l'enregistrement audio des entretiens ou pour rendre socialement plus acceptable leurs propos à l'étudiant-chercheur. Certains étaient peu loquaces malgré les mises en confiance avec la note d'information qui leur garantissait la confidentialité et l'anonymat. Nous avons mené d'autres entretiens auprès de ces personnes après les mises en confiance.

N'ayant pas une forte expérience dans la réalisation des études qualitatives car celle-ci constituant notre toute première expérience, des biais peuvent avoir existé et limité la qualité de nos résultats. Toutefois l'apport des différents encadreurs nous a permis de corriger ces insuffisances.

## CONCLUSION

Dans le but d'améliorer la qualité des soins obstétricaux et réduire les décès maternels au Burkina, plusieurs stratégies ont été développées avec plus ou moins de réussite. Parmi ces méthodes figurent les ADM qui ont été les plus vulgarisés dans les hôpitaux du Burkina. La mise en œuvre réussie de ces audits peut contribuer à améliorer la qualité des soins qui est de nos jours une forte exigence de la part des patients. Cependant dans la pratique, la mise en œuvre de ces ADM par les prestataires des soins obstétricaux présentent des insuffisances. La présente étude que nous venons de réaliser avait pour but, de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux par la promotion de la participation des sages-femmes/maïeuticiens aux ADM. Pour ce faire, appréhender la perception qu'ont les sages-femmes/maïeuticiens de ces audits constitue un élément capital pour la réussite de cette méthode. D'une manière générale, parler d'audit a souvent été une source d'angoisse de par le passé dans plusieurs domaines dont celui de la santé où l'aspect sanction a été très perçue (positive et surtout négative). Cependant de l'analyse des différents résultats obtenus de cette étude, il ressort que les connaissances des sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM ont connu une évolution. En effet, la mauvaise application de la charte d'audit dès les débuts de cette pratique avec les culpabilisations des prestataires cliniques avait engendré un rejet de la pratique. Mais de nos jours, les ADM sont acceptés dans les structures hospitalières en général et dans l'HDS de Boulmiougou en particulier. Si les différents prestataires connaissent les avantages des ADM, il reste cependant que sa réalisation sous forme de séminaire avec l'octroi de motivation financière entrave la tenue régulière des séances d'audit. De plus, la non mise en œuvre des recommandations issues des ADM s'avère être un frein à la réalisation régulière des ADM. Nonobstant ces insuffisances, les sages-femmes/maïeuticiens ont une perception positive des ADM en ce qu'ils estiment qu'il permet d'améliorer les connaissances et les compétences des prestataires, ainsi que la qualité des soins, les statistiques en matière de santé, de réduire les décès maternels intra-hospitaliers et de fournir une bonne renommée de nos structures hospitalières au sein des populations.

Malgré certaines limites de notre étude, nous pouvons affirmer que cette étude a permis d'appréhender la perception qu'ont les sages-femmes/maïeuticiens des ADM. Ceci facilitera le développement des actions pouvant inciter l'adhésion et la forte participation des prestataires dans la réalisation des ADM.

Dans l'optique de promouvoir la participation des sages-femmes/maïeuticiens aux ADM et par conséquent, contribuer à améliorer la qualité des soins obstétricaux nous avons formulé des recommandations à l'endroit des différents acteurs que sont les sages-femmes/maïeuticiens, le responsable de la maternité de l'HDS et le responsable du district sanitaire (médecin-chef de district et l'équipe cadre de district). Des recommandations ont aussi été faites à l'endroit du ministère de la santé.

Tout d'abord, à l'endroit des sages-femmes/maïeuticiens, nous recommandons de développer la culture de la lecture, particulièrement des documents en rapport avec les ADM, et surtout s'auto-former pour améliorer leurs connaissances et compétences sur les audits. Nous recommandons également de participer régulièrement aux séances de restitution sans toutefois attendre de rétribution financière de la part de l'administration du district sanitaire.

Ensuite au responsable de la maternité de l'HDS, nous recommandons une gestion des ressources humaines orientée vers la formation continue, un management participatif du personnel du service afin de faciliter la participation d'un plus grand nombre de sage-femme/maïeuticien aux séances d'audit ou de restitution. Aussi à l'endroit du responsable de la maternité, nous suggérons de sensibiliser davantage les sages-femmes/maïeuticiens afin que ceux-ci participent régulièrement aux ADM. Nous recommandons vivement l'amélioration de la programmation des activités d'ADM (un décès maternel : un ADM et au plus tard 30 jours après le décès) et une meilleure conduite des différentes séances.

En outre à l'endroit du médecin-chef du district sanitaire (MCD) et de toute l'équipe cadre du district (ÉCD), nos recommandations sont de : former plus de sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM, favoriser la participation d'un plus grand nombre de sages-femmes/maïeuticiens de l'HDS de Boulmiougou aux séances de restitution



des comités d'audit, surseoir aux motivations financières liées à la participation aux ADM. De plus, nous recommandons l'inscription de la réalisation des audits dans les activités de routine de l'hôpital et la mise en place de manière officielle d'un comité de suivi des recommandations issues des ADM.

Enfin à l'endroit du ministère de la santé, nos recommandations sont : l'instauration de l'obligation de réaliser un audit pour tout décès maternel et l'autopsie verbale dans les plus brefs délais à l'HDS de Boulmiougou. Nous recommandons également au ministère de la santé d'instruire le directeur régional de la santé du centre à superviser les réalisations des ADM selon les normes prescrites.

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer que les résultats obtenus pourraient combler l'insuffisance de connaissance sur les perceptions des sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM. Aussi, dans le but d'approfondir cette thématique et améliorer la réalisation des ADM, d'autres études pourraient être envisagées en explorant par exemple l'expérience des sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM ou celle des autres professionnels de santé participant à l'offre des soins obstétricaux et aux ADM. De plus, pour améliorer davantage la généralisation des résultats, une étude de cas multiple avec plusieurs niveaux d'analyse pourrait être envisagée.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Achak, B. (2010). *Évaluation de la mise en œuvre de l'audit confidentiel des décès maternels « cas de la région de Rabat Salé Zemmour Zaër »*. Institut National d'administration Sanitaire, Maroc.
- Amar, A. (1967). *La psychologie moderne de À à Z*. Denoël Paris.
- Baskett, T. F., & Sternadel, J. (1998). Maternal intensive care and near-miss mortality. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 105:981–4.
- Bernis. (2005). La mortalité maternelle dans le monde.
- Bouvier-Colle, C., & Deuneux-Tharaux. (2010). Présentation enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.  
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brouwere. (2017). La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : Un enjeu de société.
- Brouwere, V., & Tonglet, R. (2001). Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique.
- Brouwere, Zinnen, V., & Delvaux, T. (2012). Revue des cas de Décès Maternels (RDM) Programme de formation pour les professionnels de Santé. Repéré à <http://www.figo.org/projects/maternal-and-newborn-health/publications>
- Campbell, O., Gipson, R., Issa, A. H., Matta, N., Deeb, B. E., Mohandes, A. E., ... Mansour, E. (2005). National maternal mortality ratio in Egypt halved between 1992–93 and 2000. *Bulletin of the World Health Organization*, 11.
- CDC. (2003). Surveillance Summaries. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52(SS-2).
- Congo, B., Sanon, D., Millogo, T., Ouedraogo, C. M., Yaméogo, W. M. E., Meda, Z. C., & Kouanda, S. (2017). Inadequate programming, insufficient communication and non-compliance with the basic principles of maternal death audits in health districts in Burkina Faso: a qualitative study. *Reproductive Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0379-1>

- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches* (2nd ed). Thousand Oaks : Sage Publications.
- Crombie, I., Davies, H., Abraham, S., & Florey C, V. (1997). *The audit handbook. Improving health care through audit.*
- Debrouwere, V., Zinnen, V., & Thérès Delvaux. (2015). *Comment conduire des revues de cas de décès maternels. Guide et outils pour les professionnels de santé.* Unpublished. <https://doi.org/10.13140/rg.2.1.1424.2725>
- Dellagi, R. (2008). *Évaluation du système de suivi des décès maternels dans les structures publiques de Tunis (1999-2004).*
- Direction générale CHUYO. (2012). *Décision portant attributions, organisation et fonctionnement du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO (CHU-YO).*
- District sanitaire Boulmiougou. (2017). *Plan d'action du district sanitaire de Boulmiougou.*
- District sanitaire de Boulmiougou. (2018). *Rapport d'audit de décès maternel.*
- Donabedian, A. (1988). *The Quality of Care How Can It Be Assessed?*
- Dumont. (2017). *Audit des décès maternels dans les établissements de santé: Guide de mise en œuvre.* (S.l.) : IRD Éditions.
- Dumont, M. (2011). *Étude descriptive des perceptions d'infirmières en regard de l'implantation du plan thérapeutique infirmier (PTI) dans leur pratique quotidienne.* Université du Québec à Trois Rivières, Québec.
- Dumont, Traoré, M., Dortonne, J.-R., & Bernis, L. de. (2014). *Audit des décès maternels dans les établissements de santé: guide de mise en œuvre.* Marseille : IRD Éditions.
- Fédération des sages-femmes, S. (2013). *Prise de position sur les modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes (MSSF).*
- Fraisse, S., Robelet, M., & Vinot, D. (2003). *La qualité à l'hôpital entre incantations managériales et traductions professionnelles,* (146), 230. <https://doi.org/103166/rfg.146.155-166>
- Fröhlich, W. D., Jalley, E., & Drever, J. (1997). *Dictionnaire de la psychologie.* Paris; Librairie générale française.

- Gani, C., & Moussaoui, H. (2017). *La mortalité maternelle dans la Wilaya de Bejaia*. Abderrahmane Mira, Bejaïa.
- Genestier, A. (2016). L'Evaluation des Pratiques Professionnelles ou L'EPP en Pratique !
- Hafyane, N. (2014). Analyse du processus de l'implantation de l'audit interne des maisons d'accouchement:cas de la province d'Essaouira.
- HAS. (2009). Revue de mortalité maternelle (RMM).
- IOM. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21 st century.
- Kaboré, D. (2018). *Déterminants de la césarienne de qualité en Afrique*. Pierre et Marie Curie, Paris France.
- Koanda, S., & Ouédraogo, C. (2017). *Rapport national des décès maternels au Gabon (2012-2015)*. Gabon.
- Letaief, M., & Mhamdi, S. (2014). La qualité des soins et la sécurité des patients: quelques notions et concepts de base, 13.
- Maillefer, F., Labrusse, C. D., Cardia-Voneche, L., Lepigeon, K., & Vial, Y. (2017). Quelle opportunité pour un nouveau -modèle de soins obstétricaux au CHUV ?, 3.
- Matis, R. (2012). Stratégie de réduction de la mortalité maternelle dans l'est du Burundi par un modèle de réseau régional de soins maternels autour de l'hôpital Rema.
- Ministère de la Santé. (2010). *Documentation des meilleures pratiques en santé de la reproduction au Bénin*.
- Ministère de la santé. (2011). Module de formation en audit de décès maternels et néonatal. Document du formateur et du participant.
- Ministère de la santé. (2014). Décret N 2014-615/PRES/PM/MEF/MS portant statut général des Etablissement Publics de Santé.
- Ministère de la Santé, B. F. (2006). Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux d'urgence au Burkina Faso.
- Ministère de la Santé, B. F. (2017). Annuaire statistique Santé 2016.
- Muffler, N., Trabelssi, M., & Brouwere, V. (2007). Scaling up clinical audits of obstetric cases in Morocco, *12(10)*, 1248-1257.

- Nyamtema, A. S., Urassa, D. P., Pembe, A. B., & Kisanga, F. (2010). Factors for change in maternal and perinatal audit systems in Dar es Salaam hospitals, Tanzania, 7.
- OMS. (1982). Qualité des soins: mesure d'un facteur négligé d'amélioration de la santé. *WHO*. Repéré à <http://www.who.int/bulletin/volumes/95/6/16-180190-ab/fr/>
- OMS. (2004). *Au-delà des nombres: examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*. Genève : (s.n.).
- OMS. (2009). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10. 1, 1.* Genève : Organisation mondiale de la santé.
- OMS. (2014a). *Développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle*.
- OMS. (2014b). *La mortalité maternelle* (Rapport No. 348).
- OMS. (2015a). Surveillance des décès maternels et riposte: prévention des décès maternels , informations au service de l'action.
- OMS. (2015b). Tendances de la mortalité maternelle: 1990-2015: estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies: résumé d'orientation.
- OMS. (2016). Mortalité maternelle.
- Or, Z., & Com-Ruelle, L. (2008). La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer.
- Ouédraogo, C., Ouédraogo, A., Ouattara, A., Millogo, F., Thiéba, B., Akotionganga, M., & Lankoandé, J. (2010). Les audits des décès maternels: expérience de la maternité du CHU de Ouagadougou, Brkina Faso. *SOGGO*, 5(15).
- Ouédraogo, Charlemagne. (2014). Amélioration de l'offre des soins obstétricaux par la délégation des tâches en milieu africain Exemple de l'hôpital du district sanitaire de Bogodogo à Ouagadougou, Burkina Faso.
- Ouédraogo, W. (2014). *Déterminants de la mise en place de l'audit clinique interne dans les maternités hospitalières. Etude de cas : Maternité du Centre*

- Hospitalier Préfectoral de Salé au Maroc*. Ecole Nationale de Santé Publique, Maroc.
- Présidence du Faso. (2017). Décret portant gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso.
- RéseauEval. (2011). L'évaluation des pratiques professionnelles infirmières Quel projet ? Quels enjeux ?
- Richard. (2012). *La césarienne de qualité au Burkina Faso : comment penser et agir au-delà de l'acte technique*. Université Libre de Belgique, Belgique.
- Richard, F., Ouédraogo, C., Zongo, V., Ouattara, F., Zongo, S., Gruénais, M., & De Brouwere, V. (2008). The difficulty of questioning clinical practice: experience of facility-based case reviews in Ouagadougou, Burkina Faso. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(1), 38-44. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01741.x>
- Ridde, V., & Ouattara, F. (2015). *Des idées reçues en santé mondiale*. (S.l.) : Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.3607>
- Ronsmans, C. (2001). Les audits peuvent-ils améliorer la qualité des soins obstétricaux? *Réduire les risques de la maternité: stratégies et évidence scientifique*.
- Roy, S. N. (2010). « L'étude de cas », Recherche sociale de la problématique à la collecte de données, sous la direction de Benoit Gauthier,. *Presses de l'Université Laval*, pp. 199-225.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide?, (5), 99-111.
- Smith, H., Ameh, C., Godia, P., Maua, J., Bartilol, K., Amoth, P., ... van den Broek, N. (2017). Implementing Maternal Death Surveillance and Response in Kenya: Incremental Progress and Lessons Learned. *Global Health: Science and Practice*, 5(3), 345-354. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00130>
- Thorsen, V. C., Sundby, J., Meguid, T., & Malata, A. (2014). Easier said than done!: methodological challenges with conducting maternal death review research in Malawi. *BMC Medical Research Methodology*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-29>

UNICEF. (2015). Les Objectifs de Développement Durable (ODD): 15 minutes pour comprendre....

Van Hamersveld, K. T., den Bakker, E., Nyamtema, A. S., van den Akker, T., Mfinanga, E. H., van Elteren, M., & van Roosmalen, J. (2012). Barriers to conducting effective obstetric audit in Ifakara: a qualitative assessment in an under-resourced setting in Tanzania: Effective obstetric audit in Ifakara. *Tropical Medicine & International Health*, 17(5), 652-657.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2012.02972.x>

Vendittelli, F., Tessier, V., & Crenn-Hebert, C. (2018). Abécédaire de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Vincens, J. (2001). Définir l'expérience professionnelle.

Zongo, A. K. (2015). *Comment améliorer la qualité de la césarienne dans les pays d'Afrique sub-saharienne ?* Université Pierre et Marie Curie, Paris.

## ANNEXES

### Note d'information aux participants.

#### Introduction

Nous sollicitons votre participation à cette étude en tant que sage-femme/maïeuticien de l'Hôpital de District Sanitaire (HDS) de Boulmiougou. Avant d'accepter de participer à cette étude, nous vous demandons de prendre le temps de comprendre les implications de votre participation en lisant les informations contenues dans ce formulaire. Il peut contenir des informations que vous ne comprendrez pas. Nous vous invitons alors à nous poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

#### I. Information générale

**Contexte de l'étude :** Rédaction du mémoire de fin d'études.

**Structure :** Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation (IFRISSE)

**Auteurs :** **DIALLO Idrissa** étudiant en Sciences infirmières (Master II) : option : management de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

**Directeur de mémoire :** **Dr Dieudonné SOUBEIGA**, PhD en Épidémiologie  
Directeur de l'IFRISSE

**Co-Directeur de mémoire :** **Noufou Gustave NANA**, Msc en Santé Publique, Msc en Psychologie, PhD (c). Enseignant à l'IFRISSE, consultant en santé publique, consultant en développement personnel et professionnel.

**Thème de l'étude :** La pratique des audits de décès maternels au Burkina Faso : expériences des sages-femmes du district sanitaire de Boulmiougou.

**Cadre de l'étude :** Hôpital de District Sanitaire (HDS) de Boulmiougou du dit district (Direction Régionale de la Santé du Centre).

#### II. Description de l'étude



**Buts et objectifs de l'étude :**

Le but de notre étude est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux par la promotion de la participation des sages-femmes/maïeuticiens aux audits de décès maternels (ADM). L'objectif général de l'étude est d'appréhender les perceptions qu'ont les sages-femmes de l'HDS de Boulmiougou des ADM. Plus spécifiquement, il s'agit pour nous de déterminer les connaissances des sages-femmes sur les ADM, déterminer la place des soins fournis par les sages-femmes dans les ADM, déterminer l'expérience des sages-femmes sur les ADM à l'HDS de Boulmiougou.

**III. Méthodologie :**

Cette étude que nous souhaitons réaliser est de type qualitatif avec pour design une étude de cas unique à plusieurs niveaux d'analyse. Nous aurons alors à :

- réaliser des entretiens individuels auprès des sages-femmes/maïeuticiens ;
- réaliser une revue des documents en rapport avec les ADM ;
- tenir un journal de bord sur les observations et les commenter.

**Participation de l'enquêté à l'étude**

En tant que participant (e) votre contribution à cette étude est capitale. A cet effet, nous aurons à réaliser l'étude avec dix (10) sages-femmes/maïeuticiens de l'hôpital du district sanitaire. La participation à cette étude est volontaire et nous vous demandons de participer aux entrevues individuelles d'une durée moyenne de 30 mn.

Nous demanderons vos connaissances sur les audits de décès maternels, la place des soins que vous prodiguez dans les audits et vos expériences sur les audits dans la structure hospitalière ou ailleurs.

Le moment et le lieu de l'entretien seront choisis en fonction de votre disponibilité. Au besoin, un entretien complémentaire vous sera demandé. Durant les entrevues, un enregistrement vocal sera réalisé. Ceci nous permettra de n'omettre aucune information de l'entretien lors de la transcription. Les enregistrements seront identifiés par un code attribué à chaque interviewé.

Dans le cadre de la réalisation de la présente étude, nous avons sollicité et obtenu l'autorisation d'enquête dans ce site auprès du Directeur Régional de la Santé du Centre.

### **Conditions de participation**

-Être sage-femme/maïeuticien travaillant à la maternité de l'HDS de Boulmiougou depuis au moins une année,

-avoir participé au moins à un ADM,

-manifeste un intérêt pour l'étude

### **Risques et inconvénients**

Il n'y a pas de risques ou d'inconvénients possibles qui pourraient survenir dans le cadre de cette étude.

### **Avantages à participer**

Vous ne retirerez aucun avantage personnel de votre participation à cette étude et vous ne recevrez pas de compensation financière. Cependant, nous prendrons des dispositions afin que cette participation ne vous occasionne pas de perte temporelle et financière par les déplacements.

Comme avantages, les résultats de l'étude pourraient contribuer à améliorer la qualité des soins offerts aux patientes de la maternité par une meilleure appropriation des audits par les sages-femmes.

### **Participation volontaire et possibilités de retrait**

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libres de refuser d'y participer sans que cela n'affecte vos relations avec l'hôpital. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions. Vous avez la possibilité de vous retirer de cette étude à n'importe quel moment sans avoir à donner de raison. Vous aviserez alors l'étudiant-chercheur.

## **Confidentialité**

Des mesures sont prises afin d'assurer la confidentialité des données collectées (anonymat par attribution de code, choix du lieu de l'entretien). Durant votre participation à cette étude, nous recueillerons sur une fiche d'enquête des informations vous concernant qui sont nécessaires pour l'atteinte des objectifs de cette étude. Les entretiens seront enregistrés avec un dictaphone avec votre accord. Toutes ces informations recueillies seront conservées dans notre ordinateur et demeureront strictement confidentielles. Seuls l'étudiant, le directeur et le co-directeur y auront accès. Les données de l'étude seront détruites à la fin de l'étude.

## **Communication des résultats**

Nous restons disposés à vous fournir toute information sur l'avancement de nos travaux. Les résultats de l'étude vous seront communiqués à la fin de la recherche.

## **Financement de l'étude**

Cette étude n'a pas bénéficié de financement de la part d'un organisme ou institution quelconque. Par conséquent les frais y afférents sont entièrement supportés par l'étudiant-chercheur.

## **Formulaire de consentement libre et éclairé**

Je soussigné .....  
accepte participer librement et volontairement à l'étude dont le thème est : « La pratique des audits de décès maternels au Burkina Faso : expériences des sages-femmes du district sanitaire de Boulmiougou » conduite par Diallo Idrissa, étudiant en sciences infirmières (Master II) à l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation (IFRISSE).

Grâce à la note d'information sur l'étude, j'ai pris connaissance du but, des objectifs, des conditions, de la durée de l'étude et les avantages à participer à l'étude dans l'optique d'éclairer ma décision. J'ai eu aussi la possibilité de poser toutes les questions nécessaires pour mieux comprendre et recevoir des réponses claires et précises. J'ai été informé que ma participation à l'étude consiste à donner des informations personnelles. J'ai la possibilité de me retirer de l'enquête à tout moment, sans avoir à fournir de raison et sans encourir des désagréments sur les plans professionnel et personnel. Je suis également libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. J'ai accepté l'enregistrement de l'entretien. J'ai accepté également que les données enregistrées à l'occasion de l'entrevue puissent faire l'objet d'un traitement anonyme informatisé. J'ai le droit d'accéder et de rectifier mes informations recueillies. Il m'a été dit que toutes les informations collectées durant l'étude resteront strictement confidentielles. Enfin, j'ai accepté librement et volontairement en connaissance de cause de participer à ce projet de recherche pour apporter ma contribution pour une amélioration de la qualité des soins par les audits de décès maternels.

Fait à Ouagadougou, le .....

Nom et signature, précédés de la mention « lu et approuvé ».

## **Questionnaire sociodémographique**

Avec les sages-femmes et maïeuticiens

Bonjour !

Je me nomme **Diallo Idrissa**, étudiant en Sciences Infirmières (Master II) option Management de la qualité des soins et de la sécurité des patients à l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation (IFRISSE) sis à l'Université Saint Thomas d'Aquin (USTA).

Je voudrais solliciter votre participation à cette étude qui entre dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études. Le thème de notre recherche est « La pratique des audits de décès maternels au Burkina Faso : expériences des sages-femmes du district sanitaire de Boulmiougou ».

Merci !

Date de l'interview :                      Heure de début :                      Heure de fin :

### **Données sociodémographiques**

Sexe :

Qualification professionnelle :

Ancienneté professionnelle

Nombre d'année dans l'hôpital :

Poste actuel :

Formation sur les audits :

## **Guide d'entretien**

### **I. Connaissances des audits de décès maternels par les sages-femmes**

Pouvez-vous nous citer les méthodes d'investigations des décès maternels ?

Pouvez-vous nous parler des audits de décès maternels ?

Pouvez-vous nous dire comment devrait se dérouler une séance d'audit ?

Quels sont, selon vous les avantages ou les désavantages des audits de décès maternels ?

-pour les sages-femmes

-pour la qualité des soins

-pour la structure

### **II. Expériences des sages-femmes sur les audits de décès maternels.**

Comment les audits de décès maternels sont réalisés dans la pratique au cours des sessions ? Que savez-vous de la charte d'audit ?

Selon vous quels sont les facteurs liés à la participation des sages-femmes aux audits de décès maternels ?

Quelles leçons avez-vous retenues de ces différentes séances d'audit ?

### **III. Place des soins prodigués par les sages-femmes dans les audits de décès maternels**

Quelles ont été les apports des soins sages-femmes dans ces audits de décès maternels ?

Quelles sont les relations des sages-femmes avec les autres personnels réalisant les ADM ?

Parlez-nous des ressentis des sages-femmes/maïeuticiens ayant eu des décès maternels au cours de leur travail

#### **Perception des sages-femmes/maïeuticiens**

Quelle est votre perception des ADM dans l'hôpital de district sanitaire de Boulmiougou ?

Merci pour votre participation !

## Fiche d'analyse documentaire

documents	Existence		Éléments recherchés
	Oui	Non	
Rapport d'audit de décès maternel	x		Nombre de cas de décès maternel, le nombre d'audit réalisé, la périodicité de réalisation de ces audits,
Plan d'action du district/de l'hôpital	x		Existence du plan d'action du district, avec l'analyse situationnelle et les activités programmées
Charte des audits	x		Existence d'exemplaire, les directives de la charte, les signatures des participants
grille de démarche	x		Le cheminement de la patiente avant son admission dans la structure, son admission, le diagnostic et le traitement, le suivi des soins
fiche de suivi des recommandations		x	Les mises en œuvre des différentes recommandation
résumé clinique	x		rédaction des résumés cliniques conforme à celui préconisé au Burkina
Rapport mensuel d'activité	x		Les différents rapports mensuels d'activité existent avec les statistiques en lien avec les morbi-mortalité maternelles
Contenu des recommandations	x		Les recommandations ont été formulées à l'endroit des acteurs, mais de comité spécifique pour le suivi
Rapport de restitution aux autres sages-femmes du district	x		Existence du rapport faisant ressortir les insuffisances et les recommandations

**Les six phases de l'analyse thématique adaptées de (Braun & Clarke, 2006, p. 17).**

Phase 1	Se familiariser avec les données issues de la transcription intégrale de l'ensemble des entretiens par l'entremise de la lecture et de la relecture répétée afin de dégager les premières idées
Phase 2	Générer les codes préliminaires par un regroupement de toutes les données sous forme de codes
Phase 3	Chercher les thèmes par le regroupement des codes en sous-thèmes puis en thèmes généraux
Phase 4	Examiner les thèmes : réviser les thèmes en rapport avec les codes et avec l'ensemble des données
Phase 5	Définir et nommer les thèmes
Phase 6	Produire le rapport : présenter les résultats issus de l'analyse finale et de la mise en contexte avec les écrits empiriques et théoriques



## Autorisation d'enquête

MINISTERE DE LA SANTE

.....  
REGION DU CENTRE

.....  
DIRECTION REGIONALE DE  
LA SANTE

N°2018 \_\_\_\_\_ MS/RCEN/DRSC

BURKINA FASO  
UNITE – PROGRES – JUSTICE

Ouagadougou, le

16 JUIL 2018

### AUTORISATION D'ENQUETE ET D'ENTRETIEN

Je soussigné, Directeur Régional de la Santé du Centre, autorise **Monsieur DIALLO Idrissa**, étudiant en Management de la qualité des soins et de la sécurité des patients à l'institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en Science de la Santé et de l'Education (IFRISSE) à réaliser une enquête dans le cadre d'une étude dont le thème est « **pratique des audits de décès maternel à l'hôpital du district sanitaire de Boulmiougou** ». L'enquête concernera l'hôpital du district sanitaire de Boulmiougou.

Par ailleurs, je vous invite à déposer un exemplaire du rapport de collecte de données à la Direction Régionale de la Santé du Centre.

Aussi, le document final validé par l'instance pédagogique de votre institution nous sera-t-il indispensable pour le service de documentation de notre structure.

La présente autorisation est délivrée sur demande des intéressés.

Le Directeur Régional  
de la Santé du Centre,

  
**Dr. W. Thomas OUEDRAOGO**  
*Médecin de Santé Publique*



#### Ampliations

District de Boulmiougou  
Intéressé  
IFRISSE  
Archive/chrono

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	1
<b><u>CHAPITRE I. PROBLÉMATIQUE</u></b> .....	3
<b><u>CHAPITRE II. RECENSION DES ÉCRITS</u></b> .....	9
<b><u>CHAPITRE III. DÉFINITIONS DES CONCEPTS</u></b> .....	15
<b><u>3-1. La connaissance</u></b> .....	15
<b><u>3-2. La qualité des soins</u></b> .....	15
<b><u>3-3. Le décès maternel</u></b> .....	16
<b><u>3-4. L'expérience</u></b> .....	17
<b><u>3-5. Les sages-femmes dans le système de soins</u></b> .....	18
<b><u>3-6. La perception</u></b> .....	19
<b><u>3-7. But de l'étude</u></b> .....	19
<b><u>3-8. Question de recherche</u></b> .....	20
<b><u>3-9. Objectif général</u></b> .....	20
<b><u>3-10. Objectifs spécifiques</u></b> .....	20
<b><u>3-11. Propositions théoriques</u></b> .....	20
<b><u>CHAPITRE IV. MÉTHODOLOGIE</u></b> .....	21
<b><u>4-1. Contexte de l'étude</u></b> .....	21
<b><u>4-1-1. Le système de santé du Burkina</u></b> .....	21
<b><u>4-1-2. Organisation administrative</u></b> .....	21
<b><u>4-1-3. Organisation de l'offre de soins</u></b> .....	22
<b><u>4-1-4. Les Centres Hospitaliers Universitaires</u></b> .....	22
<b><u>4-1-5. Les Centres Hospitaliers Régionaux</u></b> .....	23
<b><u>4-1-6. Les Hôpitaux de District Sanitaire</u></b> .....	23
<b><u>4-2. Type d'étude</u></b> .....	25
<b><u>4-3. Échantillonnage/échantillon</u></b> .....	26
<b><u>4-3-1. La stratégie d'échantillonnage :</u></b> .....	26
<b><u>4-3-2. L'échantillon de l'étude</u></b> .....	26
<b><u>4-4. Critères d'inclusion</u></b> .....	27
<b><u>4-5. Techniques et outils de collecte des données</u></b> .....	27
<b><u>4-5-1. Techniques de collecte</u></b> .....	27
<b><u>4-5-2. Les outils de collecte des données</u></b> .....	28
<b><u>4-6. Déroulement de la collecte des données</u></b> .....	30

<b><u>4-7. Analyse des données</u></b> .....	31
<b><u>4-8. Les critères de scientificité de l'étude</u></b> .....	33
<b><u>4-8-1. La crédibilité</u></b> .....	34
<b><u>4-8-2. La confirmabilité</u></b> .....	34
<b><u>4-8-3. L'imputabilité procédurale</u></b> .....	35
<b><u>4-8-4. La transférabilité</u></b> .....	35
<b><u>4-9. Les considérations éthiques de l'étude</u></b> .....	35
<b><u>CHAPITRE V. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS</u></b> .....	37
<b><u>5-1. Profil sociodémographique des participants</u></b> .....	37
<b><u>5-2. Connaissances des sages-femmes/maïeuticiens</u></b> .....	38
<b><u>5-3. Place des soins fournis par les sages-femmes dans les ADM</u></b> .....	44
<b><u>5-4. Expériences des sages-femmes</u></b> .....	49
<b><u>5-5. Synthèse des résultats : perceptions des sages-femmes sur les ADM</u></b> .....	60
<b><u>CHAPITRE VI. DISCUSSION DES RÉSULTATS</u></b> .....	66
<b><u>6-1-1. Les connaissances des sages-femmes/maïeuticiens</u></b> .....	66
<b><u>6-1-2. L'expérience des sages-femmes/maïeuticiens sur les ADM et leurs perceptions</u></b> .....	68
<b><u>6-1-3. La place des soins fournis par les sages-femmes/maïeuticiens dans les ADM</u></b> .....	73
<b><u>6-2. Forces et limites de l'étude</u></b> .....	73
<b><u>6-2-1. Les forces de l'étude</u></b> .....	73
<b><u>6-2-2. Les limites de l'étude</u></b> .....	74
<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	75
<b><u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u></b> .....	78
<b><u>ANNEXES</u></b> .....	i
<b><u>Note d'information aux participants.</u></b> .....	i
<b><u>Formulaire de consentement libre et éclairé.</u></b> .....	v
<b><u>Questionnaire sociodémographique</u></b> .....	vi
<b><u>Guide d'entretien</u></b> .....	vii
<b><u>Fiche d'analyse documentaire</u></b> .....	viii
<b><u>six phases de l'analyse thématique adaptées de (Braun &amp; Clarke, 2006, p. 17).</u></b> ix	