



Guide de Bonnes Pratiques

Déroutement d'une Séance de Revue de Décès Maternel: Revue de la Littérature

Conduct of a maternal death review session: A review of the literature

Traoré SO, Samaké A, Doumbia S, Sangaré RT, Kouyaté FI, Traoré M A, Traoré OM, Téguté I, Traoré Y, Mounkoro N, Traoré M, Akotiongga M.

<p>Affiliation : CHU du Point G, Bamako, Mali</p> <p><u>Auteur correspondant</u> Dr Oumar Traore Email : traoreoumar69@yahoo.fr</p> <p>Mots-clés: Revue; Décès maternel. Keywords: Review; Maternal death.</p>	<p>RÉSUMÉ Les auteurs passent en revue les différentes étapes du déroulement d'une séance d'audit de décès maternels dans un établissement de santé.</p> <p>ABSTRACT The authors review the different stages of the conduct of a maternal death audit session in a health facility.</p>
--	---

I. GÉNÉRALITÉS

I.1. Définitions et rôle de l'audit

Les audits sont un des mécanismes qui peuvent aider les équipes des maternités à maintenir ou élever la qualité des soins et à fournir les meilleurs services possibles aux patients [1].

L'audit clinique est décrit comme étant une analyse systématique et critique de la qualité des soins au sens large, c'est-à-dire qui inclut les procédures pour le diagnostic, les traitements, les soins et les résultats pour les patients [2, 3,4]. Fondamentalement, l'audit consiste à comparer une situation à une norme standard. En 2004, l'OMS a recommandé d'introduire les audits dans toutes les maternités [5]. L'audit a, en effet, été présenté comme étant une méthode pertinente pour améliorer la prise en charge des urgences obstétricales [6-8,9-11], bien que leur impact sur la survie de la mère et de l'enfant n'ait jamais été clairement démontré [12].

L'audit médical est un processus interne qui repose sur une série d'hypothèses telles que décrites par P. Bailey et al. [13]. En réalisant un audit clinique, le personnel en charge des soins commence par définir les meilleures pratiques et accepte que cela constitue le standard de référence. Un standard clinique approprié va nécessairement rationaliser

l'usage des ressources pour qu'il soit applicable dans un contexte donné [1].

L'amélioration de la prise en charge qui s'ensuit a un effet sur la motivation et le moral du personnel de santé. L'effet principal recherché reste cependant l'amélioration des résultats maternels et néonataux et on s'attend à une réduction des taux de létalité maternelle et périnatale avec un autre effet à terme, une meilleure utilisation des services [1].

L'audit est un instrument utile pour le suivi et l'évaluation; il permet d'identifier les secteurs où la qualité des soins prodigués devraient (et pourraient) être améliorés et permet d'organiser la mise en œuvre des changements nécessaires pour répondre aux standards de soins définis [1].

I.2. Situation de la mortalité maternelle dans le monde

La dernière estimation sur le nombre de décès maternels survenus dans le monde en 2010 était de 287.000 [5]. Ce chiffre, comparé à celui enregistré en 1990, représente une baisse de 47%. Néanmoins, 99% de ces décès continuent de survenir dans les pays en développement et 85% en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud Est. Toutefois, c'est en Afrique que le Ratio de Mortalité Maternelle (RMM) est le plus élevé avec 500 décès maternels pour 100.000

naissances vivantes (pour un RMM de 210 au niveau mondial).

En outre, pour chaque femme qui meurt, vingt fois plus vont souffrir d'infection, de lésions et/ou d'invalidité [6].

La mortalité périnatale tend à suivre la même tendance géographique que la mortalité maternelle. C'est aussi chaque année 3,3 millions d'enfants mort-nés et plus de 4 millions de nouveau-nés qui décèdent durant les 28 premiers jours de vie, dont 3 millions pendant les 7 premiers jours [7,8]. Dans les pays en développement, environ un tiers des décès périnatals sont en relation avec des complications responsables d'asphyxie à la naissance [8].

Les principales causes de mortalité maternelle sont connues et plus de 80% des décès pourraient être prévenus ou évités par des actions qui ont déjà prouvé leur efficacité et qui sont abordables même dans les pays les plus pauvres du monde [14].

1.3. Intérêt

- Mettre à la disposition des équipes, des outils leur permettant de comprendre les causes et les facteurs ayant conduit aux décès maternels.
- Sensibiliser le personnel soignant du caractère obligatoire de la notification et déclaration de tout décès maternel.

1.4. Rappels sur la problématique de la surveillance des décès maternels

A de nombreuses reprises, la communauté internationale concernée par la santé a appelé à l'action pour réduire le grand nombre de ces décès évitables ainsi que les complications liées à la grossesse. Les gouvernements se sont formellement engagés à agir pour atteindre ces objectifs.

L'accouchement fait par le personnel qualifié est une des stratégies majeures qui est préconisée dans la prévention des décès maternels. La proportion d'accouchements réalisés par le personnel qualifié est d'ailleurs l'un des indicateurs du cinquième Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD). D'autre part, l'accès aux soins prodigués par du personnel qualifié est également crucial pour prévenir la mortalité périnatale [7,15].

Il est crucial que les femmes qui souffrent de complications obstétricales sévères reçoivent des soins de qualité qui sont prodigués par le personnel qualifié dans un environnement approprié avec tous les médicaments, l'équipement et les infrastructures standards nécessaires [1].

«Les naissances à l'hôpital ne suffisent pas à sauver la vie des mères; des taux élevés de mortalité maternelle ont lieu dans les hôpitaux où la qualité des soins laisse à désirer» [16].

«La qualité des soins prodigués aux femmes est un déterminant essentiel de l'issue de la grossesse et le simple fait de modifier les pratiques permet de sauver de nombreuses vies» [14]. FIGO-LOGIC RDM Guide & outils, août 2012 8.

En 2012, la Commission de la Condition de la Femme de l'Organisation des Nations Unies a adopté une résolution appelant à l'élimination des décès maternels évitables. Pour cela, il est essentiel de disposer d'un système qui permet d'identifier et de mesurer tous les décès maternels en temps

réel, nous aide à appréhender tous les facteurs sous-jacents qui contribuent à ces décès, et suscite et guide des actions destinées à prévenir de futurs décès. La Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) constitue le modèle d'un tel système [17].

La SDMR est une forme de surveillance continue qui établit une passerelle entre le système d'information sanitaire et les processus d'amélioration de la qualité des soins du niveau local au niveau national. Elle permet l'identification, la notification, la quantification et la détermination systématiques des causes des décès maternels et des possibilités de les éviter, ainsi que l'utilisation de cette information pour prévenir de futurs décès [17] :

-L'objectif premier de la SDMR est d'éliminer la mortalité maternelle évitable en obtenant et en utilisant l'information de façon stratégique pour guider des actions de santé publique et évaluer leur impact.

-Les objectifs généraux de la SDMR sont de fournir des informations qui vont réellement guider des actions, immédiates comme à long terme, pour réduire la mortalité maternelle et de dénombrer chaque décès maternel, permettant ainsi de mesurer l'ampleur réelle de la mortalité maternelle et l'impact des actions destinées à la réduire. Évaluer l'amplitude de la mortalité maternelle oblige les responsables politiques et les décideurs à prêter attention au problème et à y apporter les réponses appropriées [17].

II. DÉROULEMENT DE LA SÉANCE PROPREMENT DITE [2,18]

Lors de la séance d'audit, les participants essaient de retracer le parcours des femmes qui sont décédées au sein de l'établissement de santé, afin d'identifier les facteurs que l'on pourra modifier pour améliorer les soins maternels à l'avenir. Bien qu'il soit important d'analyser chaque décès maternel afin d'en tirer des renseignements utiles, il est également très utile d'identifier les facteurs locaux et les causes évitables pouvant être communs à plusieurs décès, ce qui peut aider à réorganiser les services ou à mieux adapter les protocoles locaux. Il est donc utile de regrouper ces éléments (synthèse des cas audités) et de les examiner régulièrement.

Deux semaines avant la séance d'audit, le comité d'audit doit avertir tous les participants, de préférence par un courrier interne ou une note de service. Lors de chaque séance d'audit, il est recommandé de discuter d'un ou deux cas au maximum et cela ne doit pas durer plus de deux heures. Le nombre de séances d'audit à organiser dépend du nombre de cas à auditer, mais le minimum est au moins une séance d'audit tous les deux mois.

Le président du comité d'audit de décès maternels ou modérateur dirige les débats et s'assure du bon déroulement de la séance.

La séance d'audit est mise en œuvre dans l'établissement de santé selon la séquence suivante :

- élaborer la liste de présence ;
- rappeler le règlement ;
- vérifier l'application des recommandations de la séance antérieure ;
- effectuer une présentation du ou des nouveaux cas de mort(s) maternelle(s) par le collecteur ;

- analyser en détail les causes et circonstances de décès selon une grille d'analyse standardisée ;
- déterminer les causes médicales et non médicales du décès ;
- émettre les recommandations ;
- élaborer un rapport de la séance d'audit ;
- faire la synthèse des résultats une fois par an et élaborer un plan d'action.

II.1. Liste de présence (participants)

Le président du comité d'audit ou modérateur préside la séance et dirige les débats. Au début de la séance, on fera circuler la liste de présence où chaque participant écrit son nom et prénom, sa fonction et appose sa signature [1, 2,18].

II.2. Règlement [1, 2,18], voir annexe 2

Avant de débiter la séance, le modérateur prendra soin de rappeler aux participants le règlement d'une séance d'audit. Les participants doivent s'engager à toujours respecter les règles de bonne conduite tout au long du déroulement de la séance d'audits de décès maternels.

Règles de bonne conduite lors de la séance d'audit:

- Toujours arriver à l'heure à la séance d'audit.
- Respecter les expressions et les idées de chacun.
- Discuter du cas sans chercher à connaître la ou les personnes impliquées dans la prise en charge.
- Respecter la confidentialité des discussions au sein du groupe (ne pas divulguer à l'extérieur du groupe les problèmes discutés).
- Participer activement aux discussions.
- Insister sur le fait que le but de l'audit n'est pas de trouver un coupable ou de blâmer qui que ce soit, mais de comprendre les faits et de trouver ce qui aurait dû être fait pour éviter cette issue fatale.
- Accepter la discussion et les désaccords sans violence verbale ni physique.
- Ne pas chercher à cacher ou falsifier des informations qui pourraient aider à la compréhension du cas audité.
- Accepter qu'on remette en question nos propres gestes.

II.3. Vérification de l'application des recommandations de la séance antérieure

Cette étape ne s'applique évidemment pas à la première séance de RDM.

Cette évaluation permet de clôturer la boucle du cycle de l'audit mais pas son processus.

Périodiquement, l'équipe peut procéder à l'évaluation du processus des RDM pour évaluer :

- o La mise en œuvre des actions et les nouvelles mesures nécessaires. La fiche pour un rapport de séance (voir plus loin) peut être utilisée
- o L'amélioration de la qualité des soins prodigués estimée par la réduction des dysfonctionnements qui avaient déjà été identifiés et la réduction des facteurs impliqués dans ces dysfonctionnements.

Ces évaluations régulières avec des décisions adéquates peuvent consolider les acquis et réduire les obstacles [1].

Il faut toujours commencer la séance par une révision des mesures prises lors de la dernière séance d'audit, et se poser les questions suivantes : Est-ce que toutes les recommandations ont été mises en œuvre ? Si non, pourquoi ? Les participants essaieront de comprendre les obstacles à

la mise en œuvre des recommandations et tenteront de trouver des pistes de solutions. Il faut alors consigner les solutions identifiées dans le rapport de la séance d'audit pour que le comité puisse faire le suivi à la prochaine réunion. Le rôle du comité d'audit multidisciplinaire consiste à s'assurer que les leçons apprises sont mises à exécution [2,18].

II.4. Présentation du ou des nouveaux cas de mort(s) maternelle(s) par le(s) collecteur(s)

Toutes les personnes concernées par la prise en charge du cas doivent être présentes.

Les détails relatifs au cas doivent être présentés de manière factuelle, complète et précise, et aucun jugement ne doit être porté. Une discussion doit suivre dans le but de bien comprendre la séquence des événements. En utilisant les informations collectées dans le dossier médical, auprès du personnel de santé et de l'entourage de la défunte, le collecteur de données (enquêteur) présente un résumé du cas et souligne les points marquants dans l'itinéraire et la prise en charge de la patiente. Dans chaque cas, après la présentation du résumé, les participants analysent et mettent en évidence les facteurs évitables liés aux différentes étapes de la prise en charge [18]. La synthèse contient toutes les informations récoltées et sont présentées sous un mode narratif [1].

II.5. Analyse détaillée des causes et circonstances de décès

Le but des discussions lors d'une séance de RDM est **de bien comprendre l'enchaînement des événements**, d'identifier les principaux problèmes dans la gestion de cas depuis avant l'admission jusqu'à l'issue fatale et **de trouver les solutions pour les corriger**. En outre, la RDM devrait contribuer à clarifier la ou les causes médicales probables de la mort et les circonstances/facteurs susceptibles d'avoir contribué au décès (par exemple : une pénurie de médicaments).

Les aspects positifs de la prise en charge (points forts de l'unité) devraient aussi être identifiés et reconnus [1].

Il est important de maintenir une ambiance neutre (exempte de blâme) lors de cette étape de l'analyse. Le modérateur de la séance doit inciter les participants à prendre part aux discussions et aux décisions qui découleront de l'analyse de chaque cas. Le premier objectif de l'analyse de chaque cas est de pouvoir classer la cause du décès selon la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10). On précisera la cause principale du décès en se référant à une liste de diagnostics internationalement reconnus (ex. hémorragie par atonie utérine).

Le second objectif de ces réunions est de pouvoir recenser les facteurs qui, s'ils avaient été contrôlés, auraient peut-être permis d'éviter le décès. Il faut tenir compte, au cours de cette analyse de :

- la fiabilité de l'information ;
- la justesse du diagnostic et du traitement ;
- la qualité du suivi de la patiente (constantes vitales, saignement, diurèse, etc.) ;
- la situation de la communauté, des lacunes du système de santé et de la gestion de l'établissement de soins (ex. pénurie de main-d'œuvre, manque de fournitures et de

matériel, contraintes relatives à l'infrastructure organisationnelle et fonctionnelle, etc.) [18].

Pour une meilleure discussion et une analyse approfondie du cas, il est suggéré d'utiliser la grille d'analyse des décès maternels. C'est un outil qui assiste le comité d'audit, et le modérateur en particulier, dans la reconstruction des événements et la prise en charge de la femme avant le décès. Cette grille aide à identifier les problèmes, les causes des problèmes, les causes du décès, ainsi que les facteurs évitables dans la prise en charge du cas [18].

Cette grille aide en particulier à identifier les problèmes à chaque étape de la prise en charge [18]:

- avant l'admission : conditions de transfert, retard dans le transfert, fiche de référence, etc. ;
- admission : retard éventuel lors du transfert inter-établissement, qualité de l'examen initial ;
- diagnostic: diagnostic adéquat, retard pour poser le diagnostic, pertinence des examens de laboratoire ;
- traitement : traitement adéquat, retard dans la livraison de soins ;
- suivi : qualité et conditions du suivi.

Les participants sont invités à argumenter et à expliquer leur désaccord avec une procédure ou un acte médical utilisé dans la prise en charge. Ils doivent toujours se référer au standard établi des bonnes pratiques cliniques.

Les causes des problèmes de prise en charge seront identifiées :

- personnel : qualification, compétence, disponibilité, attitude, etc. ;
- médicaments, fournitures et équipements : disponibilité, accessibilité, etc. ;
- protocoles : disponibilité, connaissance, compréhension, utilisation ;
- gestion/organisation des soins : coordination, communication.

Le modérateur doit être très prudent quand on analyse les causes en lien avec le personnel, spécialement au début de l'implantation des audits, pour ne pas remettre en question la confiance établie dans le groupe.

II.6. Synthèse de l'analyse du cas [1,18]

Après la discussion du cas, le modérateur complète le formulaire de collecte d'informations. Il fait un résumé des débats en présentant :

- les principaux problèmes identifiés dans la gestion du cas ;
- les points forts identifiés dans la prise en charge du cas.
- Les principales causes de dysfonctionnements identifiées
- La cause médicale du décès et les facteurs associés éventuels

II.7. Recommandations [18]

À la fin de l'analyse de chaque cas, une liste de mesures à prendre doit être établie.

Il est essentiel de se limiter à trois ou quatre recommandations prioritaires (qui ont le plus d'impact sur le pronostic) pour chaque cas. Si le nombre de décès, recommandations est trop élevé, le suivi s'avèrera impossible et la crédibilité de l'audit pourrait en souffrir. Cette liste indique :

- les mesures à prendre (recommandations),

- la (les) personne(s) responsable(s) de la mise en œuvre de chacune des mesures.

Le président du comité conduit la discussion afin de sélectionner les problèmes à résoudre en priorité. Il utilisera la liste qui se trouve dans le formulaire de collecte d'informations. Cinq catégories de recommandations y sont répertoriées :

- a) infrastructure ;
- b) équipement ;
- c) médicaments et matériel ;
- d) personnel soignant et de soutien ;
- e) gestion du personnel.

Il est important de bien formuler les recommandations. On doit s'assurer qu'elles sont en rapport avec le problème identifié, spécifiques, concrètes (pas de vœux pieux), réalistes ou faisables en fonction de la possibilité de mobiliser des ressources et de l'expertise disponible dans l'établissement de santé.

Le président du comité doit conserver dans un dossier ou cahier de bord tous les documents relatifs à la collecte et à l'analyse des cas pour en faire la synthèse à intervalle régulier (tous les ans, par exemple) : formulaires de collecte des décès maternels, questionnaires d'autopsie verbale et rapports des séances d'audit.

Le comité d'audit doit s'assurer que le système de suivi des recommandations est efficace afin d'éviter l'accumulation de décisions non mises en œuvre, ce qui conduirait à décourager le groupe. D'où l'importance de vérifier les recommandations avant chaque séance d'audit.

II.8. Rapport de la séance d'audit [1,18]

Il est important de produire un document écrit qui expose clairement les principales conclusions pour :

- o Être diffusé aux personnes concernées comme un moyen de rétro-information des résultats
- o Pour être certain qu'il sera disponible pour la prochaine séance et pour une utilisation future en interne ou en externe

Le rapporteur prend note pendant les discussions et les débats dans le but de pouvoir rédiger le rapport de séance. Ce rapport contient :

Diverses information sur la séance de RDM (date, numéro de la séance, durée, lieu)

1. La synthèse de l'analyse du cas présentée par le modérateur avec :

- o Les principaux problèmes identifiés dans la prise en charge du cas
- o Les points forts et positifs dans la prise en charge du cas
- o Les principales causes de dysfonctionnements identifiées
- o La cause médicale du décès et les facteurs associés éventuels

2. Les recommandations et le plan d'action

Le rapporteur prépare un rapport pour chaque cas revu par séance.

Un outil est proposé ci-dessous pour pouvoir faire un rapport plus facilement: «RDM: Fiche pour un rapport de séance».

Les détails de l'évaluation de chaque cas sont consignés dans le rapport de la séance d'audit de décès. Le président du comité ou modérateur de séance s'assure que les conclusions et recommandations ont bien été notées dans le rapport pour chaque cas. Lorsque plusieurs cas de décès maternels sont à l'agenda de la séance d'audit, il faut suivre la même séquence pour l'analyse de chaque cas et remplir les parties « conclusion et recommandations » pour chaque cas de mort maternelle auditée. Les rapports d'audit sont rangés dans un dossier gardé dans une armoire fermant à clé.

II.9. Synthèse des données, interprétation et élaboration d'un plan d'action annuel [1]

À l'aide des informations recueillies et conservées dans le dossier qui contient les différents rapports d'audit, le comité d'audit fait la synthèse des résultats régulièrement (tous les ans, par exemple) en classant d'une part, les décès maternels par cause et par évitabilité et d'autre part, les recommandations selon qu'elles ont été mises en œuvre ou non.

La synthèse des données des audits est présentée au cours d'une réunion annuelle. Dans le cadre de cette réunion annuelle, toutes les recommandations émises au cours des séances d'audit sont passées en revue, ainsi que les obstacles rencontrés pendant leur mise en œuvre. Cela permet au comité de déterminer quelles leçons ont été tirées de l'expérience et quels efforts doivent être fournis.

Un plan d'action est élaboré et présenté au cours de cette réunion, à partir des recommandations claires au sujet de tous les aspects qu'il faut améliorer, selon un calendrier établi. Le plan d'action annuel est un outil qui aide à assurer la continuité des changements prévus ou des améliorations auxquelles il est possible de s'attendre. Le suivi du plan d'action pourra être effectué au cours des futures séances d'audit de l'année qui suit. La participation à la réunion annuelle de restitution des responsables de l'établissement de santé et du médecin chef de district, de tout le personnel de tous les services concernés, à tous les niveaux, est indispensable.

Le format pour la présentation du rapport annuel sert de guide à la préparation de cette réunion et à son déroulement. Le président du comité s'assure que tous les formulaires sont remplis et archivés en lieu sûr.

Parallèlement à tout cela, le processus d'audit et les activités du comité d'audit sont évalués, de manière à assurer l'efficacité et l'adaptabilité de l'ensemble du processus d'audit. Le comité d'audit doit rédiger un procès-verbal et le soumettre aux responsables de l'établissement de santé, ainsi qu'aux autorités sanitaires pour que l'application des mesures proposées dans les conclusions des audits de décès maternels soit possible et durable. Le processus d'audit doit être soutenu par des activités de formations continues dites sessions de partage (voir annexe 7).

RÉFÉRENCES

1. De Brouwere V., Zinnen V., Delvaux T. (2012) Conduire des Revues des cas de Décès Maternels (RDM). Guide et outils pour les professionnels de la santé. Londres, Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, FIGO LOGIC, <http://www.figo.org/projects/maternal-andnewborn-health/publications>.
2. OMS. Surveillance des décès maternels et riposte : directives techniques : prévention des décès maternels, informations au service de l'action [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2015 [cité 8 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/iris/handle/10665/194270>
3. Crombie IE, Davies HT, Abraham SC, Florey CdV. The audit handbook 1997. Improving health care through clinical audit John Wiley & Sons, Chichester, England.
4. Ronsmans C. What is the evidence for the role of audits to improve the quality of obstetric care? In: Safe motherhood strategies: a review of the Evidence. Ed D Brouwere V & Van Lerberghe W. ITG Press Antwerp, Studies in Health Services Organisation and Policy, 17, 2001: 207-227.
5. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank Estimates. Geneva: WHO; 2012.
6. UNFPA, Aberdeen University. Maternal Mortality Update 2004 - Delivering into GoodHands. UNFPA; 2004.
7. World Health Organization. The World Health Report 2005 - Make every mother and child count. Geneva: WHO; 2005.
8. World Health Organization. Making a difference in countries - Strategic Approach to Improving Maternal and Newborn survival and Health. Geneva: WHO; 2006.
9. UNICEF. Maternal and newborn health. http://www.unicef.org/health/index_maternalhealth.html. Consulted the 21th of May 2012.
10. WHO: International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision. WHO; 1992.
11. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Metin Gülmezoglu A, Paul FA Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. The Lancet 2006, 367, (9516): 1066– 1074.
12. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. Social Science & Medicine 1994 38 (8): 1091-1110.
13. Bailey P, Fortney JA, Freedman L, Goodburn EA, Kwast BE, Mavalankar D, Money Penny B. Améliorer les Soins Obstétricaux d'Urgence grâce à l'Audit reposant sur des Critères. Mailman School of Public Health, Columbia University, 2003.
14. Organisation Mondiale de la Santé. Au-delà des Nombres: Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. Genève: OMS; 2004.
15. Gabrysch S, Campbell OMR. Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. BMC Pregnancy and Childbirth 2009, 9:34.
16. Gay J, Hardee K, Judice N, Agarwal K, Fleming K, Hairston A, Walker B, Wood M, What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions. POLICY Project Module 1 Safe Motherhood. Washington, The Policy Project, Futures Group, 2003.

17. OMS. Surveillance des décès maternels et riposte : directives techniques : prévention des décès maternels, informations au service de l'action [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2015 [cité 8 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/iris/handle/10665/194270>
18. Dortonne JR, Traoré M, 2014. Déroulement d'une séance d'audit. In : Pays à faibles ressources. ADumont A, Traoré M, Dortonne JR, 2014. Audit de décès maternels dans les établissements de santé. IRD éditions. Marseille Didactiques. Chapitre 5, pages 53-7.