

**Projet de document de travail à  
diffusion restreinte**

OUTIL D'ÉVALUATION ET  
D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES  
SOINS MATERNELS, PÉDIATRIQUES ET  
NÉONATALS INTÉGRÉS

Cet outil général se fonde sur les normes tirées du Livre de poche de l'OMS pour les soins pédiatriques et les directives OMS de prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement



**World Health  
Organization**

Introduction.....	1
Structure de l'outil .....	1
Adaptation de l'outil .....	3
Guide d'utilisation de l'outil d'évaluation .....	4
Vue d'ensemble du processus d'évaluation .....	8
A. INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'HÔPITAL .....	11
A.1. Disposition de l'établissement .....	11
A.2. Infrastructure .....	14
A.3. Personnel et formation .....	15
A.4. Statistiques hospitalières .....	17
A.5. Système d'information sanitaire et dossiers médicaux .....	23
A.6. Médicaments essentiels et produits sanguins .....	25
A.7. Laboratoire .....	32
A.8. Politiques des établissements de santé .....	36
A.9. Transfert. ....	39
A.10. Directives et Revues.....	40
B. SOINS MATERNELS .....	43
B.1. Soins obstétricaux d'urgence .....	43
B.2. Services de maternité.....	47
B.3. Lutte contre l'infections et soins de soutien .....	50
B.4. Médicaments essentiels, matériel et produits pour la mère.....	55
B.5. Prise en charge des cas maternels.....	62
B.6. Résultats récapitulatifs - Module B: Soins maternels .....	90
C. SOINS NÉONATALS.....	91
C.1. Services de néonatalogie.....	91
C.2. Lutte contre l'infection et soins de soutien .....	93
C.3. Médicaments essentiels, matériel et produits pour le nouveau-né.....	99
C.4. Soins néonataux courants.....	102
C.5. Prise en charge des nouveau-nés malades.....	107
C.6. Surveillance et suivi .....	112
C.7. Résultats récapitulatifs - Module C: Soins néonataux .....	115
D. SOINS PÉDIATRIQUES .....	116
D.1. Soins pédiatriques d'urgence .....	116
D.2. Services pédiatriques .....	121
D.3. Lutte contre l'infection et soins de soutien dans les services pédiatriques.....	123
D.4. Médicaments essentiels, matériel et produits pédiatriques.....	128
D.5. Prise en charge des cas de maladies pédiatriques courante.....	132
D.6. Chirurgie pédiatrique et rééducation .....	151
D.7. Résultats récapitulatifs - Module D: Soins pédiatriques.....	154
E. Récapitulatif des scores d'évaluation .....	155

F. Compte rendu et plan d'action .....	158
G. Annexes .....	G-146
G.1. Directives pour la conduite des entretiens .....	G-146
G.2. Questionnaire – nouvelle mère .....	G-148
G.3. Questionnaire - Soignant ou membres de la famille .....	G-155
G.4. Entretien avec les travailleurs de la santé .....	G-161
H. Questionnaire par voie postale.....	H-170
INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L' HÔPITAL.....	H-170
Introduction.....	1
Structure de l'outil .....	1
Module A - Section générale .....	2
Modules B, C et D - Le continuum de soins.....	2
Annexes - Questionnaires des entretiens.....	3
Adaptation de l'outil .....	3
Examen de l'outil d'évaluation .....	3
Normes nationales de soins .....	4
Guide d'utilisation de l'outil d'évaluation .....	4
Utilisation de l'outil .....	5
Questionnaires et listes de contrôle .....	5
Visites à l'hôpital .....	6
Sources d'information .....	6
Système de notation .....	7
Vue d'ensemble du processus d'évaluation .....	8
Formation des évaluateurs .....	8
Planification de la conduite de l'évaluation .....	8
Étapes de la conduite de l'évaluation de l'hôpital .....	9
Première étape : Première réunion: .....	9
Deuxième étape 2: Visite complète de l'hôpital par l'équipe.....	9
Troisième étape 3: Conduite de l'évaluation .....	9
Quatrième étape 4: Réunion des évaluateurs .....	9
Compte rendu au personnel hospitalier .....	10
Plan d'action de l'hôpital.....	10
A. INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'HÔPITAL .....	11
A.1. Disposition de l'établissement .....	11
A.2. Infrastructure des salles .....	14
A.2.0.1. Score .....	14
A.2.0.2. Principales forces .....	14
A.2.0.3. Principales faiblesses .....	14
A.3. Personnel et formation .....	15
A.3.1. Personnel.....	15

A.3.2. Formation continue du personnel .....	16
A.4. Statistiques hospitalières .....	17
A.4.3. Statistiques maternelles et néonatales .....	17
A.4.4. Statistiques pédiatriques .....	19
A.4.5. Nombre de patients, décès et taux de mortalité .....	20
A.4.6. Causes des consultations et des hospitalisations, décès et taux de létalité.....	21
A.5. Système d'information sanitaire et dossiers médicaux .....	23
A.5.1. Système d'information sanitaire .....	23
Dossiers médicaux .....	23
A.5.2. Récapitulatif - Système d'information sanitaire et dossiers médicaux .....	24
A.5.2.1. Score .....	24
A.5.2.2. Principales forces .....	24
A.5.2.3. Principales faiblesses .....	24
A.6. Médicaments essentiels et de produits sanguins .....	25
A.6.1. Récapitulatif - Médicaments essentiels et produits sanguins .....	31
A.6.1.2. Principales forces .....	31
A.6.1.3. Principales faiblesses.....	31
A.7. Laboratoire.....	32
A.7.1. Récapitulatif - Laboratoire .....	34
A.7.1.1. Score .....	34
A.7.1.2. Principales forces .....	34
A.7.1.3. Principales faiblesses.....	36
A.8. Politiques des établissements de santé.....	36
A.8.1. Récapitulatif.....	37
A.8.1.1. Score .....	37
A.8.1.2. Principales forces .....	38
A.8.1.3. Principales faiblesses .....	38
A.9. Transfert. ....	39
A.9.1. Récapitulatif .....	39
A.9.1.1. Score .....	39
A.9.1.2. Principales forces .....	39
A.9.1.3. Principales faiblesses .....	39
A.10. Directives et Revues.....	40
A.10.1. Directives .....	40
A.10.2. Revues / Audits.....	41
A.10.3. Récapitulatif - Directives et vérifications .....	41
A.10.3.1. Score .....	41
A.10.3.2. Principales forces .....	42
A.10.3.3. Principales faiblesses .....	42
B. SOINS MATERNELS .....	43
B.1. Soins obstétricaux d'urgence .....	43

B.1.4. Circuit des patients .....	43
B.1.5. Disposition et structure des soins d'urgence .....	44
B.1.6. Récapitulatif - Soins obstétricaux d'urgence .....	45
B.1.6.1. Score .....	45
B.1.6.2. Principales forces .....	46
B.1.6.3. Principales faiblesses .....	46
B.2. Services de maternité .....	47
B.2.1. Personnel des services de maternité .....	47
B.2.2. Hygiène et prévention des accidents.....	47
B.2.3. Attention apportée aux malades les plus graves .....	48
B.2.4. Récapitulatif - Services de maternité .....	48
B.2.4.1. Score .....	49
B.2.4.2. Principales forces .....	49
B.2.4.3. Principales faiblesses .....	49
B.3. Lutte contre l'infections et soins de soutien .....	50
B.3.1. Lutte contre l'infection dans les services de maternité .....	50
B.3.1.1. Hygiène des mains .....	50
B.3.1.2. Utilisation des gants .....	51
B.3.1.3. Pratiques de lutte contre l'infection .....	51
B.3.1.4. Récapitulatif- Lutte contre l'infection.....	52
B.3.1.4.1. Score .....	52
B.3.1.4.2. Principales forces .....	52
B.3.1.4.3. Principales faiblesses .....	53
B.3.2. Soins de soutien .....	53
B.3.2.1. Besoins nutritionnels des patientes hospitalisés .....	53
B.3.2.2. Utilisation des solutés par voie intraveineuse .....	53
B.3.2.3. Traitement médicamenteux .....	53
B.3.2.4. Transfusion sanguine.....	53
B.3.2.5. Récapitulatif- Soins de soutien .....	54
B.3.2.5.1. Score.....	54
B.3.2.5.2. Principales forces .....	54
B.3.2.5.3. Principales faiblesses .....	54
B.4. Médicaments essentiels, matériel et produits pour la mère.....	55
B.4.1. Médicaments .....	55
B.4.2. Récapitulatif - Médicaments essentiels .....	56
B.4.2.1. Note .....	56
B.4.2.2. Principales forces .....	56
B.4.2.3. Principales faiblesses .....	56
B.4.3. Matériel et produits des services de maternité .....	57
B.4.4. Récapitulatif – Matériel et produits .....	60
B.4.4.2. Principales forces.....	61



B.5.2.3.1. Césarienne en urgence .....	78
B.5.2.3.2. Moment approprié pour la césarienne et consentement éclairé .....	78
B.5.2.3.3. Indications relatives à la césarienne et politiques de réduction de la fréquence des césariennes inappropriées.....	79
B.5.2.3.4. Procédures liées à la césarienne.....	80
B.5.2.3.5. Soins immédiats après césarienne.....	80
B.5.2.3.6. Soins après les 24 premières heures et sortie de l'hôpital après une césarienne.....	81
B.5.2.3.7. Récapitulatif - Césarienne .....	82
B.5.2.3.7.1. Score .....	82
B.5.2.3.7.2. Principales forces .....	83
B.5.2.3.7.3. Principales faiblesses .....	83
B.5.2.4. Hémorragie du post-partum (HPP) .....	83
B.5.2.4.1. Récapitulatif - Hémorragie du post-partum.....	84
B.5.2.4.1.1. Score.....	84
B.5.2.4.1.3. Principales faiblesses .....	84
B.5.2.5. Prise en charge de la dystocie.....	84
B.5.2.5.1. Diagnostic de la dystocie.....	84
B.5.2.5.2. Prise en charge du travail prolongé.....	85
B.5.2.5.3. Récapitulatif – Prise en charge de la dystocie.....	86
B.5.2.5.3.1. Score....	86
B.5.2.5.3.2. Principales forces .....	87
B.5.2.5.3.3. Principales faiblesses .....	87
B.5.3. Contrôle et suivi .....	87
B.5.3.5.1. Suivi des progrès individuels.....	87
B.5.3.5.2. Réévaluation et suivi par les infirmiers .....	87
B.5.3.5.3. Réévaluation par les médecins .....	88
B.5.3.5.4. Suivi .....	88
B.5.3.5.5. Récapitulatif-Contrôle et suivi .....	88
B.5.3.5.5.1. Score .....	89
B.5.3.5.5.2. Principales forces .....	89
B.5.3.5.5.3. Principales faiblesses .....	89
C. SOINS NÉONATALS .....	91
C.1. Services de néonatalogie.....	91
C.1.1. Personnel des services de néonatalogie.....	91
C.1.2. Hygiène et prévention des accidents .....	91
C.1.3. Récapitulatif - Services de santé néonatales .....	92
C.1.3.1. Score .....	92
C.1.3.2. Principales forces.....	92
C.1.3.3. Principales faiblesses .....	92
C.2. Lutte contre l'infection et soins de soutien.....	93

C.2.1. Lutte contre l'infection dans les salles pour nouveau-nés .....	93
C.2.1.1. Hygiène des mains .....	93
C.2.1.2. Utilisation des gants .....	93
C.2.1.3. Pratiques de lutte contre l'infection .....	94
C.2.1.4. Récapitulatif – Lutte contre l'infection .....	95
C.2.1.4.1. Score.....	95
C.2.1.4.2. Principales forces .....	95
C.2.1.4.3. Principales faiblesses .....	95
C.2.2. Soins de soutien .....	95
C.2.2.1. Besoins nutritionnels des nouveau-nés malades .....	95
C.2.2.2. Utilisation de solutés intraveineux.....	96
C.2.2.3. cathétérisme veineux central et cathétérisme ombilical.....	96
C.2.2.4. Traitement médicamenteux .....	96
C.2.2.5. Transfusion sanguine .....	97
C.2.2.6. Récapitulatif- Soins de soutien pour nouveau-nés malades .....	97
C.2.2.6.1. Score .....	98
C.2.2.6.2. Principales forces .....	98
C.2.2.6.3. Principales faiblesses .....	98
C.3. Médicaments essentiels, matériel et produits pour nouveau-nés .....	99
C.3.1. Médicaments essentiels.....	99
C.3.1.1. Récapitulatif - Médicaments essentiels.....	100
C.3.1.1.1. Score .....	100
C.3.1.1.2. Principales forces .....	100
C.3.1.1.3. Principales faiblesses .....	100
C.3.2. Matériel et produits .....	100
C.3.2.1. Récapitulatif - Matériel et produits .....	101
C.3.2.1.1. Score .....	101
C.3.2.1.2. Principales forces .....	101
C.3.2.1.3. Principales faiblesses .....	102
C.4. Soins néonataux courants.....	102
C.4.1. Réanimation néonatale .....	102
C.4.2. Surveillance du nouveau-né et soins immédiats .....	102
C.4.3. Examen, dépistage, prévention et prise en charge des maladies infectieuses à transmises de la mère à l'enfant .....	103
C.4.4. Allaitement maternel précoce et exclusif .....	103
C.4.5. Suivi du nouveau-né avant la sortie de l'hôpital.....	104
C.4.6. Information et conseil pour la mère.....	105
C.4.6.1. Récapitulatif - Soins néonataux courants.....	105
C.4.6.1.1. Score .....	105
C.4.6.1.2. Principales forces.....	106
C.4.6.1.3. Principales faiblesses .....	106

C.5. Prise en charge des cas de nouveau-nés malades .....	107
C.5.1. Prise en charge des bébés prématurés et de faible poids à la naissance .....	107
C.5.2. Septicémie néonatale .....	108
C.5.3. Reconnaissance et traitement de la jaunisse .....	109
C.5.4. Prise en charge des convulsions chez le nouveau-né .....	109
C.5.5. Besoins nutritionnels des nouveau-nés malades .....	110
C.5.5.1. Récapitulatif – Prise en charge des cas de nouveau-nés malades .....	110
C.5.5.1.1. Score .....	110
C.5.5.1.2. Principales forces .....	111
C.5.5.1.3. Principales faiblesses .....	111
C.6. Contrôle et suivi .....	112
C.6.1. Suivi du nouveau-né malade .....	112
C.6.2. Suivi par les infirmiers .....	112
C.6.3. Réévaluation par les médecins.....	113
C.6.4. Suivi .....	113
C.6.4.1. Récapitulatif - Suivi du nouveau-né malade .....	114
C.6.4.1.1. Score .....	114
C.6.4.1.2. Principales forces .....	114
C.6.4.1.3. Principales faiblesses .....	114
C.7. Récapitulatif des notes - Module C: Soins néonataux .....	115
D. SOINS PÉDIATRIQUES .....	116
D.1. Soins pédiatriques d'urgence .....	116
D.1.1. Circuit des patients .....	117
D.1.2. Personnel.....	117
D.1.3. Disposition et structure des soins d'urgence .....	118
D.1.4. Prise en charge des cas .....	119
D.1.4.1. Récapitulatif – Soins pédiatriques d'urgence.....	119
D.1.4.1.1. Score .....	120
D.1.4.1.2. Principales forces .....	120
D.1.4.1.3. Principales faiblesses .....	120
D.2. Services pédiatriques .....	121
D.2.1. Personnel.....	122
D.2.2. Hygiène et prévention des accidents .....	122
D.2.3. Attention apportée aux malades les plus graves.....	122
D.2.3.1. Récapitulatif - Services pédiatriques .....	122
D.2.3.1.1. Score .....	122
D.2.3.1.2. Principales forces .....	122
D.2.3.1.3. Principales faiblesses .....	122
D.3. Lutte contre l'infection et soins de soutien dans les services pédiatriques .....	123
D.3.1. Lutte contre l'infection .....	123
D.3.1.1. Hygiène des mains .....	123

D.3.1.2. Utilisation des gants .....	123
D.3.1.3. Pratiques de lutte contre l'infection .....	124
D.3.1.4. Récapitulatif - Lutte contre l'infection .....	124
D.3.1.4.1. Score .....	125
D.3.1.4.2. Principales forces .....	125
D.3.1.4.3. Principales faiblesses .....	125
D.3.2. Soins de soutien .....	125
D.3.2.1. Besoins nutritionnels des patients hospitalisés .....	125
D.3.2.2. Utilisation de solutés par voie intraveineuse .....	126
D.3.2.3. Traitement médicamenteux .....	126
D.3.2.4. Transfusion sanguine .....	126
D.3.2.5. Récapitulatif- Soins de soutien pour les enfants malades .....	127
D.3.2.5.1. Score .....	127
D.3.2.5.2. Principales forces .....	127
D.3.2.5.3. Principales faiblesses .....	127
D.4. Médicaments essentiels, matériel et produits pour le nouveau-né .....	128
D.4.1. Médicaments .....	128
D.4.1.1. Récapitulatif - Médicaments essentiels.....	129
D.4.1.1.1. Score .....	129
D.4.1.1.2. Principales forces .....	129
D.4.1.1.3. Principales faiblesses .....	129
D.4.2. Matériel et produits .....	129
D.4.2.1. Récapitulatif - Matériel et produits .....	131
D.4.2.1.4. Note .....	131
D.4.2.1.5. Principales forces .....	131
D.4.2.1.6. Principales faiblesses .....	131
D.5. Prise en charge des cas de maladies pédiatriques courantes .....	132
D.5.1. Toux ou difficultés respiratoires .....	132
D.5.1.1. Évaluation et traitement de la pneumonie .....	132
D.5.1.2. Administration des antibiotiques .....	132
D.5.1.3. Oxygénothérapie .....	132
D.5.1.4. Utilisation de la radiographie pulmonaires.....	133
D.5.1.5. Prise en charge de la respiration sifflante .....	133
D.5.1.6. Traitement de la tuberculose .....	134
D.5.1.7. Récapitulatif - Toux / difficultés respiratoires .....	134
D.5.1.7.1. Score .....	134
D.5.1.7.2. Principales forces .....	135
D.5.1.7.3. Principales faiblesses .....	135
D.5.2. Diarrhée .....	135
D.5.2.1. Évaluation de la déshydratation .....	135
D.5.2.2. Prise en charge de la déshydratation et de la diarrhée.....	136

D.5.2.3. Utilisation des antibiotiques .....	136
D.5.2.4. Alimentation continue.....	136
D.5.2.5. Récapitulatif - Diarrhée .....	137
D.5.2.5.1. Score.....	137
D.5.2.5.2. Principales forces.....	137
D.5.2.5.3. Principales faiblesses .....	137
D.5.3. Fièvre .....	138
D.5.3.1. Diagnostic différentiel et examens.....	138
D.5.3.2. Diagnostic et prise en charge de la méningite .....	138
D.5.3.3. Diagnostic et prise en charge des cas de paludisme grave ou compliqué .....	139
D.5.3.4. Diagnostic et prise de la rougeole .....	139
D.5.3.5. Diagnostic et traitement de la dengue.....	139
D.5.3.6. Autres maladies fébriles graves.....	140
D.5.3.7. Récapitulatif - Fièvre .....	140
D.5.3.7.1. Score .....	140
D.5.3.7.2. Principales forces .....	141
D.5.3.7.3. Principales faiblesses .....	141
D.5.4. Malnutrition .....	141
D.5.4.1. Évaluation de l'état nutritionnel .....	142
D.5.4.3. Prise en charge de la déshydratation .....	142
D.5.4.4. Prévention et prise en charge de l'hypoglycémie et l'hypothermie .....	142
D.5.4.5. Alimentation des enfants souffrant de malnutrition sévère.....	143
D.5.4.6. Prise en charge des affections associées et soins de soutien .....	143
D.5.4.7. Récapitulatif - Malnutrition .....	143
D.5.4.7.1. Score.....	144
D.5.4.7.2. Principales forces .....	144
D.5.4.7.3. Principales faiblesses .....	144
D.5.5. VIH / sida .....	144
D.5.5.1. Conseils et diagnostic pour VIH / sida pédiatrique .....	144
D.5.5.2. Traitement antirétroviral (ARV) et le suivi.....	145
D.5.5.3. Infections opportunistes et soins de soutien .....	146
D.5.5.4. Soins de soutien et suivi des enfants infectés par le VIH.....	146
D.5.5.5. Récapitulatif - VIH / sida .....	147
D.5.5.5.4. Score .....	147
D.5.5.5.5. Principales forces .....	147
D.5.5.5.6. Principales faiblesses .....	147
D.5.6. Contrôle et suivi .....	148
D.5.6.1. Suivi des progrès individuels .....	148
D.5.6.2. Suivi par les infirmiers .....	148
D.5.6.3. Réévaluation par les médecins .....	148
D.5.6.4. Suivi .....	149

D.5.6.5. Récapitulatif - Contrôle et suivi .....	149
D.5.6.5.1. Score .....	149
D.5.6.5.2. Principales forces .....	149
D.5.6.5.3. Principales faiblesses .....	150
D.6. Chirurgie pédiatrique et rééducation .....	151
D.6.1. Matériel de l'anesthésie pédiatrique .....	151
D.6.2. Soins pré-opératoires .....	151
D.6.3. Soins per-opératoires .....	152
D.6.4. Soins post-opératoires et suivi .....	152
D.6.5. Rééducation .....	153
D.6.5.1. Récapitulatif - Chirurgie pédiatrique et rééducation .....	153
D.6.5.1.1. Score .....	153
D.6.5.1.2. Principales forces .....	153
D.6.5.1.3. Principales faiblesses .....	153
D.7. Récapitulatif des notes - Module D: Soins pédiatriques .....	154
E. Récapitulatif des notes d'évaluation.....	155
F. Compte rendu et plan d'action .....	158
G. Annexes .....	1
G.1. Directives pour la conduite des entretiens .....	1
G.2. Questionnaire – jeune maman .....	3
. Récapitulatif .....	9
G.2.1.1. Score .....	9
G.3. Questionnaire - Soignant ou membres de la famille .....	11
G.3.1.1. Score.....	19
G.4. Entretien avec les personnels de santé .....	20
G.4.1. Score .....	28
H. Questionnaire par voie postale .....	29
INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L' HÔPITAL.....	29

# Introduction

Les statistiques disponibles sur les causes de la mortalité maternelle, néonatale et infantile soulignent le fait que la plupart des décès sont le résultat de complications survenues pendant et après la grossesse et / ou l'accouchement; ou de maladies graves chez les enfants qui nécessitent des soins optimaux dans les établissements de santé. La plupart des décès maternels qui se produisent dans les pays à forte charge de morbidité résultent principalement de cinq morbidités: hémorragie grave, hypertension artérielle, septicémie, avortement non médicalisé et dystocie; et les principales causes de décès des enfants sont les causes néonatales : (complications liées à la prématurité, asphyxie à la naissance et infections néonatales), pneumonie, diarrhée, paludisme et malnutrition. Ces décès sont «pour la plupart évitables» parce que les interventions médicales nécessaires existent et sont bien connues. Cependant, les principaux obstacles sont le manque d'accès aux soins et la mauvaise qualité des soins dispensés aux mères et aux nouveau-nés dans les hôpitaux pendant la grossesse, l'accouchement et au début de la période postnatale, ainsi que la prise en charge inadéquate des enfants gravement malades de moins de cinq ans. Cet outil d'évaluation générale servira à évaluer la qualité des soins dispensés à la mère, aux bébés et aux enfants dans les hôpitaux, sur la base de normes tirées du Livre de poche de l'OMS sur les soins hospitaliers pédiatriques et les directives de l'OMS sur la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC). L'objectif est d'aider le ministère de la Santé, les principaux intervenants et partenaires qui sont impliqués dans le processus d'amélioration de la qualité des soins, de procéder de manière systématique à une évaluation complète des soins de santé maternels, néonataux et pédiatriques fournis dans les établissements de santé. Il s'agit en fin de compte de contribuer à l'identification des lacunes dans des domaines clés des soins de santé maternels, néonataux et infantiles qui nécessitent une amélioration.

## Structure de l'outil

L'outil est censé être détaillé mais non exhaustif pour l'examen de domaines qui sont importants pour fournir des standards de soins appropriés pour les mères, les bébés et les enfants dans les hôpitaux. L'outil d'évaluation procède à une certaine priorisation en reconnaissant que certains aspects des soins aux patients sont essentiels. Il aide à accorder dans les hôpitaux la priorité à ces aspects essentiels et d'autres domaines, bien qu'importants, peuvent être abordés plus tard. Les domaines prioritaires clés qui influent le plus sur l'amélioration de la qualité des soins comprennent le triage, l'hygiène (notamment le lavage des mains); la disponibilité des médicaments d'urgence et de première ligne; la disponibilité de directives thérapeutiques standard mises à jour; les soins et l'évaluation d'urgence; et la prise en charge des affections courantes. Avant d'être utilisé dans un pays donné, l'outil d'évaluation doit être examiné par les professionnels de la santé pour vérifier sa cohérence avec les normes et les directives nationales, telles que la liste de médicaments essentiels, ou la prévalence des maladies, et être adapté, le cas échéant.

L'outil comprend les parties suivantes:

- 1) Des questionnaires succincts auxquels il faut répondre par oui ou non, et un espace pour des observations écrites sur la base des observations ou des entretiens;
- 2) Des listes de contrôle concernant la disponibilité des services, du matériel, des médicaments et des produits;
- 3) Des formulaires structurés pour la notation sur la base des observations relatives à la prise en charge des cas, conformément aux normes de soins et critères acceptés;
- 4) Des formulaires récapitulatifs pour des observations sur la prise en charge clinique de chaque cas et un récapitulatif d'ensemble de l'évaluation;
- 5) Un tableau structuré pour la priorisation et un cadre pour un plan d'action;
- 6) Des entretiens structurés pour les professionnels de la santé, les soignants ou les mères.

L'outil d'évaluation est organisé de manière à faciliter le dialogue avec les différentes parties prenantes à l'hôpital au cours de la visite qui y est effectuée. Les différentes sections sont structurées comme suit:

### **Module A - Section générale**

Il s'agit de la première section de l'outil, qui examine les informations générales sur l'hôpital en termes d'infrastructures de base, de disposition de l'établissement et de systèmes d'appui, notamment la dotation globale en personnel. Ces informations sont généralement collectées avant la visite à l'hôpital et les questionnaires sont envoyés par la poste ou par courriel à l'hôpital participant. Les domaines étudiés dans cette section sont:

1. La disposition
2. Les infrastructures
3. Les effectifs
4. Les statistiques hospitalières
5. Le système d'information sanitaire et les dossiers médicaux
6. Les médicaments essentiels et les produits sanguins
7. Le laboratoire
8. Les directives et la vérification

### **Modules B, C et D - Le continuum de soins**

Cette section de l'outil comprend trois modules- un module B sur les soins maternels ; un module B sur le volet néonatal et un module C sur l'aspect pédiatrique. Chacun de ces modules peut être évalué séparément. Chacun d'eux comporte les sous-sections suivantes:

1. Soins d'urgence
2. Salles
3. Lutte contre l'infection et soins de soutien
4. Médicaments essentiels, matériel et produits
5. Prise en charge des cas
6. Contrôle et suivi

La qualité des soins médicaux dispensés dans l'établissement de santé aux femmes enceintes, aux nouvelles mères, aux nouveau-nés et aux enfants est évaluée dans les sections sur la prise en charge des cas, conformément aux normes de soins acceptées.

### **Annexes - Questionnaires des entretiens**

Il existe trois questionnaires structurés à administrer au cours de la visite d'évaluation. Ils visent à collecter des informations supplémentaires sur l'accès à l'établissement, la perception quant aux soins fournis et les services reçus. L'évaluation s'effectue tant du point de vue du prestataire que du patient. Les questionnaires peuvent être auto-administrés ou utilisés lors d'entretiens avec les soignants, les patients et les usagers. Dans cette section, les questionnaires utilisés dans les entretiens sont les suivants:

1. Entretien avec la jeune maman
2. Entretien avec les soignants ou les membres de famille de l'enfant
3. Entretien avec les professionnels de la santé

### **Adaptation de l'outil**

L'outil qui a été élaboré est un cadre général qui a besoin d'être adapté à l'épidémiologie et à la structure au niveau national / local. L'adaptation peut entraîner la suppression des éléments qui ne semblent pas être cruciaux, l'ajout de nouveaux éléments prioritaires, ou la modification de l'ordre du jour de la visite d'évaluation pour s'adapter aux besoins et ressources locaux. Ainsi par exemple, une section sur la prise en charge de la dengue ne sera nécessaire qu'en Asie du Sud-Est ou en Amérique centrale et du Sud. L'outil est également subdivisé en modules pour permettre de l'adapter à l'évaluation des soins de santé maternels, néonataux ou pédiatriques selon le souhait du pays ou de l'établissement hospitalier. Il peut également être utilisé à différents niveaux de soins : petits hôpitaux de district ou centres de soins tertiaires. Il est par conséquent nécessaire que l'équipe d'évaluateurs nationaux et internationaux identifie lors de la planification de l'évaluation, les sections de l'outil qui sont pertinentes au niveau de l'hôpital qui fait l'objet de l'évaluation. Par exemple, dans certains hôpitaux, il peut ne pas y avoir de services de chirurgie pédiatrique et la partie y relative peut être retirée ; il en serait de même pour les sections concernant les soins obstétricaux et les complications obstétricales en particulier. Dans la mesure où certains éléments spécifiques au sein de la même section peuvent ne pas s'appliquer à l'établissement en cours d'évaluation, il suffira de classer l'élément en question comme NA (non applicable) le moment venu.

### **Examen de l'outil d'évaluation**

L'outil OMS d'évaluation intégrée de l'hôpital se fonde sur les normes de soins OMS et doit être adapté aux normes nationales avant son utilisation dans le pays. Les éléments qui ne sont pas importants, tels que: un état pathologique spécifique qui n'existe pas dans le pays concerné - par exemple le paludisme, la dengue - sont retirés de l'outil d'évaluation, tandis que d'autres éléments pertinents pour le pays peuvent être ajoutés. Certains domaines à prendre en considération dans le processus d'adaptation sont les suivants:

- Le type de l'hôpital et le niveau de soins

- Les normes nationales pour les hôpitaux
- Les protocoles existants: (directives cliniques), procédures concernant l'oxygène ou la transfusion sanguine
- La liste des médicaments essentiels
- Les produits et équipements essentiels
- Les sections sur des maladies particulières à l'épidémiologie locale (par exemple le paludisme)

Dans certains pays, il sera nécessaire de traduire l'adaptation nationale de l'outil d'évaluation dans la langue locale, ce qui nécessitera de consacrer suffisamment de temps pour la traduction.

### **Normes nationales de soins**

L'évaluation devrait se fonder sur des standards nationaux en matière de soins hospitaliers. Il est essentiel de veiller à ce qu'il existe des standards de soins à base factuelle sur lesquels l'outil pourra s'appuyer pour améliorer la qualité des soins ; il s'agit d'ailleurs d'une partie importante du processus. Il se pourrait que les pays disposent déjà de diverses directives pour la prise en charge des affections maternelles, néonatales et infantiles, sous forme de directives nationales de traitement ou de protocoles hospitaliers de prise en charge. Ces directives devront être examinées et comparées aux normes et directives de l'OMS par toutes les parties prenantes, en particulier les cliniciens, les infirmiers, les représentants d'institutions de formation de médecins et d'infirmiers, les associations professionnelles, les comités chargés des directives nationales sur le traitement et des médecins et infirmiers exerçant dans les hôpitaux publics et privés.

Il importe que les normes utilisées soient fondées sur les faits et correspondent aux standards de soins de l'OMS, qui sont fournies à titre d'orientation. Tous les évaluateurs se référeront par conséquent aux mêmes standards. Là où il n'existe pas de normes, de soins ou de directives nationales, l'outil générique sera utilisé en l'état et l'élaboration de directives ou de normes de soins devrait être l'un des résultats de ce processus.

### **Guide d'utilisation de l'outil d'évaluation**

L'outil d'évaluation est utile pour présenter l'idée et le contenu des directives et des normes recommandées au niveau international. En effet, l'évaluation de la qualité semble être un moyen efficace d'introduire les directives de l'OMS et les normes internationales dans la pratique clinique des pays. Après leur adaptation aux normes nationales, l'outil peut être utilisé pour l'évaluation au niveau national. En combinant différentes sources, l'outil permet de faire un diagnostic global de la qualité des soins et de déterminer les domaines qui tirent la qualité vers le bas.

L'outil peut être utilisé à l'échelle nationale en tant que composante d'une stratégie d'amélioration de la qualité en santé périnatale et pédiatrique. Il est également possible d'évaluer un échantillon représentatif d'établissements de soins afin de fournir des résultats qui peuvent être généralisées de manière fiable et présentées aux autorités de la santé intéressées au niveau national, provincial, de district ou de l'hôpital. L'outil peut également être utilisé dans un seul établissement de santé pour un programme pilote d'amélioration de la qualité. En

permettant une évaluation semi-quantitative de la qualité des soins dans de nombreux domaines clés, il peut être utilisé pour évaluer et surveiller la situation de départ et les améliorations subséquentes, et fournir ainsi des informations essentielles avant et après les interventions visant à améliorer la qualité des soins, ainsi que pour les programmes d'incitation et d'accréditation.

### Utilisation de l'outil

Pour évaluer les différents aspects de l'hôpital, les informations sont collectées sous diverses formes, notamment:

- Des questionnaires succincts sur la disposition et la structure de l'hôpital, auxquels il faut répondre par oui ou par non, et de l'espace pour des informations écrites à compléter sur la base d'observations faites lors de la visite de l'hôpital ou lors d'entretiens avec le personnel.
- Des listes de contrôle à remplir pour le matériel, les médicaments et les produits
- Le recueil de données sur la prise en charge de différentes affections avec pour base des standards de soins validés et des critères pour respecter ces critères. En recueillant les données, on suit un système de notation des pratiques allant de « bonnes » (conformes aux normes) à « faible » (nécessitant des améliorations).

Chaque section est évaluée sur la base des informations recueillies par différentes sources et est notée sur les critères qui doivent être remplis pour correspondre au standard. Ces normes sont les exigences minimales pour la bonne qualité des soins dispensés aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. Pour les sections sur la prise en charge de cas, les instructions de l'outil d'évaluation fournissent des orientations pour les standards, mais ne couvrent pas tous les aspects d'un standard donné ; il est donc important de se référer aux sections pertinentes du *Livre de poche OMS sur les soins hospitaliers pédiatriques et les directives OMS sur la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC)* qui auraient déjà fait l'objet d'une adaptation aux directives et au contexte locaux.

L'outil veille à ce que les informations générales qui ont été recueillies avant la visite soient validées lors de la visite à l'hôpital. L'élément principal de l'évaluation est la visite de l'hôpital qui dure environ deux jours. Les évaluateurs remplissent le formulaire d'enregistrement de l'outil d'évaluation, à raison d'un formulaire pour chaque hôpital. L'outil comportant des modules, il est possible pour chaque domaine spécifique d'un segment de la population, c'est-à-dire la mère, le nouveau-né ou l'enfant, d'être évalué séparément. À la fin de l'évaluation, chaque section est récapitulative, une note moyenne est attribuée pour chaque standard et des observations sont formulées sur les faiblesses et les forces générales. À la fin de la visite de l'hôpital, les évaluateurs et l'administration de l'hôpital se réunissent pour un compte rendu et s'accordent sur un plan d'action pour des améliorations immédiates et ultérieures.

### Questionnaires et listes de contrôle

Des questionnaires avec listes de contrôle sont envoyés aux administrateurs de l'hôpital avant la visite proprement dite (voir Annexe 6: questionnaire envoyé par la poste), accompagnés d'une lettre expliquant le but de l'exercice, et leur demandant de fournir les informations nécessaires avant la visite. Ces questionnaires sont axés sur des informations censées être importantes pour la planification des interventions d'amélioration de la qualité. Il s'agit par exemple d'informations sur les taux d'admission, le taux de létalité, la disponibilité des médicaments essentiels, etc. L'avantage de l'envoi des questionnaires et listes de contrôle est la possibilité d'obtenir, dans un court laps de temps et à faible coût, des informations complètes sur un certain nombre de facteurs qui influent sur la capacité d'un hôpital à fournir des soins de qualité. Lorsqu'on prévoit des interventions individuelles par hôpital, les informations provenant des questionnaires et listes de contrôle devront être examinées, en même temps que celles tirées des observations faites sur place concernant la qualité des soins. Les informations contenues dans les questionnaires ou listes de contrôle seront vérifiées par recoupement lors de la visite à l'hôpital.

### Visites des hôpitaux

Les sections de l'outil d'évaluation à remplir pendant les visites des hôpitaux comprennent des informations tirées des observations sur la prise en charge des cas et l'environnement physique, ainsi que des entretiens avec le personnel hospitalier et les soignants des enfants malades. Il conviendrait de passer autant de temps que possible dans les salles pour obtenir des informations de première main par l'observation directe, en particulier sur la prise en charge et les soins prodigués à l'hôpital. Il faudra s'efforcer, par l'observation directe, de déterminer si les médicaments et le matériel sont disponibles dans la salle des urgences, dans les salles d'hospitalisation ou en pharmacie. Si possible, jeter un coup d'œil dans la salle d'opération pour vérifier si l'équipement essentiel est disponible. S'efforcer aussi de vérifier les renseignements fournis par l'hôpital, le personnel ou les patients par l'observation au cours de la visite.

### Sources d'information

- i. **Observation des cas:** Pour la prise en charge clinique des cas, c'est la source d'information privilégiée et elle devrait être utilisée autant que possible. Les soins dispensés aux nouveaux arrivants et aux patients admis à l'hôpital devraient être observés directement, sans ingérence de la part des évaluateurs. Cette observation est complétée par des discussions avec le personnel, l'examen des dossiers de suivi, et des entretiens avec les soignants
- ii. **Dossiers:** Les évaluateurs obtiennent des informations sur la qualité des soins dispensés aux malades hospitalisés et récemment sortis en vérifiant les dossiers. S'il n'existe pas assez de patients pour l'observation directe des cas, les évaluateurs devraient demander au personnel s'il est possible d'examiner les dossiers. Cette source d'information est particulièrement importante pour des affections relativement rares mais graves telles que la méningite, pour lesquelles il pourrait n'y avoir aucun cas admis pendant le temps de la visite.

iii. **Entretiens:** Les évaluateurs organisent des entretiens avec le personnel hospitalier et les soignants pour se faire une idée de la perception qu'ils ont des soins dispensés aux patients dans les hôpitaux. L'outil d'évaluation présente un canevas pour les entretiens avec les mères, les soignants et les agents de santé, voir annexes 2, 3 et 4 respectivement. Si, de même, il n'existe pas assez de cas pour l'examen direct de la prise en charge, on simule des cas au personnel pour pouvoir évaluer leur prise en charge clinique.

iv. Lors de la visite de l'hôpital et tours dans les salles, on observe d'autres éléments comme la propreté, le respect des protocoles cliniques et la disponibilité des médicaments et du matériel énumérés tels qu'indiqué par l'établissement. S'efforcer de vérifier les renseignements fournis; les zones d'ombre peuvent être clarifiées par des entretiens.

### Système de notation

Pour la notation d'ensemble, les notes de 5 à 1 sont attribuées : 5 pour une bonne pratique respectant les standards de soins; 4 montrant peu de besoin d'amélioration pour être conforme aux standards de soins; 3 signifiant un certain besoin d'amélioration pour atteindre les standards de soins; 2 indiquant un besoin considérable d'amélioration pour atteindre les standards; et 1 montrant que les services ne sont pas fournis, que la prise en charge est totalement inadéquate ou que les pratiques présentent un risque mortel. (Le groupe d'évaluation peut aussi choisir d'adapter le système de notation de 0 à 3 ; 0 indiquant que les services ne sont pas fournis / sont totalement insuffisants / potentiellement mortels, et 3 indiquant de bonnes pratiques conformes aux standards. Mais cette modification ne doit se faire que lorsqu'il y a un accord clair et un consensus sur la signification de chaque note). Ces notes sont simplement additionnées à la fin de chaque section, et une moyenne calculée pour la section. Pour chaque note donnée, un espace suffisant est laissé pour quelques observations indiquant pourquoi cette note a été donnée ; si possible ajouter plus d'informations, en particulier sur la façon dont l'information a été obtenue (examen de graphes, entretien avec le personnel, observation des soins fournis). Ces informations contenues dans les observations sont utiles pendant les séances de compte rendu tenues avec le personnel de l'hôpital.

Chacune des différentes sections se termine par un tableau récapitulatif, dans lequel les résultats peuvent être condensés, et un espace est prévu pour inclure les observations sur les principales forces et faiblesses, afin de faciliter un aperçu rapide de chaque chapitre. Cela aidera à garder à l'esprit les points importants qui devraient être couverts pendant le compte rendu final présenté au directeur de l'hôpital et au personnel.

**Tableau 1: Système de notation, note récapitulative**

Récapitulatif des notes	Bien		À améliorer		
<b>(encercler)</b>	5	4	3	2	1
<b>Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation par l'une des notes; 5 indiquant une bonne qualité de soins, 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin d'amélioration mineur, 1=besoin urgent d'amélioration)</b>					

La note récapitulative devra être la moyenne des notes de la section.

Après la fin de l'évaluation, on prend le tableau récapitulatif des notes sur lequel figure chaque élément de la fiche d'évaluation. Ce tableau comprend également une section pour les observations où les principales forces et faiblesses identifiées à la fin de l'évaluation de l'hôpital sont résumées de manière descriptive, ce qui sera utile lors du compte rendu avec le personnel de l'hôpital. Cela peut aider dans le suivi des améliorations de l'hôpital au fil du temps et rendre possible la comparaison entre hôpitaux. Il convient de noter que si des sections de l'outil sont retirées ou modifiées, la note récapitulative totale potentielle devra également être révisée. Un tableau est également inclus pour le compte rendu et le plan d'action, qui peut être adapté au besoin par le personnel hospitalier et les évaluateurs.

### **Vue d'ensemble du processus d'évaluation**

L'élément central de de l'évaluation est la visite de l'hôpital qui, en fonction de la taille de l'établissement, peut durer de 1 à 3 jours pleins; il est important de veiller à ce que cette évaluation se fasse à la fois le soir et la nuit. Les équipes d'évaluation doivent être composées de personnes bien expérimentées et ayant des profils complémentaires et mixtes, afin de considérer les résultats avec objectivité : pédiatres, sages-femmes, obstétriciens, médecins généralistes, infirmiers ou responsables cliniques. Selon le but de l'évaluation, les équipes peuvent être composées d'évaluateurs internes seulement; d'une combinaison d'évaluateurs internes et externes avec une représentation nationale et internationale; ou seulement d'évaluateurs externes. Il est toujours souhaitable d'inclure le personnel d'autres hôpitaux dans l'équipe d'évaluation, car cela permettra de favoriser la collaboration entre les hôpitaux dans l'amélioration de la qualité des soins. Quelle que soit l'option choisie, il faudra prendre en compte l'aspect financier.

### **Formation des évaluateurs**

Avant de procéder à l'évaluation, tous les évaluateurs doivent se familiariser au mieux avec les standards nationaux de soins et / ou les directives et l'outil d'évaluation. La formation durera environ trois jours et comprendra des sessions de formation pour la familiarisation avec les normes nationales et l'examen de l'outil d'évaluation, ainsi que des séances pratiques sur les services hospitaliers en vue de se familiariser avec l'outil d'évaluation et de convenir de la notation entre évaluateurs.

### **Planification de la conduite de l'évaluation**

Après accord général, tous les hôpitaux participants doivent recevoir avant la visite des informations écrites sur le but de l'évaluation et l'ordre du jour proposé. Le directeur de l'hôpital doit être informé à l'avance et doit avoir accepté l'évaluation. Il est à souligner que l'évaluation fait partie d'une initiative visant à soutenir l'hôpital dans l'amélioration de la qualité des soins dispensés aux patients et que son but est d'identifier les domaines de soins présentant le plus grand potentiel de changement positif. Il convient d'expliquer qu'en plus de la mise à disposition des structures et des services, la prise en charge des cas sera observée, le personnel et les patients seront interrogés sur les procédures et les pratiques hospitalières, et les évaluateurs souhaitent observer directement la pratique clinique dans les principaux domaines de soins. La visite doit inclure tous les services concernés: admission, salle de travail et d'accouchement, post-partum, Services de santé néonatale, unité de soins intensifs néonataux, service de pédiatrie, consultation externe et zone des urgences, pharmacie, laboratoire, banque de sang, etc. La visite est considérée comme achevée au moment où l'information recueillie est jugée suffisante pour permettre une évaluation raisonnable de la qualité des soins dans chacun des principaux domaines.

### **Étapes de la conduite de l'évaluation de l'hôpital**

Voici les étapes clés que les unités d'évaluation devraient suivre lors de l'évaluation de la qualité des soins dispensés dans un établissement de santé.

#### ***Étape 1: Réunion de présentation***

Programmer une réunion avec le directeur médical, les administrateurs, les pharmaciens, la matrone en chef, les médecins et le personnel infirmier des services maternels, néonataux et infantiles. Les buts, les objectifs, les processus d'évaluation et les données qui seront nécessaires au cours du processus - par exemple les dossiers des patients (hospitalisés, sortis et décédés) et les statistiques hospitalières - sont expliqués et discutés avec le personnel de l'hôpital. Un tour rapide de l'hôpital est requis pour voir quels domaines l'équipe évaluera. On conviendra également du moment de la rencontre suivante avec le personnel pour le compte rendu de suivi.

#### ***Étape 2: Visite complète de l'hôpital par l'équipe***

Ce devrait être une visite rapide pour avoir une idée de la disposition des installations, du nombre de patients et des différents domaines qu'il faudra probablement passer en revue. L'équipe s'efforcera de le faire sans trop interrompre les activités de l'hôpital. Il convient, au cours de la visite, de prendre des notes et de chercher à comprendre l'organisation et d'autres domaines que l'on pourra avoir besoin de visiter en détail plus tard.

#### ***Étape 3: Conduite de l'évaluation***

Le groupe décidera de la manière dont l'unité sera divisée selon les différentes sections qui seront évaluées. En général on forme trois groupes (soins maternels, néonataux et infantiles), mais faire preuve de souplesse sur la façon de prendre en charge les différents domaines et sections. Les groupes devront examiner ensemble le circuit des patients, puis les différentes tâches sont réparties pour le mieux. Les entretiens avec les patients / soignants et les agents de santé seraient menés par chaque équipe. Les chefs d'équipe gèreront la planification et l'organisation générales pour le recueil des informations. A la fin de

l'évaluation, les différents groupes récapitulent leurs notes afin de préparer la réunion de toute l'équipe des évaluateurs.

#### ***Étape 4: Réunion des évaluateurs***

Lors de cette réunion, il s'agit de regrouper et de partager les principales conclusions et de s'accorder sur les questions importantes et les faits saillants en vue du compte rendu à faire au personnel de chaque section. Il convient de résumer les principales priorités qui ont le plus d'impact sur le plan d'action récapitulatif et de s'entendre sur la personne qui sera chargée de la communication des résultats.

#### ***Compte rendu au personnel de l'hôpital***

Un compte rendu sera présenté à chaque hôpital immédiatement à la fin de la visite, le but étant d'examiner les résultats de l'évaluation et de commencer à planifier la mise en œuvre du processus d'amélioration. Il s'agit de réunir à nouveau tout le personnel rencontré au début et de commencer par le remercier avant de l'informer que cette séance lui sera utile pour pouvoir préparer des plans d'amélioration de la qualité des soins au sein de l'hôpital. Ensuite, souligner les points positifs observés et les en féliciter, puis présenter les principales faiblesses, en particulier celles qui ont une incidence majeure sur la santé des patients. Des observations supplémentaires limitées peuvent être faites par un ou deux autres membres de l'équipe d'évaluation. Il faudra encourager le personnel de l'hôpital à réagir en lui demandant par exemple son avis sur les questions soulevées (ce devrait être un dialogue avec l'ensemble du personnel) et sur la manière qu'il emploiera pour les résoudre.

#### ***Plan d'action de l'hôpital***

Travailler avec le personnel hospitalier pour élaborer un projet de plan d'action récapitulatif axé sur les questions qu'il peut traiter localement et dans un avenir immédiat, en identifiant les ressources nécessaires, le cas échéant. Après avoir réalisé ce qui était prévu par l'évaluation, les évaluateurs préparent un rapport résumant leurs conclusions et recommandations et le présentent aux autorités du ministère de la Santé et aux autres partenaires concernés. Il ne faut pas oublier d'inviter le personnel à venir à la principale séance nationale de compte rendu avec un plan d'action final.

## A. INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'HÔPITAL

**Source:** Dans l'idéal, ces informations devraient être collectées avant la visite et on devrait pouvoir s'y référer au cours de la visite. Si cela n'a pas été le cas, recueillir ces informations au début de la visite. Les informations provenant des questionnaires envoyés par voie postale devront être vérifiées par recoupement au cours de la visite. Cocher selon les indications. Les informations seront recueillies lors de la visite de l'hôpital, par l'observation et par les entretiens avec les responsables du personnel.

**Instructions:** Collecter les informations sur les chiffres et le temps. Plusieurs questions comportent un espace pour les détails supplémentaires.

Date
Ville, province, pays
Nom de l'établissement (hôpital, service(s) spécifique (s))
Nom du directeur de l'hôpital
Nom du chef de la maternité
Nom du chef de service de pédiatrie
Nom du chef de l'unité néonatale
Numéro de l'enquête
Nom de l'évaluateur

### A.1. Disposition de l'établissement

L'établissement dispose-t-il d'un service de consultation externe séparé?      Oui      Non

L'établissement dispose-t-il d'un service séparé pour les urgences?      Oui      Non

Est-il ouvert 24 heures sur 24?      Oui      Non

Si non, quelles sont ses heures d'ouverture? de \_\_\_ heures à \_\_\_ heures

Observations et détails sur la partie qui précède:

Quelle est la prévalence estimée du VIH dans la région? .....

**SOINS MÈRE**

La consultation externe d'obstétrique est-elle séparée des autres consultations externes ?

Oui Non

Quelle est l'heure d'ouverture des services de consultation externe en obstétrique ? \_\_\_h

Quelle est l'heure de fermeture des services de consultation externe en obstétrique ? \_\_h

L'établissement dispose-t-il d'une salle séparée pour l'hospitalisation en obstétrique?

Oui Non

Si oui, quel en est le nombre de lits? \_\_\_lits

L'établissement dispose-t-il d'une salle d'opération pour les césariennes?

Oui Non

Si oui, est-elle disponible 24 h sur 24? Oui Non

Si non, quelles en sont les heures d'ouverture? de \_\_\_h à \_\_\_h

Observations et détails sur la partie qui précède :

**NÉONATALS.**

L'établissement dispose-t-il d'une salle séparée pour l'hospitalisation des nouveau-nés ?

Oui Non

Si oui, quel en est le nombre de lits? \_\_\_lits

Jusqu'à quel âge les bébés sont-ils admis dans la salle pour nouveau-nés? \_\_ (âge en mois)

La durée des soins pour bébés est-elle restreinte/réglémentée à l'Unité de Soins Intensifs Néonataux?

Oui Non

Si oui, où sont-ils transférés ? \_\_\_\_\_

L'établissement dispose-t-il d'une salle séparée pour l'hospitalisation des cas de nouveau-nés "infectieux" (salle d'isolement)?

Oui Non

Si oui, quel en est le nombre de lits? \_\_\_\_\_lits

L'établissement dispose-t-il d'une chambre ou d'une salle séparée pour l'hospitalisation des nouveau-nés nés hors de l'établissement

Oui Non

Si oui, quel en est le nombre de lits? \_\_\_\_\_lits

Observations et détails sur la partie qui précède:

**INFANTILES**

Les services de consultation externe en pédiatrie sont-ils séparés des services généraux de consultation externe?

Oui Non

Quelle est l'heure d'ouverture des services de consultation externe en pédiatrie? \_\_\_\_\_h

Quelle est l'heure de fermeture des services de consultation externe en pédiatrie? \_\_\_\_\_h

L'établissement dispose-t-il d'une salle séparée pour l'hospitalisation des patients en pédiatrie?

Oui Non

Si oui, quel en est le nombre de lits? \_\_\_\_\_lits

L'établissement dispose-t-il d'une chambre ou d'une salle séparée pour l'hospitalisation de cas "infectieux" en pédiatrie (salle d'isolement)?

Oui Non

Si oui, quel en est le nombre de lits? \_\_\_\_\_lits

Où sont hospitalisés les enfants nécessitant des soins chirurgicaux?

Où sont hospitalisés les enfants atteints d'affections graves nécessitant des soins spéciaux ou plus sophistiqués ?

Observations et détails sur la partie qui précède:

## A.2. Infrastructure des salles

	<u>Note:</u> <u>1 à 5</u>	<u>Observations</u>
L'électricité est-elle disponible à tout moment?		
Existe-t-il une alimentation électrique de secours en cas de coupure de courant (par exemple un groupe électrogène)?		
L'eau courante est-elle disponible?		
Dans la négative, y a-t-il de l'eau pour se laver les mains dans la zone ?		
Du savon et/ou un désinfectant sont-ils disponibles		
Un conteneur pour objets tranchants est-il disponible?		
Existe-t-il un réfrigérateur en état de marche pour les médicaments et les vaccins?		
Existe-t-il une boîte à doléances dans l'enceinte de l'hôpital ou un moyen formel par lequel les patients peuvent communiquer avec l'hôpital?		

### A.2.0.1. Score

<b>Note récapitulative</b> - Infrastructure					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité par une note de 5 à 1; 5 indiquant que l'infrastructure est conforme aux normes; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration requis (4:justes quelques lacunes; 1: infrastructure inexistante)

### A.2.0.2. Principales forces

.....  
 .....

### A.2.0.3. Principales faiblesses

.....  
 .....

### A.3. Personnel et formation

#### A.3.1. Personnel

Type de personnel	Pendant les principales heures de travail (8.00-17.00) <i>(nombre disponible)</i>	Après les heures de travail et en week-end <i>Présent/ non présent</i> <i>Si présent, nombre</i>	Observations
Obstétricien gynécologue			
Pédiatre			
Médecin généraliste			
Sage-femme			
Clinicien adjoint			
Infirmier			
Infirmier auxiliaire			
Infirmière sage-femme auxiliaire			
Agent de santé non professionnel			

Observations

A.3.2. **Formation continue du personnel**

<b>Normes et critères</b>	<b><u>Qui/Non</u></b>	<b><u>Observations</u></b>
Il existe un mécanisme de formation du personnel		
Il existe un plan pour la participation du personnel aux formations appropriées		
Le personnel a participé aux formations appropriées Donner la liste du personnel concerné et le type de formation		

## A.4. Statistiques hospitalières

**Source:** Dans l'idéal, ces informations devraient être collectées avant la visite et être disponibles pour référence au cours de la visite. Si cela n'a pas été le cas, recueillir ces informations au début de la visite dans les dossiers, auprès de l'infirmier en chef ou de l'administration de l'hôpital. Utiliser les statistiques courantes ; ajuster les catégories en conséquence (par ex. par groupe d'âge) le cas échéant.

### A.4.3. Statistiques maternelles et néonatales

Bien vouloir utiliser les chiffres de la dernière année disponible. Spécifier si des chiffres sont disponibles pour une période différente.

Année \_\_\_\_\_ Toute autre période \_\_\_\_\_

MATERNAL/ NEONATAL	Nombre d'accouchements <sup>1</sup>	
	Nombre de naissances vivantes <sup>2</sup>	
	Nombre de nouveau-nés à faible poids (<2500 g)	
	Nombre de nouveau-nés à très faible poids (<1500 g)	
	Nombre de nouveau-nés à poids extrêmement faible (<1000g)	
	Nombre d'accouchements: <37 semaines	
	Nombre d'accouchements: < 32 semaines	

<sup>1</sup> Accouchements avec assistance minimale ou sans assistance, avec ou sans épisiotomie

<sup>2</sup> Référence:définition de l'OMS pour naissance vivante : On entend par naissance vivante, l'expulsion ou l'extraction complète de la mère d'un produit de conception, indépendamment de la durée de la grossesse, qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie - par exemple, battement du coeur, pulsation du cordon ombilical ou mouvement des muscles volontaires - que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit décollé ou non. Chaque produit d'une telle naissance est considéré comme né vivant. Bien vouloir indiquer si une autre définition est utilisée.

Nombre d'accouchements: < 28 semaines	
Proportion de bébés nés dans l'établissement et ayant bénéficié des 4 composantes des soins essentiels pour nouveau-nés <sup>3</sup>	
Nombre de bébé souffrant d'asphyxie à la naissance <sup>4</sup>	
Nombre de bébés avec un indice d'Apgar <3 à 5 minutes	
Nombre de décès néonataux	
Nombre de mortinaissances	
Nombre de décès périnataux (nombre de mortinaissances plus décès périnataux précoces à l'hôpital)	
Nombre de décès maternels survenus à l'hôpital	
Nombre de femmes atteintes de septicémie	
Nombre de femmes souffrant de dystocie mécanique	
Nombre de femme ayant subi une éclampsie	
Proportion de femmes souffrant de pré-éclampsie et d'éclampsie traitées avec une injection de sulfate de magnésium	
Proportion de femmes recevant de l'ocytocine immédiatement après la naissance du bébé	
Proportion de femmes souffrant d'hémorragie du post partum	
Proportion de femmes souffrant de dystocie	
Césariennes en % de toutes les naissances	
Épisiotomies en % de toutes les naissances	
Accouchements au forceps en % de toutes les naissances	

<sup>3</sup> Séchage immédiat et complet; contact immédiat peau contre peau ; clampage tardif du cordon et début de l'allaitement dans la première heure

<sup>4</sup> Critère: naissance vivante avec un indice d'Apgar à 5 minutes de <3, détresse respiratoire à la naissance nécessitant une réanimation avec un masque pour > 3 minutes et / ou une intubation

Inductions en % de toutes les naissances	
Perfusion d'ocytociques en % de toutes les naissances	
Durée moyenne de séjour pour un accouchement par voie basse (nombre de jours)	
Durée moyenne de séjour pour un accouchement par voie base avec extraction instrumentale (nombre de jours)	
Durée moyenne du séjour en cas de césarienne (nombre de jours)	
Nombre de femmes transférées à un niveau supérieur de soins	

#### A.4.4. Statistiques pédiatriques

**PÉDIATRIQUE**

Bien vouloir utiliser les chiffres de la dernière année disponible. Spécifier si des chiffres sont disponibles pour une période différente.

Année \_\_\_\_\_ Toute autre période \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés dans l'établissement	
Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dans l'établissement	
Taux de mortalité des moins de 5 dans l'établissement	
Nombre de décès d'enfants revus dans l'établissement	
Nombre d'enfants atteints de pneumonie hospitalisés	
Nombre d'enfants à qui un antibiotique est correctement prescrit pour pneumonie	
Nombre de décès d'enfants causés par une pneumonie dans l'établissement	
Nombre d'enfants souffrant de diarrhée hospitalisés	

Nombre de décès d'enfants causés par des maladies diarrhéiques dans l'établissement	
Nombre d'enfants souffrant de la malnutrition sévère admis dans l'établissement	
Nombre de décès d'enfants dus à la malnutrition grave dans l'établissement	
Nombre d'enfants nécessitant d'être transférés qui reçoivent un traitement pré-transfert approprié et sont transférés	

#### A.4.5. Nombre de patients, décès et taux de mortalité

Indiquer le nombre par an de consultations externes pendant les périodes de grossesse/néonatal/post natal/pédiatrique, et le nombre de consultations d'urgence et d'hospitalisations (indiquer l'année ou le cas échéant, si une autre période de l'année (semestre par ex.) est utilisée, indiquer la période exacte) pour les femmes et les enfants. Inclure tous les diagnostics médicaux, mais exclure les patients décédés à leur arrivée.

Année: \_\_\_\_\_

<b><u>MATERNELS</u></b>	<b>Consultations externes (nombre)</b>	<b>Consultations d'urgence (nombre)</b>	<b>Patients hospitalisés/hospitalisations (nombre)</b>	<b>Nombre d'accouchements</b>	<b>Nombre total de décès</b>
Femmes enceintes (y compris les femmes de moins de 19 ans)					
Adolescentes enceintes (femmes de moins de 19 ans)					

<b><u>PÉDIATRIQUES</u></b>	<b>Consultations externes</b>	<b>Consultations d'urgences</b>	<b>Patients hospitalisés/hospitalisations</b>	<b>Nombre de décès</b>	<b>Taux de létalité par âge</b>
0 à 7 jours					
7 à 28 jours					
1 à 12 mois					
1 à 5 ans					

>5 ans					
--------	--	--	--	--	--

#### A.4.6. Causes des consultations et des hospitalisations, décès et taux de létalité

Sur la base des dossiers de l'hôpital, donner les cinq principales causes médicales (diagnostics) qui expliquent les consultations externes (hormis les consultations anténatales régulières), les consultations d'urgence et les hospitalisations pendant la grossesse (en dehors du travail). De même, donner les cinq principales raisons médicales pour les nouveau-nés et les enfants.

\* À noter que chaque colonne est indépendante

<b>SOINS MATERNELS</b> <b>Diagnostic le plus fréquent</b>	<b>Consultations externes</b>	<b>Consultations d'urgence</b>	<b>Hospitalisations</b>	<b>Décès</b>	<b>Taux de létalité</b>
Premier					
Deuxième					
Troisième					
Quatrième					
Cinquième					

<b>SOINS NÉONATALS</b> <b>Diagnostic le plus fréquent</b>	<b>Consultations externes</b>	<b>Consultations d'urgence</b>	<b>Admissions à l'unité de soins intensifs néonataux</b>	<b>Décès</b>	<b>Taux de létalité</b>
Premier					
Deuxième					

Troisième					
Quatrième					
Cinquième					

<b><u>SOINS</u></b> <b><u>PÉDIATRIQUES</u></b> <b>Diagnostic le plus fréquent</b>	<b>Consultations externes</b>	<b>Consultations d'urgence</b>	<b>Hospitalisations</b>	<b>Décès</b>	<b>Taux de létalité</b>
Premier					
Deuxième					
Troisième					
Quatrième					
Cinquième					

Observations

## A.5. Système d'information sanitaire et dossiers médicaux

**Source:** Dans l'idéal, ces informations devraient être collectées avant la visite et être disponibles pour référence au cours de la visite. Si cela n'a pas été le cas, recueillir ces informations au début de la visite dans les dossiers, auprès de l'infirmier en chef ou de l'administration de l'hôpital.

### A.5.1. Système d'information sanitaire

<b>Standards et critères</b>	<b><u>Note 1 à 5</u></b>	<b><u>Observations</u></b>
Quel est le document source utilisé par cet établissement pour le rapport mensuel sur les accouchements survenus dans l'établissement?	<i>Lequel?</i>	
(Nous nous intéressons en premier lieu au document principal qui est utilisé pour compiler le nombre total d'accouchements mensuels effectués dans l'établissement. Bien vouloir signaler si des documents improvisés sont utilisés)	<i>Lequel?</i>	
Quel est le document source utilisé par cet établissement pour le rapport mensuel sur les accouchements survenus dans l'établissement?		
(Nous nous intéressons en premier lieu au document principal qui est utilisé pour la compilation des statistiques mensuelles pour les consultations externes. Bien vouloir signaler si des documents improvisés sont utilisés).		
Existence et qualité d'un système informatisé sur le circuit des patients (admissions, consultations externes, etc.)		

### Dossiers médicaux

<b>Standards et critères</b>	<b><u>Note 1 à 5</u></b>	<b><u>Observations</u></b>
Tous les documents sont-ils clairs et lisibles?		
Les dossiers sont-ils datés et signés / identifiables		
Tous les diagnostics d'hospitalisation et de sortie sont-ils clairement rédigés dans les notes?		
Tous les médicaments et traitements sont-ils clairement		

identifiables?		
L'information sur les hospitalisations antérieures est-elle à la disposition du personnel dispensant des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants?		
L'information contenue dans les dossiers prénatals est-elle disponible pour le personnel dispensant des soins pendant le travail?		
Tous les dossiers prénatals et intrapartum sont –ils disponibles pour le personnel fournissant des soins pendant la période post-partum?		
Les mères ont-elles accès à leurs dossiers médicaux?		
Les parents ont-ils accès aux dossiers médicaux de leurs enfants ?		

## A.5.2. Récapitulatif – Système d’information sanitaire et dossiers médicaux

### A.5.2.1. Score

<b>Note récapitulative</b> - Système d’information sanitaire et dossiers médicaux					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité des prestations par une note de 5 à 1; 5 indiquant que la prise en charge des dossiers est efficace et de qualité ; de 4 à 1 indiquant les niveaux d’amélioration requis (4:justes quelques lacunes; 1: dossiers médicaux inexistant)

### A.5.2.2. Principales forces

.....  
.....

### A.5.2.3. Principales faiblesses

.....  
.....

## A.6. Médicaments essentiels et produits sanguins

**Source:** Dans l'idéal, ces informations devraient être collectées avant la visite et on devrait pouvoir s'y référer au cours de la visite. Si cela n'a pas été le cas, recueillir ces informations au début de la visite à la pharmacie.

La disponibilité des médicaments varie considérablement selon les régions. Bien vouloir indiquer les médicaments disponibles. Pour certains médicaments, des adaptations locales peuvent exister pour leur utilisation (préciser dans la note). Si les médicaments ne sont disponibles que pour la vente et non librement disponible pour les patients, faire une note. Vérifiez la présence des médicaments et se renseigner auprès du personnel si les médicaments sont régulièrement disponibles. Vérifier les dates de péremption. Noter si les médicaments avec la date de péremption la plus rapprochée sont utilisés en premier lieu (sur la première rangée).

Médicaments	Pharmacie	Observations
<b>Anesthésiques généraux et oxygène</b>		
Halothane en inhalation		
Kétamine injectable		
Oxygène en inhalation		
Oxyde nitreux en inhalation		
Thiopental IV		
<b>Anesthésiques locaux</b>		
Lidocaïne injectable		
Lidocaïne + épinéphrine injection		
Éphédrine injectable		
<b>Médicaments préopératoires et sédation pour interventions de courte durée</b>		
Atropine IV		
Prométhazine IV		
<b>Analgésiques, antipyrétiques, médicaments non-stéroïdiens</b>		

**Comment [LG1]:** Liste médicaments essentiels (CM) ?

Médicaments	Pharmacie	Observations
<b>anti-inflammatoires</b>		
Acide acétylsalicylique per os/intra rectal		
Ibuprofène lysine (persistance du canal artériel)		
Indométhacine (persistance su canal artériel)		
Paracétamol / acétaminophène per os /intra rectal		
Morphine per os / IM / IV		
<b>Anti-histaminiques / anti-anaphylactiques</b>		
Chlorphénamine per os / IV		
Injection d'épinéphrine		
<b>Corticostéroïdes</b>		
Bétaméthasone IM		
Dexaméthasone IM		
Hydrocortisone per os / IV		
Prédnisolone per os		
<b>Antidotes et autres substances utilisées dans l'intoxication</b>		
Gluconate de calcium injectable		
Naloxone injection		
<b>Anticonvulsivants et antiépileptiques</b>		
Diazépam per os / IV / intra rectal		
Sulfate de magnésium injectable		

Médicaments	Pharmacie	Observations
Phénobarbital		
<b>Anti-helminthes</b>		
Mébendazole		
<b>Antibactériens</b>		
Amoxicilline		
Ampicilline IV		
Benzathine benzylpénicilline injectable		
Céfixime		
Céftriaxone IM		
Ciprofloxacine per os / IV		
Ceftazidime		
Céfotaxime		
Co-trimoxazole		
Doxycycline		
Érythromycine per os / IV		
Gentamicine IV		
Nitrofurantoïne		
Métronidazole per os / IV		
Spectinomycine per os		
<b>Tous les médicaments anti-tuberculeux nécessaires selon le programme national de lutte contre la tuberculose</b>		
<b>Médicaments antifongiques</b>		
Amphotéricine injectable		

Médicaments	Pharmacie	Observations
Crème de clotrimazole / comprimés		
Miconazole		
Fluconazole per os / injectable		
Nystatine topique / per os		
<b>Médicaments antiviraux</b>		
Aciclovir per os		
<b>Tous les médicaments de lutte contre le VIH selon le programme VIH</b>		
<b>Tous les médicaments anti-paludiques nécessaires selon le programme de lutte contre le paludisme</b>		
Maladies contre la pneumonie et la toxoplasmose		
Pentamidine per os		
<b>Médicaments liés au sang</b>		
Sel ferreux + acide folique per os		
Sirop de fer per os		
Héparines de bas poids moléculaire (HBPM) injectable		
<b>Médicaments respiratoires</b>		
Aminophylline		
Citrate de caféine		
Tensioactifs		
<b>Substituts du plasma</b>		
Dextran 79 injection		

Comment [LG2]: Non recommandé (CM) ?

Médicaments	Pharmacie	Observations
<b>Médicaments cardio-vasculaires</b>		
Trinitrine pulvérisation / per os		
Digoxine injectable / per os		
Hydralazine injectable / per os		
Méthildopa per os		
Furosémide IV / per os		
<b>Médicaments dermatologiques</b>		
Désinfectants et antiseptiques (topiques)		
Chlorhexidine		
Polyvidone iodée		
<b>Insuline et autres antidiabétiques</b>		
Insuline injectable (soluble)		
Insuline à action intermédiaire		
<b>Immunologiques</b>		
Immunoglobuline anti-D (humaine) injectable		
Immunoglobuline anti-tétanique (humaine) injectable		
<b>Vaccins</b>		
Vaccin BCG		
Vaccin contre la diphtérie + tétanos		
Vaccin contre la rougeole		
Vaccin contre la rubéole		

Médicaments	Pharmacie	Observations
Vaccin contre l'hépatite B		
Vaccin contre la poliomyélite		
Vaccin anticoquelucheux		
<b>Myorelaxants et inhibiteurs de la cholinestérase</b>		
Suxaméthonium injectable		
<b>Préparations ophtalmologiques (topiques)</b>		
Tétracycline		
Ocytociques et antiocytociques		
Ergométrine injectable		
Ocytocine injectable		
Comprimés de misoprostol		
Comprimés de nifédipine		
<b>Solutions de correction des troubles hydro électrolytiques et acido-basiques</b>		
Glucose 5-10-50%		
Glucose avec chlorure de sodium		
Chlorure de sodium isotonique 0,9%		
Ringer lactate		
Eau pour injection		
<b>Produits pour la prise en charge de la diarrhée chez l'enfant</b>		
SRO		



## A.7. Laboratoire

**Source:** Dans l'idéal, ces informations devraient être collectées avant la visite et être disponibles pour référence au cours de la visite. Si cela n'a pas été le cas, recueillir ces informations au début de la visite au laboratoire ou auprès du technicien de laboratoire en chef.

S'efforcer d'assister à autant d'examens de laboratoire essentiels que possible. Les examens de laboratoire suivants et leurs résultats sont-ils facilement disponibles ? Si la réponse est positive, combien de temps faut-il en moyenne pour obtenir les résultats ?

Examen de laboratoire	Non disponible	Disponible	Temps d'attente des résultats	Observations
Glycémie				
Hémoglobine				
Hématocrite				
Rapport neutrophiles immatures/totaux				
Nombre de leucocytes				
Analyse des gaz du sang				
Groupe sanguin et compatibilité croisée				
Bilirubine				
Anticorps Rhésus				
Bandelette réactive				
Examen microscopique des				

Examen de laboratoire	Non disponible	Disponible	Temps d'attente des résultats	Observations
urines				
Bactériologie (culture)				
Bactérioscopie (frottis)				
Numération sanguine				
Tests de coagulation				
Tests de la fonction hépatique				
Bilirubine				
Tests de la fonction rénale				
Électrolytes				
Test du VIH				
Nombre de CD4 ou charge virale plasmatique conformément aux directives nationales				
Test de Coombs: direct et indirect				
Protéine et albumine dans				

Examen de laboratoire	Non disponible	Disponible	Temps d'attente des résultats	Observations
sérum				
Analyse d'urine				
Test rapide de la syphilis				
Microscopie ou test de diagnostic rapide (TDR) pour les parasites du paludisme				
Examen microscopique du LCR				

Les examens de laboratoire essentiels sont-ils disponibles de façon continue et les résultats disponibles rapidement? Oui Non

### A.7.1. Récapitulatif – Laboratoire

#### A.7.1.1. Score

<b>Note récapitulative</b> - Laboratoire					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité en notant de 5 à 1; 5 signifiant que tous les examens de laboratoire sont réalisables et les résultats sont rapidement disponibles et de manière constante; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= la plupart des examens de laboratoire ne sont pas réalisables dans l'établissement et cela influe négativement sur la prise en charge des patients)

A.7.1.2. *Principales forces*

.....

.....

A.7.1.3. *Principales faiblesses*

.....

.....

## A.8. Politiques des établissements de santé

<b>Standards et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Il existe une politique pour les frais d'hospitalisation de sorte que les frais ne constituent pas un obstacle majeur aux soins hospitaliers *		
Les frais d'hospitalisation sont clairement communiqués aux patients et sont affichés dans les salles et dans l'hôpital		
Il existe une politique contre les paiements non officiels		
Il existe une politique sur la prestation de services en cas d'urgence		
Il existe des politiques sur la fourniture gratuite de certains médicaments aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants, par exemple MgSO <sub>4</sub> , SRO, anti-paludiques		
Il existe des politiques pour la participation communautaire et la contribution à la prestation de services et la qualité des soins dans l'établissement		
Il existe des politiques de lutte contre l'infection, y compris la vaccination contre l'hépatite B pour les agents de santé		
Il existe une politique de surveillance du respect, par les agents de santé, des recommandations concernant l'hygiène des mains; les pratiques sont surveillées et l'information en retour leur est fournie		

<p>Il existe une politique sur la formation continue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• programme général de formation continue; formation sur la lutte contre l'infection;</li> <li>• Soins du nouveau-né: soins d'urgence du nouveau-né, réanimation du nouveau-né ;</li> <li>• Santé de l'enfant: évaluation de l'urgence, triage et traitement, maladies courantes de l'enfance, PCIME;</li> </ul> <p>Santé de la mère: prise en charge des complications de la grossesse; opportunités de formation pour les sages-femmes</p>		
<p>Il existe des politiques de qualité des soins: Initiative « Hôpitaux amis des bébés » dans la section générale sur les politiques (Vérifiez si l'établissement de santé dispose d'une certification « Hôpitaux amis des bébés ». A-t-il été certifié de nouveau au cours des trois dernières années?)</p>		
<p>Il existe une politique sur la méthode « mère kangourou » ?</p>		
<p>L'établissement dispose d'une liste de médicaments essentiels</p>		

\* Poser des questions sur tous les types de frais, tels que: les frais d'hospitalisation, le coût des médicaments ou des examens de laboratoire, le matériel utilisé à l'hôpital. "Majeur" est défini comme suffisamment élevé pour représenter, pour certaines familles, un obstacle à chercher et obtenir des soins à l'hôpital ou la nécessité pour les parents / familles d'emprunter de l'argent pour lui permettre d'avoir accès aux soins.

### A.8.1. Récapitulatif

#### A.8.1.1. Score

<b>Note récapitulative– Politiques</b>					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

A.8.1.2. *Principales forces*

.....

.....

A.8.1.3. *Principales faiblesses*

.....

.....

## A.9. Transfert

Standards et critères	<u>Note:</u> <u>1 à 5</u>	<u>Observations</u>
L'hôpital dispose d'un véhicule en état de marche, et du carburant, qui est régulièrement disponible et peut être utilisé pour le transport d'urgence, ou alors un véhicule est accessible à proximité qui peut être utilisé pour le transport d'urgence à un hôpital de référence de niveau supérieur		
Le transport à un hôpital de référence de niveau supérieur est fourni gratuitement		
Il existe des critères clairs de transfert		

### A.9.1. Récapitulatif

#### A.9.1.1. Score

Note récapitulative – Transfert					
(encercler)	5	4	3	2	1

#### A.9.1.2. Principales forces

.....

.....

#### A.9.1.3. Principales faiblesses

.....

.....

## A.10. Directives et revues

### A.10.1. Directives

Normes et critères	Note: 1 à 5	Observations
Des directives/protocoles sont disponibles pour la prise en charge du travail et de l'accouchement normaux sous forme de guide de poche, de cartes murales, ou d'outils de travail		
Des directives/protocoles sur la prise en charge des situations d'urgence pour les mères sont disponibles sous forme de guide de poche, cartes murales, ou des outils de travail		
Des directives/ protocoles sur la prise en charge des situations d'urgence pour les nouveau-nés sont disponibles sous forme de guide de poche, de cartes murales, ou d'outils de travail		
Des directives / protocoles sur la prise en charge des situations d'urgence pour les enfants sont disponibles sous forme de guide de poche, de cartes murales, ou d'outils de travail		
Des directives / protocoles sont disponibles pour les soins courants pour les nouveau-nés sous forme de guide de poche, de cartes murales, ou d'outils de travail		
Des directives / protocoles sur la prise en charge des maladies courantes de l'enfant sont disponibles sous forme de guide de poche, de cartes murales, ou d'outils de travail		
Des réunions périodiques du personnel sont organisées pour discuter des protocoles et les réviser		
Un manuel récent sur les soins néonataux est facilement disponible		
Un manuel récent sur les soins obstétricaux est facilement disponible		
Un manuel récent sur les soins pédiatriques est disponible		

**A.10.2. Revues/Audits**

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Des audits sont effectués pour examiner les cas de décès et les complications pour:  MDSR  audits périnataux  audits pédiatriques		
Les audits cliniques impliquent tous les membres de l'équipe, y compris les sages-femmes et les infirmiers		
Les vérifications tiennent compte de la surveillance, du circuit des patients et de la qualité des soins ainsi que des aspects plus cliniques		
Les recommandations provenant des revues sont discutées et mises en œuvre  Des réunions périodiques du personnel sont organisées pour discuter des aspects organisationnels.  Des réunions périodiques du personnel sont organisées pour discuter des protocoles et les réviser		

**A.10.3. Récapitulatif – Directives et vérifications**

**A.10.3.1. Score**

<b>Note récapitulative</b> - Directives et vérifications					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

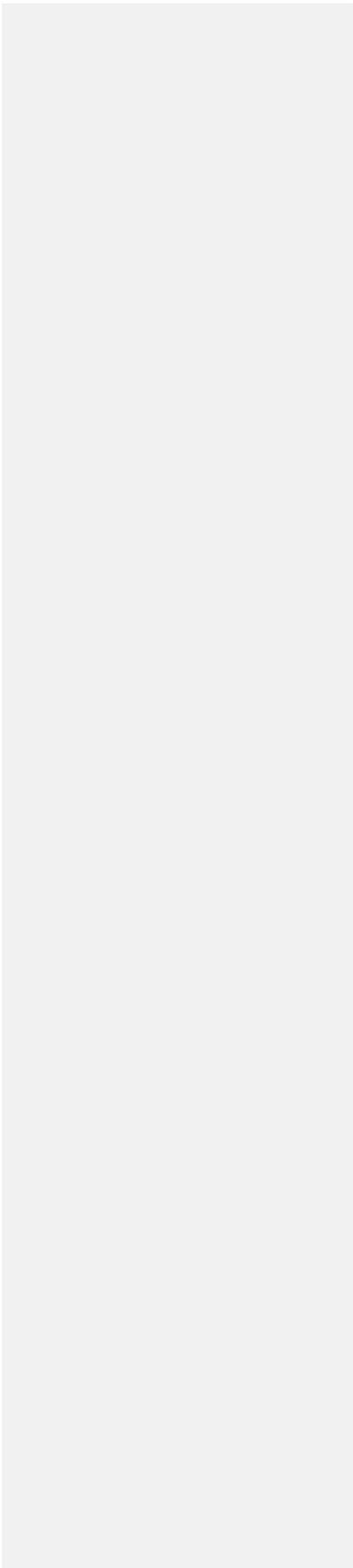
Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 signifiant que des directives, protocoles et informations excellents sont disponibles pour le personnel ; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration ou pratiques présentant un risque vital)

A.10.3.2. *Principales forces*

.....  
.....

A.10.3.3. *Principales faiblesses*

.....  
.....



## B. SOINS MATERNELS

**Source:** Ces informations doivent être collectées en visitant les salles de travail, d'accouchement et d'opération, et en observant le traitement et les autres pratiques cliniques pour les femmes, en faisant la revue des dossiers et registres, et en menant des entretiens avec les femmes et le personnel.

**Référence:** Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement (MCPC): guide pour sages-femmes et médecins, Organisation mondiale de la Santé 2000

### B.1. Soins obstétricaux d'urgence

Se référer à MCPC: C-1 – 4

#### B.1.4. *Circuit de patients*

Source : Visite des services d'urgence / salle de travail et entretiens avec le personnel des urgences. Instructions: interroger le personnel chargé d'accueillir les urgences, observer qui s'en occupe, comment le personnel expérimenté est contacté pour répondre à la situation, et où et comment les affections sévères sont prises en charge.

Où sont reçues les patientes pour une urgence obstétricale ?

Existe-t-il un système permettant aux femmes présentant une urgence obstétricale de passer du premier point de réception au point où elles reçoivent des soins?                      Oui    Non

Décrire le circuit des patients pour une urgence obstétricale type (une femme se présente en situation d'urgence à l'hôpital ; s'il existe un système de triage, comment passe-t-elle du premier point d'accueil à l'hôpital au point où elle reçoit les soins):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

10.

Existe-t-il une zone de prise en charge des urgences équipée pour prendre soin des femmes enceintes?

Oui Non

Est-elle distincte des services normaux de consultation externe des patients?

Oui Non

Observations et détails:

Les patientes viennent-elles avec des documents de transfert quand elles ont été envoyées par des établissements de premier niveau?

Jamais  Parfois  Toujours

#### B.1.5. Organisation et structure des soins d'urgence

Référence: MCPC C-3, C-15, A-1

<b>Normes et critères</b>	<b><u>Note: 1</u> à 5</b>	<b><u>Observations</u></b>
Un système est en place pour donner la priorité aux patientes qui présentent les troubles les plus sévères (tri)		
Le tri s'effectue sans délai et n'est pas entravé par des procédures d'enregistrement, de paiement, etc. avant que des interventions vitales aient lieu		
Le personnel responsable du tri est suffisamment formé et en mesure d'appliquer les critères de triage 1		
Un accoucheur qualifié (médecin / sage-femme /		

infirmière) est toujours disponible pour prendre en charge des patientes qui présentent une urgence obstétricale		
Les médicaments essentiels pour les situations d'urgence sont toujours disponible <sup>2</sup>		
Les tests de laboratoire essentiels (glycémie, hémocrite) et l'équipement (notamment Ambu et masques pour adultes et nouveau-nés) pour les situations d'urgence sont toujours disponibles <sup>2</sup>		
Existe-t-il des outils de travail (fiches murales, fascicules de tableaux) pour la prise en charge obstétricale		

1 L'information est principalement obtenue par l'observation directe de cas et par des entretiens avec le personnel au sujet des pratiques courantes. Si aucun cas d'urgence n'est observable, interroger le personnel sur la façon dont il gèrerait ce genre d'affection.

2 Bien vouloir se référer aux tableaux de la section «Médicaments maternels essentiels, matériel et produits». A noter lors de l'évaluation de l'approvisionnement que certains médicaments (par exemple l'oxygène, les anticonvulsivants) doivent être immédiatement disponibles; tandis que pour d'autres (par exemple les antibiotiques), il suffit que la disponibilité soit assurée.

#### B.1.6. **Récapitulatif – Soins obstétricaux d'urgence**

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Circuit des patientes		
Disposition et structure		

##### B.1.6.1. **Score**

<b>Note récapitulative</b> - Soins obstétricaux d'urgence					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 signifiant des soins de qualité : services d'urgence avec personnel expérimenté et formé suffisant disponible à toute heure pour aider à la prise en charge des urgences ; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration ou pratiques présentant un risque vital)

B.1.6.2. *Principales forces*

.....

.....

B.1.6.3. *Principales faiblesses*

.....

.....

## B.2. Services de maternité

**Source:** Observations faites lors de la visite des services, et dans les entretiens avec le personnel et les personnes accompagnant les patientes.

Les nouveau-nés bien portants sont-ils dans la même salle que leurs mères?

Oui Non

### B.2.1. *Personnel de la maternité*

Type de personnel	Au cours des principales heures de travail ( <i>nombre disponible</i> )	Après les heures de travail et en week-end <i>Présents/absents</i> <i>Si présent, nombre</i>	Observations
Gynécologue obstétricien-			
Médecin non spécialiste			
Sage-femme			
Infirmier			
infirmier auxiliaire			
Auxiliaire de santé			

### B.2.2. *Hygiène et prévention des accidents*

Référence: MCPC C-20, C-51

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les toilettes des patientes leur sont accessibles et séparées des toilettes publiques, ou de celles du personnel		
Les toilettes sont propres		
Il y a de l'eau courante et les patientes peuvent se laver les mains après avoir utilisé les toilettes		
Les patientes ont accès à l'eau potable et ont du savon et il existe un espace approprié, à côté de la salle, pour se laver.		
Les lits sont en bon état, propres, bien entretenus et ont des matelas et les patients ont accès à des draps propres		

Il y a assez d'espace pour que les mères puissent se laver les mains dans les salles où elles sont avec les bébés		
Le personnel a un accès régulier à des lavabos pour se laver les mains		
Des moustiquaires sont disponibles pour les patientes (le cas échéant)		
Les services sont propres		
Les objets tranchants sont entreposés dans un récipient spécial pour prévenir les accidents		

### B.2.3. **Attention apportée aux malades les plus graves**

Existe-t-il une zone de prise en charge des urgences dans ou à proximité de chaque salle?

Oui Non

Les patientes les plus gravement malades sont-elles prises en charge dans une partie proche de la salle de soins où elles reçoivent une attention étroite ?

Oui Non

Existe-t-il une source de chaleur dans le service, et la température ambiante est-elle maintenue au-dessus de 25 degrés C, (le cas échéant)?

Oui Non

Existe-t-il une source de refroidissement dans le service, (le cas échéant)

Oui Non

**Observations:**

### B.2.4. **Récapitulatif - Maternité**

<u>Récapitulatif</u>	<u>Note: 1 à 5</u>	<u>Observations</u>
Personnel de la maternité		
Hygiène et prévention des accidents		
Attention accordée aux malades les plus graves		

B.2.4.1. *Score*

<b>Note récapitulative</b> - Salles de la maternité					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 signifiant que la maternité comprend suffisamment de personnels, qu'elle est propre et bien équipée ; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= insuffisances graves dans une ou plusieurs des salles)

B.2.4.2. *Principales forces*

.....

.....

B.2.4.3. *Principales faiblesses*

.....

.....

### B.3. Lutte contre l'infection et soins de soutien

#### B.3.1. Lutte contre l'infection au sein de la maternité

Référence: MCPC C-17

##### B.3.1.1. Hygiène des mains

Normes et critères	<u>Note:</u> <b>1 à 5</b>	<u>Observations</u>
Les postes de lavage des mains sont bien organisés et équipés		
De l'eau et du savon ou un désinfectant à base d'alcool pour les mains sont disponibles sur le lieu de soins		
Des protocoles sur le lavage des mains et la désinfection pour les différentes procédures sont disponibles et tout le personnel a été informé		
Les mains sont lavées avec de l'eau et du savon quand elles sont visiblement sales ou visiblement souillées de sang ou d'autres liquides corporels ou après utilisation des toilettes		
L'hygiène des mains est effectuée: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. avant et après avoir touché la patiente</li> <li>b. avant de manipuler du matériel pour des soins invasifs, que des gants soient utilisés ou non</li> <li>c. après contact avec des fluides corporels ou excrétiens, des muqueuses, des plaies cutanées, ou des pansements</li> <li>d. en cas de passage d'une partie du corps contaminée à un autre partie pendant les soins à la même patiente</li> <li>e. après contact avec des surfaces ou objets inanimés (notamment du matériel médical) tout proche de la patiente</li> <li>f. après avoir enlevé les gants stériles ou non stériles</li> </ul>		
Le lavage chirurgical des mains ou la désinfection chirurgicale des mains et avant-bras sont effectués pour:  La chirurgie ou les procédures invasives à haut risque, par exemple l'extraction manuelle du placenta		
Le lavage chirurgical des mains est réalisé de manière appropriée		
Si les mains touchent une surface contaminée durant la procédure ou les		

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
soins à une patiente, le lavage chirurgical est répété		

### B.3.1.2. Utilisation des gants

Référence: MCPC C-18

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Des gants stériles sont utilisés pour les interventions chirurgicales, les examens vaginaux, les accouchements, la section du cordon, l'extraction manuelle du placenta, la suture de l'épisiotomie ou la déchirure, le prélèvement du sang		
L'utilisation de gants ne remplace pas l'hygiène des mains par friction ou lavage		
Les gants sont utilisés quand on prévoit un contact avec du sang ou d'autres matières potentiellement infectantes, des muqueuses ou une plaie de la peau		
Les gants sont retirés après avoir soigné un patient. La même paire de gants n'est pas utilisée pour les soins sur plus d'un patient.		
Les gants sont changés ou enlevés pendant les soins aux patients si l'on passe d'une partie du corps contaminée à une autre (y compris une plaie cutanée, des muqueuses ou matériel médical) sur le même patient ou le même environnement		
La réutilisation des gants n'est pas recommandée: en cas de réutilisation, la méthode de retraitement la plus sûre est mise en œuvre		
Les gants sont utilisés en cas de manipulation d'instruments souillés ou de déchets contaminés		

### B.3.1.3. Pratiques de lutte contre l'infection

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>

Désinfection en routine des locaux effectuée, les locaux sont fermés régulièrement pour la désinfection		
Lampe ultra-violette utilisée en routine pour la désinfection		
Politique systématique de changement de vêtements et de chaussures par le personnel observée		
Pansements sur plaie aseptique / cathéter IV sont changés tous les jours		
Le rasage avant l'opération n'est pas systématique (se référer aux directives MPCP C-48)		
Il existe pour les visiteurs dans les hôpitaux, une politique de lutte contre l'infection qui peut motiver la restriction de l'accès à certains patients		

**B.3.1.4. Récapitulatif- Lutte contre l'infection**

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Hygiène des mains		
Utilisation des gants		
Pratiques de lutte contre l'infection		

**B.3.1.4.1. Score**

<b>Note récapitulative - Lutte contre l'infection</b>					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 signifiant que d'excellentes pratiques de lutte contre l'infection sont utilisées à tout moment dans les salles ; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= besoin immédiat d'amélioration ou pratiques présentant un risque vital

**B.3.1.4.2. Principales forces**

.....  
 .....

B.3.1.4.3. *Principales faiblesses*

.....  
.....

**B.3.2. Soins**

Référence: MCPC C-21, S-55, C-32, C- 58, C-23

**B.3.2.1. Besoins nutritionnels des patientes hospitalisées**

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les besoins nutritionnels des femmes enceintes hospitalisées/mères sont satisfaits		
Le glucose IV ne devrait pas servir d'apport calorique plus de 24 heures		

**B.3.2.2. Utilisation de solutés par voie intraveineuse**

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les solutés intraveineux ne sont donnés que selon les directives		
Les solutés appropriés sont choisis		
Le débit est étroitement surveillé		

**B.3.2.3. Traitement médicamenteux**

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Non utilisation systématique de médicaments / supplémentation d'efficacité non prouvée		
Les médicaments ne sont administrés que pour un diagnostic établi ou fortement suspecté, ou avec une indication claire		
Non utilisation systématique de médicaments sédatifs ou antihistaminiques		

**B.3.2.4. Transfusion sanguine**

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
---------------------------	------------------------	---------------------

Le sang n'est donné que sur indication précise		
Seul le sang testé est utilisé		
Le débit est contrôlé		

**Comment [G3]:** Protocole à la pharmacie ?

**B.3.2.5. Récapitulatif- Soins de soutien**

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Besoins nutritionnels		
Utilisation de solutés par voie intraveineuse		
Traitement médicamenteux		
Transfusion sanguine		

**B.3.2.5.1. Score**

<b>Note récapitulative - Soins de soutien</b>					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 signifiant que les soins sont de bonne qualité ; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= besoin immédiat d'amélioration ou pratiques présentant un risque vital)

**B.3.2.5.2. Principales forces**

.....  
 .....

**B.3.2.5.3. Principales faiblesses**

.....  
 .....

## B.4. Médicaments essentiels, matériel et produits pour la mère

### B.4.1. Médicaments

Référence: MCPC A-1

**Source:** Ces informations devraient être collectées avant la visite et être disponibles pour référence au cours de la visite. Si cela n'a pas été le cas, recueillir les informations au début de la visite dans les services d'urgence et dans les salles.

La disponibilité des médicaments varie considérablement selon les régions. Bien vouloir indiquer les médicaments disponibles. Pour certains médicaments, il peut y avoir des adaptations locales pour leur utilisation (préciser dans une note). Si les médicaments ne sont disponibles que pour la vente et pas librement pour les patients, faire une note. Vérifier la présence des médicaments et voir auprès du personnel si les médicaments sont régulièrement disponibles. Vérifier les dates de péremption.

	Disponibilité	Salle de travail	Observations (Mode de conservation, le cas échéant)
Eau pour préparation injectable			
Solution saline normale IV			
Ringer lactate IV			
Hydralazine			
Ocytocine			
Misoprostol			
Ergométrine			
Gluconate de calcium			
Sulfate de magnésium injectable			
Diazépam			
Ampicilline / amoxicilline			
Benzylpénicilline			

Comment [G4]: rajout

Gentamycine			
Métronidazole			
Tétracycline pommade ophtalmique à 1%			
Lidocaïne à 2% ou 1%			
Halothane			
Kétamine			

**B.4.2. Récapitulatif – Médicaments essentiels**

**B.4.2.1. Score**

<b>Note récapitulative</b> - Médicaments essentiels					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité en notant de 5 à 1; 5 indique que tous les médicaments de la liste actuelle sont présents (non périmés) ; 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4: entre 80% - <100% quantité suffisante et de qualité de tous les médicaments essentiels et médicaments non périmés ; 3: 60% - 79% ; 2: > 50% - 59% ; 1: <50% disponibles ou pénuries chroniques de médicaments essentiels, de matériel et de produits ou défaillances récurrentes en termes de qualité)

**B.4.2.2. Principales forces**

.....

.....

**B.4.2.3. Principales faiblesses**

.....

.....

### B.4.3. **Matériel et produits pour le service de maternité**

Le matériel suivant est-il disponible dans la salle d'accouchement pour le travail normal, la césarienne (si la salle d'accouchement pour le travail normal et la césarienne est commune, bien vouloir préciser dans une note)? Si un questionnaire a été envoyé par la poste, recouper les informations obtenues à l'avance. Vérifier les informations lors de la visite. Demander à la personne en charge de la salle d'accouchement de montrer le matériel et les produits et vérifier qu'ils sont en sécurité, propres et en bon état de fonctionnement.

	<u>Salle d'accouchement (travail normal)</u>	<u>Salle d'accouchement (césarienne)</u>	<u>Observations</u>
Éclairage adéquat			
Lampe d'examen (lampe de poche ok)			
Horloge murale			
Matériel d'accouchement			
Partographes			
Lampe chauffante pour nouveau-nés			
Serviettes pour sécher les nouveau-nés			
Source d'oxygène: bouteille d'oxygène			
Source d'oxygène: concentrateur d'oxygène			
Source d'oxygène: alimentation centrale			
Débitmètres pour l'oxygène			
Équipement pour l'administration de l'oxygène			
lunettes nasales			

	<u>Salle d'accouchement (travail normal)</u>	<u>Salle d'accouchement (césarienne)</u>	<u>Observations</u>
Sondes nasales			
masques			
Sacs autogonflants pour assistance respiratoire			
Sacs et masques (taille adulte et néonatale)			
Matériel d'anesthésie			
Thermomètre médical (température corporelle)			
Gants stériles (re-stérilisés ou jetables?)			
Compresses stériles			
Stéthoscope fœtal			
Stéthoscope			
Sphygmomanomètre			
Dispositifs de perfusion			
Pompes à perfusion / dosimètres			
Cathéters IV			
Sonde urinaire			
Seringues			
Aiguilles			
Ensemble de suture (ciseaux, porte-aiguilles)			
Matériel de suture			

	<u>Salle d'accouchement (travail normal)</u>	<u>Salle d'accouchement (césarienne)</u>	<u>Observations</u>
Pèse- bébé			
Matériel de section/clampage du cordon			
Ciseaux d'épisiotomie			
Ventouse			
Forceps			
Aspirateur		_____	
Lits - tables d'accouchement		_____	
Lits - lits d'hospitalisation	_____		
Lits – tables d'opération			
Équipements néonataux:			
-table de -réanimation (avec une source de chaleur) (pour la réanimation des nouveau-nés)			
- couveuses			
- sondes trachéales			
- sac et masque pour nouveau-nés ; taille 1 pour les bébés nés à terme (pour la réanimation du nouveau-né)			
- sac et masque pour nouveau-nés ; taille 0 pour bébés prématurés (pour la réanimation du			

	<u>Salle d'accouchement (travail normal)</u>	<u>Salle d'accouchement (césarienne)</u>	<u>Observations</u>
nouveau-né)			
- laryngoscope			
- voies respiratoires de l'oropharynx			
- valves respiratoires			
- pompe électrique (pour appareil d'aspiration)			
- Cathéter d'aspiration (pour appareil d'aspiration)			
- poire d'aspiration, à usage unique (pour appareil d'aspiration)			
- poire d'aspiration, multi-usages et stérilisable (pour appareil d'aspiration)			
- pèse - bébé			

#### B.4.4. **Récapitulatif – Matériel et produits**

##### B.4.4.1.Score

<b>Note récapitulative</b> - Matériel et produits					
<b>(encrer)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité en notant de 5 à 1; 5 indiquant que tout le matériel et les produits de la liste sont présents et en bon état (sécurité, propreté et entretien) ; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4: entre 80% - <100% matériel et produits de la liste sont présents et en bon

état (sécurité, propreté et entretien) ; 3: 60% - 79% ; 2: > 50% -59% ; 1: <50% de disponibilité ou pénuries chroniques de matériel et de produits ou défaillances récurrentes en termes de qualité

*B.4.4.2.Principales forces*

.....

.....

*B.4.4.3.Principales faiblesses*

.....

.....

## B.5. Prise en charge des cas maternels

**Source:** Visite de la salle de travail et d'accouchement, observation des pratiques, examen des dossiers et des registres, et des entretiens avec le personnel et les femmes.

**Instructions:** Accorder la priorité à l'observation directe, utiliser les entretiens avec le personnel et les mères pour fournir des informations supplémentaires

### B.5.1. Soins antepartum

Référence: MCPC S-35

#### B.5.1.1. Prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie

##### B.5.1.1.1. Diagnostic

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
La pré-éclampsie sévère se définit selon des normes: pression artérielle diastolique de 110 mm Hg ou plus après 20 semaines de gestation et / ou protéinurie de 3+ ou plus Vérifier les dossiers ou observer		
L'éclampsie se définit selon des normes : Convulsions Pression artérielle diastolique de 90 mm Hg ou plus après 20 semaines de gestation Protéinurie de 2 + ou plus Vérifier les dossiers et / ou observer		
L'analyse d'urine par bandelette réactive est immédiatement effectuée chez les femmes qui arrivent à l'hôpital et qui présentent une hypertension		

##### B.5.1.1.2. Prise en charge de la pré-éclampsie modérée

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Si une femme est admise (à moins de 37 semaines de grossesse): Un régime alimentaire normal est suivi (restriction de sel déconseillée); - La pression artérielle (deux fois par jour) et la protéinurie (une fois par jour) sont contrôlées; - Aucun anticonvulsivant, anti-hypertenseur, sédatif ou tranquillisant n'est donné (sauf si les niveaux de pression artérielle ou de protéines urinaires augmentent) - Pas de diurétiques (uniquement indiqués pour la pré-éclampsie avec œdème pulmonaire ou insuffisance cardiaque congestive)		

GROSSESSE DE PLUS DE 37 SEMAINES		
Chez les femmes atteintes de pré-éclampsie modérée ou d'hypertension gestationnelle modérée à terme, le déclenchement du travail est recommandé si les conditions le permettent.		
Le traitement antihypertenseur est entrepris lorsque la TA diastolique > 110 OU en cas de protéinurie élevée		
Traitement antihypertenseur pas systématiquement entrepris si TA <160/100 mm Hg		

Comment [G5]: rajout

#### B.5.1.1.3. Prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Des directives et un protocole écrit bien défini pour la prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie sont disponibles, connus et couramment utilisés par le personnel		
Une trousse est prête pour la prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie		
Un personnel qualifié pour prendre en charge la pré-éclampsie et l'éclampsie sévère est disponible 24 heures sur 24		
Une perfusion IV est posée en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre (calibre 16 ou la plus grande disponible) et des solutés IV (sérum physiologique ou Ringer lactate) sont administrés		
Le sulfate de magnésium est fourni conformément aux directives sur la prévention de l'éclampsie chez les femmes souffrant de pré-éclampsie sévère et pour le traitement des femmes souffrant d'éclampsie		
Les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration), les réflexes et le rythme cardiaque fœtal sont surveillés régulièrement (au moins toutes les heures) et la femme n'est jamais laissée seule		
L'équilibre hydrique est maintenu pour éviter une surcharge liquidienne		
La vessie est sondée pour surveiller la diurèse et la protéinurie.		
La quantité de liquide administrée est surveillée		

Normes et critères	Note: 1 à 5	Observations
Si la pression artérielle diastolique reste supérieure à 110 mm Hg, des antihypertenseurs sont prescrits		
L'administration de 1 g de gluconate de calcium (10 ml d'une solution à 10%) est prête en cas de signes de toxicité du sulfate de magnésium		
Chez les femmes présentant une pré-éclampsie à terme, l'accouchement est déclenché si les conditions le permettent		
Le travail est déclenché chez les femmes avec pré-éclampsie sévère à un âge gestationnel où le fœtus n'est pas viable ou peu probable de parvenir à la viabilité en une ou deux semaines si les conditions le permettent.		
Chez les femmes atteintes de pré-éclampsie sévère, avec un fœtus viable et avant 34 semaines de gestation, une prise en charge non interventionniste est adoptée, à condition qu'il n'y ait pas d'hypertension maternelle non contrôlée, de défaillance multi viscérale ou de détresse fœtale et que ces troubles soient surveillés.		
Chez les femmes atteintes de pré-éclampsie sévère, avec un fœtus viable et entre 34 et 36 semaines de gestation (plus 6 jours), une prise en charge non interventionniste est adoptée, à condition qu'il n'y ait pas d'hypertension maternelle non contrôlée, de défaillance multi viscérale ou de détresse fœtale et que ces troubles soient surveillés.		
Les corticostéroïdes ne sont pas utilisés dans le but spécifique de traiter les femmes atteintes du HELLP syndrome (hémolyse, cytolyse, thrombopénie)		
Les femmes sont étroitement surveillées après l'accouchement.		
Les cliniciens sont conscients du risque d'éclampsie du post-partum		
Les femmes souffrant de pré-éclampsie sévère /éclampsie sont gardées à l'hôpital au moins 4 jours après l'accouchement		
Un suivi est prévu à 6 semaines pour les femmes souffrant de pré-éclampsie et des examens complémentaires sont effectués en cas de persistance de l'hypertension ou de la protéinurie		

Comment [G6]: rajout

Comment [G7]: rajout

B.5.1.1.4. Récapitulatif – Prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note : 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Diagnostic		
Prise en charge de l'éclampsie modérée		
Prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie		

B.5.1.1.4.1. Score

<b>Note récapitulative-</b> Prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 signifiant que les soins sont de bonne qualité ; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= besoin immédiat d'amélioration ou pratiques présentant un risque vital)

B.5.1.1.4.2. Principales forces

.....  
 .....

B.5.1.1.4.3. Principales faiblesses

.....  
 .....

B.5.1.2. Prévention et prise en charge des infections pendant la grossesse

Référence: MCPC C-35

B.5.1.2.1. Utilisation des antibiotiques pendant la grossesse

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Il existe des directives et protocoles pour l'utilisation des antibiotiques		
Les antibiotiques adéquats sont administrés en cas de rupture prématurée des membranes (RPM)		
Une prophylaxie antibiotique adéquate est administrée afin de prévenir l'infection en cas de rupture prolongée (plus de 18 heures) des membranes à terme ou proche du terme		
Les antibiotiques adéquats sont administrés selon l'étiologie pendant le travail aux femmes avec une fièvre > 38 ° C		
Une antibiothérapie prophylactique est administrée en cas de césarienne (après la sortie de l'enfant et le clampage du cordon)		
La pyélonéphrite est correctement traitée conformément aux directives de traitement standard:  Uroculture et antibiogramme, si possible, et infection traitée avec un antibiotique approprié		

Comment [G8]: rajout

B.5.1.2.2. Dépistage et prise en charge du VIH chez la femme enceinte

Référence : MPCP P-17

\*Examiner les dossiers hospitaliers

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les directives et un protocole écrit pour le dépistage, les conseils et la prise en charge des femmes enceintes séropositives sont disponibles, connus et utilisés en routine par le personnel.		

<p>Les couples et les partenaires devraient, dans le cadre des soins prénatals, se voir offrir un dépistage volontaire du VIH et des conseils, avec un soutien pour la divulgation mutuelle du statut sérologique</p> <p>À l'initiative du prestataire, conseils et dépistage sont offerts aux femmes comme un élément faisant normalement partie de l'ensemble des soins dans tous les établissements de soins prénatals, d'accouchement, post-partum et pédiatriques.</p> <p>Un nouveau test est proposé au troisième trimestre, ou pendant le travail ou peu de temps après l'accouchement, en raison du risque élevé de contracter l'infection à VIH pendant la grossesse.</p>		
Toutes les femmes enceintes séropositives sont placées sous trithérapie aux ARV : dose quotidienne unique d'une combinaison de TDF + 3TC (ou FTC) + EFV		
Les femmes enceintes séropositives bénéficient de prestations supplémentaires telles que le dépistage des infections sexuellement transmissibles, l'appui nutritionnel, l'alimentation infantile et les conseils en planification familiale		
L'accouchement à l'hôpital assisté par des accoucheurs formés et qualifiés est encouragé. (Bien qu'il soit prouvé que la césarienne protège contre la transmission du VIH, en particulier en l'absence d'ARV ou dans le cas d'une charge virale élevée, l'OMS ne la recommande pas en situation de ressources limitées spécifiquement pour l'infection à VIH)		
Les gestes instrumentaux non nécessaires et la rupture artificielle des membranes sont évités, grâce à l'utilisation du partogramme pour le suivi des étapes du travail		

#### B.5.1.2.3. Prise en charge du paludisme sévère chez la femme enceinte

Référence: MCPC S-39, S-103, S-52

Normes et critères	<u>Note: 1</u> <u>à 5</u>	<u>Observations</u>
--------------------	------------------------------	---------------------

Des directives et un protocole écrit pour le diagnostic et la prise en charge du paludisme pendant la grossesse sont disponibles, connus et utilisés en routine par le personnel		
Diagnostic parasitologique effectué pour confirmer le diagnostic clinique avant que le traitement ne soit administré à la femme enceinte  (Directives de traitement OMS contre le paludisme, 2010)		
Le traitement approprié est administré aux femmes avec un diagnostic de paludisme pendant la grossesse		

B.5.1.2.4. Récapitulatif – Prévention et prise en charge de l’infection chez la femme

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
1. Utilisation des antibiotiques pendant la grossesse		
2. Dépistage et prise en charge du VIH pendant la grossesse		
3. Prise en charge du paludisme sévère pendant la grossesse		

B.5.1.2.4.1. Score

<b>Note récapitulative – Prévention et prise en charge de l’infection chez la femme enceinte</b>					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de prestation en notant de 5 à 1; 5 signifiant que les soins sont de bonne qualité ; de 4 à 1 indiquant les niveaux d’amélioration nécessaires (4=besoin mineur d’amélioration, 1= besoin immédiat d’amélioration ou pratiques présentant un risque vital

B.5.1.2.4.2. Principales forces

.....  
 .....

#### B.5.1.2.4.3. Principales faiblesses

.....  
.....

### B.5.2. Soins perpartum et postpartum

#### B.5.2.1. Travail normal et accouchement par voie basse

Référence: MCPC C-57

**Source:** Visite de la salle de travail et d'accouchement, observation des pratiques, examen des dossiers et des registres et entrevues avec le personnel et les femmes.

**Instructions:** Accorder la priorité à l'observation directe, se servir des entretiens avec le personnel et les mères pour fournir des informations supplémentaires.

A noter que: les références des pages correspondent à la version anglaise des directives IMPAC de l'OMS, 2007.

#### B.5.2.1.1. Conditions de l'accouchement

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les équipes de la salle de travail utilisent la liste OMS de l'accouchement sans risque		
Les directives et un protocole écrit pour l'accouchement sont disponibles, connus et utilisés par le personnel		
Un compte-rendu correct de l'admission est réalisé		
La propreté de la femme et de son environnement est assurée		
Des serviettes / tissus chauds sont disponibles pour sécher le bébé		
Le personnel se lave les mains avant l'accouchement et utilisent des gants désinfectés / stériles de qualité lorsqu'il intervient pour l'accouchement.		

Le personnel utilise des instruments stériles pour l'accouchement.		
La vie privée et la confidentialité sont assurées  Chambre individuelles ou rideaux / paravents disponibles au cas où il y a plus d'une femme par chambre  Lit positionné loin de la porte ou de la fenêtre (pas devant elles)		
Consentement de la femme sollicité pour la présence de personnes autres que le personnel (les étudiants par ex.)		
La température de la salle est maintenue à un niveau adéquat (25°C)		

#### B.5.2.1.2. Soins de soutien pendant le travail

Référence: MCPC C-7, C-57

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Au moins un prestataire de soins qualifié est présent pendant le travail et l'accouchement.		
Une personne pour accompagner la femme est autorisée à rester pendant le travail et l'accouchement		
Une atmosphère de soutien et d'encouragement autour de la naissance, respectueuse de la volonté de la femme est assurée et ses plaintes écoutées et prises au sérieux  - toutes les procédures sont expliquées, les autorisations demandées, et les résultats discutés avec la femme.  - elle est tenue informée de la progression du travail		

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
-- elle est félicitée, encouragée et rassuré que tout va bien		
Les techniques de respiration pour le travail et l'accouchement sont expliquées et enseignées à la femme		
. Mobilité : -la femme est encouragée à se déplacer librement pendant la première phase du travail -le choix de position de la femme est approuvé (pour chaque phase du travail et de l'accouchement)		
Les femmes sont encouragées à manger et à boire quand elles le souhaitent -si l'émaciation est visible ou si la femme se fatigue au cours du travail, il convient de veiller à ce qu'elle mange et boive		
La femme est encouragée à vider fréquemment sa vessie (avec rappel toutes les deux heures)		
Les actions suivantes sont INTERDITES : lavements, rasage du pubis, nettoyage du vagin avec des antiseptiques		

#### B.5.2.1.3. Soins pendant la première phase du travail

Référence: MCPC C-59

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Des directives pour un accouchement sûr sont disponibles, connues et utilisées par des accoucheurs qualifiés		
Des directives pour anticiper et prendre en charge la dystocie des épaules sont disponibles, connues et utilisées par des accoucheurs qualifiés		

Des directives pour la conduite à tenir devant une précipité du cordon sont disponibles, connues et utilisées par des accoucheurs qualifiés		
Les femmes sont surveillées au moins toutes les heures et toutes les 30 minutes pendant le travail actif		
Toutes les 4 heures, suivi: - de la dilatation cervicale - de la température - du pouls - de la pression artérielle		
Les résultats sont notés régulièrement sur la fiche de travail et le partogramme		
Des soins sont administrés (voir la section sur les soins de soutien pendant le travail)		
La progression du travail est évaluée de manière appropriée et les mesures adéquates prises		
La femme n'est jamais laissée seule pendant la phase active du travail		
Le partogramme est utilisé de manière appropriée et constamment au chevet		
Les informations fournies par le partogramme sont collectées, enregistrées et interprétées par un accoucheur qualifié et utilisées comme aide à la décision pour intervenir en cours de travail		

#### B.5.2.1.4. Soins pendant la deuxième phase du travail

Référence: MCPC C- 70

Normes et critères	<u>Note :1</u> <u>à 5</u>	<u>Observations</u>
--------------------	------------------------------	---------------------

Lorsque le col est dilaté à 10 cm ou que le périnée se bombe et que la tête est visible: La patiente n'est jamais laissée seule et elle est suivie toutes les 5 minutes pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la fréquence des signes d'urgence, l'intensité et la durée des contractions</li> <li>- le rythme cardiaque du fœtus</li> <li>- l'amincissement et la dilatation du périnée</li> <li>- descente visible de la tête fœtale ou pendant les contractions</li> <li>- l'humeur et le comportement (stress, anxiété)</li> </ul>		
Les résultats du suivi sont enregistrés		
La sortie de la tête est contrôlée		
L'épisiotomie n'est pas effectuée de façon systématique (sauf en cas de souffrance fœtale ou d'accouchement instrumental)		
Anesthésie locale en cas d'épisiotomie		
On recherche un second bébé et le saignement vaginal est évalué		
10 UI d'ocytocine IM sont administrés à la mère immédiatement après naissance du bébé		
Les soins essentiels du nouveau-né sont administrés (voir le chapitre sur les soins néonataux)	_____	

#### B.5.2.1.5. Soins pendant la troisième phase du travail

Référence: MCPC C-73

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
La prise en charge active de la troisième phase est effectuée de manière appropriée		
La mère est surveillée (voir plus haut)		
Le bébé est surveillé (voir chapitre soins)	_____	

néonatales)		
Le placenta est expulsé  -forte contraction de l'utérus (2 à 3 minutes) attendue et placenta expulsé par traction contrôlée du cordon  -on vérifie que le placenta et les membranes sont complets		

#### B.5.2.1.6. Soins à la mère après l'accouchement

Référence: MCPC C-75

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
La perte de sang, la hauteur utérine et la pression artérielle sont surveillées régulièrement dans le post-partum		
Les déchirures mineures ne sont pas suturées s'il n'y a pas de saignement		
Épisiotomie / déchirures sont suturées sous anesthésie locale		
Le vagin et le périnée ne sont pas badigeonnés d'antiseptiques après l'accouchement		
Une sonde urinaire n'est pas placée de façon systématique en post-partum		
Le col de l'utérus n'est pas systématiquement vérifié après l'accouchement		

#### B.5.2.1.7. Récapitulatif- Travail normal et accouchement par voie basse

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Conditions de l'accouchement		
Soins au cours du travail		
Soins pendant la première phase du travail		

Soins pendant la deuxième phase du travail		
Soins pendant la troisième phase du travail		
Soins à la mère après l'accouchement		

#### B.5.2.1.7.1. Score

<b>Note récapitulative</b> Travail normal et accouchement par voie basse					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 signifiant que les soins sont de bonne qualité ; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= besoin immédiat d'amélioration ou pratiques présentant un risque vital)

#### B.5.2.1.7.2. Principales forces

.....  
 .....

#### B.5.2.1.7.3. Principales faiblesses

.....  
 .....

#### B.5.2.2. **Prévention et prise en charge du travail prématuré**

Référence: MCPC S-120, S-122

##### B.5.2.2.1. Prise en charge du travail prématuré

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Directives et protocole écrit avec indications et procédures pour la tocolyse sont disponibles, connus et utilisés par des accoucheurs qualifiés		

La tocolyse est essayée en cas de travail prématuré si :		
- l'âge de la grossesse est inférieur à 37 semaines;		
- Le col est dilaté à moins de 3 cm ;		
- Il n'y a pas d'amniotite, de pré-éclampsie ou de saignement;		
- Il n'y a pas de souffrance fœtale		
Les tocolytiques appropriés sont utilisés à des doses correctes:		
Les tocolytiques ne sont pas administrés pendant plus de 48 heures		
L'état de la mère et du fœtus sont surveillés  (pouls, tension artérielle, signes de détresse respiratoire, contractions utérines, perte de liquide amniotique ou de sang, rythme cardiaque fœtal, équilibre hydrique, glycémie, etc.).		
Une tocolyse n'est JAMAIS répétée après réussite du premier traitement		
Les bêtamimétiques oraux / magnésium pour le traitement d'entretien ne sont pas utilisés		
En cas de poursuite du travail prématuré malgré administration de tocolytiques, le bébé devra recevoir des soins dans les services les plus appropriés comprenant des équipements pour nouveau-nés		
Le travail peut se poursuivre si :		
-l'âge gestationnel est supérieur à 37 semaines ;		
-la dilatation du col est supérieure à 3cm ;		
-il y a saignement;		
-le fœtus souffre, est mort, ou présente une anomalie incompatible avec la survie ;		
-il y a amniotite ou pré-éclampsie		
Si le travail se poursuit et que l'âge gestationnel est inférieur à 37 semaines, des antibiotiques		

prophylactiques sont administrés		
L'accouchement à la ventouse est évité		
Préparation pour la prise en charge des prématurés ou des bébés de faible poids et besoin de réanimation anticipé		

#### B.5.2.2.2. Administration anténatale de corticostéroïdes

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Si l'âge gestationnel est inférieur à 34 semaines, les corticostéroïdes sont donnés à la mère afin d'améliorer la maturité pulmonaire du fœtus et les chances de survie néonatale		
Les corticostéroïdes ne sont pas utilisés en cas d'infection franche.		
Des traitements répétés ne sont pas systématiquement entrepris		

#### B.5.2.2.3. Récapitulatif – Prévention et prise en charge du travail prématuré

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Prise en charge du travail prématuré		
Administration anténatale de corticostéroïdes		

##### B.5.2.2.3.1. Score

<b>Note récapitulative</b> - Prise en charge du travail prématuré					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 signifiant que les soins sont de bonne qualité ; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= besoin immédiat d'amélioration ou pratiques présentant un risque vital)

**B.5.2.2.3.2. Principales forces**

.....

.....

**B.5.2.2.3.3. Principales faiblesses**

.....

.....

**B.5.2.3. Césarienne**

**Source:** Ces informations devraient être collectées en observant le traitement et les soins administrés aux femmes subissant l'opération, en interrogeant le personnel et les soignants et en parcourant les directives lorsqu'elles sont disponibles.

Instructions: Accorder la priorité à l'observation directe, utiliser les entretiens avec le personnel et les mères pour obtenir des informations supplémentaires

Référence: MCPC P-43

**B.5.2.3.1. Césarienne en urgence**

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Des directives et un protocole écrit pour césarienne en urgence sont disponibles, connus et utilisés régulièrement par le personnel		
Un anesthésiste, un chirurgien et un pédiatre (ou autre agent de santé responsable du nouveau-né) et le personnel de la salle d'opération sont toujours disponibles en cas de césarienne en urgence		
La césarienne en urgence commence moins de 30 minutes après que la décision d'opérer ait été prise		
Une salle d'opération est entièrement prête 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour les césariennes en urgence (boîte de chirurgie, électricité, etc.)		
Du sang stocké est facilement disponible si une transfusion de sang est nécessaire		

### B.5.2.3.2. Moment approprié pour la césarienne et consentement éclairé

Référence: MCPC C-47

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Des césariennes non urgentes sont effectuées après 39 semaines d'aménorrhée.		
Le consentement éclairé est obtenu des femmes césarisées		

### B.5.2.3.3. Indications relatives à la césariennes et politiques de réduction de la fréquence des césariennes inappropriées

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
L'indication de césarienne est passée en revue avant le début de l'intervention		
Un médecin qualifié est toujours impliqué dans la décision de pratiquer une césarienne		
La césarienne sur demande de la mère n'est pas autorisée, sauf dans des circonstances très spécifiques (par exemple, une mortinaissance précédente)		
La décision sur le mode d'accouchement après une césarienne antérieure est prise après avoir examiné le risque de rupture utérine pendant le travail :		
Il est proposé l'option d'une version céphalique par manœuvre externe aux femmes avec une présentation du siège, sur la base des directives standard		
La césarienne est prévue si la version céphalique par manœuvre externe échoue		
La césarienne n'est effectuée dans les grossesses gémellaires simples que si le premier jumeau n'est pas en présentation du sommet.		
La césarienne n'est PAS systématiquement proposée avant terme ou à terme pour les bébés petits pour l'âge gestationnel.		
La césarienne n'est PAS systématiquement proposée pour les infections virales maternelles autres que l'infection à l'herpès virus primaire au 3ème trimestre (par exemple VHC + , VHB ) .		
La césarienne n'est PAS systématiquement effectuée pour les mères infectées par le VIH		

#### B.5.2.3.4. Procédures liées à la césarienne

Référence: MCPC P-43

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Des guidelines ou des directives écrites (ou une liste) pour le protocole opératoire de la césariennes sont disponibles, connus et utilisés par le personnel		
Des principes de soins préopératoires sont suivis avant la césarienne - Le bloc opératoire est préparé selon les directives - Les femmes sont préparées selon les directives		
Le matériel pour oxygène, aspiration et réanimation est disponible et fonctionne.		
Un échantillon de sang pour l'hémoglobine ou l'hématocrite et le groupage est envoyé et testé, et le sang pour transfusion éventuelle est commandé		
La vessie est sondée <b>si nécessaire</b> et le débit urinaire contrôlé		
L'anesthésie régionale est proposée comme premier choix pour toutes les femmes subissant une césarienne		
Le protocole opératoire est respecté Un lavage approprié des mains est réalisé La partie à inciser est préparée		
La technique de césarienne appropriée est utilisée		
Une dose unique d'antibiotiques prophylactiques est administrée après que le cordon est clampé et coupé		
L'état de la femme est contrôlé tout au long de la procédure : - Signes vitaux (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire), le niveau de conscience et la perte de sang sont surveillés - La douleur est prise en charge		

Comment [LG9]: suggestion de suppression

#### B.5.2.3.5. Soins post-césarienne immédiats

Référence: MCPC P-50

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Il existe des comptes-rendus opératoires du chirurgien sur la procédure effectuée, le suivi requis et le traitement nécessaire. Les infirmiers reçoivent les consignes de la salle d'opération		

<b>Normes et critères</b>	<b><u>Note: 1</u> <u>à 5</u></b>	<b><u>Observations</u></b>
Après récupération de l'anesthésie, la surveillance (fréquence respiratoire, rythme cardiaque, pression artérielle, douleur et la sédation) est maintenue Si la patiente n'est pas stable, la surveillance est plus fréquente et des examens médicaux sont effectués On s'assure que la femme est constamment surveillée jusqu'à ce qu'elle soit consciente.		
Des directives sur la prise en charge de la douleur post-opératoire sont disponibles, connues et utilisées par le personnel		
S'il n'y a pas de contre-indication, des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens sont administrés après la césarienne comme complément à d'autres analgésiques.		
Le retrait de la sonde urinaire est réalisé une fois que la patiente peut bouger après l'anesthésie régionale		
Les femmes qui se remettent bien et bougent après une césarienne et qui n'ont pas de complications, peuvent manger et boire dès qu'elles ont faim ou soif		

B.5.2.3.6. Soins après les premières 24 heures et sortie de l'hôpital après la césarienne

Référence: MCPC P-50

<b>Normes et critères</b>	<b><u>Note: 1</u> <u>à 5</u></b>	<b><u>Observations</u></b>
Les femmes reçoivent une prescription d'analgésiques régulière contre la douleur post-opératoire, s'il n'y a pas de contre-indication		
La température est contrôlée afin d'exclure la fièvre		
Le pansement est retiré 24 heures après la césarienne		
La cicatrice est surveillée à la recherche de signes d'infection, de déhiscence		
Le traitement de la plaie est effectué de manière appropriée - La plaie est nettoyée avec précaution et séchée quotidiennement		
On propose aux femmes qui se remettent bien, n'ont pas de fièvre ou de complications après une césarienne, de sortir de l'hôpital plus tôt (après 24 h) et d'être suivies à domicile		

Ablation des points de suture / clips prévue à la sortie le cas échéant		
Au moment de la sortie de l'hôpital, les femmes sont informées qu'elles doivent consulter en cas de symptômes anormaux tels que la fièvre, des saignements utérins anormaux, des signes urinaires, des signes de thrombose veineuse profonde à la poitrine ou aux jambes.		
Les femmes discutent avec les soignants les raisons d'avoir eu une césarienne et les conséquences pour l'enfant ou les grossesses futures et les méthodes d'accouchement pour les grossesses suivantes.		
Les femmes sont informées qu'elles peuvent reprendre leurs activités, une fois qu'elles ont complètement récupéré de la césarienne		

#### B.5.2.3.7. Récapitulatif - Césarienne

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
( a ) Césarienne d'urgence		
( b ) Moment de la césarienne et consentement éclairé		
( c ) Indications relatives à la césarienne et politiques de réduction de l'incidence de la césarienne inappropriée		
( d ) Procédures liées à la césarienne		
( e ) Soins post - césarienne immédiats		
( f ) Soins après les premières 24 heures et sortie de l'hôpital après une césarienne		

#### B.5.2.3.7.1. Score

<b>Note récapitulative -Césarienne</b>					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 indiquant des soins de qualité; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration/pratiques présentant un risque vital)

B.5.2.3.7.2. Principales forces

.....

.....

B.5.2.3.7.3. Principales faiblesses

.....

.....

B.5.2.4. **Hémorragie du post-partum (HPP)**

Référence: MCPC S-25

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Des directives et un protocole écrit pour prévenir et prendre en charge l'HPP sont disponibles, connus et utilisés par des accoucheurs qualifiés		
Le matériel, les médicaments et le personnel adéquats sont facilement disponibles en cas d'HPP .		
La tonicité utérine est contrôlée après l'accouchement (toutes les 15 minutes pendant la première heure ; à la fin de la 2e, 3e , 4e heure, puis toutes les 4 heures) et l'utérus est massé si nécessaire		
Dans la salle d'accouchement et dans le post partum immédiat, l'établissement de santé dispose de moyens fiables pour mesurer la perte de sang		
Le sang peut être obtenu sans délai 24 heures sur 24		
Un protocole écrit est facilement disponible, connu et utilisé pour faire appel au personnel de garde, faire un bilan de la situation, entreprendre traitement et réanimation		
Un protocole écrit est facilement disponible, connu et utilisé régulièrement par le personnel pour le traitement de l'atonie utérine		
Un protocole écrit est facilement disponible, connu et utilisé régulièrement par le personnel pour hémorragies résistantes au traitement médical		

B.5.2.4.1. Récapitulatif – Hémorragie du post-partum

B.5.2.4.1.1. Score

<b>Note récapitulative</b> - Hémorragie du post-partum					
<b>(encadrer)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 indiquant des soins de qualité; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration/pratiques présentant un risque vital)

B.5.2.4.1.2. Principales forces

.....

.....

B.5.2.4.1.3. Principales faiblesses

.....

.....

B.5.2.5. **Prise en charge de la dystocie**

Référence: MCPC C-64

B.5.2.5.1. Diagnostic du travail dystocique

<b>Normes et critères</b>	<b>Note:</b> <b><u>1 à 5</u></b>	<b><u>Observations</u></b>
Le début du travail est correctement diagnostiqué (présence de contractions utérines régulières conduisant à l'effacement et la dilatation du col de l'utérus)		

Le partogramme est utilisé pour orienter la prise en charge		
La progression non satisfaisante du travail est correctement définie		
Le faux travail est correctement diagnostiqué (col non dilaté avec des contractions rares et aucune modification du col de l'utérus en 4 heures) et les femmes sortent de l'hôpital avoir éliminé une infection urinaire / rupture des membranes		

#### B.5.2.5.2. Prise en charge du travail prolongé

Référence: MCPC S-57, S-65, P-17

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
La phase active prolongée est correctement diagnostiquée (dilatation du col à la droite de la ligne d'action)		
Les contractions utérines sont évaluées et, si elles sont efficaces, une disproportion céphalopelvienne, une mauvaise position ou présentation sont soupçonnées		
S'il n'y a aucun signe de disproportion fœto-pelvienne / dystocie mécanique et si les membranes sont intactes, rupture artificielle des membranes est effectuée		
S'il y a arrêt secondaire de la dilatation du col et de descente de la présentation avec de bonnes contractions, la disproportion fœto-pelvienne est diagnostiquée et la césarienne effectuée		
Les signes de dystocie mécanique sont connus et évalués et correctement pris en charge		
Si la phase active est prolongée, les contractions inefficaces et la disproportion fœto-pelvienne / dystocie exclue : - la rupture artificielle des membranes (RAM) est effectuée - la perfusion d'ocytocine est commencée après 1 heure de RAM si le travail n'est pas établi; les progrès sont réévalués après 2 heures de bonnes contractions utérines - la césarienne est effectuée s'il n'y a pas de progrès - le col est réévalué au bout de 2 heures, s'il y a des progrès		

L'amniotomie précoce de routine n'est PAS effectuée		
L'amniotomie est effectuée de manière sûre et correcte		
La position couchée pendant le travail n'est pas encouragée ; la femme est encouragée à marcher et une compagne est présente pendant le travail		
Des directives pour les indications appropriées sur la posologie et l'utilisation de l'ocytocine sont disponibles, connues et utilisées par le personnel		
La perfusion de l'ocytocine est arrêtée si la fréquence cardiaque fœtale est inférieure à 100 / min		
L'amniotomie est effectuée lorsque cela est possible avant la perfusion		
L'ocytocine n'est PAS administrée moins de 12 heures après le début de prostaglandines		
Les prostaglandines ne sont PAS utilisées en IV pour le déclenchement ou l'accélération du travail		

B.5.2.5.3. Récapitulatif – Prise en charge du progrès non satisfaisant du travail

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Diagnostic des troubles du travail		
Prise en charge correcte du travail prolongé		

B.5.2.5.3.1. Score

<b>Note récapitulative</b> Prise en charge du progrès non satisfaisant du travail					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 indiquant des soins de qualité; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration/pratiques présentant un risque vital)

*B.5.2.5.3.2. Principales forces*

.....

.....

*B.5.2.5.3.3. Principales faiblesses*

.....

.....

**B.5.3. Contrôle et suivi**

**B.5.3.5.1. Suivi de l'évolution**

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
L'état nutritionnel est évalué pour toutes les patientes admis à l'hôpital		
Au moment de l'admission, un plan de surveillance est préparé en fonction de la gravité de l'état du patient		
Un tableau de suivi standard est utilisé avec les informations suivantes : données du patient, signes vitaux, signes cliniques en fonction de l'état, traitements administrés, alimentation et résultats		

**B.5.3.5.2. Réévaluation et surveillance par les infirmiers**

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les signes de risque clés sont contrôlés et enregistrés par un infirmier/une infirmière deux fois par jour et au moins 4 fois par jour pour les patients gravement malades		

Les doses et l'heure sont enregistrées pour chaque patient recevant des médicaments et des solutés IV administrés par l'infirmier/infirmière		
Un contrôle spécial supplémentaire est effectué et dûment enregistré lorsque cela est nécessaire pour suivre l'évolution des affections particulières : par exemple utilisation de MgSO4 dans la pré-éclampsie		
Les infirmiers/infirmières utilisent les résultats de la surveillance pour alerter les médecins l'aggravation de l'état du patient pouvant justifier leur intervention		

#### B.5.3.5.3. Réévaluation par les médecins

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les patientes présentant une pathologie sévère sont revues par un médecin lors de leur admission et revus au moins deux fois par jour jusqu'à amélioration		
Toutes les patientes sont quotidiennement réexaminées par un médecin pendant les jours ouvrables		
Les malades ou les nouvelles admissions sont aussi examinés par un médecin le week-end et les jours fériés		

#### B.5.3.5.4. Suivi

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Si nécessaire, avant la sortie un suivi est prévu avec l'établissement de santé le plus proche du domicile du patient, qui peut se charger du traitement de suivi		
Toutes les femmes reçoivent une note de sortie expliquant leur état et fournissant des informations pour le personnel de l'établissement de suivi, y compris les informations sur la PF		

Comment [LG10]: proposition d'ajout

#### B.5.3.5.5. Récapitulatif-Contrôle et suivi

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note 1-5</b>	<b>Observations</b>
Contrôle des progrès individuels		
Réévaluation et contrôle par les infirmiers/infirmières		
Réévaluation par les médecins		
Suivi		

B.5.3.5.5.1. *Score*

<b>Note récapitulative</b> - Contrôle et suivi					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 indiquant des soins de qualité, un excellent contrôle et suivi pour tous les patients; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration/pratiques présentant un risque vital)

B.5.3.5.5.2. *Principales forces*

.....

.....

B.5.3.5.5.3. *Principales faiblesses*

.....

.....

**B.6. résultats récapitulatifs – Module B: Soins maternels**

<b>Notes récapitulatives</b>		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
B.1.	Soins obstétricaux d'urgence					
B.2.	Maternités					
B.3.	Lutte contre l'infection et soins					
	Lutte contre l'infection					

	Soins					
B.4.	Médicaments essentiels					
	Matériel et produits					
B5	Prise en charge des mères					
	Prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie					
	Prise en charge des infections					
	Travail normal et accouchement par voie basse					
	Travail prématuré					
	Césarienne					
	Hémorragie du post-partum					
	Prise en charge des dystocies mécaniques et dynamiques					
B.6.	Contrôle et suivi					
<b>Module B</b>	<b>NOTE TOTALE</b>					

**Observations sur les notes récapitulatives/ Note totale:**

## C. SOINS NÉONATALS

**Source:** Observation au cours de la visite dans les salles et entretiens avec le personnel et les personnes qui accompagnent les patients.

### C.1. Services de néonatalogie

**Source:** Observation au cours de la visite dans les salles et entretiens avec le personnel et les personnes qui accompagnent les patients.

#### C.1.1. *Personnel des services pour nouveau-nés*

Type de personnel	Pendant les heures normales de service (8.00-17.00) (nombre de personnes)	Après les heures normales de service et pendant le weekend Présents/ absents Si présents, nombre de personnes	Observations
Pédiatre néonatalogiste			
Médecin non spécialiste			
Infirmière			
Clinicien associé			
Infirmière auxiliaire			
Infirmière sage-femme auxiliaire			
Sage-femme			
Agent de santé non professionnel			

#### C.1.2. *Hygiène et prévention des accidents*

Normes et critères	Note <u>1 à 5</u>	Observations
Les toilettes des patients sont accessibles aux mères ou soignants et séparées de celles du public ou du personnel		
Les toilettes sont propres		
Il y a de l'eau courante et les patients peuvent se laver les mains après avoir utilisé les toilettes		
Les patients ont accès à l'eau courante, au savon et à un espace approprié à proximité des services pour se laver.		
Les lits sont en bon état, propres, bien entretenus et sont équipés de matelas et les patients ont accès des draps propres		
Suffisamment d'espace est prévu pour que les mères puissent se laver les mains dans les salles communes		

Le personnel a régulièrement accès aux lavabos		
Les moustiquaires sont disponibles pour les patients (le cas échéant)		
Les salles sont propres		
Les objets tranchants sont gardés dans un conteneur spécial pour prévenir les accidents		

Observations:

### C.1.3. **Récapitulatif – Services de santé néonatale**

#### C.1.3.1. *Score*

<b>Note récapitulative</b> - Services de santé néonatale					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 indiquant que les services de santé néonatale sont dotés en personnel, propres et bien équipés; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= insuffisances significatives dans l'une ou plusieurs des salles)

#### C.1.3.2. *Principales forces*

.....

.....

#### C.1.3.3. *Principales faiblesses*

.....

.....

## C.2. Lutte contre l'infection et soins de soutien

### C.2.1. Lutte contre l'infection dans les services de nouveau-nés

#### C.2.1.1. Hygiène des mains

Normes et critères	Note: <u>1 à 5</u> 1	Observations
Le lieu réservé au lavage des mains est bien organisé et équipé		
L'eau et du savon ou un désinfectant à base d'alcool pour les mains sont disponibles au point des soins		
Des protocoles sur le lavage des mains et la désinfection pour différentes procédures sont disponibles et tout le personnel en est informé		
Les mains sont lavées avec de l'eau et du savon quand elles sont sales ou souillées de sang ou d'autres liquides corporels ou après utilisation des toilettes		
L'hygiène des mains est assurée: a. avant de toucher ou après avoir touché le patient b. avant de manipuler un instrument pour un geste invasif, que l'on utilise des gants ou non c. après tout contact avec des fluides organiques ou des excréments, des muqueuses, la peau non intacte, ou les pansements de plaies d. lorsqu'on passe d'une zone corporelle contaminée d'un patient à une autre zone pendant les soins e. après contact avec des objets ou des surfaces inertes (notamment le matériel médical) se trouvant dans le voisinage immédiat du patient f. après avoir enlevé des gants stériles ou non-stériles		
Le brossage chirurgical ou le lavage chirurgical des mains et des avant-bras sont effectués pour la chirurgie ou les procédures invasives à haut risque, par exemple le cathétérisme ombilical		
La préparation chirurgicale des mains est effectuée de manière appropriée		
Si les mains touchent une surface contaminée durant la procédure ou des soins au patient, le lavage chirurgical est répété		

#### C.2.1.2. Utilisation des gants

Normes et critères	Note <u>1 à 5</u>	Observations
Des gants stériles sont utilisés pour des opérations chirurgicales, les accouchements, la section du cordon, la prise de sang		
L'utilisation de gants ne remplace pas l'hygiène des		

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
mains soit par friction soit par lavage des mains		
Les gants sont utilisés lorsqu'on prévoit un contact avec le sang ou d'autres matières potentiellement infectieuses, les muqueuses ou une lésion cutanée		
Les gants sont enlevés après des soins à un patient. La même paire de gants n'est pas utilisée pour plus d'un patient		
Les gants sont changés ou enlevés pendant les soins aux patients si l'on passe d'une partie du corps contaminée à une autre partie (y compris la peau non intacte, des muqueuses ou un dispositif médical) chez le même patient ou dans l'environnement immédiat		
La réutilisation des gants n'est pas recommandée: dans le cas de gant réutilisation, la méthode de retraitement la plus sûre est mise en œuvre		
Les gants sont utilisés lors de la manipulation des instruments souillés et de l'élimination des déchets contaminés		

**C.2.1.3. Pratiques de lutte contre l'infection**

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
La désinfection de routine des locaux est effectuée ; les services sont fermés régulièrement pour la désinfection		
Les lampes à rayons UV sont couramment utilisées pour la désinfection		
La politique de changement systématique des vêtements et des chaussures par le personnel est observée		
Les pansements sur plaie aseptique / cathéter IV sont changés tous les jours		
Il existe une politique de contrôle de l'infection pour les		

visiteurs de l'hôpital, qui peut exiger la restriction de l'accès à certains patients		
---	--	--

C.2.1.4. **Récapitulatif – Lutte contre l'infection**

Récapitulatif	Note: <u>1</u> <u>à 5</u>	Observations
Hygiène des mains		
Utilisation des gants		
Pratiques de lutte contre l'infection		

C.2.1.4.1. *Score*

Note récapitulative - Infection control					
(encercler)	5	4	3	2	1

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 indiquant que d'excellentes pratiques de lutte contre l'infection sont utilisées à tout moment dans les salles; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration/pratiques représentant une menace pour la vie)

C.2.1.4.2. *Principales forces*

.....

.....

C.2.1.4.3. *Principales faiblesses*

.....

.....

C.2.2. **Soins de soutien**

C.2.2.1. **Besoins nutritionnels des nouveau-nés malades**

Voir partie sur la prise en charge des nouveau-nés malades

C.2.2.2. **Utilisation des solutés intraveineux**

Référence : Livre de poche p. 57

<b>Normes et critères</b>	<b>Note <u>1 à 5</u></b>	<b><u>Observations</u></b>
Les solutés intraveineux sont administrés uniquement lorsque cela est indiqué		
Les solutés appropriés sont choisis		
Le débit est surveillé de près et un nécessaire à perfusion avec un calibreur utilisé.		
La glycémie est mesurée toutes les 4 heures		

C.2.2.3. **Cathétérisme veineux central et cathétérisme ombilical**

Référence : Livre de poche p. 342, 344

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: <u>1 à 5</u></b>	<b><u>Observations</u></b>
Les procédures sont effectuées dans des conditions stériles		
Le site d'injection et les quantités perfusées sont régulièrement surveillés ; les données sont notées		
Le cathétérisme veineux central n'est pas couramment utilisé chez les nouveau-nés et il est immédiatement retiré une fois que l'on peut utiliser une veine périphérique		

C.2.2.4. **Traitement médicamenteux**

Référence : Livre de poche p. 69

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: <u>1 à 5</u></b>	<b><u>Observations</u></b>

Des médicaments / supplémentation d'efficacité non prouvée ne sont PAS utilisés		
Les médicaments ne sont administrés que pour un diagnostic établi ou fortement suspectée/ sous indication claire		
L'utilisation systématique des médicaments sédatifs n'est PAS la norme		

#### C.2.2.5. **Transfusion sanguine**

Référence : Livre de poche p. 309

<b>Normes et critères</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Le sang est transfusé uniquement lorsque cela est indiqué		
Seul le sang testé qui correspond au sang de la mère et du bébé est utilisé		
Le débit, la température, le rythme cardiaque et respiratoire du bébé sont surveillés de près toutes les 30 minutes		

#### C.2.2.6. **Récapitulatif- Soins de soutien pour nouveau-nés malades**

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note: 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Utilisation des solutés intraveineux		
L'utilisation de cathéters veineux centraux et de cathéters ombilicaux		
Traitement médicamenteux		
Transfusion sanguine		

C.2.2.6.1. *Score*

<b>Note récapitulative</b> - Soins de soutien					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 indiquant des soins de qualité; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration/pratiques présentant un risque vital)

C.2.2.6.2. *Principales forces*

.....

.....

C.2.2.6.3. *Principales faiblesses*

.....

.....

### C.3. Médicaments essentiels, matériel et produits pour nouveau-nés

#### C.3.1. Médicaments essentiels

**Source:** Ces informations devraient être recueillies avant et être disponibles pendant la visite, pour référence. Si cela n'a pas été le cas, bien vouloir recueillir ces informations au tout début de la visite, auprès des services d'urgence et dans les salles.

La disponibilité des médicaments varie considérablement d'une région à l'autre. Bien vouloir indiquer les médicaments disponibles. Des adaptations peuvent se faire localement dans l'usage de certains médicaments (préciser par une note). Si les médicaments sont vendus uniquement dans les services d'urgence, et si les malades ne peuvent pas se les procurer librement, bien vouloir l'indiquer. S'assurer qu'il existe des médicaments, et demander au personnel s'ils sont régulièrement disponibles. Vérifier la fiche de stock et la date de péremption.

<b>Antibiotiques, médicaments antiviraux et antimycosiques</b>	<b>Observations</b>
Ampicilline	
Cefotaxime	
Pénicilline	
Ceftriaxone	
Chloramphénicol	
Gentamicine	
Vancomycine	
<b>Médicaments du SNC</b>	<b>Observations</b>
Phénobarbital	
Phénytoïne	
<b>Médicaments pour les maladies respiratoires</b>	<b>Observations</b>
Citrate de caféine	
Produits tensio-actifs	
<b>Médicaments divers</b>	<b>Observations</b>
Bicarbonate de soude	
Chlorhexidine	
Tétracycline onguent pour les yeux	
<b>Vitamines/ minéraux</b>	<b>Observations</b>
Vitamine K	
Vitamine D	
Sulfate ferreux	

**Comment [LG11]:** suggestion de préciser la forme , inj, oral, pomade...

**Comment [LG12]:** liste médicaments essentiels (CM) ?

#### **Solutés**

**Bicarbonate, tétracycline pommade opht, autres antibiotiques**

**Comment [LG13]:** proposition d'ajout

**Comment [LG14]:** proposition d'ajout

**C.3.1.1. Récapitulatif – Médicaments essentiels**

*C.3.1.1.1 Score*

<b>Note récapitulative - Médicaments essentiels</b>					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité en notant de 5 à 1; 5 indiquant que tous les médicaments qui figurent sur la liste sont disponibles (qu'ils ne sont pas périmés ni en voie de péremption); 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4 : entre 80% et <100% d'un nombre et d'une qualité appropriés de tous les médicaments essentiels, et ces médicaments ne sont ni périmés ni en voie de péremption ; 3: entre 60% et 79% ; 2: de >50% à 59% ; 1= <50% de disponibilité ou des pénuries chroniques de médicaments essentiels, matériels et produits, ou lacunes récurrentes dans la qualité)

*C.3.1.1.2. Principales forces*

.....  
 .....

*C.3.1.1.3. Principales faiblesses*

.....  
 .....

**C.3.2. Matériel et produits**

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Nombre</u>	<u>Observations</u>
Couveuses				
Lampes chauffantes				
Lits d'enfant à matelas chauffant				
Lampes de photothérapie				
Masque Ambu				
Alimentation en oxygène/concentrateur				
Masques faciaux avec les tailles appropriées (tailles 0				

et 1)				
Systèmes de ventilation à pression positive continue				
Moniteurs multifonctionnels				
Oxymètres de pouls				
Tire-lait				
Sondes nasogastriques				
Perfuseurs par microgouttes				
Kit d'exsanguinotransfusion				
Stéthoscope				
Glucomètres				
Appareil d'aspiration				
Thermomètres				
Balance				

### C.3.2.1. Récapitulatif – Matériel et produits

#### C.3.2.1.1. Score

Note récapitulative - Matériel et produits					
(encercler)	5	4	3	2	1

Bien vouloir indiquer la qualité en notant de 5 à 1; 5 indiquant que tous les matériel et produits qui figurent sur la liste sont disponibles et en état de fonctionnement (sûrs, propres et bien entretenus); 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4 : entre 80% et <100% du matériel et des produits de la liste sont disponibles et en état de fonctionnement (sûrs, propres et bien entretenus); 3: entre 60% et 79%; 2: de >50% à 59%; 1= <50% de disponibilité ou des pénuries chroniques de médicaments essentiels, matériel et produits, ou lacunes récurrentes dans la qualité)

#### C.3.2.1.2. Principales forces

.....

.....

#### C.3.2.1.3. Principales faiblesses

.....

.....

#### C.4. Soins néonataux courants

**Source:** Bien vouloir recueillir les informations en observant le traitement et les soins dispensés aux enfants souffrant des maladies visées, et en interrogeant le personnel et les soignants.

Référence: Livre de poche, page 50

##### C.4.1. Réanimation néonatale

**Source:** Observations au cours de la visite et entretien avec le personnel

Voir Livre de poche, pp. 46 à 50

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les directives concernant la réanimation et les soins du nouveau-né sont disponibles, connues et utilisées par le personnel		
Il existe un bon endroit avec chauffage et matériel prêt à l'emploi		
Un ballon Ambu opérationnel avec soupape de sûreté opérationnelle est disponible		
Des masques avec les tailles appropriées sont disponibles (au moins deux tailles, une pour les bébés à la taille anormale, et l'autre pour les prématurés)		

##### C.4.2. Surveillance et soins immédiats aux nouveau-nés

Référence: Livre de poche, p. 46

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
La pièce est chaude (pas moins de 25°C) et sans courant d'air		
L'état du nouveau-né est évalué puis le nouveau-né est séché immédiatement après la naissance		
PAS d'aspiration systématique du nez ni de cathétérisme de l'œsophage		
Le nouveau-né est gardé dans un contact peau contre peau avec la mère		
Le cordon ombilical est sectionné après l'arrêt des pulsations (au moins 1 minute après la naissance)		

L'allaitement maternel est encouragé au cours de la première heure et les mères bénéficient d'un environnement calme pour le faire		
Le moignon du cordon ombilical reste sans pansement		
La mère et le bébé sont couverts ensemble, et le bébé reçoit un bonnet chaud		
Le bain ou le lavage sont retardés d'au moins 6 heures après la naissance		
La prophylaxie oculaire (au bout de la première heure) est effectuée		
La vitamine K est administrée par voie i. M.		

**C.4.3. Examen, dépistage, prévention et prise en charge des maladies infectieuses transmises de la mère au nouveau-né**

Référence: Livre de poche, pp. 51, 67

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
La chaleur et la respiration des bébés sont surveillés toutes les 15 minutes pendant les premières heures après la naissance		
Un examen clinique complet des bébés est réalisé, notamment le pesage		
Si le test RPR effectué sur la mère pour la syphilis est positif, le bébé est traité avec la benzathine benzypénicilline par voie IM. à la dose convenable et le traitement se poursuit jusqu'à deux semaines pour contrôler le développement et les signes de la syphilis congénitale		
Si la mère est séropositive, des antirétroviraux sont administrés au nouveau-né		

**C.4.4. Allaitement maternel immédiat et exclusif**

Référence: Livre de poche, p. 50

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>

Si la réanimation n'est pas nécessaire, le nouveau-né est placé immédiatement après sa naissance sur le ventre ou sur le sein de sa mère pour un contact peau contre peau		
Le commencement de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit l'accouchement est encouragé, et les mères bénéficient d'un environnement calme pour le faire		
Le personnel est formé pour aider les mères et les bébés à bien commencer l'allaitement maternel		
Pas de promotion de la préparation lactée dans la salle, ni de distribution des échantillons aux mères ou au personnel		
Aucune restriction n'est faite sur la fréquence ou la durée de l'allaitement maternel		
A la sortie de l'hôpital, l'allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'à l'âge de 6 mois, et l'allaitement maternel complémentaire jusqu'à 24 mois		
Le lait maternel extrait est donné dans une tasse ou à l'aide d'une sonde nasogastrique lorsque l'enfant est incapable de se nourrir ou que la mère ne peut pas rester tout le temps avec lui		
La préparation lactée, l'apport complémentaire en glucose, ou en eau, ne sont pas utilisés, sauf en cas d'instruction médicale écrite		
Les exceptions à l'allaitement maternel sont fondées sur des faits probants		

#### C.4.5. *Surveillance des nouveau-nés avant la sortie de l'hôpital*

Référence: Livre de poche, p. 319

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Ne pas faire sortir le bébé de l'hôpital avant la 12ème heures		
Le rythme respiratoire du bébé est mesuré et enregistré le premier jour de sa vie		
L'allaitement maternel et sa fréquence sont documentés		
La présence ou l'absence de jaunisse est documentée		
Les vaccinations sont administrées selon la politique locale		

Comment [LG15]: suggestion : 24ème heure

**C.4.6. Informations et conseils aux mères**

Référence: Livre de poche, p. 321

<b>Normes et critères</b>	<b>Source 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Directives disponibles pour apprendre aux mères à s'occuper des bébés à la maison		
Les mères apprennent à laver le bébé, à s'occuper du moignon ombilical, et de leurs seins		
Chaque bébé est inscrit dans le registre de la salle d'accouchement		
L'âge gestationnel, le poids, la taille et la circonférence de la tête à la naissance, et le poids à la sortie de l'hôpital font partie des informations fournies aux mères		
La mère reçoit des conseils sur les signes de danger possibles, et sur le moment de revenir pour les soins postnatals courants		

**C.4.6.1. Résumé– Soins néonataux courants**

<b>Résumé des soins néonataux courants</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Examen du nouveau-né et soins immédiats		
Examen, dépistage, prévention et prise en charge appropriée des maladies infectieuses transmises de la mère au nouveau-né		
Allaitement maternel précoce et exclusif		
Surveillance du nouveau-né avant la sortie de l'hôpital		
Informations et conseils fournis aux mères		

**C.4.6.1.1. Score**

<b>Note récapitulative</b> - Soins néonataux courants					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 indiquant des soins de qualité, 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4=besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration ou pratiques présentant un risque vital)

*C.4.6.1.2. Principales forces*

.....  
.....

*C.4.6.1.3. Principales faiblesses*

.....  
.....

### C.5. Prise en charge des nouveau-nés malades

Note: Les nouveau-nés malades peuvent être admis dans différents services, à la maternité ou dans le service de néonatalogie. Les informations doivent surtout être fournies par l'observation des cas

Référence: Livre de poche pp. 51 à 55

#### C.5.1. *Prise en charge des bébés prématurés et à faible poids à la naissance*

Référence: Livre de poche pp. 58 à 63

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Tous les nouveau-nés prématurés et à faible poids à la naissance reçoivent des soins supplémentaires		
La méthode kangourou est pratiquée dans l'établissement de santé		
Des directives existent pour l'utilisation de l'oxygène chez les bébés prématurés et sont affichées		
La septicémie néonatale est bien diagnostiquée et un bilan correct en est fait		
La septicémie est bien traitée		
La jaunisse sévère est reconnue et correctement prise en charge		
Les convulsions sont diagnostiquées et correctement prises en charge		
Les besoins spécifiques d'alimentation des bébés ayant un faible poids à la naissance ainsi que d'autres bébés malades sont pris en charge		

Comment [LG16]: suggestion d'ajout

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
---------------------------	-----------------------	---------------------

Tous les bébés prématurés ayant un faible poids à la naissance sont mis sous surveillance		
Le lait maternel est donné autant que possible aux bébés ayant un faible poids à la naissance		
Des tétées fréquentes (au moins 8 par jour) sont données aux bébés ayant un faible poids à la naissance, et la consommation est contrôlée		
Les bébés qui ne peuvent pas téter reçoivent en quantités suffisantes et selon l'âge du lait maternel extrait, dans une tasse, une cuillère, ou par une sonde nasogastrique. La consommation est contrôlée.		
La température ambiante est maintenue entre 25 et 28°C		
Les pertes de chaleur sont limitées par les soins maternels basés sur la méthode kangourou et par le port d'un bonnet		
Le bébé est pesé chaque jour		
Les besoins d'oxygène sont évalués régulièrement à l'aide d'un oxymètre de pouls		
Les doses d'oxygène administrées aux bébés prématurés soumis à l'oxygénothérapie sont contrôlées		

### C.5.2. *Septicémie néonatale*

Référence: Livre de poche p. 54

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
La septicémie est suspectée chez les nouveau-nés présentant des signes tels que la difficulté de s'alimenter, l'hypotonie, la léthargie, et les bébés sont pris en charge de manière appropriée (examen microscopique des urines, recherche de foyers d'infection, etc.)		
La ponction lombaire est effectuée pour confirmer ou infirmer la méningite		

Les nouveau-nés reçoivent de l'oxygène s'ils sont cyanosés ou s'ils se trouvent dans une situation de détresse respiratoire sévère		
Des antibiotiques sont administrés suivant l'âge et le poids du bébé		
L'état clinique et la réaction au traitement sont contrôlés et enregistrés		

### C.5.3. *Reconnaissance et traitement de la jaunisse*

Référence: Livre de poche p. 64

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Tous les bébés sont soumis à un examen de dépistage de la jaunisse		
La photothérapie et les directives portant sur le moment de l'utiliser sont disponibles et une bonne hydratation est assurée		
Des procédures sont en place pour surveiller le niveau de bilirubine		
Le fonctionnement des lampes de photothérapie est vérifié régulièrement		
Le matériel d'exsanguinotransfusion est disponible, ou bien il existe des directives sur l'indication de transférer un bébé gravement atteint de jaunisse		

### C.5.4. *Prise en charge des convulsions chez le nouveau-né*

Référence: Livre de poche p. 53

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Des directives sur la façon de prendre les convulsions en charge sont disponibles dans la salle		
Les niveaux de glucose et de calcium sont vérifiés et corrigés		
Les convulsions sont traitées avec des anticonvulsivants appropriés		
Les infections du système nerveux central sont écartées		

### C.5.5. *Besoins en nutrition des bébés malades*

Référence: Livre de poche pp. 294 à 299, p.57

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les bébés qui ne peuvent pas téter reçoivent en quantités suffisantes et selon l'âge, du lait maternel extrait dans une tasse, une cuiller, ou par une sonde nasogastrique. La consommation est contrôlée		
Des directives existent pour la reconnaissance et le traitement de l'hypoglycémie ; elles sont connues et utilisées par le personnel		
Si des solutés intraveineux sont administrés, ils sont notés et des précautions sont prises pour prévenir la surcharge hydrique		

#### *C.5.5.1. Récapitulatif – Prise en charge des nouveau-nés malades*

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Prise en charge des bébés prématurés et à faible poids à la naissance		
Septicémie néonatale		
Besoins en nutrition des nouveau-nés malades		
Reconnaissance et traitement de l'hypoglycémie, de l'hypocalcémie et de la jaunisse		

#### *C.5.5.1.1. Score*

<b>Note récapitulative</b> - Prise en charge des cas et soins aux nouveau-nés malades					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1 ; 5 indiquant des soins de qualité ; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4= besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration et pratiques présentant un risque vital)

C.5.5.1.2. *Principales forces*

.....

.....

C.5.5.1.3. *Principales faiblesses*

.....

.....

## C.6. Surveillance et suivi

Référence: Livre de poche, pp. 319-327, p.63

### C.6.1. *Suivi des bébés malades*

Référence: Livre de poche p. 319

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les bébés malades sont gardés dans une unité ou une pièce séparée de celle des enfants bien portants		
Les bébés malades nés hors de l'établissement de santé sont gardés dans une pièce séparée de celle des bébés nés dans l'établissement		
Les mères ne sont PAS de principe séparées des bébés, et peuvent rester avec eux dans la même pièce		
Au moment de l'admission, un plan de surveillance est établi suivant la gravité de l'état du nouveau-né		
Une fiche de surveillance type contenant les renseignements suivants est utilisée: les informations sur le malade, les signes vitaux, les signes cliniques selon l'état, les traitements administrés, l'alimentation et les résultats		
L'état nutritionnel est évalué chez tous les nouveau-nés malades		
Le poids est noté chaque jour		
Les besoins nutritionnels spéciaux sont intégrés dans le plan ou le dossier		
Les médicaments courants ne sont PAS administrés, sauf indications particulières		

### C.6.2. *Suivi par les infirmiers*

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les principaux risques sont évalués et enregistrés par un infirmier		
Les dosages et les heures de prise des médicaments sont notés pour tous les malades qui reçoivent des médicaments et des solutés intraveineux administrés par les infirmiers		
Un contrôle spécial supplémentaire est effectué et des observations faites en cas de besoin pour suivre		

l'évolution des situations particulières: par ex., échelle de coma pour les nouveau-nés inconscients		
Les infirmiers utilisent les résultats de la surveillance des malades pour informer les médecins des problèmes qui se posent ou du changement de l'état des malades qui doit attirer leur attention		

### C.6.3. Réévaluation par les médecins

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
L'état des nouveau-nés gravement malades est évalué par un médecin au moment de l'admission à l'hôpital ; ils sont examinés au moins deux fois par jour jusqu'à ce que leur état s'améliore		
Tous les malades sont revus chaque jour par un médecin pendant les jours ouvrables		
Les nouveau-nés malades ou nouvellement admis à l'hôpital sont aussi examinés par un médecin les weekends et les jours fériés		

### C.6.4. Suivi

Référence: Livre de poche p. 63, p. 327

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Avant la sortie du malade, des dispositions sont prises pour qu'il soit suivi par l'établissement de santé le plus proche de son domicile, où il peut recevoir le traitement nécessaire		
Toutes les mères ou les soignants des nouveau-nés admis reçoivent un bulletin de sortie décrivant leur état de santé et fournissant des informations au personnel de l'établissement de santé qui va assurer le suivi		
Les bébés reçoivent une autorisation de sortie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque le sein coule normalement et que le bébé tète bien</li> <li>• Lorsqu'ils prennent du poids pendant 3 jours d'affilée</li> <li>• Lorsque la température corporelle se situe entre 36,5°C et 37,5°C pendant 3 jours d'affilée</li> <li>• Lorsque la mère se sent en confiance pour s'occuper du bébé et n'a aucun souci à le faire.</li> </ul>		

C.6.6.7. **Récapitulatif – Suivi des nouveau-nés malades**

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
1. Suivi des progrès individuels		
2. Contrôle par les infirmiers		
3. Réévaluation par les médecins		
4. Suivi		

C.6.4.1.1. *Score*

<b>Note récapitulative</b> - Suivi et évaluation					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 indiquant des soins de qualité et d'excellentes procédures de contrôle et de suivi de tous les malades; de 4 à 1 indiquent les besoins d'amélioration nécessaires (4= besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration et pratiques présentant un risque vital)

C.6.4.1.2. *Principales forces*

.....  
 .....

C.6.4.1.3. *Principales faiblesses*

.....  
 .....

### C.7. Résultats récapitulatifs – Module C: Soins néonataux

Note générale		5	4	3	2	1
C.1.	Réanimation des nouveau-nés					
C.2.	Services de santé néonatale					
C.3.	Lutte contre l'infection et soins de soutien					
	Lutte contre l'infection					
	Soins de soutien					
C.4.	Médicaments essentiels					
	Matériel et produits					
C.5	Soins néonataux courants					
C.6.	Prise en charge des cas de bébés malades					
C.7.	Contrôle et suivi					
<b>Module C</b>	<b>NOTE TOTALE</b>					

**Observations sur les notes récapitulatives et la note totale:**

## D. SOINS PÉDIATRIQUES

**Source:** Ces informations devraient être collectées en contrôlant les médicaments, le matériel et les produits; et en observant le traitement et les soins dispensés aux enfants qui se présentent aux urgences et ceux qui ont des problèmes de santé à prendre en compte, et en interrogeant le personnel et les soignants.

Voir le Livre de poche pour les soins hospitaliers pédiatriques et directives de prise en charge des maladies communes de l'enfance – 2<sup>e</sup> Ed., Organisation mondiale de la Santé 2013 (Livre de poche)

### D.1. Soins pédiatriques d'urgence

**Source:** Visite à la salle des urgences pédiatriques, et entretiens avec le personnel chargé des urgences. **Instructions:** Demander au personnel où se présentent les cas urgents, qui pourrait les examiner, comment fait-on appel aux personnel expérimenté, où et comment les cas graves sont-ils pris en charge ?  
Référence: Livre de poche pp. 1-39

#### D.1.1. *Le circuit des patients*

Où reçoit-on les enfants présentant des problèmes médicaux ou chirurgicaux urgents?

Décrire le parcours d'un patient pour un cas typique d'urgence pédiatrique

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

10.

Existe-t-il une zone de prise en charge des urgences équipée pour s'occuper des enfants?

Oui Non

Est-elle séparée des autres services de consultation externes ?

Oui Non

Est-elle accessible 24h sur 24 ?

Oui Non

Comment [LG17]: rajout

Observations et précisions:

Les malades sont-ils munis d'une fiche de référence lorsqu'ils sont transférés à partir des établissements de premier niveau?

jamais

parfois

toujours

Observations

Distance qui sépare le point de réception du malade de la zone de prise en charge des urgences

Dans le même bâtiment, la distance est de \_\_\_\_\_

D'un autre bâtiment, la distance est de \_\_\_\_\_

Distance qui sépare la zone de consultation du malade de la zone de prise en charge des urgences:

Dans le même bâtiment, la distance est de \_\_\_\_\_

D'un autre bâtiment, la distance est de \_\_\_\_\_

### D.1.2. *Personnel*

Type de personnel	Pendant les heures normales de service (8.00-17.00) <i>(nombre de personnes)</i>	Après les heures normales de services et pendant le weekend <i>Présents/ absents</i> <i>Si présents, nombre de personnes</i>	Observations
Pédiatre			
Assistant médical			
Médecin généraliste			
Infirmière			
Infirmière auxiliaire			
Infirmière sage-femme auxiliaire			
Sage-femme			
Agent de santé non professionnel			

### D.1.3. *Disposition et structure des soins d'urgence*

Normes et critères	<u>Note</u> <b>1 à 5</b>	<u>Observations</u>
Un système est en place pour s'occuper en priorité des malades sérieusement atteints (tri)		
L'examen du malade est fait à temps et n'est pas entravé par les procédures d'enregistrement, le paiement, etc., avant que des mesures d'importance vitale ne soient prises		
Une affiche murale ou un aide-mémoire destiné à identifier les enfants selon la gravité de la maladie se trouve dans la zone d'admission des urgences		
Un agent est désigné pour faire le tri, il est formé selon les directives TETU et peut les appliquer correctement même lorsqu'il y a de l'affluence dans la salle des urgences aux heures de pointe		
Un professionnel de la santé toujours disponible pour s'occuper des affections urgentes et il est habilité à prendre en charge les cas d'urgence courants ; il commence le traitement sans attendre : prise en charge des convulsions, troubles de la conscience, détresse respiratoire aiguë, état de choc et déshydratation sévère		
Les médicaments essentiels destinés au traitement des affections d'urgence (anticonvulsifs, glucose, solutions intraveineuses) sont toujours disponibles et gratuits pour la famille		
Les tests de laboratoire essentiels (glucose, hémoglobine, ou hématocrite) sont disponibles, et les résultats obtenus à		

temps		
Le matériel essentiel (aiguilles et seringues, sondes nasogastriques, matériel à oxygène, ballons Ambu pour la réanimation équipés de masques de différentes tailles, nébuliseurs ou chambres d'inhalation) sont disponibles		
Y a-t-il des outils d'aide au travail comme les affiches murales ou les brochures disponibles, qui traitent de la prise en charge des urgences pédiatriques? Si oui, dire de quoi ils parlent, et commenter sur leur efficacité:		

1 L'information est surtout obtenue par l'observation directe des cas, et par des entretiens avec le personnel sur la pratique courante. Si on ne peut pas observer de cas à traiter en urgence, on interroge le personnel sur la façon dont il pourrait les prendre en charge.

2 Bien vouloir se référer aux tableaux de la section "Médicaments pédiatriques essentiels, matériel et produits". Bien vouloir aussi noter qu'au moment de juger de la pertinence des produits, certains médicaments et produits (tels que l'oxygène, les anticonvulsifs) doivent être immédiatement disponibles, tandis que pour d'autres, (par ex. les antibiotiques), il suffit d'assurer qu'ils seront disponibles.

#### D.1.4. *Prise en charge des cas*

**Source:** L'information est obtenue autant que possible par l'observation des cas qui se présentent, et par des entretiens avec le personnel sur la pratique courante. Si l'on ne peut pas observer un ou deux cas, il convient de décrire à l'intention du personnel deux ou trois études de cas d'enfant présentant une convulsion, une détresse respiratoire aiguë, et un état de choc.

Ces cas portent sur les nourrissons et les enfants qui se présentent avec des indicateurs d'alerte (par ex., détresse respiratoire aiguë, déshydratation sévère). L'observation de la prise en charge des cas se fait pendant et après les heures de travail. S'il n'y a pas de cas d'urgence, le personnel est interrogé sur la façon dont il pourrait prendre en charge ces cas. Il convient de s'enquérir de la prise en charge d'un enfant qui présente des convulsions, souffre de léthargie, de détresse respiratoire aiguë, ou de déshydratation sévère.

##### D.1.4.1 *Récapitulatif – Soins pédiatriques d'urgence*

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
1. Circuit des patients		

2. Personnel de soin		
3. Disposition et structure		
4. Prise en charge des urgences		

D.1.4.1.1 *Score*

<b>Note récapitulative</b> - Soins pédiatriques d'urgence					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de l'assistance en notant de 5 à 1; 5 indiquant des soins de qualité, c'est-à-dire, un service des urgences suffisamment doté en personnel, et dont le personnel bien formé est disponible à toute heure pour permettre de prendre en charge les cas d'urgence ; 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4= besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration / pratiques présentant un risque vital)

D.1.4.1.2. *Principales forces*

.....

.....

D.1.4.1.3. *Principales faiblesses*

.....

.....

## D.2. Services pédiatriques

### D.2.1. Personnel

**Source:** Observation pendant la visite dans le service, et par des entretiens avec le personnel et les personnes qui accompagnent les malades.

Type de personnel	Pendant les heures normales de service (8.00-17.00) (nombre de personnes disponibles)	Après les heures normales de service et pendant le weekend <i>Présents/ absents</i> <i>Si présents, indiquer le Nombre</i>	Observations
Pédiatre			
Médecin généraliste			
Assistant médical			
Infirmière			
Infirmière auxiliaire			
Infirmière sage-femme auxiliaire			
Sage-femme			
Agent de santé non professionnel			

### D.2.2. Hygiène et prévention des accidents

Normes et critères	Note 1 à 5	Observations
Les toilettes des malades sont accessibles aux malades et séparées de celles du public, ou du personnel		
Les toilettes sont propres		
Il y a de l'eau courante, et les malades peuvent se laver les mains au retour des toilettes		
Les malades ont accès à de l'eau courante propre, au savon, à un espace aménagé à proximité de la salle pour se laver.		
Les lits sont sûrs, propres, bien entretenus, et pourvus de matelas, et les malades disposent d'une literie propre		
Les mères disposent d'assez d'espace pour se laver les mains dans les salles à plusieurs lits		
Le personnel dispose d'installations pour se laver régulièrement les mains		
Des moustiquaires sont mises à la disposition des patients (en cas de besoin)		

La salle est toujours propre		
Les objets pointus et tranchants sont placés dans un conteneur spécial pour éviter les accidents		
Il n'y a pas plus d'un malade pas lit		
Les visites sont réglementées dans le service		

Comment [LG18]: rajout

Comment [LG19]: rajout

### D.2.3. Attention apportée aux malades les plus graves

Existe-t-il un espace de prise en charge des urgences à l'intérieur de chaque salle ou à proximité de chaque salle?

Oui Non

Les malades les plus graves sont-ils pris en charge dans une section proche de l'infirmierie où ils reçoivent une attention plus particulière?

Oui Non

Y a-t-il une source de chaleur dans la salle, et la température y est-elle maintenue au-dessus de 25°C?

Oui Non

Observations:

#### D.2.3.1. Récapitulatif – Services pédiatriques

##### D.2.3.1.1. Score

Note récapitulative - Services pédiatriques					
(encercler)	5	4	3	2	1

Bien vouloir indiquer la qualité de l'assistance en notant de 5 à 1; 5 indiquant un service pédiatrique bien doté en personnel, propre et bien équipé; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4= besoin mineur d'amélioration, 1 indiquant des insuffisances notables dans un ou plusieurs services)

##### D.2.3.1.2. Principales forces

.....

.....

##### D.2.3.1.3. Principales faiblesses

.....

.....

### D.3. Lutte contre l'infection et soins dans les services pédiatriques

#### D.3.1. Lutte contre l'infection

##### D.3.1.1. Hygiène des mains

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les espaces pour se laver les mains sont bien entretenus et bien équipés:		
Il y a de l'eau, du savon et une lotion à base d'alcool là où les soins sont dispensés		
Il existe des protocoles pour diverses procédures dont tout le personnel est informé par rapport au lavage des mains et à la stérilisation		
Les mains sont lavées avec du savon et de l'eau lorsqu'elles sont visiblement sales ou souillées de sang ou d'autres liquides organiques, ou au retour des toilettes		
L'hygiène des mains est assurée: a. avant de toucher ou après avoir touché le patient b. avant de manipuler un instrument pour un geste invasif, que l'on utilise des gants ou non c. après tout contact avec des fluides organiques ou des excréctions, des muqueuses, la peau non intacte, ou les pansements de plaies d. lorsqu'on passe d'une zone corporelle contaminée d'un patient à une autre zone pendant les soins e. après contact avec des objets ou des surfaces inertes (notamment le matériel médical) se trouvant dans le voisinage immédiat du patient f. après avoir enlevé des gants stériles ou non-stériles		
Le brossage chirurgical ou la désinfection chirurgicale des mains et des avant-bras sont effectués pour: la chirurgie ou les procédures invasives à haut risque		
Le lavage des mains en chirurgie est bien effectué:		
Si les mains touchent une surface contaminée pendant l'administration des soins au patient, le brossage chirurgical est répété		

##### D.3.1.2. Utilisation des gants

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
---------------------------	-----------------------	---------------------

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les gants stériles s'utilisent pendant les opérations chirurgicales, les prélèvements sanguins, le cathétérisme de la veine centrale		
L'usage des gants ne remplace pas l'hygiène des mains qui consiste soit en un essuyage soit en un lavage des mains		
Les gants s'utilisent lorsqu'on estime qu'il pourra y avoir contact avec le sang ou d'autres produits biologiques potentiellement infectieuses, muqueuses, ou lésion cutanée		
Les gants sont enlevés après administration des soins au patient. La même paire de gants ne peut être utilisée pour plus d'un patient.		
Les gants sont changés ou enlevés pendant l'administration des soins à un patient si l'on passe d'une partie contaminée du corps à une autre (notamment une peau non intacte, une muqueuse ou un instrument médical) du même patient ou de son environnement		
La réutilisation des gants n'est pas recommandée: si l'on doit réutiliser des gants, la méthode de retraitement la plus sûre est utilisée		
Les gants s'utilisent pendant la manipulation des instruments souillés et au moment de l'évacuation des déchets contaminés		

#### D.3.1.3. *Pratiques de lutte contre l'infection*

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
La désinfection systématique des locaux est effectuée, les services sont fermés pour la désinfection selon une fréquence conforme aux standards		
La lampe à rayonnement ultra-violet est utilisée pour la désinfection		
Le changement en routine d'habits et de chaussures par le personnel est observé		
Les pansements de plaies et de cathéters iv stériles sont changés chaque jour		
Il existe une politique de lutte contre l'infection pour les visiteurs, pouvant nécessiter de limiter l'accès à certains patients		

D.3.1.4. **Récapitulatif – Lutte contre l’infection**

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Hygiène des mains		
Utilisation des gants		
Pratiques en vigueur dans la lutte contre l’infection		

D.3.1.4.1. *Score*

<b>Note récapitulative</b> - Lutte contre l’infection					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité du soutien en notant de 5 à 1; 5 indiquant que des pratiques excellentes de lutte contre l’infection sont utilisées à tout moment et dans toutes les salles; de 4 à 1 indiquant les niveaux d’amélioration nécessaires (4= besoin mineur d’amélioration, 1= besoin urgent d’amélioration / pratiques présentant un risque vital)

D.3.1.4.2. *Principales forces*

.....  
 .....

D.3.1.4.3. *Principales faiblesses*

.....  
 .....

D.3.2. **Soins**

Référence: Livre de poche, pp. 293 - 315

#### D.3.2.1. *Besoins nutritionnels des malades hospitalisés*

Voir Livre de poche pp. 293 – 304

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les besoins nutritionnels de tous les patients sont satisfaits, selon l'âge et la capacité à se nourrir		
Le glucose IV ne doit pas être utilisé comme source de calories pendant plus de 24 heures		
Les enfants soumis à l'allaitement maternel continuent de recevoir du lait maternel de leur mère		
Des aliments complémentaires appropriés sont offerts au moins trois fois par jour aux enfants de 6 à 12 mois qui sont nourris au sein		
La nourriture est offerte au moins 5 fois par jour aux enfants de 6 à 24 mois non nourris au sein		
Tous les enfants hospitalisés voient tous leurs besoins en calories satisfaits à moins qu'il n'y ait de bonnes raisons médicales de ne pas le faire		
Un apport calorique suffisant ((100 calories/kg pour les enfants de moins de 10 kg) est fourni aux enfants trop malades pour téter, et qui sont nourris au moyen d'une sonde nasogastrique		

#### D.3.2.2. *Utilisation des solutés intraveineux*

Référence : Livre de poche p. 304

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les solutés intraveineux sont administrés uniquement dans le cadre des directives internationales		
Les solutés appropriés sont choisis		
Le débit est strictement contrôlé		

#### D.3.2.3. *Traitement médicamenteux*

Référence : Livre de poche pp. 305, 306

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les médicaments ou suppléments à usage courant d'efficacité non prouvée ne sont PAS utilisés		
Les médicaments sont administrés uniquement après un diagnostic établi ou fortement probable, ou lorsque l'usage est clairement indiqué		

Les médicaments à effet sédatif ou les anti-histaminiques ne sont PAS couramment utilisés		
---	--	--

#### D.3.2.4. *Transfusion sanguine*

Référence : Livre de poche pp. 308 - 312

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Le sang est transfusé uniquement quand il y a une indication		
Seul le sang testé est utilisé		
Le débit est contrôlé		

#### D.3.2.5. *Récapitulatif- Soins pour enfants malades*

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Besoins nutritionnels		
Utilisation des solutés intraveineux		
Traitement médicamenteux		
Transfusion sanguine		

##### D.3.2.5.1. Note

<b>Note récapitulative</b> - Soins de soutien					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité des prestations en notant de 5 à 1; 5 indiquant des soins de qualité ; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4= besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration / pratiques représentant un risque vital)

##### D.3.2.5.2. Principales forces

.....  
 .....

#### D.3.2.5.3. Principales faiblesses

.....

.....

## D.4.Médicaments pédiatriques essentiels, matériel et produits

### D.4.1. Médicaments

**Source:** Ces informations doivent en principe être recueillies avant la visite, et être disponibles pour servir de référence pendant la visite. Si cela n'a pas été le cas, les recueillir au tout début de la visite auprès des services d'urgence et dans les salles.

La disponibilité des médicaments varie considérablement d'une région à l'autre. Bien vouloir indiquer les médicaments disponibles. Pour certains médicaments, il pourrait y avoir des adaptations au niveau local (préciser dans la note). Si les médicaments sont seulement disponibles en vente dans le service des urgences et ne sont pas fournis gratuitement aux patients, bien vouloir l'indiquer. S'assurer que les médicaments existent et demander au personnel si les médicaments sont régulièrement disponibles. Vérifier les dates de péremption.

	Service d'urgence	Service pédiatrique	Observations
Glucose 30-50% par voie IV.			
Glucose 10 % par voie IV.			
Glucose 5 % par voie IV.			
Soluté isotonique de chlorure de sodium par voie IV.			
Soluté lactate de Ringer par voie IV.			
Epinéphrine (Adrénaline) par voie sous-cutanée			
Corticostéroïdes par voie intraveineuse ou orale			
Furosémide par voie IV.			
Anticonvulsif de première ligne: Diazépam/Paraldéhyde par voie intramusculaire ou intraveineuse			
Phénobarbital voie IM. ou IV.			
Ampicilline / Amoxicilline			
Benzylopénicilline			
Pénicilline anti staphylococcique (par ex., Flucloxacilline)			
Ceftriazone			
Chloramphénicol			
Ciprofloxacine			
Gentamicine			
Triméthoprim-sulfaméthoxazole			
Tous les antipaludiques recommandés par le programme national de lutte contre le paludisme			
Vitamine K injection intramusculaire			

SRO			
Sulfate de zinc			
Antalgiques, antipyrétiques (Paracétamol, Aspirine)			

#### D.4.1.1. *Récapitulatif– Médicaments essentiels*

##### D.4.1.1.1. *Score*

<b>Note récapitulative</b> - Médicaments essentiels					
<b>(encrer)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité des médicaments en notant de 5 à 1; 5 indiquant que tous les médicaments qui figurent sur la liste existent (qu'ils ne sont pas périmés ni en voie de péremption); de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4 : entre 80% et <100% d'une quantité suffisante et d'une bonne qualité de tous les médicaments essentiels, et ces médicaments ne sont ni périmés ni en voie de péremption, 3 : entre 60% et 79%, 2 : entre >50% et 59%, 1= moins de 50% de disponibilité ou pénuries chroniques de médicaments essentiels, matériel et produits, ou insuffisances récurrentes dans la qualité )

##### D.4.1.1.2. *Principales forces*

.....  
.....

##### D.4.1.1.3. *Principales faiblesses*

.....  
.....

#### D.4.2. *Matériel et produits*

Les équipements ci-dessous sont-ils disponibles dans le service des urgences ou dans les salles ?  
Si le questionnaire a été envoyé par voie postale, revérifier les informations obtenues à l'avance.  
Vérifiez les informations pendant la visite dans le service des urgences et dans les salles.  
Demander au responsable du service ou de la salle de présenter les articles, et vérifier qu'ils sont sûrs, hygiéniques, et en bon état de fonctionnement. Vérifier que la taille convient à l'usage pour bébés et enfants

		Service des urgences	Salle	Observations
Table ou zone de réanimation				
Torche				
Otoscope				
Balance pour enfants				
Planche à mesurer / toise permettant de mesurer la longueur et la hauteur (en position couchée ou assise selon l'âge)		(longueur) (hauteur)	(longueur) (hauteur)	
Stéthoscopes				
Thermomètres				
Source de chaleur				
Source d'oxygène	bouteille d'oxygène			
	concentrateur d'oxygène			
	alimentation centrale			
Débitmètre pour l'oxygène				
Equipement pour l'administration de l'oxygène				
Indiquer les équipements utilisés	lunettes nasales cathéters masques			
Ballons Ambu pour la réanimation				
Masques	___ pour bébé ___ pour enfant ___ pour adulte			
Perfuseurs pédiatrique				
Epicrâniennes et/ou cathéters n° G22 G24				
Sondes nasogastriques pour enfants n° 5 à 10				

Equipements pour l'administration de solution intra-osseuse				
Appareil d'aspiration				
Drains thoraciques				
Aérosol-doseur muni d'un dispositif pour inhalation de salbutamol				
Indiquer le type de nébuliseur:	___ alimenté à l'électricité			
	___ alimenté à l'oxygène			
	___ actionné par une pompe à pied			
aérosol-doseur muni d'un dispositif d'espacement pour inhalation de salbutamol.				

#### D.4.2.1. Récapitulatif – Matériel et produits

##### D.4.2.1.4. Score

Note récapitulative - Matériel et produits					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de ces articles en notant de 5 à 1; 5 indiquant que tous les matériel et produits figurant sur la liste sont présents et en bon état (qu'ils sont sûrs, propres et bien entretenus), de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaire ((4: entre 80% et <100% des équipements et des fournitures qui figurent sur la liste sont présents et en bon état (sûrs, propres et bien entretenus) ; 3 : entre 60% et 79% ; 2 : entre >50% et 59% ; 1= indique que <50% du matériel et des produits sont disponibles, qu'il existe des pénuries chroniques ou des défaillances récurrentes dans la qualité)

##### D.4.2.1.5. Principales forces

.....

.....

#### D.4.2.1.6. Principales faiblesses

.....

.....

### D.5. Prise en charge des cas de maladies pédiatriques courantes

**Source:** Ces informations devraient être recueillies en observant le traitement et les soins administrés aux enfants souffrant des affections concernées, et en s'entretenant avec le personnel et les soignants.

**Bien vouloir noter que** les pages de référence sont tirées de la version anglaise du Livre de poche OMS pour soins hospitaliers pédiatriques

#### D.5.1. Toux ou difficultés respiratoires

Référence: Livre de poche pp. 75 - 122

##### D.5.1.1. Evaluation et traitement de la pneumonie

Référence: Livre de poche pp. 75- 80

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les agents de santé font correctement le diagnostic de la pneumonie et classent ou reconnaissent la gravité de la maladie en observant les signes cliniques du patient		
Les signes tels que le tirage sous-costal, la fréquence respiratoire, la présence de cyanose, et l'état général du malade, sont utilisés		

##### D.5.1.2. Administration des antibiotiques

Référence : Livre de poche p.82

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les antibiotiques sont administrés UNIQUEMENT aux enfants dont le diagnostic correspond à celui d'une infection bactérienne grave		
Après un bon diagnostic, les antibiotiques appropriés sont administrés à un dosage correspondant au poids		
Si l'état de l'enfant ne s'est pas amélioré au bout de deux jours ou si la situation s'aggrave, un professionnel de la santé regarde s'il y a des complications ou s'il y a lieu de poser d'autres diagnostics		

#### D.5.1.3. *Oxygénothérapie*

Référence: Livre de poche p.82

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
L'oxygène est administré UNIQUEMENT aux enfants qui manifestent des signes d'hypoxie.		
L'oxygène est administré correctement (lunette nasale ou cathéter, débit correct, pas d'interruptions) et contrôlé convenablement		
Masque à oxygène et Hood sont à écarter en raison de la perte d'oxygène et des risques		

#### D.5.1.4. *Usage de la radiographie pulmonaire*

Référence: Livre de poche p.77

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
<b>Les radiographies pulmonaires sont effectuées UNIQUEMENT s'il y a une indication clinique :</b>  enfants suspects de complications (par ex., empyème, pneumothorax, abcès)  malades qui ne répondent pas à un traitement antibiotique approprié après 48 heures.		
La radiographie pulmonaire n'est PAS effectuée chez les malades souffrant de pneumonie non compliquée, de toux ou de rhume, sauf en cas d'indication précise		

#### D.5.1.5. *Prise en charge de la respiration sifflante*

Référence: Livre de poche p.101

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les enfants ayant besoin de bronchodilatateurs sont correctement identifiés ou diagnostiqués		

Les bronchodilatateurs par inhalation sont correctement administrés (méthode, dosage et fréquence) à l'aide d'une chambre d'inhalation ou d'un nébuliseur		
Les bronchodilatateurs par inhalation sont abordables (gratuits ou disponibles grâce à un régime d'exonération)		
Les enfants sortis de l'hôpital reçoivent un traitement de suivi prescrit et expliqué aux parents		

#### D.5.1.6 *Traitement de la tuberculose*

Référence: Livre de poche p.115

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Un traitement adéquat contre la tuberculose est administré aux enfants présentant une suspicion de tuberculose, conformément aux directives nationales		
La tuberculose est considérée comme faisant partie du diagnostic différentiel d'une pneumonie qui ne guérit pas et de la malnutrition		
Chaque enfant souffrant de malnutrition reçoit un traitement antituberculeux UNIQUEMENT en cas d'indication		

#### D.5.1.7. *Récapitulatif – Toux/respiration difficile*

	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
1. Bilan et traitement de la pneumonie		
2. Administration d'antibiotiques		
3. Oxygénothérapie		
4. Utilisation de la radiographie pulmonaire		
5. Prise en charge de la respiration sifflante		
6. Traitement de la tuberculose		

D.5.1.7.1. Note

<b>Note récapitulative</b> -Toux et respiration difficile					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité du soutien en notant de 5 à 1; 5 indiquant des soins de qualité, de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4= besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration / pratiques représentant un risque vital)

D.5.1.7.2. Principales forces

.....  
 .....

D.5.1.7.3. Principales faiblesses

.....  
 .....

D.5.2. **Diarrhée**

Référence: Livre de poche p.125 - 148

D.5.2.1. **Evaluation de la déshydratation**

Référence: Livre de poche p.127

<b>Normes et critères</b>	<b>Note</b> <b>1 à</b> <b>5</b>	<b>Observations</b>
Le degré de déshydratation est évalué chez tous les patients souffrant de diarrhée		
La déshydratation est correctement classée sur la base des signes à rechercher, selon les directives		

Les enfants souffrant de dysenterie et de malnutrition sévère sont correctement examinés et hospitalisés		
--	--	--

#### D.5.2.2. *Prise en charge de la déshydratation et de la diarrhée*

Référence: Livre de poche p.127 - 137

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Un plan adapté de réhydratation est choisi sur la base de la gravité de la déshydratation (Plan A, Plan B, Plan C)		
Le degré de déshydratation est correctement calculé par rapport au poids (Plan B et Plan C) et la prise en charge effectuée de manière appropriée		
Les signes de déshydratation sont surveillés pendant la réhydratation, et l'apport hydrique ainsi que le débit de la perfusion sont contrôlés, et ajustés si nécessaire		
Une supplémentation en zinc est administrée		

#### D.5.2.3. *Usage des antibiotiques*

Référence: Livre de poche p.126, p.144

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les antibiotiques sont administrés UNIQUEMENT aux enfants souffrant de diarrhée sanglante ou suspects de choléra		
Les antibiotiques ne sont PAS administrés aux enfants souffrant d'une simple diarrhée aqueuse et n'ayant aucune autre pathologie nécessitant un traitement par antibiotiques		
Les antibiotiques sont correctement choisis conformément aux directives de l'OMS et aux normes nationales		
Les anti-diarrhéiques ne sont PAS administrés		

D.5.2.4. *Alimentation continue*

Référence: Livre de poche p.146

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
L'alimentation (lait maternel, et/ou autre aliment) est poursuivie et encouragée		
Des aliments sont fréquemment offerts en petites quantités		

D.5.2.5. *Récapitulatif – Diarrhée*

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Evaluation de la déshydratation		
Prise en charge de la déshydratation et de la diarrhée		
Usage des antibiotiques		
Alimentation continue		

D.5.2.5.1. *score*

<b>Note récapitulative - Diarrhée</b>					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité du soutien en notant de 5 à 1; 5 indiquant de bonnes pratiques qui correspondent aux normes de soins fixées, de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaire (4= besoin mineur d'amélioration, 1: besoin urgent d'amélioration)

D.5.2.5.2. *Principales forces*

.....  
.....

D.5.2.5.3. *Principales faiblesses*

.....  
.....

D.5.3. **Fièvre**

Référence: Livre de poche pp.149-196

D.5.3.1 **Diagnostic différentiel et investigations**

Référence: Livre de poche p.150

<b>Normes et critères</b>	<b><u>Note 1 à 5</u></b>	<b><u>Observations</u></b>
Des investigations et un bilan appropriés et une bonne évaluation sont entrepris pour tous les enfants qui ont de la fièvre, en envisageant les diagnostics différentiels éventuels		
Un diagnostic différentiel est évoqué pour tout enfant admis à l'hôpital avec de la fièvre		
Des investigations appropriées sont faites pour établir un diagnostic (ponction lombaire, goutte épaisse, examen d'urine, radiologie pulmonaire)		

D.5.3.2. **Diagnostic et prise en charge de la méningite**

Référence: Livre de poche p. 167- 173

<b>Normes et critères</b>	<b><u>Note 1 à 5</u></b>	<b><u>Observations</u></b>
---------------------------	--------------------------	----------------------------

La ponction lombaire est réalisée immédiatement en cas de suspicion de méningite		
Un traitement antibiotique adéquat est entrepris sans délai lorsque la méningite bactérienne est suspectée.		
Les complications de la méningite sont diagnostiquées et traitées comme il faut: -Convulsions -Hypoglycémie		
Une bonne surveillance du malade est faite et transcrite sur une feuille papier, à savoir : -Etat de conscience -Rythme respiratoire -Taille de la pupille		

#### D.5.3.3. *Diagnostic et prise en charge du paludisme sévère ou compliqué*

Référence: Livre de poche p.156-166

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1-5</b>	<b>Observations</b>
Le diagnostic du paludisme est confirmé par un examen au microscope ou par un test diagnostique rapide		
Pour un éventuel paludisme cérébral ou une détresse respiratoire liée au paludisme, les diagnostics différentiels ont été écartés		
Le traitement approprié contre le paludisme est administré		
Les complications sont anticipées, contrôlées, traitées convenablement, et prévenues si possible <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coma</li> <li>- Anémie sévère</li> <li>- Hypoglycémie</li> <li>- Acidose</li> <li>- Pneumopathie d'inhalation</li> </ul>		

#### D.5.3.4. *Diagnostic et prise en charge de la rougeole*

Référence: Livre de poche p.174-178

<b>Normes et critères</b>	<b>Note à 5</b>	<b>Observations</b>

Les enfants admis à l'hôpital avec de la rougeole sont isolés dans la salle, et tous les malades ainsi que le personnel sont contrôlés par rapport à leur statut immunologique, et vaccinés si nécessaire		
La vitamine A est donnée à tous les malades atteints de rougeole		
Un apport nutritionnel approprié est donné		
Les complications sont anticipées, contrôlées, traitées correctement, et prévenues si possible		

#### D.5.3.5. *Diagnostic et prise en charge de la dengue*

Voir Livre de poche p.188-192

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les enfants ont eu un bilan à la recherche de la dengue, là où il existe des risques.		
La gravité de la dengue est correctement classée, selon les directives prescrites		
Une prise en charge et une surveillance correctes de la dengue sévère sont réalisés		
Les complications sont anticipées, contrôlées et traitées convenablement		

#### D.5.3.6. *Autres états fébriles graves*

Référence: Livre de poche p.179-186, p.193

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Un bilan et un diagnostic différentiel appropriés sont réalisés. Un contrôle approprié est réalisé et un traitement adéquat administré.		
Un traitement correct est administré		

#### D.5.3.7. *Récapitulatif - Fièvre*

<b>Récapitulatif- Fièvre</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
1. Diagnostic différentiel et investigations		
2. Diagnostic et prise en charge de la méningite		
3. Diagnostic et prise en charge du paludisme sévère ou compliqué		
4. Diagnostic et prise en charge de la rougeole		
5. Diagnostic et prise en charge de la fièvre hémorragique de la dengue		
6. Autres états fébriles graves		

D.5.3.7.1. *Score*

<b>Note récapitulative -Fièvre</b>					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité du soutien en notant de 5 à 1; 5 indiquant des soins de bonne qualité; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4= besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration / pratiques présentant un risque vital)

D.5.3.7.2. *Principales forces*

.....  
 .....

D.5.3.7.3. *Principales faiblesses*

.....  
 .....

#### D.5.4. **Malnutrition**

Référence: Livre de poche p.197-222

##### D.5.4.1. **Evaluation de l'état nutritionnel**

Référence: Livre de poche p.198

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Echelle disponible et étalonnée régulièrement, poids correctement calculé par rapport à la taille		
Antécédents bien relevés et examens de laboratoire effectués		
Examen clinique réalisé pour détecter les signes et les complications d'une malnutrition sévère		
Diagnostics différentiels de la malnutrition évoqués et écartés si nécessaire		

##### D.5.4.2. **Prise en charge des infections et supplémentation en micronutriments**

Référence: Livre de poche p.207 - 208

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les antibiotiques à large spectre sont administrés à tous les patients souffrant d'une malnutrition sévère		
Vaccination contre la rougeole, si nécessaire		
Déparasitage avec du mebendazole		
Supplémentation en vitamine A ou en minéraux, en mettant un accent particulier sur la vitamine A		
Fer donné UNIQUEMENT dans la phase de rétablissement		

##### D.5.4.3 **Prise en charge de la déshydratation**

Référence: Livre de poche p.203

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Le ReSoMal administré oralement ou à l'aide d'une sonde nasogastrique pour la réhydratation. Le soluté nasogastrique n'est PAS administré, sauf en cas de choc et d'incapacité à le prendre par voie orale		
Supplémentation en potassium et magnésium assurée		
Usage de soluté pour réhydratation à faible teneur en sodium, et préparation de la nourriture sans sel		

**D.5.4.4. Prévention et prise en charge de l'hypoglycémie et de l'hypothermie**

Référence: Livre de poche p.201-202

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Procédures normales en place pour prévenir l'hypoglycémie et l'hypothermie		
Alimentation fréquente des enfants mal nourris dès leur admission et même la nuit		
Si l'état d'un enfant se détériore, son taux de glucose dans le sang est vérifié		

**D.5.4.5. Alimentation des enfants souffrant de malnutrition sévère**

Référence: Livre de poche p.209-210

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Une alimentation appropriée (apport en calories et fréquence) est initiée chez tous les enfants souffrant de malnutrition sévère		
Alimentation fréquente jour et nuit		
Contrôle quotidien de la quantité de nourriture prise et de l'augmentation de poids		
Le suivi est organisé pour les enfants sortis de l'hôpital avant leur rétablissement		

**D.5.4.6. Prise en charge des problèmes associés et soins de soutien**

Référence: Livre de poche p.217-219, 215

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Traitement correct des problèmes associés: problèmes oculaires, anémie sévère, dermite, diarrhée, tuberculose, etc.		
Stimulation sensorielle, soutien affectif et soutien social sont pourvus		

#### D.5.4.7 Récapitulatif - Malnutrition

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
1. Evaluation de l'état nutritionnel		
2. Prise en charge des infections et de la supplémentation en micronutriments		
3. Prise en charge de la déshydratation		
4. Prévention et prise en charge de l'hypoglycémie et de l'hypothermie		
5. Alimentation des enfants souffrant de malnutrition sévère		
6. Prise en charge des problèmes associés et des soins de soutien		

#### D.5.4.7.1. Score

<b>Note récapitulative - Malnutrition</b>					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 indiquant de bonnes pratiques qui correspondent aux normes de soins, de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4= besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration)

#### D.5.4.7.2. Principales forces

.....

.....

#### D.5.4.7.3. Principales faiblesses

.....  
.....

#### D.5.5 VIH/sida

Référence: Livre de poche p.225-254

##### D.5.5.1 *Conseils et diagnostic pour le VIH/sida pédiatrique*

Référence: Livre de poche p.226-230

<b>Normes et critères</b>	<b><u>Note 1</u> <u>à 5</u></b>	<b><u>Observations</u></b>
Les conseils sont donnés par un conseiller en VIH formé, bien encadré, installé dans une pièce séparée, où la confidentialité est assurée. Une documentation appropriée est effectuée.		
En choisissant le mode d'alimentation du bébé, les mères reçoivent des conseils sur l'importance de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois, et sur les risques de transmission du VIH. Si c'est le biberon qui est adopté, les implications financières et en matière d'hygiène sont pris en compte et expliquées.		
Les conseillers reçoivent une formation en bonne et due forme de conseillers en VIH régulièrement actualisée, et obtiennent l'encadrement et l'appui nécessaires.		
Une documentation-conseils est préparée.		
Les femmes enceintes séropositives reçoivent des conseils sur la transmission du VIH à l'enfant. Le suivi est organisé pour la mère et l'enfant après la naissance.		
Les enfants qui présentent des signes cliniques d'une éventuelle infection par VIH sont testés en routine pour le VIH		
Les tests de dépistage du VIH sans le consentement éclairé du parent ou du tuteur, ne sont PAS effectués		
Tous les membres de la famille des enfants dont le test de VIH est positif font l'objet d'un dépistage et		

de conseils		
Un test de dépistage pour le VIH a été proposé à une forte proportion de malades en cours d'hospitalisation pour malnutrition sévère ou tuberculose		
Les tests d'ADN/ARN sont utilisés pour les enfants de moins de 18 mois et les tests de VIH pour ceux de plus de 18 mois		
La classification est faite selon le système de classification clinique pédiatrique de l'OMS		

#### D.5.5.2. *Traitement par antirétroviraux (ARV) et suivi*

Référence: Livre de poche p.232-240

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les traitement antirétroviraux sont lancés et modifiés conformément aux directives nationales		
Si possible, les préparations pédiatriques et les combinaisons à dose fixe sont administrées		
Le poids et la taille sont relevés à toutes les visites de suivi. Chez les enfants de moins de 24 mois, la circonférence de la tête est aussi mesurée pour détecter un retard de croissance. Le dosage des ARV est fait correctement et ajusté régulièrement par rapport à l'augmentation de poids		
La numération des CD4 et/ou le contrôle clinique sont faits conformément aux directives nationales		

#### D.5.5.3. *Infections opportunistes et soins*

Référence: Livre de poche p.240-246

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Le statut vaccinal est contrôlé et mis à jour sauf pour la fièvre jaune et BCG dans la phase symptomatique de la maladie Le vaccin contre la rougeole est ajouté à l'âge de 6 mois		

Toutes les mères reçoivent des conseils sur la nutrition avant leur sortie de l'hôpital		
Traitement correct des infections opportunistes		
Le démarrage de la prise des ARV est reporté jusqu'à ce que le malade se soit stabilisé, et les infections opportunistes sont traitées (y compris la tuberculose)		

#### D.5.5.4. Soins et suivi des enfants infectés par le VIH

Référence: Livre de poche p.249-253

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les soins palliatifs / curatifs à domicile sont organisés avant la sortie de l'hôpital		
Les soins terminaux sont essentiellement symptomatiques		
Tous les enfants infectés par le VIH et sortis de l'hôpital bénéficient d'un suivi		
Le cotrimoxazole est offert à titre prophylactique à tous les enfants à risque ou soupçonnés de porter le VIH		

#### D.5.5.5. Récapitulatif – VIH/sida

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Conseils et diagnostic du VIH/sida pédiatrique		
Thérapie antirétrovirale et suivi		
Infections opportunistes et soins		
Soins et suivi des enfants infectés par le VIH		

#### D.5.5.5.4. Score

<b>Note récapitulative - VIH/SIDA</b>					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité du soutien en notant de 5 à 1; 5 indiquant des soins de qualité, de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaire (4= besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration / pratiques présentant un risque vital)

*D.5.5.5. Principales forces*

.....

.....

*D.5.5.6. Principales faiblesses*

.....

.....

**D.5.6. Contrôle et suivi**

Référence: Livre de poche p.319-327

**D.5.6.1. Contrôle des progrès individuels**

Référence: Livre de poche pp.319-320

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Le statut nutritionnel est évalué chez tous les enfants admis à l'hôpital		
A l'admission à l'hôpital, un plan de surveillance est établi suivant la gravité de l'état du patient		
Un diagramme de surveillance classique est utilisé, qui comprend les informations suivantes : détails concernant le malade, signes vitaux, signes cliniques suivant l'état du malade, traitements administrés, alimentation et résultats		

**D.5.6.2. Contrôle par les infirmières**

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les principaux signes de risque sont contrôlés et notés par un infirmier deux fois par jour et au moins 4 fois par jour pour les malades graves		
Les dosages et les heures de prise des médicaments sont		

notés pour tous les malades qui reçoivent des médicaments et des solutés intraveineux sont injectés par un infirmier		
Une surveillance spéciale supplémentaire est effectuée et correctement observée en cas de besoin pour suivre l'évolution des cas particuliers: par ex., l'échelle de coma pour les enfants inconscients, etc.		
Les infirmiers se servent des résultats de la surveillance des patients pour informer les médecins des problèmes qui se posent ou du changement de l'état du malade, qui méritent leur attention		

#### D.5.6.3. Réévaluation par les médecins

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Les malades graves sont examinés par un médecin à leur admission à l'hôpital et réexaminés au moins deux fois par jour jusqu'à leur amélioration		
Tous les malades sont revus chaque jour ouvrable par un médecin		
Les malades déjà hospitalisés et ceux nouvellement admis sont examinés par un médecin les weekends et les jours de congé		

#### D.5.6.4. Suivi

Référence: Livre de poche p.327

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Si nécessaire, le suivi est organisé avant la sortie de l'hôpital, avec l'établissement le plus proche du domicile du malade, qui peut assurer le suivi nécessaire du traitement		
Toutes les mères et tous ceux qui prendront soins de l'enfant reçoivent une note <sup>2</sup> de sortie fournissant des informations sur l'état du patient au personnel de l'établissement qui va assurer le suivi		

#### D.5.6.5 Récapitulatif – Contrôle et suivi

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
1. Contrôle des progrès individuels		
2. Contrôle par les infirmiers		
3. Réévaluation par les médecins		
4. Suivi		

D.5.6.5.1. *Score*

<b>Note récapitulative</b> - Contrôle et suivi					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité du soutien en notant de 5 à 1; 5 indiquant des soins de qualité et un excellent contrôle des procédures de suivi de tous les malades; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaire (4= besoin mineur d'amélioration, 1= besoin urgent d'amélioration / pratiques présentant un risque vital)

D.5.6.5.2. *Principales forces*

.....

.....

D.5.6.5.3. *Principales faiblesses*

.....

.....

## D.6. Chirurgie pédiatrique et rééducation

**Source:** Ces informations devraient être collectées en observant le traitement et les soins dispensés aux enfants qui suivent un traitement chirurgical, en interrogeant le personnel et les soignants, et en revoyant les directives, s'il y en a.

### D.6.1/ *Le matériel d'anesthésie pédiatrique*

Le matériel d'anesthésie pédiatrique est	Disponible et en bon état	Pas toujours disponible	Pas disponible
Sondes trachéales			
Masques faciaux			
Laryngoscope			
Voies aériennes oropharyngés			
Soupapes de respiration			
Ballons de réanimation, Ambu			
Tensiomètre			

### D.6.2. *Soins préopératoires*

Référence: Livre de poche p.256

<b>Normes et critères</b>	<b><u>Note 1 à 5</u></b>	<b><u>Observations</u></b>
Des procédures courantes sont en place pour préparer un enfant à la chirurgie: le poids, le taux d'hémoglobine, le groupe sanguin de l'enfant et le consentement de la personne qui s'occupe de lui sont notés		
Un jeûne minimal est observé (8 heures sans alimentation solide, 6 heures sans aliments pour enfants, 4 heures sans lait ni liquides) et les enfants sont inscrits en premier sur la liste des opérations afin de leur éviter un jeûne inutile		

### D.6.3. Soins peropératoires

Référence: Livre de poche p.258

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
L'enfant doit être tenu au chaud pendant l'opération, et les solutés intraveineux contenant du glucose sont administrés pendant les longues interventions (par ex., 0,45% de NaCl et 5% de glucose)		
Des directives sont disponibles pour un bon usage de l'anesthésie locale (poids ajusté)		
La perte de sang est contrôlée		

### D.6.4. Soins post-opératoires et surveillance

Référence: Livre de poche p.260

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Il y a un compte-rendu spécifique du chirurgien sur le protocole opératoire, la surveillance post opératoire et le traitement administré. Les infirmiers prennent la relève du personnel qui a assisté à l'opération		
L'équilibre hydrique est strictement contrôlé après l'opération, et la quantité d'urine notée		
Après l'opération, les enfants sont placés en observation stricte dans un lieu sûr, où les signes vitaux sont fréquemment enregistrés (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire toutes les 15 à 30 minutes pour commencer)		
L'oxygène et le matériel de réanimation/aspiration sont immédiatement disponibles et fonctionnent		
Le personnel infirmier a reçu des directives précises pour le contrôle de la douleur postopératoire		
Les enfants sont autorisés à manger dès qu'ils ont complètement récupéré de l'anesthésie		

**D.6.5. Rééducation**

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Le matériel de rééducation de base est fabriqué localement ou fourni aux enfants (béquilles...)		
Une certaine forme de kinésithérapie organisée est mise à la disposition des enfants		
Le service chirurgical est aménagé pour les enfants, leur assure la nourriture et organise des jeux		

**D.6.5.1 Récapitulatif – Chirurgie pédiatrique et rééducation**

<b>Récapitulatif</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
1. Matériel d’anesthésie pédiatrique		
2. Soins préopératoires		
3. Soins peropératoires		
4. Soins postopératoires et surveillance		
5. Rééducation		

**D.6.5.1.1. Score**

<b>Note récapitulative</b> -Chirurgie pédiatrique et rééducation					
<b>(encrer)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité prestations en notant de 5 à 1; 5 indiquant une bonne prestation, de 4 à 1 indiquant les niveaux d’amélioration nécessaires (4= besoin mineur d’amélioration, 1= besoin urgent d’amélioration)

**D.6.5.1.2. Principales forces**

.....  
 .....

**D.6.5.1.3. Principales faiblesses**

.....  
 .....

### D.7. Récapitulatif des notes – Module D: Soins pédiatriques

Récapitulatif des notes		5	4	3	2	1
D.1.	Soins pédiatriques d'urgence					
D.2.	Salles pédiatriques					
D.3.	Lutte contre l'infection et soins					
	Lutte contre l'infection					
	Soins de soutien					
D.4.	Médicaments essentiels					
	Matériel et produits					
D5	Prise en charge des cas pédiatriques					
	Toux/ respiration difficile					
	Diarrhée					
	Fièvre					
	Malnutrition					
	VIH/sida					
D.6.	Surveillance et suivi					
D.7.	Chirurgie pédiatrique et rééducation					
<b>Module D</b>	<b>NOTE TOTALE</b>					

### E. Récapitulatif des scores d'évaluation

Ce récapitulatif permet d'identifier les domaines les plus critiques pour définir les priorités et le plan de travail afin de guider les discussions avec les cadres supérieurs de l'hôpital lors de la réunion d'information.

<b>Récapitulatif des notes</b>		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
A.2.	Infrastructure					
A.3.	Personnels et formation					
A.5.	Système d'information sanitaire et dossiers médicaux					
A.6.	Médicaments essentiels et produits sanguins					
A.7.	Laboratoire					
A.8.	Politiques					
A.9.	Transfert					
A.10.	Directives et contrôle					
<b>Module A</b>	<b>NOTE TOTALE</b>					
<b>Récapitulatif des notes – Soins maternels</b>		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
B.1.	Soins obstétricaux d'urgence					
B.2.	Maternité					
B.3.	Lutte contre l'infection et soins					
	Lutte contre l'infection					
	Soins de soutien					
B.4.	Médicaments essentiels					
	Matériel et produits					
B5	Prise en charge des mères					
	Prise en charge de la pré-éclampsie et					

	de l'éclampsie					
	Prise en charge des infections					
	Travail normal et accouchement par voie basse					
	Travail prématuré					
	Césarienne					
	Hémorragie du postpartum					
	Prise en charge de la mauvaise progression du travail					
B.6.	Contrôle et suivi					
<b>Module B</b>	<b>NOTE TOTALE</b>					
<b>Récapitulatif des notes - Soins néonataux</b>		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
C.1.	Réanimation néonatale					
C.2.	Services de santé néonatale					
C.3.	Lutte contre l'infection et soins de soutien					
	Lutte contre l'infection					
	Soins de soutien					
C.4.	Médicaments essentiels					
	Matériel et produits					
C.5	Soins néonataux courants					
C.6.	Prise en charge des nourrissons malades					
C.7.	Contrôle et suivi					
<b>Module C</b>	<b>NOTE TOTALE</b>					
<b>Récapitulatif des notes - Soins pédiatriques</b>		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

D.1.	Soins pédiatriques d'urgence					
D.2.	Garde pédiatrique					
D.3.	Lutte contre l'infection et soins de soutien					
	Lutte contre l'infection					
	Soins de soutien					
D.4.	Médicaments essentiels					
	Matériel et produits					
D5	Prise en charge des cas maternels					
	Toux/ respiration difficile					
	Diarrhée					
	Fièvre					
	Malnutrition					
	VIH/sida					
D.6.	Contrôle et suivi					
D.7.	Chirurgie pédiatrique et rééducation					
<b>Module D</b>	<b>NOTE TOTALE</b>					

<b>Module A</b>	<b>NOTE TOTALE</b>					
<b>Module B</b>	<b>NOTE TOTALE</b>					
<b>Module C</b>	<b>NOTE TOTALE</b>					
<b>Module D</b>	<b>NOTE TOTALE</b>					

**Observations sur la Note récapitulative**



## G. Annexes

### G.1. Directives pour la conduite des entretiens

Nous aimerions connaître les points de vue objectifs des personnes interrogées. Il est important que le personnel médical, les mères et les soignants comprennent le but de l'enquête, et nous nous engageons à traiter les informations en toute confidentialité. Bien vouloir faire savoir à toutes ces personnes qu'elles ne seront en aucune façon identifiées dans les rapports adressés à l'hôpital.

Ne pas laisser les formulaires traîner dans des endroits où des personnes qui ne sont pas membres de l'équipe pourraient les lire.

Poser les questions lors des entretiens face à face dans un endroit privé. S'efforcer de noter les observations *telles qu'elles sont faites*, plutôt que de tenter de résumer le point de vue exprimé. Le fait de noter les paroles mêmes qui ont été dites permet de se représenter ce que la personne veut dire exactement. Ce faisant, veiller à mettre les paroles relevées entre guillemets.

Par exemple:

*"Nous avons un véritable problème d'adduction d'eau, parfois il se passe des journées entières sans que nous n'ayons de l'eau courante, comment pourrions-nous nous laver les mains pour empêcher l'infection de se propager"*

Avant de remercier la personne interrogée, s'assurer qu'elle a répondu correctement à toutes les questions. Si une personne interrogée refuse de répondre à une certaine question, le noter et passer à la question suivante.

A la fin de l'entretien, demander à la personne interrogée de lire ce qui a été écrit. Si elle le souhaite, lui permettre de modifier ses déclarations et de donner des éclaircissements.

Remercier les personnes interrogées d'avoir bien voulu accepter l'entretien.

#### Entretien avec les patients

L'entretien a pour but d'évaluer la qualité des contacts entre les patients ou les soignants et le personnel de l'hôpital, de voir si des conseils adéquats ont été donnés, et d'avoir une idée de leurs sentiments et de leurs points de vue par rapport à ce qu'on peut faire pour améliorer le bien-être des jeunes mamans, des nouveau-nés et des enfants plus âgés, qui sollicitent des soins à l'établissement de santé. Il permet aussi de compléter les informations issues de l'évaluation faite à l'hôpital pour savoir si la prise en charge des cas à laquelle on procède a satisfait aux normes de recommandation minimales.

Pour les besoins de l'évaluation à l'hôpital, au moins 6 entretiens au total avec les nouvelles mères et les soignants des enfants malades devraient être menés :

- Avec au moins une mère qui a accouché par voie basse et dont le bébé est en bonne santé
- Avec au moins une mère qui a accouché par césarienne
- Avec au moins une mère qui a accouché d'un bébé prématuré
- Avec au moins trois soignants de trois enfants malades différents

Lorsque cela est possible, une autre mère devrait être interrogée 3 mois après avoir donné naissance par voie basse à un bébé normal. Juste après l'accouchement, l'expérience

## PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

pourrait être racontée d'une autre manière, les femmes pouvant être affectées par des modifications hormonales et être en état de choc si elles ont eu une mauvaise expérience. Dans ces conditions, certaines femmes disent que tout a bien marché, et plus tard, elles se rendent compte qu'elles ne se sentent pas satisfaites des services qui leur ont été fournis.

### **Comment conduire un entretien et remplir le formulaire**

Assurez-vous que vous avez une attitude positive aussi bien en paroles qu'en actes.

Ne menez pas un entretien pendant une séance de soins afin d'éviter d'influencer les pratiques de prise en charge des cas des autres prestataires de soins.

Ne menez pas un entretien en présence des autres mères ou soignants que vous allez interroger, faites-le autant que possible sans la présence d'autres personnels soignants, afin d'éviter d'influencer les réponses données.

Tenez le formulaire droit, hors de la vue de la personne que vous êtes en train d'interroger, car les différentes options fournies pourraient influencer sa réponse.

Prenez autant de temps qu'il le faut pour parler à la jeune maman ou à celui qui s'occupe de l'enfant malade, et assurez-vous que les questions posées sont comprises.

Posez les questions telles qu'elles apparaissent sur le formulaire, et répétez-les en vos propres termes uniquement lorsque la question originale n'a pas été comprise.

Ne lisez pas les différentes réponses qui apparaissent après chaque question. Elles ne sont là que pour vous faciliter la tâche. Par contre, écoutez les réponses, en demandant à la personne interrogée d'être le plus précis possible, et cochez [X] lorsque la réponse donnée correspond à l'un des points indiqués. Parfois, il sera nécessaire de cocher une réponse qui est proche de la bonne réponse, même si elle n'est pas exactement semblable à celle qui est indiquée. Si la réponse fournie ne correspond à aucun des points indiqués, faites un bref résumé, comme il convient, dans l'espace prévu sous « Autre (Préciser) ».

En remplissant le formulaire, faites rapidement des observations que vous aurez à discuter avec le personnel de santé au cours du compte rendu. Soulignez aussi ou encerclez les points qui figurent dans toutes les autres questions pour lesquelles, selon vous, des remarques sont nécessaires. Cela vous rappellera de soulever des problèmes ou des questions positives pendant le compte rendu.

Notez la conversation que vous avez eue pendant l'entretien et résumez les points importants qui figurent sous « Observations, discussions, problèmes ». Utilisez ces notes à la réunion de compte rendu. Ecrivez en majuscules pour que le formulaire soit facile à lire.

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

**G.2. Questionnaire – jeune maman**

(Imprimer au moins en 4 exemplaires)

<b>A. Données personnelles</b>			
1.	Age de la mère:	2. Nombre d'enfants:	3. Niveau d'études de la mère:
4.	Partenaire ou parent présent à l'accouchement?	5. Type d'accouchement (voie basse, césarienne):	
6.	A quelle distance se trouve votre domicile de l'hôpital?	7. Kilomètres:	8. Heures (temps pour arriver à l'hôpital):
9.	Par quel moyen de transport êtes-vous arrivé à l'hôpital?		
<b>B. Soins prénatals</b>			
10.	Combien de visites prénatales avez-vous effectuées pendant la grossesse?		
11.	Combien d'échographies avez-vous eues pendant votre grossesse?		
<b>C. Admission</b>			
12.	Combien de temps êtes-vous restée à l'hôpital avant d'accoucher?		
13.	Un membre de votre famille ou un(e) ami(e) était-il (elle) auprès de vous pendant tout votre séjour à l'hôpital?	Oui/Non	
14.	Avez-vous subi un examen vaginal à votre admission à l'hôpital?		Oui/Non
15.	Les battements cardiaques du bébé ont-ils été recherchés à votre admission à l'hôpital?		Oui/Non
<b>D. Travail et accouchement</b>			
16.	a) Combien de temps êtes-vous restée en travail? (heures, jours)		
	b) Combien de temps avez-vous poussé pour faire sortir le bébé? (heures)		

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

17.	Avez-vous eu une injection IV pendant le travail?	Oui/Non
18.	Avez-vous subi un examen vaginal pendant le travail? Souvenez-vous du nombre de fois? Votre consentement a-t-il été sollicité avant que vous ne soyez examinée?	Oui/Non
19.	Comment a-t-on écouté le bébé?	
20.	Chaque membre de l'équipe d'accouchement (homme ou femme) s'est-il/elle présenté (e) lorsque vous êtes entrée dans la salle?	Oui/Non
21.	a) Quelles méthodes pour soulager la douleur ont-elles été utilisées pour vous?  b) Ont-elles eu de l'effet?	Oui/Non
22.	Votre bébé était-il en bonne santé à la naissance?  Si OUI, passez à la question 26.  Si NON, quel était le problème:	Oui/Non
23.	Asphyxie à la naissance	Oui/Non
24.	Naissance avant terme	Oui/Non
25.	Autre problème: bien vouloir préciser	
26.	Combien pesait le bébé?	

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

27.	Votre bébé a-t-il été en contact peau contre peau avec vous immédiatement après sa naissance	Oui/Non
28.	Votre bébé est-il resté avec vous dans votre chambre pendant presque tout le temps que vous avez passé à l'hôpital?	Oui/Non
29.	Votre bébé a-t-il été séparé de vous à la naissance?	Oui/Non
30.	Si OUI à la Q29, savez-vous pourquoi? Pouvez-vous expliquer ce qui s'est passé?	
<b>E. Soins du nouveau-né</b>		
31.	Comment nourrissez-vous votre bébé? (lait maternel, lait extrait, lait en poudre, autre)	
32.	Si vous allaitez au sein, quel membre du personnel de l'hôpital vous a donné le plus d'informations et de soutien par rapport à l'allaitement maternel (médecin, sage-femme, infirmier, etc.) ?	
33.	A quel moment après l'accouchement vous a-t-on demandé de commencer l'allaitement maternel?	
34.	Combien de fois vous a-t-on donné des conseils pour allaiter votre bébé?	
35.	Comment avez-vous trouvé la qualité des installations (salle de travail, salle commune, espace pour se laver, toilettes, etc.)?	

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

36.	Combien de fois, et combien de temps avez-vous dialogué avec le personnel ?  Vous êtes-vous sentie bien aidée ? Avez-vous senti que vous pouviez poser des questions, et qu'on allait y répondre ?			
<b>F. Attitude du personnel</b>				
Nous nous intéressons à ce que vous avez pensé du personnel qui s'occupait de votre bébé				
37.	Quelle était la plupart du temps l'attitude du personnel vis-à-vis de vous et de votre enfant?	Poli, serviable	Parfois bon, parfois mauvais	Impoli, peu serviable
	a) Les médecins			
	b) Les infirmiers/infirmières			
	c) Le personnel de ménage/de cuisine/ autre personnel non médical			
	d) Les autres personnels hospitaliers (par ex., les nutritionnistes, les physiothérapeutes, les pharmaciens)			
38.	Avez-vous des exemples où l'on vous a parlé ou traité correctement/incorrectement?  Expliquez cet incident			
<b>G. Sortie de l'hôpital et suivi</b>				
39.	Avez-vous reçu des instructions sur la façon de vous occuper de votre bébé à votre retour à la maison ? Quel genre d'instructions?			

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

40.	Avez-vous reçu des instructions pour les cas où vous devriez ramener le bébé à l'hôpital?
41.	Avez-vous reçu des instructions concernant la façon dont vous devrez prendre soin de vous-même à votre retour à la maison ? Quel genre d'instructions?
42.	Quels médicaments avez-vous reçus à votre sortie de l'hôpital?
43.	Avez-vous reçu des informations sur les méthodes de contrôle des naissances après l'accouchement ? Avez-vous reçu des informations sur les endroits où vous pourriez avoir accès aux différentes formes de contrôle des naissances ? Pensez-vous que le contrôle des naissances soit pour vous une option à retenir?
44.	Quels domaines, s'il en est, pensez-vous qu'il faille améliorer le plus pour rendre l'admission et le séjour à l'hôpital plus faciles à supporter par vous et par votre enfant?

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

45.	Dans l'ensemble, êtes-vous satisfaite des soins reçus à l'hôpital?
	<b>I. Accès aux soins hospitaliers</b>
	<b>a. Médecine traditionnelle</b>
46.	Avez-vous consulté un tradi-praticien avant d'aller à l'hôpital?
47.	Pourquoi préférez-vous la médecine traditionnelle aux soins hospitaliers (frais, transport, culture, etc.)?
48.	Quel traitement avez-vous reçu?
49.	Combien avez-vous payé pour les soins traditionnels (y compris ce qui a été fourni)?
50.	Qu'est-ce qui vous a décidée à venir à l'hôpital? Combien de temps s'est écoulé entre l'apparition des symptômes et votre arrivée à l'hôpital?
	<b>b. Transfert du malade par le premier niveau ou l'agent de soins de santé primaires</b>
51.	Est-ce le premier niveau ou l'agent de soins de santé primaires qui vous a transféré à l'hôpital?
52.	Avez-vous reçu un quelconque traitement avant d'être transféré ? Lequel ?
53.	Avez-vous reçu une note écrite de celui qui a assuré les soins ?

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

54.	Combien de temps s'est écoulé entre le transfert et votre arrivée à l'hôpital?
<b>c. Transport à l'hôpital</b>	
55.	Avez-vous eu des difficultés à organiser votre transport à l'hôpital? Si oui, pourquoi?
56.	Combien avez-vous payé pour votre transport à l'hôpital?
57.	Combien de temps vous a-t-il fallu pour arriver à l'hôpital ?

**G.2.1. Récapitulatif**

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Soins prénataux		
Admission		
Travail et accouchement		
Soins du nouveau-né		
Attitude du personnel		
Sortie de l'hôpital et suivi		
Accès aux soins hospitaliers		

**G.2.1.1. Score**

<p><b>Note récapitulative</b> - Entretien avec la nouvelle mère</p>
---

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
--------------------	----------	----------	----------	----------	----------

Bien vouloir indiquer la qualité des prestations en notant de 5 à 1; 5 indiquant que la mère est satisfaite des prestations qu'elle a reçues; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4= besoin mineur d'amélioration, 1= la mère est totalement mécontente des prestations qu'elle a reçues, et il y a un besoin urgent d'amélioration)

**G.3. Questionnaire – Soignant ou membres de la famille**

(Imprimer au moins en 3 exemplaires)

<b>A. Informations personnelles sur le soignant</b>					
1.	Age du soignant:	2. Age de l'enfant:	3. Niveau d'instruction du soignant:		
4.	Relation avec l'enfant:		5. Date d'admission de l'enfant:		
6.	Durée du séjour:		7. Où a-t-il été admis?		
8.	% de temps passé en salle avec l'enfant (encercler) :	<25%	25 à 50%	50 à 75%	>75%
9.	A quelle distance de l'hôpital vivez-vous ?		10. Kilomètres:	11. Heures:	
12.	Quel type de transport utilisez-vous pour aller à l'hôpital?				
<b>B. Soins généraux en consultation externe ou service des urgences</b>					
13.	Après votre arrivée à l'hôpital, comment avez-vous été traité en pédiatrie ambulatoire ou dans la salle des urgences?				
14.	Y a-t-il eu des aspects positifs ou négatifs concernant le temps que votre enfant a passé en consultation externe ou service des urgences ?				
15.	Que pensez-vous des soins reçus en consultation externe ou service des urgences (cocher tout ce qui s'applique) ?	Pire que ce qu'on attendait	Comme on s'y attendait	Mieux que ce qu'on attendait	
	a) Le temps que vous avez réellement eu à attendre était de ____ heures. C'était:				
	b) Le degré de politesse et de respect avec lequel vous avez				

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

	été traitée était			
	c) Selon vous, est-ce que le bilan et l'examen de votre enfant par le médecin a été fait à fond ?			
16.	La raison de l'admission à l'hôpital vous a-t-elle été expliquée?			Oui/Non
17.	Quelle était la raison de votre admission?			
<b>C. Soins reçus dans la salle pédiatrique</b>				
Nous aimerions savoir ce que vous pensez de cette salle et des soins dispensés à votre enfant				
18.	Une fois que votre enfant était dans la salle, que pensez-vous de (cocher tout ce qui s'applique) :	Pire que ce qu'on croyait	Comme on s'y attendait	Mieux que ce qu'on attendait
	a) L'espace consacré à vous et à votre enfant			
	b) La place/le lit où vous avez dormi, vous et votre enfant? Faites des commentaires sur la qualité:			
	c) L'espace consacré au bain et aux toilettes? Faites des commentaires sur la qualité:			
	d) L'état de propreté de la salle			
	e) Le nombre d'infirmiers/infirmières disponibles pour surveiller les enfants malades. Le nombre d'infirmières noté:			

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

	f) Le caractère complet du bilan de l'enfant par le médecin qui l'a admis et lors de l'examen clinique			
	g) La fréquence des visites quotidiennes faites par les infirmiers et les médecins			
	h) L'attention portée sur les détails par les infirmiers et les médecins pendant chaque ronde			
	i) Des informations sur l'état de l'enfant ont-elles été données pendant les visites?			
19.	Avez-vous d'autres commentaires concernant la salle ou l'hôpital?			
	<b>D. Prise en charge des cas</b>			
	Nous aimerions savoir ce que vous pensez des soins médicaux qui ont été prodigués à votre enfant.			
20.	Quel est le diagnostic posé ?			
21.	<p>a) De qui avez-vous reçu la plupart des informations concernant l'admission de votre enfant?</p> <p>b) Quelle est la personne à qui vous pouviez le plus facilement demander des renseignements concernant l'admission de votre enfant?</p>			

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

22.	Que pensez-vous du traitement médical reçu par votre enfant (cocher tout ce qui s'applique)?	Trop	Acceptable	Trop peu	S/O
	a) La prise de sang a été effectuée ___ fois. C'était:				
	b) Les injections ont été faites ___ fois. C'était:				
	c) Les solutés intraveineux ont été administrés ___ fois. C'était :				
23.	Quels autres examens ont été faits? Que pensez-vous de chacun d'entre eux (des explications ont-elles été données quant aux raisons pour lesquelles ils devaient être faits? Pensez-vous que c'était nécessaire/utile)?				
24.	Avez-vous appris quelque chose pendant que votre enfant était à l'hôpital concernant la façon de le garder en bonne santé?  Si OUI, qu'avez-vous appris, et comment l'avez-vous appris?			Oui/Non	
<b>E. Attitude du personnel</b>					
Nous aimerions savoir ce que vous pensez de la façon dont le personnel s'est occupé de votre enfant					
25.	Quelle était la plupart du temps l'attitude du personnel vis-à-vis de vous et de votre enfant (cocher tout ce qui s'applique)?	Poli, serviable	Parfois bon, parfois mauvais	Impoli, peu serviable	
	a) Les médecins				
	b) Les infirmiers				
	c) Le personnel de ménage/de cuisine /et autre personnel non médical				

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

	d) Les autres personnels de l'hôpital (par ex. les nutritionnistes, les physiothérapeutes, les pharmaciens)			
26.	Avez-vous quelques exemples de moments où l'on vous a parlé ou traité correctement/incorrectement? Expliquez ce qui s'est passé.			
<b>F. Sortie de l'hôpital et suivi</b>				
Nous aimerions savoir ce que vous pensez de votre sortie de l'hôpital				
27.	Comment pensez-vous que votre enfant se porte maintenant (à la sortie de l'hôpital)(encerclez ce qui s'applique)?	Très bien	Ça va	Toujours pas bien
28.	Le temps passé à l'hôpital était -il (encerclez ce qui s'applique)	Trop long	Juste ce qu'il fallait	Trop court
29.	Votre enfant a-t-il été envoyé à la maison avec des médicaments ?			Oui/Non
30.	Le personnel vous a-t-il expliqué les doses de médicaments à donner?			Oui/Non
31.	Le personnel vous a-t-il précisé avec quelle fréquence donner les médicaments?			Oui/Non
32.	Le personnel vous a-t-il dit pendant combien de jours au total donner les médicaments?			Oui/Non
33.	Avez-vous pris un rendez-vous de suivi pour voir comment l'état de votre enfant évolue?  Si oui, pourquoi devez-vous y aller?			Oui/Non

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

	Si non, passez à la question 37.	
34.	Le médecin ou le personnel de salle vous a-t-il dit où aller pour le rendez-vous ?	Oui/Non
35.	Savez-vous quand il faut aller à ce rendez-vous de suivi?	Oui/Non
36.	Avez-vous reçu un bulletin de sortie ou une note de suivi expliquant la maladie de votre enfant et fournissant des informations à ceux qui feront le suivi ?	Oui/Non
37.	Que pensez-vous du coût du traitement à l'hôpital? (Comment la famille a-t-elle financé l'admission à l'hôpital? Les coûts ont-ils été clairement communiqués?)	
38.	Quels domaines, selon vous, demandent le plus à être améliorés pour rendre l'admission et le séjour à l'hôpital plus faciles à supporter pour vous et pour votre enfant?	
39.	Dans l'ensemble, avez-vous été satisfaite des soins dispensés à votre enfant à l'hôpital?	
	<b>J. Accès aux soins hospitaliers</b>	

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

<b>a. Médecine traditionnelle</b>	
40.	Avez-vous consulté un tradi-praticien avant d'aller à l'hôpital?
41.	Pourquoi avez-vous préféré la médecine traditionnelle aux soins dispensés à l'hôpital (coût, transport, culture, etc.)?
42.	Quel traitement votre enfant a-t-il reçu?
43.	Combien avez-vous payé pour les services de la médecine traditionnelle (y compris pour ce qui a été fourni ?
44.	Qu'est-ce qui vous a fait venir à l'hôpital? Combien de temps s'est écoulé entre le moment de l'apparition des symptômes et la présentation de votre enfant à l'hôpital?
<b>b. Transfert par le premier niveau ou par l'agent de soins de santé primaires</b>	
45.	Est-ce le premier niveau ou un prestataire de soins de santé primaires qui a transféré votre enfant à l'hôpital?
46.	Votre enfant a-t-il reçu un quelconque traitement avant d'être transféré à l'hôpital? Lequel?
47.	Avez-vous reçu une note écrite de la part du prestataire de soins de santé?
48.	Combien de temps s'est écoulé entre votre transfert et votre arrivée à l'hôpital ?

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

<b>c. Transport pour l'hôpital</b>	
49.	Avez-vous eu des difficultés à organiser votre transport pour l'hôpital? Si oui, pourquoi?
50.	Combien avez-vous payé pour votre transport pour l'hôpital?
51.	Combien de temps vous a-t-il fallu pour arriver à l'hôpital?

**G.3.1. Récapitulatif**

<b>Normes et critères</b>	<b>Note 1 à 5</b>	<b>Observations</b>
Soins généraux en consultation externe ou au service des urgences		
Soins reçus dans la salle pédiatrique		
Prise en charge des cas		
Attitude du personnel		
Sortie de l'hôpital et suivi		
Accès aux soins à l'hôpital		

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

G.3.1.1. **Score**

<b>Note récapitulative</b>					
- Entretiens avec les soignants ou les membres des familles des enfants					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité de la prestation en notant de 5 à 1; 5 indiquant la satisfaction de la mère ou du soignant par rapport prestation fournie; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4= besoin mineur d'amélioration; 1= mère/soignant totalement mécontent du soutien fourni, et besoin d'une amélioration urgente)

## PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

### G.4. Entretien avec les agents de santé

Tous les groupes de professionnels de la santé (infirmiers auxiliaires, infirmières/sages-femmes, médecins) travaillant dans les services de soins maternels, néonataux et pédiatriques doivent participer à cet entretien. Essayer d'interroger 2 membres du personnel issu chaque fois de l'une des catégories de professionnels de la santé ci-dessus, de sorte qu'au moins 6 à 8 formulaires soient remplis pendant la visite d'évaluation.

#### Comment mener l'entretien et remplir le formulaire

Nous aimerions recenser les points de vue objectifs des agents de santé. Il est donc important que ces derniers comprennent le but de l'enquête et qu'ils sachent et soient convaincus que les informations seront conservées et utilisées dans la stricte confidentialité. Nous voudrions leur faire savoir que leurs noms ou initiales ne seront mentionnés dans aucun rapport ni indiqués aux cadres de l'hôpital, et les informer que les entretiens devraient durer entre 40 et 60 minutes.

L'enquête a pour but de compléter les informations qui proviendront de l'évaluation, et éventuellement de diffuser les informations concernant certains aspects de la qualité des soins dispensés aux patients, qui n'auraient pas pu ressortir ou qui ne peuvent pas être captés par le seul outil d'évaluation. L'enquêteur devrait aussi leur expliquer que cet entretien sollicitera leur opinion sur les soins dispensés aux patients et l'organisation ou la prise en charge des ressources (humaines ou autres) qui influent directement ou indirectement sur la qualité des soins dispensés aux malades dans les hôpitaux.

Pour commencer, bien vouloir indiquer la date, le nom de l'hôpital et les initiales de l'agent de santé sur toutes les cinq feuilles. Ensuite, ajouter les quelques informations nécessaires sur la personne interrogée, de sorte que les réponses à mettre dans le questionnaire puissent être mises en plus large perspective.

L'entretien devrait commencer par une question ouverte. Certains agents de santé pourraient avoir beaucoup de choses à dire sans qu'on ne les pousse avec des questions spécifiques. Dans ce cas, il est important de les laisser parler et de noter leurs propos.

Pour certaines questions, il vous est demandé d'indiquer la qualité des installations des services maternels, néonataux et pédiatriques. Vous voudrez donc regarder les critères ci-dessous relatifs aux trois catégories possibles :

Pour l'échelle qui va de « Satisfaisante/Bonne » à « Généralement insuffisante/Non disponible », prenez comme explication les points ci-dessous :

**Tableau 1**

Généralement insuffisante/absente	Au moins 4 fois sur 10, ce que l'on utilise ou dont on a besoin n'est pas disponible ou n'est pas d'un standard suffisant.
Parfois insuffisante	Jusqu'à 4 fois sur 10, ce que l'on utilise ou dont on a besoin n'est pas disponible ou n'est pas d'un standard suffisant.
Satisfaisante/Bonne	Ce n'est que rarement que ce qu'on cherche n'est pas disponible ou n'est pas d'un niveau acceptable.

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

Veillez vous assurer que toutes les questions posées ont reçu une réponse. Si un agent de santé ne veut pas répondre à une question particulière, prenez-en note et passez à la question suivante. Permettez à l'agent de santé de lire ce que vous avez écrit au cas où il souhaite faire des changements. Et à la fin de l'entretien, remerciez-le pour le temps qu'il vous a consacré en vous donnant des informations.

**Questionnaire – Agent de santé**

(Imprimer au moins en 8 exemplaires)

<b>A. Données personnelles – Agent de santé</b>				
1.	Initiales:	2. Poste:		
3.	Service actuel et responsabilités:		4. Etats de service à l'hôpital:	
<b>B. Salles</b>				
Nous aimerions savoir ce que vous pensez des salles/services de santé néonatale/hôpital				
5.	Quand les bâtiments de l'hôpital/des salles sont satisfaisants, que pourrait-on améliorer?			
6.	Pour les mères, bébés, et enfants admis à l'hôpital (cochez ce qui s'applique):	Satisfaisants	Laissent parfois à désirer	Laissent généralement à désirer/ Pas disponibles
	a) Les moyens d'accueil pour les malades sont:			
	b) Les toilettes et les installations sanitaires pour les malades sont:			
	c) La propreté des salles est:			
	d) La nourriture servie aux malades est:			
Nous nous intéressons aux causes des décès survenus à l'hôpital au cours des 6 derniers mois				
<b>C. Données sur la mortalité et causes</b>				
7.	D'après vous, quelles sont les maladies les plus courantes qui ont conduit aux décès survenus dans votre service (c'est-à-dire, décès maternels, néonataux, pédiatriques)? Numéro 1: _____ Numéro 2: _____			
8.	Selon vous, pourquoi ces malades sont-ils décédés (pour la cause numéro 1)?			

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

	a) Nature de la maladie	Oui/Non		
	b) Arrivée tardive du malade à l'hôpital	Oui/Non		
	c) Services de laboratoire pour cette maladie non disponibles ou de mauvaise qualité	Oui/Non		
	d) Non-disponibilité des médicaments	Oui/Non		
	e) Matériel inadapté	Oui/Non		
	f) Manque de personnel pour les soins et la surveillance (nombre suffisant/qualifié)	Oui/Non		
	g) Mauvais traitement administré, ou malades pas suffisamment surveillés par le personnel responsable	Oui/Non		
	h) Autres raisons Bien vouloir expliquer	Oui/Non		
9.	Selon vous, pourquoi ces malades sont-ils décédés (pour la cause numéro 2)?			
	a) Nature de la maladie	Oui/Non		
	b) Arrivée tardive du malade à l'hôpital	Oui/Non		
	c) Services de laboratoire pour cette maladie non disponibles ou de mauvaise qualité	Oui/Non		
	d) Non-disponibilité des médicaments	Oui/Non		
	e) Matériel inadapté	Oui/Non		
	f) Manque de personnel pour les soins et la surveillance (nombre suffisant/qualifié)	Oui/Non		
	g) Mauvais traitement administré ou malades pas suffisamment surveillés par le personnel responsable	Oui/Non		
	h) Autres raisons Bien vouloir expliquer	Oui/Non		
<b>D. Qualité des soins</b>				
Nous nous intéressons aux soins dispensés aux malades à l'hôpital				
10.	Que pensez-vous de la qualité des soins dispensés aux malades?			
	Cochez ce qui s'applique	Satisfaisants	Parfois laissent à désirer	Laissent à désirer
	a) La qualité des informations et de l'éducation concernant leur état données aux malades et à leurs familles est:			

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

	b) Le temps disponible pour expliquer leur état à eux-mêmes et à leurs familles est:			
	c) L'impression que les familles ont de la qualité des soins que le personnel dispense aux malades est:			
11.	Dans quelle mesure votre service pourrait-il aider à faire mieux comprendre son état au malade?			
12.	Pouvez-vous vous rappeler un malade dont vous vous êtes occupé dans votre service et dont vous avez été satisfait de l'évolution clinique ? Si oui, avez-vous été satisfait de la qualité des soins que vous avez dispensés ? Quel aspect des soins dispensés vous a satisfait?			
13.	Pouvez-vous vous rappeler un malade dont vous vous être occupé récemment dans votre service et dont vous n'avez pas été satisfait de l'évolution clinique ? Si Oui, selon vous, quel aspect des soins n'a pas réussi, et pourquoi pensez-vous que cela soit arrivé ?			
<b>E. Médicaments et produits</b>				
Nous nous intéressons à la disponibilité des médicaments et produits médicaux dans votre service/votre hôpital				
14.	La disponibilité des articles suivants (cocher ce qui s'appliquent):	Satisfaisante/Bonne	Laisse parfois à désirer	Laisse généralement à désirer/Non disponibles
	a) Médicaments			
	b) Oxygène			
	c) Sang pour transfusion			
	d) Solutés intraveineux			
	e) Aliments/lait spécial contre la malnutrition			
	f) Examens de laboratoire			

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

15.	Que pensez-vous de la disponibilité ou de la fonctionnalité du matériel?  Pensez-vous que vous êtes suffisamment approvisionné?			
<b>F. Personnel</b>				
Nous aimerions savoir comment est organisé le personnel				
16.	Disponibilité du personnel (Cocher ce qui s'applique):	Satisfaisante/ Bonne	Laisse parfois à désirer	Laisse généralement à désirer/ Non disponible
	a) Le nombre de personnels disponible à tout moment pour s'occuper des malades est:			
	b) Le temps disponible pour dispenser les meilleurs soins à un malade (conformément à votre formation)?			
	c) Le nombre de personnels infirmiers disponibles aux heures de nuit est:			
	d) Le nombre de personnels infirmiers disponibles les weekends et les jours fériés est:			
17.	Y a-t-il une rotation fixe du personnel infirmier dans l'hôpital à des intervalles réguliers?  a) Si oui, comment faites-vous la rotation?  b) Qu'est-ce que vous en pensez?	Oui / Non		
18.	Que pensez-vous du nombre et des qualifications du personnel disponible capable de dispenser des soins de façon optimale dans votre service ?  Y a-t-il des personnels-clés qui manquent?			
<b>G. Directives, contrôle et formation continue</b>				
Nous aimerions savoir ce que vous pensez du fait de travailler dans cet établissement, des opportunités de formation du personnel sur place et du niveau de soutien apporté au personnel				

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

19.	Savez-vous exactement en quoi consiste votre travail? Vous a-t-on parlé de vos attributions?			Oui/Non
20.	Remplissez-vous des fonctions en dehors de votre rôle et de vos responsabilités?			Oui/Non
21.	Vos connaissances et vos compétences Cocher ce qui s'applique	Bonnes/ Satisfaisantes	Parfois insuffisantes	Le plus souvent insuffisantes
	a) Avez-vous confiance en vos connaissances sur les maladies maternelles/néonatales/pédiatriques (par rapport à votre discipline):			
	b) Si vous estimez que vos connaissances sont de temps à autre/le plus souvent insuffisantes, dans quels domaines croyez-vous devoir le plus être formé?			
22.	Quels genres d'enseignement professionnel continu et formations sont disponibles dans votre hôpital?			
	a) Y a-t-il des possibilités de formation axées sur le besoin ou liées au rendement au travail?			
	b) Expliquer votre réponse et ce que vous en pensez			
23.	Si vous avez des difficultés à obtenir de l'aide quand vous pensez qu'il vous en faut, est-ce parce que :			
	a) Il n'y a pas assez de personnes qualifiées à appeler?	Oui/Non		
	b) Vous n'arrivez pas à contacter la personne qu'il faut?	Oui/Non		
	c) La réponse à votre demande tarde à venir?	Oui/Non		
	d) Il y a d'autres raisons? Bien vouloir expliquer	Oui/Non		
24.	Quelles sortes de directives avez-vous reçues pour faire votre travail?			
25.	Etes-vous satisfait de la supervision de soutien et de l'encadrement fournis par le personnel médical expérimenté pour vous aider à vous occuper des malades dans cet établissement?			Oui/Non
26.	Assistez-vous régulièrement aux réunions du personnel ? Si oui, lesquelles (par ex., réunions des infirmiers/ médecins/sages-femmes)?			Oui/Non

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

	Combien de fois?  Pourquoi?	
27.	Y a-t-il des forums/réunions où vous pouvez faire des propositions ou informer les superviseurs/ la direction sur les questions qui affectent/améliorent la qualité des soins dispensés aux patients dans votre hôpital?	Oui/Non
28.	Avez-vous déjà fait des propositions aux infirmières en chef/médecins/ personnel de direction?  Si oui, quelle en a été la suite?	Oui/Non
29.	Y a-t-il eu des réactions par rapport aux décisions communiquées au personnel par les encadreurs et le personnel de direction?	Oui/Non
30.	a) Des contrôles sont-ils effectués pour étudier la qualité des soins et/ou la mortalité des patients dans votre service ou département?  b) Si oui, de quelle nature?	Oui/Non
	c) Quand le dernier contrôle a-t-il été effectué (pour chaque type de contrôle identifié dans la Question 30b)?	
31.	Pensez-vous que, dans l'ensemble, la qualité des soins dispensés aux malades dans cet hôpital soit bonne ?	
	Toujours                  Souvent                  Parfois                  Rarement                  Jamais	
32.	Avez-vous d'autres propositions qui pourraient permettre d'améliorer la qualité des soins dispensés aux malades dans cet hôpital? Si oui, bien vouloir expliquer:	Oui/Non
33.	Pensez-vous que la plupart de vos collègues soient en général satisfaits de leur travail à l'hôpital? Si non, pourquoi les gens ne sont-ils pas contents de leur travail?  Que peut-on faire pour améliorer la satisfaction par rapport à leur travail?	Oui/Non

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

	<b>H. Transfert du malade par le premier niveau ou par l'agent de soins de santé primaires</b>				
34.	Les malades transférés à un hôpital reçoivent un traitement approprié avant leur transfert au moment indiqué				
	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
35.	Les malades transférés à un hôpital reçoivent des notifications de transfert indiquant leur état, la raison du transfert et tout traitement administré				
	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
36.	Les malades arrivent à l'hôpital sans beaucoup de retard lorsque le personnel de santé du premier niveau leur a fait savoir qu'ils ont besoin de soins dans un établissement de niveau supérieur				
	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
37.	Les enfants adressés par les établissements de premier niveau sont correctement examinés et classés parmi les malades qui nécessitent le plus couramment un transfert (normes de PCIME des districts où la PCIME a été respectée)				
	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
	<b>I. Recherche de soins par les patients</b>				
38.	Les parents et les soignants reconnaissent parfaitement les signes et les symptômes qui exigent de se mettre en contact avec les services de santé				
	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
39.	Les malades et les soignants reçoivent les informations nécessaires quant au moment et à la façon de référer les malades à l'hôpital				
	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
40.	Les enfants et les femmes malades sont acheminés vers les services de santé sans perdre trop de temps				
	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

**G.4.1. Récapitulatif**

Normes et critères	Note 1 à 5	Observations
Salles		
Données et causes de mortalité		
Qualité des soins		
Matériel et produits médicaux		
Effectifs		
Directives, contrôle et formation en cours d'emploi		
Transfert par le premier niveau ou l'agent de soins de santé primaires		
Recherche de soins par les patients		

**G.4.1.1. Score**

<b>Note récapitulative</b>					
- Entretiens avec les agents de santé					
<b>(encercler)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Bien vouloir indiquer la qualité des prestations en notant de 5 à 1; 5 indiquant que la mère ou le soignant sont entièrement satisfaits des prestations reçues; de 4 à 1 indiquant les niveaux d'amélioration nécessaires (4= besoin mineur d'amélioration, 1= mère ou soignants totalement mécontents du soutien reçu et besoin urgent d'amélioration)

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

**H. Questionnaire à envoyer par voie postale**

Veillez remplir les informations requises avant la visite d'évaluation. Si certaines informations ne sont pas disponibles, veuillez indiquer « Inconnu », et expliquer ensuite, si possible, pourquoi l'information n'est pas disponible. Si un indicateur ne s'applique pas à votre contexte, veuillez indiquer « S/O ».

Merci de bien vouloir renvoyer le plus tôt possible à l'équipe d'évaluation le questionnaire dûment rempli, et ce avant la visite à l'hôpital.

**INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'HÔPITAL**

Date prévue pour l'évaluation
Ville, province, pays
Nom de l'établissement (hôpital, service(s) spécifique(s))
Nom du directeur/administrateur de l'hôpital
Nom du chef de la maternité
Nom du chef du service pédiatrique
Nom du chef de l'unité néonatale
Numéro de l'enquête
Nom de l'évaluateur

**Effectifs**

Type de personnel	Pendant les heures normales de travail (8.00-17.00) <i>(nombre de personnes disponibles)</i>	Après les heures normales de travail et les weekends <i>Présent/ pas présent</i> <i>Si présent, nombre de personnes</i>	Observations
Obstétricien-gynécologue			
Pédiatre			
Médecin généraliste			
Clinicien associé			
Sage-femme			
Infirmier			
Infirmier auxiliaire			
Infirmière sage-femme auxiliaire			

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

Agent de santé professionnel	non			
------------------------------	-----	--	--	--

**Statistiques hospitalières**

**Statistiques maternelles et néonatales**

Veuillez utiliser les chiffres de la dernière année disponible. Si des données sont disponibles pour une autre période, bien vouloir le préciser.

Année \_\_\_\_\_ Toute autre période \_\_\_\_\_

<b>MATERNEL/ NÉONATAL</b>	Nombre d'accouchements <sup>1</sup>	
	Nombre de naissances vivantes <sup>2</sup>	
	Nombre de bébés avec un faible poids à la naissance (<2500 g)	
	Nombre de bébés avec un très faible poids à la naissance (<1500 g)	
	Nombre de bébés avec un poids extrêmement faible à la naissance (<1000g)	
	Nombre d'accouchements: <37 semaines	
	Nombre d'accouchements: < 32 semaines	
	Nombre d'accouchements: < 28 semaines	
	Proportion de bébés nés dans l'établissement qui ont reçu toutes les 4 composantes de soins essentiels du nouveau-né <sup>3</sup>	
	Nombre de bébés avec le diagnostic d'asphyxie à la naissance <sup>4</sup>	
	Nombre de bébés avec un indice d'Apgar <3 à 5 minutes	
	Nombre de décès néonatal	

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

Nombre de mortinaissances	
Nombre de décès périnataux (nombre de mortinaissances plus décès néonataux précoces survenus à l'hôpital)	
Nombre décès maternels survenus à l'hôpital	
Nombre de femmes avec septicémie	
Nombre de femmes avec arrêt de progression du travail	
Nombre de femmes avec éclampsie	
Proportion de femmes avec pré-éclampsie sévère traitées avec une injection de sulfate de magnésium	
Proportion de femmes recevant l'ocytocine immédiatement après la naissance du bébé	
Proportion de femmes avec hémorragie du post partum	
Proportion de femmes avec dystocie	
% de césariennes par rapport à l'ensemble des naissances	
% d'épisiotomies par rapport à l'ensemble des naissances	
% d'accouchements aux forceps par rapport à l'ensemble des naissances	
% des déclenchements par rapport à l'ensemble des naissances	
% des perfusions d'ocytociques par rapport à l'ensemble des naissances	
Durée moyenne de séjour pour accouchement par voie basse (nombre de jours)	
Durée moyenne de séjour pour accouchement par voie basse avec extraction instrumentale (nombre de jours)	
Durée moyenne du séjour pour accouchement par césarienne (nombre de jours)	
Nombre de femmes transférées à un niveau de soins supérieur	

<sup>1</sup> Cas avec assistance minimale ou sans assistance, accouchement avec ou sans épisiotomie

<sup>2</sup>Référence: définition de l'OMS pour naissances vivantes: Naissance vivante signifie expulsion ou extraction complète de la mère d'un produit de la conception, indépendamment de la durée de la grossesse, qui, après cette séparation, respire ou montre d'autres signes de vie, comme le battement du cœur, les pulsations du cordon ombilical, ou le mouvement perceptible de muscles volontaires, que le cordon ombilical ait été coupé ou non, ou que le placenta soit attaché ou non. Chaque produit d'une telle naissance est considéré comme né vivant. Bien vouloir préciser si une autre définition est utilisée.

## PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

<sup>3</sup> séchage immédiat et complet; contact immédiat peau contre peau; retard de la section du cordon, et commencement de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit l'accouchement

<sup>4</sup> Critères: naissance vivante avec un indice d'Apgar inférieur à 3, à 5 minutes, détresse respiratoire à la naissance nécessitant une réanimation avec masque pendant plus de 3 minutes et/ou intubation.

### Statistiques pédiatriques

PEDIATRIQUE

Veillez utiliser les chiffres de la dernière année disponible. Si les données sont disponibles pour une autre période, bien vouloir le préciser.

Année \_\_\_\_\_ Toute autre période \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés dans l'établissement	
Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans survenus dans l'établissement	
Taux de décès des enfants de moins de 5 ans survenus dans l'établissement	
Nombre de décès d'enfants revus dans l'établissement de santé	
Nombre d'enfants hospitalisés pour pneumonie	
Nombre d'enfants à qui on a prescrit un antibiotique pour pneumonie	
Nombre de décès infantiles survenus dans l'établissement des suites de pneumonie	
Nombre d'enfants hospitalisés pour diarrhée	
Nombre de décès infantiles survenus dans l'établissement des suites d'une maladie diarrhéique	

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

Nombre d'enfants admis dans l'établissement pour malnutrition	
Nombre de décès infantiles survenus dans l'établissement des suites de malnutrition sévère	
Nombre d'enfants qui nécessitent d'être transférés et qui reçoivent un traitement approprié avant et pendant le transfert	

**Nombre de patients, décès et taux de mortalité**

Indiquer le nombre total par an de consultations externes, femmes ou enfants, pendant la grossesse, la période néonatale /post natale/pédiatrique, les visites et admissions d'urgence (indiquer l'année; si une autre période est considérée, par ex., un semestre, indiquer la période exacte). Inclure tous les diagnostics médicaux, mais exclure les malades déjà décédés à l'arrivée.

Année: \_\_\_\_\_

<b>MERES</b>	<b>Consultations externes</b>	<b>Consultations d'urgence</b>	<b>Hospitalisation/ admissions</b>	<b>Nombre d'accouchements</b>	<b>Nombre total de décès</b>
Femmes enceintes (y compris les filles de moins de 19 ans)					
Adolescentes enceintes (filles de moins de 19 ans)					

<b>ENFANTS</b>	<b>Consultations externes</b>	<b>Consultations d'urgence</b>	<b>Hospitalisation /admissions</b>	<b>Nombre de décès</b>	<b>Taux de létalité selon l'âge</b>
0-7 jours					
7-28 jours					
1-12 mois					
1-5 ans					
>5 ans					

**Causes des consultations et des admissions à l'hôpital, décès et taux de létalité**

A partir des dossiers de l'hôpital, énumérez les cinq causes médicales les plus importantes (diagnostics) pour les consultations externes (sauf les visites prénatales ordinaires), les consultations d'urgence et les admissions pendant la période de grossesse ou la période puerpérale (sauf le travail). Ensuite, énumérez les raisons médicales les plus

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

importantes pour les nouveau-nés et les enfants.

Année: \_\_\_\_\_

<b>CONSULTATIONS MATERNELLES</b> Diagnostiques les plus fréquents	Consultations externes	Consultations d'urgence	Admissions à l'hôpital	Décès	Taux de létalité
Première					
Deuxième					
Troisième					
Quatrième					
Cinquième					
<b><u>VISITES NÉONATALES</u></b> Diagnostiques les plus fréquents	Visites des malades externes	Visites d'urgence	Admissions à l'unité néonatale des soins intensifs	Décès	Taux de létalité
Première					
Deuxième					
Troisième					
Quatrième					
Cinquième					

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

**Médicaments essentiels et produits sanguins**

<b>Médicaments</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
<b>Anesthésie générale et oxygène</b>					
Halothane en inhalation					
Kétamine injectable					
Oxygène en inhalation					
Oxyde nitreux en inhalation					
Thiopental IV.					
<b>Anesthésie locale</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Lidocaïne injectable					
Lidocaïne + épinéphrine injectable					
Ephédrine injectable					
<b>Médicaments préopératoires et sédatifs pour des interventions courtes</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Atropine IV.					
Prométhazine IV.					
<b>Analgésiques, antipyrétiques, anti-inflammatoires non-stéroïdiens</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Acide acétylsalicylique per os/intra rectal					
Ibuprofène lysine (pour persistance du canal artériel)					
Indométhacine (pour persistance du canal artériel)					
Paracétamol/acétaminophène po/pr					
Morphine per os/IM/ IV.					
<b>Anti-histamines/anti-anaphylactiques</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Chlorphénamine per os/ IV.					
Epinéphrine injectable					
<b>Corticostéroïdes</b>					
Bétaméthasone IM					
Dexaméthasone IM					
Hydrocortisone per os/ IV.					
Prednisolone per os					
<b>Antidotes et autres substances utilisées en cas d'empoisonnement</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Gluconate de calcium					
Naloxone injection					
<b>Anticonvulsifs et antiépileptiques</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Diazépam per os/ IV /intra rectal					
Sulphate de magnésium injectable					
Phénobarbital					
<b>Médicaments anti-infectieux</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Mébéndazole					
<b>Antibactériens</b>	<u>Salle des</u>	<u>Salle de</u>	<u>Service</u>	<u>Service</u>	<u>Pharmacie</u>

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

<b>Médicaments</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
	<u>urgences</u>	<u>travail</u>	<u>pédiatrique</u>	<u>néonatal</u>	
Amoxicilline					
Ampicilline IV					
Benzathine benzylpénicilline injectable					
Céfixime					
Céftriaxone IM					
Ciprofloxacine per os/ IV					
Ceftazidime					
Céfotaxime					
Cotrimoxazole					
Doxycycline					
Erythromycine per os/ IV					
Gentamicine IV					
Nitrofurantoïne					
Métronidazole per os/ IV					
Spectinomycine per os					
<b>Tous les antituberculeux nécessaires conformément au programme national de lutte contre la tuberculose</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
<b>Médicaments antifongiques</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Amphotéricine injectable					
Clotrimazole crème/comprimés					
Miconazole					
Fluconazole per os/injectable					
Nystatine tropicale/per os					
<b>Antirétroviraux</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Aciclovir per os					
<b>Tous les antirétroviraux conformément au programme VIH</b>					
<b>Tous les antipaludiques nécessaires conformément au programme national de lutte contre le paludisme</b>					
<b>Anti-pneumocystose et antitoxoplasmose</b>					
Pentamidine per os					
<b>Médicaments qui affectent le sang</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Sel ferreux + acide folique per os					
Sirop de fer en sirop per os					
Héparine de faible poids moléculaire (HBPM) injectable					
<b>Médicaments à effet sur la fonction respiratoire</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Aminophylline					
Citrate de caféine					
Produits tensio-actifs					
<b>Substituts du plasma</b>	<u>Salle des</u>	<u>Salle de</u>	<u>Service</u>	<u>Service</u>	<u>Pharmacie</u>

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

<b>Médicaments</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Dextran 70 injectable					
<b>Médicaments cardiovasculaires</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Glycéryl trinitrate pulvérisation/per os					
Digoxine injectable / per os					
Hydralazine injectable / per os					
Méthyl dopa per os					
Frurosémide IV / per os					
<b>Médicaments dermatologiques (topiques)</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
<b>Désinfectants et antiseptiques (topiques)</b>		<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Chloréxidine					
Polyvidone iodée					
<b>Insulines et autres antidiabétiques</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Injection d'insuline (soluble)					
Insuline à action intermédiaire					
<b>Produits immunologiques</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Immunoglobuline anti-D (humain) injection					
Immunoglobuline antitétanique (humain) injectable					
<b>Vaccins</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Vaccins BCG					
Vaccin antidiptérique et antitétanique					
Vaccin antirougeoleux					
Vaccin contre la rubéole					
Vaccin contre l'hépatite B	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>		<u>Pharmacie</u>
Vaccin contre la poliomyélite					
Vaccin anticoquelucheux					
<b>Décontracturants musculaires et inhibiteurs de la cholinestérase</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Suxamethonium injectable					
<b>Préparations ophtalmologiques (topiques)</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Tétracycline					
<b>Produits à visée utérine</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Ergometrine injectable					
Oxytocine injectable					
Misoprostol comprimés					
Nifédipine comprimés					
<b>Solutions corrigeant les troubles hydro-électrolytique et acido-basique</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Glucose 5-10-50%					

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

<b>Médicaments</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Glucose avec chlorure de sodium					
Chlorure de sodium 0,9% isotonique					
Ringer lactate					
Eau pour injection					
<b>Produits de surveillance de la diarrhée chez les enfants</b>					
SRO					
Sulfate de zinc					
<b>Vitamines et minéraux</b>	<u>Salle des urgences</u>	<u>Salle de travail</u>	<u>Service pédiatrique</u>	<u>Service néonatal</u>	<u>Pharmacie</u>
Vitamine A, voie orale					
Vitamine K, voie intramusculaire					

**Laboratoire**

Les recherches de laboratoire ci-après ainsi que leurs résultats sont-ils d'emblée disponibles? Si oui, indiquer la durée de temps moyenne pour obtenir les résultats.

**Examens de laboratoire**

<b>Examen de laboratoire</b>	<b>Non disponible</b>	<b>Disponible</b>	<b>Temps nécessaire pour obtenir les résultats</b>	<b>Observations</b>
Glycémie				
Hémoglobine				
Hématocrite				
Rapport neutrophiles immatures / totaux				
Numération des leucocytes				
Analyse des gaz du sang				

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

Examen de laboratoire	Non disponible	Disponible	Temps nécessaire pour obtenir les résultats	Observations
Détermination du groupe sanguin et épreuve de compatibilité croisée				
Bilirubine				
Anticorps Rhésus				
Test rapide d'urine sur bandelette				
Examen microscopique des urines				
Bactériologie (culture)				
Bactérioscopie (frottis)				
Numération formule sanguine				
Tests de coagulation				
Tests de la fonction hépatite				
Bilirubine				
Tests de la fonction rénale				
Electrolytes				
Test de VIH				
Numération des CD4 ou charges virales				

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

Examen de laboratoire	Non disponible	Disponible	Temps nécessaire pour obtenir les résultats	Observations
plasmatiques de VIH conformément aux directives nationales				
Test de Coombs: direct et indirect				
Protéine sérique et albumine				
Analyse des urines				
Test rapide de syphilis				
Microscopie ou test de diagnostic rapide pour le paludisme				
Examen microscopique du LCR				

**Effectifs de la maternité**

Type de personnel	Pendant les heures normales de travail (8.00-17.00) <i>(nombre de personnes disponibles)</i>	Après les heures normales de travail et le weekend <i>Présent/ pas présent</i> <i>Si présent, quel en est le nombre ?</i>	Observations
Obstétricien-gynécologue			
Médecin généraliste			
Infirmier			
Infirmier auxiliaire			
Infirmière sage-femme auxiliaire			
Sage-femme			

**Maternité**

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

Combien de lits y a-t-il dans la salle? \_\_\_\_\_

Les nouveau-nés ont-ils chambre commune avec leurs mères ?

Oui Non

**Matériel et fournitures médicales**

	<u>Salle d'accouchement (travail normal)</u>	<u>Salle d'opération (pour césarienne)</u>	<u>Observations</u>
Éclairage suffisant			
Lampe d'examen (projecteur de poche ok)			
Pendule murale			
Trousse d'accouchement			
Partogrammes vierges			
Lampe de chauffage pour nouveau-nés			
Serviettes de séchage pour nouveau-nés			
Source d'oxygène: bouteille d'oxygène			
Source d'oxygène : concentrateur d'oxygène			
Source d'oxygène: alimentation centrale			
Débitmètres pour l'oxygène			
Matériel pour administration d'oxygène :			
lunettes nasales			
cathéters			
masques			
Ballons Ambu pour assistance respiratoire			
Sacs et masques (pour adultes et pour bébés)			
Matériel pour anesthésie			
Thermomètre normal (température du corps)			
Gants stériles (re-stérilisés ou jetables)			
Gaze stérile			
Stéthoscope fœtal			
Stéthoscope			
Sphygmomanomètre			

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

	<b>Salle d'accouchement (travail normal)</b>	<b>Salle d'opération (pour césarienne)</b>	<b>Observations</b>
Nécessaire à perfusion			
Pompes à perfusion/dosimètres			
Cathéters pour injections intraveineuses			
Cathéter urinaire			
Seringues			
Aiguilles			
Trousse de suture (ciseaux, porte-aiguille)			
Matériel de suture			
Pèse-bébé			
Matériel pour section/clampage du cordon ombilical			
Ciseaux d'épisiotomie			
Ventouse obstétricale			
Forceps			
Aspirateur obstétrical			
Lits - tables d'accouchement			
Lits - lits ordinaires			
Lits - tables d'opération			
Matériel pour nouveau-nés:			
-table de réanimation (avec source de chaleur) pour la réanimation des nouveau-nés)			
- incubateur			
- sondes endotrachéales			
- ballon et masque de réanimation pour nouveau-nés, taille 1 pour les bébés à terme			

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

	<b>Salle d'accouchement (travail normal)</b>	<b>Salle d'opération (pour césarienne)</b>	<b>Observations</b>
- ballon et masque de réanimation pour nouveau-nés, taille 0 pour les bébés prématurés			
- laryngoscope			
- voies aériennes oropharyngées			
- valves de respiration			
- pompe aspirante électrique (pour appareil d'aspiration)			
- cathéter d'aspiration (pour appareil d'aspiration)			
- poire aspirante, à usage unique (pour appareil d'aspiration)			
-poire stérilisable multi-usages (pour appareil d'aspiration)			
Pèse-bébé			

**Effectifs de la salle néonatale**

<b>Type de personnel</b>	<b>Pendant les heures normales de travail (8.00-17.00) <i>(nombre de personnes disponibles)</i></b>	<b>Après les heures normales de travail et pendant les weekends de travail obligatoires et pendant le weekend <b>Présent/ pas présent,</b> <i>Si présent, déterminer le nombre</i></b>	<b>Observations</b>
Pédiatre néonatalogiste			
Clinicien associé			
Médecin généraliste			
Infirmière			
Infirmière auxiliaire			
Infirmière sage-femme auxiliaire			
Sage-femme			

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

Agent de santé non professionnel			
----------------------------------	--	--	--

**Matériel et produits médicaux**

	Oui	Non	Nombre	Observations
Couveuses				
Incubateurs radiants				
Lits à matelas chauffant				
Lampes de photothérapie				
Masque Ambu				
Alimentation en oxygène/concentreur				
Masques faciaux de tailles appropriées (tailles 0 et 1)				
Systèmes de ventilation à pression positive continue				
Moniteurs multifonctions				
Sphygmo-oxymètres				
Pompes tire-lait				
Sondes nasogastriques				
Perfuseurs par micro-gouttes				
Trousse exsanguinotransfusion à				
Stéthoscope				
Glucomètres				
Appareils d'aspiration				
Thermomètres				
Balance				

**D.1.2. Effectifs du service pédiatrique**

**Service pédiatrique d'urgence**

**Effectifs du service pédiatrique d'urgence**

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

Type de personnel	Pendant les heures normales de travail (8.00-17.00) <i>(nombre de personnes disponibles)</i>	Après les heures normales de travail et pendant le weekend <i>Présent/ pas présent</i> <i>Si présent, nombre de personnes disponibles</i>	Observations
Pédiatre			
Clinicien associé			
Médecin généraliste			
Infirmière			
Infirmière auxiliaire			
Infirmière sage-femme auxiliaire			
Sage-femme			
Agent de santé non professionnel			

**Salle pédiatrique**

Combien de lits y a-t-il dans la salle pédiatrique?

\_\_\_\_\_

**Effectifs du service pédiatrique**

Type de personnel	Pendant les heures normales de travail (8.00-17.00) <i>(nombre de personnes disponibles)</i>	Après les heures de travail et pendant le weekend <i>Présent/ pas présent</i> <i>Si présent, nombre de personnes disponibles</i>	Observations
Pédiatre			
Clinicien associé			
Médecin généraliste			
Infirmière			
Infirmière auxiliaire			
Infirmière sage-femme auxiliaire			
Sage-femme			
Agent de santé non professionnel			

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

**D.4.3. Matériel et produits médicaux**

		Salle des urgences	Salle	Observations
Table/salle de réanimation				
Torche				
Otoscope				
Pèse-bébé				
Planche à mesurer / toise la longueur et la taille (en position couchée/debout et selon l'âge)		(longueur)  (hauteur)	(longueur)  (hauteur)	
Stéthoscopes				
Thermomètres				
Source de chaleur				
Source d'oxygène	Bouteille d'oxygène			
	concentreur d'oxygène			
	alimentation centrale			
Débitmètre pour l'oxygène				
Matériel pour l'administration de l'oxygène				
Indiquez le matériel que vous utilisez	Lunettes nasales  cathéters  masques			
Ballons autogonflants pour la réanimation				
Masques	___ taille bébé ___ taille enfant ___ taille adulte			
Nécessaire à injections par voie intraveineuse avec compartiments de dosage pour usage pédiatrique				
Papillons et/ou canules de taille pédiatrique				

PROJET d'annexes – Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques

Sondes nasogastriques de taille pédiatrique				
Matériel pour l'administration de fluides intra- osseux				
Matériel d'aspiration				
Drains thoraciques				
Nébuliseurs pour l'administration du salbutamol				
Indiquez le type de nébuliseur:	<input type="checkbox"/> à propulsion électrique <input type="checkbox"/> entraîné par l'oxygène <input type="checkbox"/> actionné par une pompe à pied			
Espaceurs avec masque pour l'administration de doses mesurées de salbutamol (par pulvérisation)				

