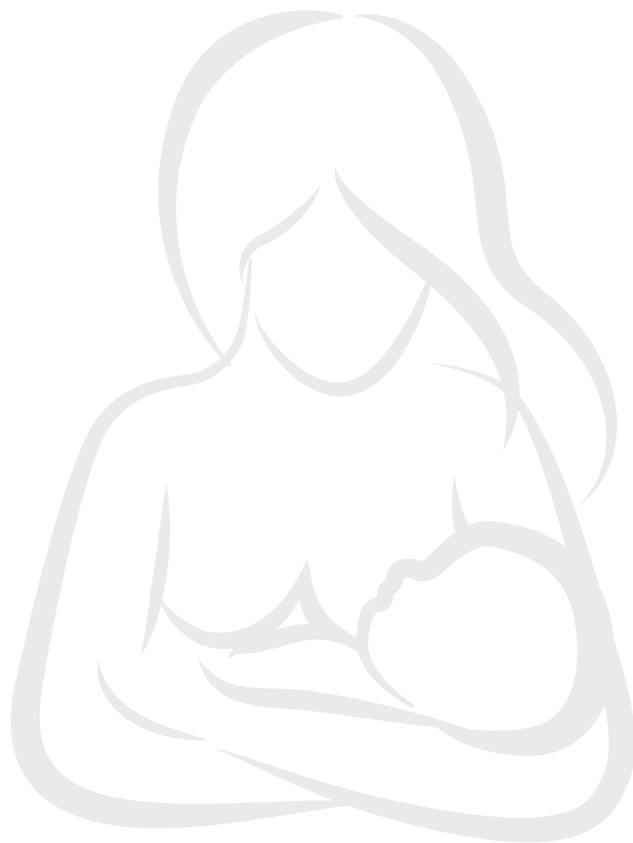


STANDARDS POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS MATERNELS ET NÉONATALS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



Organisation
mondiale de la Santé

**STANDARDS POUR L'AMÉLIORATION
DE LA QUALITÉ DES SOINS
MATERNELS ET NÉONATALS DANS
LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**



**Organisation
mondiale de la Santé**

Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities]

ISBN 978-92-4-251121-5

© Organisation mondiale de la Santé 2017

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Suisse.

Graphisme : Inis Communication – www.iniscommunication.com

Table des matières

Acronymes et abréviations	iv
Remerciements	v
Résumé	1
1. Contexte	5
1.1 Introduction	5
1.2 Priorités pour réduire la mortalité maternelle et périnatale	6
1.3 Justification	6
1.4 Public cible	7
2. Méthode et processus	8
2.1 Aperçu	8
2.2 Portée	8
2.3 Élaboration du cadre de référence et des standards de soins	9
2.4 Élaboration des chartes de qualité	10
3. Définition et cadre de référence pour la qualité des soins	14
3.1 Données factuelles et résumé des conclusions	14
3.2 Définition de la qualité des soins	14
3.3 Cadre de référence pour la qualité des soins	15
3.4 Domaines stratégiques d'activité	17
4. Standards de soins	18
4.1 Données factuelles et résumé des constatations	18
4.2 Définition et structure des standards	18
4.3 Portée et utilisation des standards et des chartes de qualité	19
4.4 Liste des standards et des chartes de qualité	20
5. Chartes et mesures de qualité	24
5.1 Résultat du processus utilisant la méthode Delphi	24
5.2 Utilisation des mesures de qualité	24
5.3 Mesures pour chartes de qualité	25
6. Opérationnalisation	63
6.1 Diffusion	63
6.2 Approche pour la mise en œuvre	63
7. Suivi et évaluation	65
8. Mise à jour des standards	66
Références	67
Annexe 1. Participants à la réunion du groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices, Genève, 3–4 juin 2015	69
Annexe 2. Liste des participants à l'étude Delphi	70

Acronymes et abréviations

CIM Classification internationale des maladies

NICE National Institute for Health Care Excellence

UNICEF Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Remerciements

Les Départements Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et Santé reproductive et recherche de l'OMS expriment leur sincère reconnaissance aux nombreuses personnes qui ont apporté leur contribution à l'élaboration du présent document.

Nous remercions tout particulièrement les experts qui ont participé et contribué à l'élaboration de ce cadre de référence pour la qualité des soins maternels et néonataux, des standards de soins et des chartes de qualité pendant la réunion tenue en juin 2015 : Pierre Barker, Institute for Healthcare Improvement, États-Unis d'Amérique ; Nynke van den Broek, Liverpool School of Tropical Medicine, Royaume-Uni ; Sheena Currie, Maternal and Child Health Integrated Program, États-Unis d'Amérique ; Kim Dickson, UNICEF, États-Unis d'Amérique ; Claudia Hanson, Karolinska Institute, Suède ; Kathleen Hill, jhpiego, États-Unis d'Amérique ; Asia Kassim Hussein, UNICEF, République-Unie de Tanzanie ; Lily Kak, United States Agency for International Development, États-Unis d'Amérique ; Joy Lawn, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni ; Tess Lawrie, Evidence-based Medicine Consultancy Ltd, Royaume-Uni ; Norman Lufesi, Ministère de la santé, Malawi ; Silke Mader, European Foundation on the Care of Newborn Infants, Allemagne ; Ziaul Matin, UNICEF, Bangladesh ; Goldy Mazia, Maternal and Child Survival Program, États-Unis d'Amérique ; Georgina Msemo, Ministère de la santé et de la protection sociale, République-Unie de Tanzanie ; Jim Neilson, University of Liverpool, Royaume-Uni ; Lee Pyne-Mercier, Bill & Melinda Gates Foundation, États-Unis d'Amérique ; Isabella Sagoe-Moses, Ministère de la santé, Ghana ; Memuna Tanko, National Health Insurance Authority, Ghana ; Donna Vivio, United States Agency for International Development, États-Unis d'Amérique ; et Nabila Zaka, UNICEF, États-Unis d'Amérique.

Nous remercions pour leurs contributions les 116 experts des 46 pays qui ont participé à l'étude selon la méthode dite de Delphes (ou méthode Delphi) pour parvenir à un consensus sur les mesures de qualité (dont les noms figurent à l'annexe 2).

Les consultants externes qui ont participé à ces travaux à diverses étapes sont Carolyn MacLennan, Rashmi Mathur, Senait Kebede et Tess Lowrie.

Le groupe d'orientation interdépartements sur les lignes directrices de l'OMS était composé des membres suivants : Rajiv Bahl, Bernadette Daelmans, Matthews Mathai, Fran McConville, Annie Portela, Severin von Xylander et Wilson Were, du Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; Metin Gülmezoglu, Olufemi Oladapo, Özge Tuncalp, et Joshua Vogel, du Département Santé reproductive et recherche ; Neelam Dhingra, Shamsuzzoha Syed, du Département Prestation de services et sécurité ; Margaret Montgomery et Michaela Pfeiffer, du Département Santé publique, déterminants sociaux et environnementaux de la santé ; Mwansa Nkowane, du Département Personnels de santé ; et Gerardo Zamora et Lisa Rogers, du Département Nutrition pour la santé et le développement.

Le processus d'élaboration du document a été coordonné par des membres du groupe de travail restreint sur la qualité des soins maternels et néonataux : Bernadette Daelmans, Olufemi Oladapo, Özge Tuncalp, Wilson Were et Severin von Xylander.

Nos remercions aussi l'ensemble du personnel de l'OMS dans les régions et les pays qui ont participé aux réunions, revu le texte et apporté leur contribution à la conception du document.

Nous exprimons notre reconnaissance à la Fondation Bill & Melinda Gates qui a apporté son soutien financier à ce travail.

Résumé

D'importants progrès ont été accomplis au cours des deux dernières décennies dans la prise en charge des naissances au sein des établissements de santé ; pourtant, le recul de la mortalité maternelle et néonatale reste lent. Avec un nombre croissant d'accouchements dans les établissements de santé, l'attention est désormais mobilisée sur la qualité des soins étant donné l'impact que des soins de qualité médiocre ont sur la mortalité et la morbidité. La période qui entoure l'accouchement est la période la plus critique pour sauver le maximum de vies de mères et de nouveau-nés et prévenir les mortinaissances. Pour l'avenir, l'OMS aspire à un monde où « *chaque femme enceinte et chaque nouveau-né bénéficient de soins de grande qualité pendant toute la durée de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale* ». Pour que cette aspiration devienne réalité, l'OMS a établi une définition de la « qualité des soins » et conçu un cadre de référence pour améliorer la qualité des soins pour les mères et les nouveau-nés pendant l'accouchement et la période qui l'entoure.

Le cadre de référence comporte huit domaines concernant la qualité des soins qu'il convient d'évaluer, d'améliorer et de contrôler au sein du système de santé. Le système de santé fournit la structure d'accès à des soins de grande qualité selon les deux dimensions importantes et étroitement liées : la prestation des soins et l'expérience des patientes. En se référant à ce cadre et conformément à son mandat, l'OMS travaillera à concrétiser l'ambition qu'elle s'est fixée dans six domaines stratégiques qui servira de base pour une approche systématique, fondée sur des données factuelles, permettant de fournir des orientations pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux. Les six domaines sont : les lignes directrices cliniques, les standards de soins, les interventions efficaces, les mesures de qualité des soins, les travaux de recherche pertinents et le renforcement des capacités.

Les standards de soins et les mesures de qualité ont été considérés comme prioritaires, sachant que les orientations de base font actuellement défaut, bien qu'elles soient essentielles pour garantir la qualité des soins. Les standards définissent explicitement ce qui est nécessaire afin de parvenir à des soins de grande qualité dans la période périnatale. Au cours de la première phase, une approche rigoureuse a été mise en place afin d'identifier les ressources existantes, d'effectuer une recherche documentaire approfondie et de recenser les standards de soins de diverses organisations afin de définir et déterminer leur structure. Il a été proposé de fixer des standards généraux, s'appuyant sur des chartes de qualité spécifiques et sur un certain nombre de mesures d'intrants, produits ou process et résultats. Huit standards ont été formulés, une pour chaque domaine du cadre de référence relatif à la qualité des soins. Pour garantir des standards spécifiques et précis, de 2 à 13 chartes de qualité ont été formulées pour chaque standard, afin de conduire à des améliorations mesurables dans la qualité des soins pendant l'accouchement et dans la période qui l'entoure.

Un groupe d'orientation interdépartemental de l'OMS sur les lignes directrices et un groupe de travail restreint ont été créés pour analyser et synthétiser les données factuelles. Entre janvier 2015 et février 2016, le groupe de travail a examiné les études publiées pour définir la « qualité des soins » et formuler le cadre de référence pour la qualité des soins maternels et néonataux. Le cadre de référence a été présenté au groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices lors d'une consultation qui a eu lieu à Genève les 3 et 4 juin 2015, au cours de laquelle le groupe s'est penché sur la définition de la « qualité

des soins », le cadre proposé, les standards de soins, les chartes de qualité et les critères de définition des mesures de la qualité. Un accord a été obtenu par consensus sur la définition, les domaines du cadre de référence, les standards de soins et les chartes de qualité. Le groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices a également débattu des critères de définition des indicateurs qui seraient utilisés pour évaluer, mesurer et contrôler la qualité des soins.

Au cours de la deuxième phase, le groupe d'orientation interdépartemental sur les lignes directrices a compilé, examiné et formulé les mesures relatives aux intrants, aux produits et aux résultats pour chaque charte de qualité. Ces indicateurs ont été conçus à partir des indicateurs utilisés par l'OMS et d'autres organisations de renommée internationale dans le domaine public. Les mesures ont ensuite été rédigées par le département technique correspondant et affinées suite à une consultation du comité de coordination. La liste obtenue a été revue en deux étapes selon la méthode Delphi pour parvenir à un plus large consensus géographique (46 pays) et au niveau des partenaires (116 experts). Les équipes des établissements de santé peuvent utiliser les mesures pour recenser les lacunes dans la qualité des soins et améliorer la prestation des soins et l'expérience des patientes à leur égard conformément aux standards et aux chartes de qualité. Ils sont destinés à être utilisés par les directeurs des établissements de santé, les responsables de la planification, les gestionnaires et les prestataires pour évaluer et contrôler la disponibilité des ressources, les résultats, les domaines à améliorer et l'impact des interventions, dans le but de parvenir à une meilleure qualité.

Les huit standards de soins et 31 chartes de qualité sont exposées ci-dessous.

Standards de soins et chartes de qualité

Standard 1 : Chaque femme et nouveau-né bénéficient, sur la base de données factuelles, des soins courants et d'une prise en charge des complications au cours du travail, de l'accouchement et la période postnatale immédiate, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Chartes de qualité

- 1.1a :** L'état de santé des femmes fait l'objet d'un examen systématique au moment de leur admission dans l'établissement de santé, pendant le travail et l'accouchement, et elles bénéficient rapidement de soins appropriés.
- 1.1b :** Les nouveau-nés bénéficient de soins courants immédiatement après la naissance.
- 1.1c :** Les mères et les nouveau-nés bénéficient de soins postnatals courants.
- 1.2 :** Les femmes présentant *une* pré éclampsie ou une éclampsie bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.
- 1.3 :** Les femmes présentant une hémorragie post-partum bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.
- 1.4 :** Les femmes dont le travail est prolongé ou difficile bénéficient des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.
- 1.5 :** Les nouveau-nés qui ne respirent pas spontanément sont stimulés et réanimés au moyen d'une ventilation par ballon et masque, dans un délai d'une minute après la naissance, conformément aux lignes directrices de l'OMS.
- 1.6a :** En cas de travail prématuré, les femmes bénéficient des interventions appropriées à la fois pour elles-mêmes et pour leurs nourrissons, conformément aux lignes directrices de l'OMS.
- 1.6b :** Les nouveau-nés prématurés et de petite taille bénéficient des soins appropriés, conformément aux lignes directrices de l'OMS.
- 1.7a :** Les femmes atteintes d'une infection ou exposées au risque d'infection pendant le travail, l'accouchement ou la période postnatale immédiate bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.
- 1.7b :** Les nouveau-nés présentant une suspicion d'infection ou pour lesquels il existe des facteurs de risque d'infection bénéficient rapidement d'un traitement antibiotique, conformément aux lignes directrices de l'OMS.
- 1.8 :** Toutes les femmes et nouveau-nés bénéficient de soins conformes aux précautions standard pour prévenir les infections nosocomiales.
- 1.9 :** Aucune femme ni aucun nouveau-né n'est soumis à des pratiques inutiles ou dommageables au cours du travail, de l'accouchement ou dans la période qui suit immédiatement la naissance.

Standard 2 : Le système d'information sanitaire permet l'utilisation de données afin de permettre la prise précoce de mesures appropriées pour améliorer la prise en charge de chaque femme et de chaque nouveau-né.

Chartes de qualité

- 2.1 :** Chaque femme et nouveau-né disposent d'un dossier médical complet, précis et standardisé pendant la phase de travail, l'accouchement et le début de la période postnatale.
- 2.2 :** Chaque établissement de santé dispose d'un mécanisme de collecte, d'analyse et de retour des données dans le cadre de ses activités de suivi et d'amélioration de la performance pendant la période périnatale.

Standard 3 : Chaque femme et chaque nouveau-né présentant une ou plusieurs pathologies qui ne peuvent pas être prises en charge efficacement avec les ressources disponibles, sont correctement réorientés.

Chartes de qualité

- 3.1 :** Chaque femme et chaque nouveau-né sont correctement examinés au moment de leur admission, pendant la phase de travail et au début de la période postnatale pour déterminer s'ils doivent être réorientés, et une décision est prise sans délai.
- 3.2 :** Pour chaque femme et chaque nouveau-né devant être réorientés, la référence suit un plan préétabli qu'il est possible d'adopter à tout moment, sans délai.
- 3.3 :** Pour chaque femme et nouveau-né orientés au sein d'un établissement de santé ou envoyés dans un autre établissement de santé, les soignants échangent des informations pertinentes.

Standard 4 : La communication avec les femmes et leur famille est effective et répond aux besoins et aux préférences des intéressés.

Chartes de qualité

- 4.1 :** Toutes les femmes et leur famille ou le compagnon de leur choix reçoivent des informations sur les soins et ont de véritables rapports avec le personnel.
- 4.2 :** Toutes les femmes et leur famille ou le compagnon de leur choix bénéficient de soins coordonnés et d'un échange d'informations claires et précises avec les professionnels de la santé et ceux chargés de la prise en charge sociale.

Standard 5 : Les femmes et les nouveau-nés bénéficient de soins dans le respect et le maintien de leur dignité.

Chartes de qualité

- 5.1 :** L'intimité de toutes les femmes et nouveau-nés pendant la période périnatale est respectée, et la confidentialité est assurée.
- 5.2 :** Aucune femme, aucun nouveau-né n'est victime de maltraitance tel que violence physique, sexuelle ou verbale, de discrimination, de privation de soins, de détention, d'extorsion ou de refus de prestation de services.
- 5.3 :** Les services dont bénéficient les femmes font l'objet de choix et les motifs des interventions et leur résultat sont clairement expliqués.

Standard 6 : Chaque femme et sa famille bénéficient d'un soutien psychologique adapté à leurs besoins et qui renforce les capacités de la femme.

Chartes de qualité

- 6.1 :** Chaque femme a la possibilité d'être accompagnée par la personne de son choix pendant la phase de travail et l'accouchement.
- 6.2 :** Chaque femme bénéficie d'un soutien pour renforcer ses capacités pendant l'accouchement.

Standard 7 : Pour chaque femme et chaque nouveau-né, du personnel compétent et motivé est toujours disponible pour prodiguer les soins courants et prendre en charge les complications.

Chartes de qualité

- 7.1 :** Chaque femme a accès en permanence à au moins un accoucheur qualifié et à du personnel de soutien pour les soins courants et la prise en charge des complications.
- 7.2 :** Les accoucheurs qualifiés et le personnel de soutien ont les compétences requises pour répondre aux besoins pendant la phase de travail, l'accouchement et le début de la période postnatale.
- 7.3 :** La direction administrative et clinique de chaque établissement de santé est collectivement responsable de la mise en place et de l'application des politiques appropriées et crée des conditions propices à l'amélioration continue de la qualité par le personnel de l'établissement.

Standard 8 : L'établissement de santé dispose d'un environnement matériel adéquat. L'approvisionnement en eau et en énergie, ainsi que les médicaments, les fournitures et le matériel sont suffisants pour les soins courants dispensés aux mères et aux nouveau-nés et pour la prise en charge des complications.

Chartes de qualité

- 8.1 :** L'approvisionnement en eau et en énergie, les moyens d'assainissement et les installations pour l'hygiène des mains et l'élimination des déchets fonctionnent, sont fiables et sûrs et suffisent pour répondre aux besoins du personnel, des patientes et des familles.
- 8.2 :** Les salles d'accouchement et celles réservées aux soins postnatals sont signalées, organisées et entretenues afin que chaque femme et chaque nouveau-né puissent être pris en charge selon leurs besoins dans le respect de leur intimité, pour faciliter la continuité des soins.
- 8.3 :** Des stocks suffisants de médicaments, de fournitures et de matériel sont disponibles pour assurer les soins courants et la prise en charge des complications.

1. Contexte

1.1 Introduction

Au cours des deux dernières décennies, des efforts considérables ont été faits pour garantir la présence de personnel qualifié à la naissance, dans le but de réduire la morbidité et la mortalité chez les mères et les nouveau-nés. Grâce à ces efforts, le nombre de naissances dans les établissements de santé a notablement progressé, la proportion d'accouchements en présence de personnel de santé qualifié dans les pays en développement étant passé de 56 % en 1990 à 68 % en 2012. Malgré cette couverture en hausse, 800 femmes et 7700 nouveau-nés meurent encore chaque jour de complications au cours de la grossesse et de l'accouchement et durant la période postnatale ; 7300 femmes supplémentaires font expérience d'une mortinaissance. Avec un nombre croissant de naissances dans les établissements de santé, de plus en plus de complications et de décès évitables surviennent dans ces établissements. La qualité des soins apportés aux femmes et aux nouveau-nés pendant la période néonatale dans ces établissements de santé reflète des pratiques fondées sur des données factuelles et la qualité générale des services dispensés. La qualité des soins dépend de l'infrastructure matérielle, des ressources humaines, des connaissances, des compétences et des capacités à prendre en charge à la fois les grossesses normales et les complications qui requièrent des interventions rapides, permettant de sauver des vies. Améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé est par conséquent considéré de plus en plus comme un objectif important dans la quête visant à mettre fin à la mortalité et la morbidité évitables chez les mères et les nouveau-nés.

Les travaux de recherche ont montré que pour réduire la mortalité maternelle et la morbidité sévère, il ne suffisait pas d'élargir au maximum la portée des interventions essentielles. De plus, il existe une interaction complexe entre le vécu des soins et l'issue de la grossesse. Pour mettre fin à la morbidité et la mortalité évitables chez les mères et les nouveau-nés, chaque femme enceinte et chaque nouveau-né devraient bénéficier de soins qualifiés à la naissance, avec des pratiques fondées sur des données factuelles, dispensées dans un environnement humain, respectueux et accueillant. Des soins de bonne qualité nécessitent un usage adapté des interventions performantes, cliniques et non cliniques, une infrastructure de santé renforcée, des compétences optimales et une attitude positive des prestataires de soins. Ils permettront d'améliorer les résultats en matière de santé et seront pour les femmes, leurs familles et les prestataires de soins une expérience positive. Des soins de grande qualité sont primordiaux au droit à la santé, à la voie vers l'équité et au maintien de la dignité pour les femmes et les enfants.

En assurant l'accès à la présence de personnel qualifié à la naissance et à des soins obstétricaux essentiels qui soient efficaces et de bonne qualité, il est possible de réduire la morbidité et la mortalité chez les mères et les nouveau-nés (1). Les standards de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux reposent sur des interventions hiérarchisées, fondées sur des données factuelles et qui concernent de périodes cruciales de soins cruciales. L'OMS envisage un monde dans lequel « chaque femme enceinte et chaque nouveau-né bénéficient de soins de qualité tout au long de la grossesse, au cours de l'accouchement et pendant la période postnatale » (2). Cette déclaration va de pair avec deux autres éléments du programme d'action à l'échelle mondiale : les stratégies pour mettre un terme aux

décès maternels évitables (« Strategies toward ending preventable maternal mortality » (3)) et le Plan d'action pour la santé du nouveau-né (*Chaque nouveau-né : Plan d'action pour mettre fin aux décès évitables*) (4).

1.2 Priorités pour réduire la mortalité maternelle et périnatale

À l'échelle mondiale, plus de 70 % des décès maternels sont dus aux complications de la grossesse et de l'accouchement telles que l'hémorragie, l'hypertension gestationnelle, la septicémie et l'avortement (5). Les complications de la prématurité, l'asphyxie, les décès intrapartum et périnataux et les infections néonatales représentent plus de 85 % des décès chez les nouveau-nés (6). Les études montrent que des soins efficaces, de grande qualité, pour prévenir et prendre en charge les complications au cours de cette période critique peuvent permettre de réduire de façon significative le nombre des décès maternels, des mortinaissances et des décès néonataux prématurés (7). De ce fait, l'accouchement et la période postnatale sont des moments particulièrement critiques pour la survie de la mère, du fœtus et du nouveau-né et représentent une occasion d'améliorer les retours sur les investissements consentis pour améliorer les soins.

Une prévention et une prise en charge efficaces des affections à la fin de la grossesse, lors de l'accouchement et au début de la période néonatale sont susceptibles de réduire de manière significative le nombre de décès maternels, de décès du fœtus, de mortinaissances intra-partum et de décès néonataux prématurés. Par conséquent, l'amélioration de la qualité des soins préventifs et curatifs au cours de cette période critique pourrait avoir un impact majeur sur la survie de la mère, du fœtus et du nouveau-né. Des soins complémentaires essentiels pour prévenir ou diminuer les complications pendant le travail, l'accouchement et la période postnatale pourraient faire une différence significative. Sur la base des données factuelles disponibles actuellement sur la charge de morbidité et de mortalité et sur l'impact, les domaines thématiques suivants ont été identifiés comme hautement prioritaires pour les pratiques fondées sur les preuves concernant les soins courants et les soins d'urgence (2) :

- soins courants pendant l'accouchement, comprenant la surveillance du travail ainsi que les soins au nouveau-né à la naissance et au cours de la première semaine ;
- prise en charge de la pré éclampsie, de l'éclampsie et de ses complications ;
- prise en charge des difficultés du travail au moyen de techniques médicales sûres et appropriées ;
- prise en charge de l'hémorragie post-partum ;
- réanimation du nouveau-né ;
- prise en charge du travail et de la naissance prématurés et soins appropriés aux nouveau-nés prématurés et de faible poids ; et
- prise en charge des infections maternelles et néonatales.

1.3 Justification

La qualité des soins est de plus en plus largement reconnue au niveau international comme un aspect crucial du programme inachevé de santé maternelle et néonatale essentiellement quant à la qualité des soins entourant le travail et l'accouchement et au cours de la période postnatale immédiate (8). Il est reconnu qu'une couverture de soins élevée ne suffit pas à elle seule à réduire la mortalité. Pour réduire la mortalité maternelle et néonatale de manière significative et progresser vers l'élimination des causes évitables de décès chez les mères et les nouveau-nés, l'amélioration de la couverture doit s'accompagner d'une amélioration de la qualité dans toute la gamme des soins (9, 10).

L'étude multi pays de l'OMS sur la santé maternelle et néonatale (11), rassemblant des données sur plus de 300 000 femmes se rendant en consultation dans 359 établissements de santé dans 29 pays, a montré une faible corrélation entre la couverture par les « interventions essentielles » (par exemple la

proportion de la population qui avait bénéficié d'une intervention préconisée, telle que la fourniture de sulfate de magnésium aux femmes présentant une éclampsie) et la mortalité maternelle dans les établissements de santé. Les études montrent également que des soins de grande qualité nécessitent un usage approprié des infrastructures disponibles, du personnel et des produits pour assurer une prise en charge efficace des cas (12). Des soins de grande qualité nécessitent un usage approprié des pratiques cliniques et des interventions non cliniques fondées sur des données factuelles, une infrastructure de santé renforcée, des compétences optimales et une attitude positive des prestataires de soins.

La prestation de soins anténatals, intrapartum et postnatals de grande qualité doit faire partie intégrante de toute stratégie d'amélioration de la qualité. Les normes en matière de droits humains, l'éthique médicale et les normes techniques encouragent l'intégration de ces services, directement ou par l'intermédiaire d'un système d'orientation efficace, en tant qu'élément fondamental de la qualité des soins.¹ Le droit à la santé est un droit humain fondamental qui est essentiel pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité chez la mère, le nouveau-né et l'enfant et qui est la voie vers l'équité et la dignité des femmes et des enfants (13).

1.4 Public cible

Le cadre de référence pour la qualité des soins, les standards de soins et les mesures de qualité peuvent être utilisés pour orienter l'élaboration des standards nationaux de soins et des mesures visant à améliorer, évaluer et suivre la qualité des soins fournis aux mères et aux nouveau-nés dans les établissements de santé. Le cadre de référence peut aussi être utilisé comme fondement des stratégies et des activités d'amélioration de la qualité et pour intégrer la qualité aux programmes nationaux existants. Le cadre de référence, les standards de soins et les mesures de qualité sont destinés en premier lieu à être utilisés par les décideurs politiques, les directeurs de programme, les responsables de la planification dans le domaine de la santé au niveau national, infranational, des districts et des établissements, les professionnels des soins maternels et néonataux, et par les organismes professionnels ou partenaires techniques concernés par la qualité des soins ou chargés de conseiller les ministères de la santé. Ils peuvent aussi être utilisés comme ressource par les établissements de formation médicale.

Compte tenu des différences de structure organisationnelle entre les pays, les établissements de santé et les agents de santé qui fournissent les soins aux mères et aux nouveau-nés, le document met l'accent sur les standards de soins, les compétences, les services et les ressources matérielles nécessaires pour veiller à ce que l'état de santé des mères et des enfants soit correctement évalué et pris en charge, ou qu'ils soient orientés vers un service spécialisé dans le cadre d'un système de santé qui fonctionne bien afin de fournir des soins de santé de la meilleure qualité possible. Les standards de soins et les mesures de qualité doivent être adaptés au contexte local pour garantir leur applicabilité.

1 Germain A. Meeting human rights norms for the quality of sexual and reproductive health information and services. Document présenté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement après 2014. Conférence internationale sur les droits de l'homme, Noordwijk, 7–10 juillet 2013.

2. Méthode et processus

2.1 Aperçu

La vision de la qualité des soins, du cadre de référence, des standards de soins et des mesures de qualité a été définie en trois étapes. Au cours de la première, un consensus a été obtenu sur la vision de l'OMS, et l'on a défini la qualité des soins maternels et néonataux. Au cours de la deuxième étape, un accord a été conclu sur un cadre conceptuel pour la qualité des soins, une approche stratégique de la mise en œuvre et les domaines stratégiques pour l'amélioration de la qualité des soins. Au cours de la troisième étape, le groupe a axé ses travaux sur les lacunes identifiées dans les domaines d'activité stratégiques et a défini des standards de soins et des indicateurs de suivi des améliorations dans la qualité des soins dans les établissements de santé. Ces étapes ont inclus une revue de la littérature, des consultations d'experts et une recherche de consensus par la méthode Delphi.

2.2 Portée

La portée des travaux vise à fournir des orientations complètes aux acteurs au niveau national et international pour répondre à la vision globale de l'OMS : améliorer la qualité des soins aux mères et aux nouveau-nés. Un cadre était par conséquent nécessaire pour définir les domaines d'évaluation, les moyens grâce auxquels les interventions peuvent permettre d'obtenir les résultats sanitaires escomptés et les indicateurs requis pour l'évaluation.

Une consultation a débuté en 2015 sous la direction du Sous-Directeur général du Groupe Santé de la famille, de la femme et de l'enfant. Un groupe d'orientation interdépartemental sur les lignes directrices a été créé, composé à l'origine de membres des deux départements directement responsables de la santé de la mère et du nouveau-né : le Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et le Département Santé reproductive et recherche. Une fois la vision définie, le groupe d'orientation a été élargi pour inclure les Départements Santé publique, déterminants sociaux et environnementaux de la santé, Prestation de services et sécurité, Personnels de santé et Nutrition pour la santé et le développement. Un groupe de travail principal composé de membres des Départements Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et Santé reproductive et recherche ont mené les travaux de recherche des données et de synthèse, et assuré la coordination.

Le groupe d'orientation sur les lignes directrices s'est réuni toutes les deux semaines pour parvenir à un consensus sur la vision qu'a l'OMS de la qualité des soins maternels et néonataux et définir la portée de ses travaux. Trois sujets d'étude ont été recensés :

- les définitions relatives à la qualité des soins dans le contexte de la santé maternelle et néonatale ;
- les modèles existants relatifs à la qualité des soins et l'élaboration d'un cadre de référence systématique incluant les domaines importants pour la qualité des soins maternels et néonataux ; et

- la littérature et la définition d'une stratégie efficace pour les interventions cliniques et les interventions portant sur les systèmes de santé pour améliorer la qualité des soins au niveau national.

Ces sujets ont été abordés au cours des deux premières phases pour servir de base à la définition de la qualité des soins et du cadre de référence, et pour recenser les domaines d'activités stratégiques. L'absence de définition des standards de soins est apparue comme une lacune majeure.

2.3 Élaboration du cadre de référence et des standards de soins

Le groupe de travail principal a examiné la littérature publiée et non publiée qui recensait des définitions relatives à la qualité des soins, aux modèles de soins, des cadres relatifs à la qualité des soins et des approches stratégiques qui ont été utilisées pour améliorer la qualité des soins en général et des soins à la mère et à l'enfant en particulier. Les conclusions ont été présentées au groupe d'orientation interdépartemental pour examen et discussion, et un consensus a été obtenu sur une définition de la qualité des soins, du cadre conceptuel et de l'approche stratégique de la mise en œuvre (2).

Les standards représentent des jalons contre lesquels les améliorations peuvent être mesurées et doivent par conséquent être mesurables. La définition des standards de soins est apparue comme prioritaire du fait du manque d'orientations disponibles, à l'exception des lignes directrices sur les pratiques cliniques fondées sur les données factuelles. La première étape a consisté à différencier la définition, la taxinomie et la structure avant de formuler les standards de soins

Un consensus a été obtenu sur la définition, le projet de cadre de référence et les standards de soins, qui ont ensuite été présentés à une réunion du groupe chargé d'élaborer les lignes directrices en juin 2015 (annexe 1).

2.3.1 Recherche des preuves et synthèse

La base de données MEDLINE, les publications de l'OMS et d'autres bases de données ont fait l'objet de recherches pour retrouver les publications pertinentes qui fournissaient des définitions et des modèles de la qualité des soins, les termes utilisés pour la recherche étant « standard (*norme*) [definition (*définition*)] [criteria (*critères*)], [service delivery (*prestation de services*)], [clinical (*clinique*) ou guidelines (*lignes directrices*)], [standard operating procedures (*modes opératoires normalisés*)] ». Des recherches complémentaires ont été menées en ajoutant les termes « maternal and newborn » (*maternel et néonatal*) aux termes essentiels. Les publications ont été localisées sur les sites Web des organisations en utilisant la fonction de recherche sur le site ou la partie du site consacrée aux publications. Les organisations susceptibles d'avoir mis au point des standards généraux et plus spécifiquement pour la mère et le nouveau-né, parmi lesquelles les organismes internationaux œuvrant pour la sécurité et la qualité, les agences gouvernementales, les organisations non gouvernementales et les organisations professionnelles, ont été recensées. L'Encadré 1 établit la liste des organisations dont les publications ont été utilisées en tant que principales sources pour définir, classer et structurer les standards de soins. Une recherche générale sur Internet utilisant le moteur de recherche Google et les mêmes mots-clés a également été menée. Les documents ont ensuite été examinés et analysés pour identifier un standard (définition, description, format, évaluation et taxinomie). Le groupe a aussi examiné l'expérience en matière d'amélioration de la qualité des soins dans le cadre de divers projets menés à bien par les départements de l'OMS. Le groupe a aussi examiné l'expérience en matière d'amélioration de la qualité des soins dans le cadre de divers projets menés à bien par les départements de l'OMS.

Encadré 1. Ressources examinées pour définir les standards

- Organisation internationale de normalisation
- International Society for Quality in Health Care
- The Joint Commission (États-Unis d'Amérique)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Royaume-Uni
- Council for Health Service Accreditation of Southern Africa (Afrique du Sud)
- National Department of Health: National Core Standards for Health Establishment in South Africa (2011) (Afrique du Sud)
- Safecare Basic Health Care Standards (PharmAccess Foundation of the Netherlands (Pays-Bas), the Joint Commission International of the USA (États-Unis d'Amérique) et The Council for Health Service Accreditation of Southern Africa (Afrique du Sud))
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care: National safety and quality health service standards (2012)(Australie)
- Standards de l'OMS pour la santé de la mère et du nouveau-né. Group 1: General standards of care for healthy pregnancy and childbirth (2007)
- Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est : Standards of Midwifery Care (1999)

2.3.2 Examen par les experts et obtention d'un consensus

Afin de refléter la diversité des opinions des experts et des perspectives techniques de manière appropriée, le cadre de référence relatif à la qualité des soins et les standards de soins ont été définis selon un processus participatif. Pour garantir l'exactitude technique et la cohérence, le projet a été revu par les départements de l'OMS concernés et par les représentants de l'OMS dans les bureaux régionaux et nationaux pour évaluer leur applicabilité dans différents contextes. La consultation a été menée par voie électronique et lors de réunions traditionnelles, puis suivie d'une réunion d'une journée des membres du groupe d'orientation interdépartemental sur les lignes directrices afin d'examiner, de finaliser et de rédiger le cadre et les standards en vue de les présenter au groupe chargé d'élaborer les lignes directrices.

En juin 2015, une réunion d'experts (annexe 1) a eu lieu afin d'examiner la vision et le cadre de l'OMS, et de parvenir à un consensus sur l'approche de l'Organisation et le projet de standards de soins. Les experts ont examiné les informations de base et les projets afin de déterminer si l'examen avait été exhaustif et si les définitions proposées pour la qualité des soins, le cadre et les standards de soins reflétaient les connaissances actuelles et la compréhension de la qualité des soins, leur applicabilité aux valeurs des lieux où les ressources sont limitées et la faisabilité de la mise en œuvre. Un consensus a été atteint sur la plupart des éléments et, à titre exceptionnel uniquement, après un vote à main levée. Les projets ont été mis au point de manière définitive sur la base des résultats de la réunion.

2.4 Élaboration des chartes de qualité

Les mesures de qualité sont une composante fondamentale des standards de soins. Ils sont nécessaires pour évaluer les éléments à apporter (intrants), le processus de prestation des soins ou des services et, le cas échéant, le résultat des soins, et par conséquent pour suivre les progrès accomplis vers la réalisation d'un standard de soins particulier. Définir des moyens de mesurer la qualité est une tâche ardue compte tenu des variations dans les définitions, des interactions complexes entre les facteurs jouant un rôle dans les résultats et du contexte de leur utilisation et application.

Le groupe s'est efforcé de trouver des paramètres réalistes et une approche équilibrée de l'évaluation des interventions dans les établissements de santé. Il a cherché à la fois des mesures directes adaptées et des mesures qui soient le reflet de l'effet combiné des interventions.

La première étape a consisté à identifier les éléments des interventions qui définissent les standards de soins, sur la base des lignes directrices de l'OMS et des autres sources pertinentes. Une liste de mesures de qualité a ensuite été compilée, et l'unité technique de l'OMS compétente a formulé une charte de qualité. Ces exigences ont fait l'objet d'un examen par le groupe d'orientation interdépartemental sur les lignes directrices avant le recours à la méthode Delphi pour l'obtention d'un consensus.

2.4.1 Compilation et rédaction des mesures de qualité

Les départements techniques de l'OMS ont formulé les mesures de qualité pour chaque exigence en collaboration avec le groupe de travail principal. Le groupe a recensé et compilé les mesures existantes à partir des lignes directrices de l'OMS, de plusieurs outils de l'Organisation permettant d'évaluer les établissements de santé et de rassembler des données et auprès des partenaires nationaux et internationaux. Lorsque ces sources n'ont pas permis de trouver des mesures, de nouvelles mesures ont été formulées sur la base des lignes directrices existantes et ont fait l'objet de discussions avec les unités de l'OMS concernées. Une synthèse des mesures a été effectuée, et le groupe d'orientation interdépartemental sur les lignes directrices a établi une liste de 318 mesures pour les 31 chartes de qualité, à examiner dans le cadre d'une consultation plus vaste.

2.4.2 Recherche de consensus sur les mesures de qualité

Pour parvenir à un consensus sur les mesures de qualité, une consultation plus vaste a été menée, initialement au sein des unités techniques de l'OMS et des bureaux dans les pays et les régions, puis à l'échelle mondiale en recourant à la méthode Delphi. Les participants potentiels à la consultation mondiale ont été identifiés comme ayant un large éventail de compétences, depuis la prestation de soins jusqu'à la perception de soins. Il s'agissait notamment d'experts en qualité des soins, de spécialistes (obstétriciens, spécialistes en néonatalogie, pédiatres, sages-femmes, infirmières, spécialistes en communication, juristes, etc.), de chercheurs, d'universitaires, d'usagers et de prestataires à différents niveaux ainsi que de représentants des associations de consommateurs, des associations professionnelles et des organismes internationaux et bilatéraux. Des invitations ont été transmises à 215 participants potentiels dans 60 pays pour juger de leur intérêt et obtenir leur consentement. L'objectif était de recruter approximativement le même nombre de participants dans les divers secteurs de la santé et des soins sociaux, et d'obtenir une représentation mondiale.

Sur les 215 personnes invitées, 130 (60 %) issues de 48 pays à revenu faible, intermédiaire et élevé ont accepté de participer. Les mesures de qualité ont été envoyées à ceux qui ont accepté de participer à la consultation qui s'est déroulée en deux phases sur 14 semaines. Un logiciel en ligne (SurveyMonkey®) a permis aux participants de faire part de leurs observations et de leur évaluation des mesures au cours des deux phases. Au cours de la première, il a été demandé aux participants de revoir la liste des 318 mesures de qualité pour les valider et juger s'ils étaient exhaustifs, formuler des observations et proposer d'éventuelles mesures supplémentaires. Au cours de la deuxième phase, il leur a été demandé d'établir des priorités dans les mesures sur la base des critères convenus lors de la réunion du groupe d'experts chargé de l'élaboration des lignes directrices.

Première phase de l'enquête selon la méthode Delphi

Au cours de la première phase, les 130 participants ont reçu la liste des mesures de qualité, divisée en trois parties distinctes : la première portait sur la prestation des soins (standards 1–3), la deuxième sur l'expérience des patientes (standards 4–6) et la troisième sur les domaines transversaux (standards 7 et 8). Les participants pouvaient choisir, en fonction de leurs compétences, de traiter de la prestation des soins ou de l'expérience des patientes ainsi que des domaines transversaux ou des trois parties

ensemble. Il leur était demandé de formuler des observations générales sur la validité et le caractère exhaustif des indicateurs pour chaque mesure de qualité et, si nécessaire, de proposer des mesures. L'enquête s'est déroulée sur deux semaines pendant lesquelles trois messages de rappel ont été envoyés. Les participants ont été encouragés à répondre à l'enquête à leur propre rythme et à revoir leurs réponses avant de les soumettre.

Le groupe de travail principal a analysé les observations formulées et les mesures de qualité proposées par les participants et les a regroupé pour chaque proposition relative à la qualité. Les observations formulées ont été analysées et organisées en catégories, qui ont été affinées et groupées selon les aspects des soins couverts par les mesures de qualité. Dans ces catégories figuraient des observations portant sur des domaines non couverts mais considérés comme importants ; il s'agissait de celles suggérant la reformulation d'une mesure ou l'extension d'une proposition. Les mesures de qualité supplémentaires proposées ont aussi été regroupées par thèmes. Les unités techniques compétentes ont ensuite revu ces observations regroupées et les mesures supplémentaires, et ont établi une liste en vue de la deuxième phase du processus d'enquête.

Deuxième phase de l'enquête selon la méthode Delphi

La deuxième phase a été menée six semaines après la première, la liste étant envoyée à 116 personnes ayant répondu à l'enquête et fait part de leurs préférences au cours de la première phase. Trois enquêtes ont été conçues : une sur la prestation des soins plus les domaines transversaux (standards 1–3, 7 et 8), une deuxième sur l'expérience des patientes plus les domaines transversaux (standards 4–6, 7 et 8) et la troisième sur l'ensemble des mesures de qualité. L'enquête en ligne s'est déroulée sur quatre semaines et quatre messages de rappel ont été envoyés pendant cette période.

Au cours de cette phase, il a été demandé aux personnes répondant à l'enquête d'évaluer les mesures de la qualité sur la base des cinq critères suivants, convenus par le groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices :

- *Importance* : le thème de la mesure est essentiel et stratégiquement important pour les parties prenantes (les patients, cliniciens, acheteurs, responsables de la santé publique, décideurs politiques, etc.).
- *Importance pour la santé* : l'aspect de la santé que traite la mesure est important, comme l'indique la forte prévalence ou incidence et/ou un effet significatif sur le fardeau de la maladie (c'est-à-dire l'effet sur la mortalité et la morbidité dans une population).
- *Mesurabilité* : les exigences relatives à la collecte des données pour la mesure sont compréhensibles et réalisables. La source des données requise pour appliquer la mesure est disponible et accessible dans le délai imparti pour l'effectuer.
- *Fiabilité* : les résultats de la mesure peuvent être reproduits pour un ensemble donné de conditions, quelle que soit la personne qui procède à la mesure ou le moment où celle-ci est effectuée.
- *Validité* : la mesure évalue véritablement ce pourquoi elle est mise en place.
- *Utilité* : la mesure permet d'évaluer efficacement l'évolution au cours du temps, dans l'optique de la prise de décision.

Pour chacun des critères ci-dessus, les participants devaient faire un choix parmi six options possibles :

- Non : cette mesure de qualité ne remplit pas ce critère.
- Probablement non : il est probable que cette mesure de qualité ne remplisse pas ce critère.
- Pas sûr(e) : je ne suis pas sûr(e) que cette mesure de qualité remplisse ce critère
- Probablement oui : il est probable que cette mesure de qualité remplisse ce critère.
- Oui : cette mesure de qualité remplit ce critère.
- Manque de compétences : je n'ai pas de compétences dans ce domaine.

Notation des mesures de la qualité

Les évaluations attribuées au cours de la deuxième phase par les personnes répondant à l'enquête ont été utilisées pour calculer une note moyenne pour chaque mesure, comme suit :

- Non : cette mesure de qualité ne remplit pas ce critère = 0 point
- Probablement non : il est probable que cette mesure de qualité ne remplisse pas ce critère = 0,25 point
- Pas sûr(e) : je ne suis pas sûr(e) que cette mesure de qualité remplisse ce critère = 0,5 point
- Probablement oui : il est probable que cette mesure de qualité remplisse ce critère = 0,75 point
- Oui : cette mesure de qualité remplit ce critère = 1 point
- Manque de compétences : je n'ai pas de compétences dans ce domaine = blanc

Les réponses laissées en blanc ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes.

Calcul des moyennes

Une moyenne a été calculée pour chaque mesure et chaque critère, et qualifiée de note « intermédiaire », calculée comme étant égale à la somme de toutes les notes attribuées pour un critère particulier divisée par le nombre de participants (les blancs étant exclus).

La note intermédiaire pour une mesure de qualité pour un critère = note moyenne (C) pour cette mesure de qualité pour le nombre de participants. « C » est égal à la somme des notes pour ce critère, divisée par le nombre total de personnes répondant à l'enquête (à l'exclusion des blancs).

Étant donné qu'il y avait cinq critères, la moyenne des cinq notes intermédiaires a été calculée pour obtenir la note finale principale pour chaque mesure. La note finale principale pour chaque mesure a été calculée en ajoutant les notes intermédiaires pour cette mesure pour les cinq critères, puis en divisant par cinq.

$$\begin{aligned} \text{Note finale pour une mesure de qualité} &= \text{moyenne des notes intermédiaires pour les cinq critères} \\ &= (C1+C2+C3+C4+C5)/5. \end{aligned}$$

Les mesures de qualité relatives aux intrants, aux produits/processus et aux résultats ont ensuite été classées pour chaque Charte de qualité, en fonction de la note finale principale.

3. Définition et cadre de référence pour la qualité des soins

3.1 Données factuelles et résumé des conclusions

L'examen de la littérature n'a pas permis d'isoler une définition de la qualité des soins qui soit universellement reconnue (14–18). On a pu constater que la qualité des soins présente de multiples facettes et fait l'objet de descriptions selon des perspectives et des dimensions différentes, y compris par les prestataires de soins, les gestionnaires ou les patients et le système de soins ; sur la base de critères de qualité tels que la sécurité, l'efficacité, la rapidité, le rapport coût/efficacité (ou l'efficience), l'équité et le fait d'être centré sur le patient ; ainsi que la prestation des soins et l'expérience des patientes (Encadré 2).

Un certain nombre de modèles de la qualité des soins ont été proposés depuis celui de Donabedian en 1988 (18) : Maxwell (19), Ovretveit et al. (20), Hulton et al. (21), l'Institute of Medicine (16) et l'OMS (17). Les trois modèles les plus fréquemment utilisés et définis avec le plus de précision sont des modèles s'appuyant sur des perspectives, critères et systèmes, qui ont été utilisés pour traduire les critères de qualité des soins en se fondant sur divers éléments. Le plus convaincant est le modèle de l'OMS (17) qui innove dans la réflexion sur les systèmes de santé en recensant six éléments constitutifs – la prestation des services ; les personnels de santé ; l'information, les produits médicaux, les vaccins et la technologie ; le financement, le leadership et la gouvernance ; une structure d'analyse des systèmes de santé, et la mise en place de points d'intervention. Le système de santé crée la structure qui permet l'accès aux soins de grande qualité. Ces modèles ont été utilisés pour concevoir un cadre conceptuel afin de définir, d'évaluer la qualité des soins maternels et néonataux et d'en assurer le suivi.

La définition et le cadre de référence pour la qualité des soins maternels et néonataux décrits ci-dessous reposent sur l'analyse ci-dessus et le consensus obtenu lors de la réunion du groupe d'experts chargé de l'élaboration des lignes directrices.

3.2 Définition de la qualité des soins

S'appuyant sur les diverses définitions issues de la littérature, l'OMS définit la qualité des soins comme : « la capacité des services de santé fournis aux individus et aux populations d'améliorer les résultats de santé souhaités. Pour atteindre cet objectif, les soins doivent être sûrs, efficaces, rapides, efficaces, équitables et centrés sur la personne » (2).

Encadré 2. Définitions opérationnelles des caractéristiques de la qualité des soins

- **Sécurité** – Assurer des soins qui réduisent au minimum les risques et les dommages aux usagers des services, y compris en évitant les traumatismes évitables et en réduisant les erreurs médicales.
- **Efficacité** – Fournir des services fondés sur des connaissances scientifiques et des lignes directrices fondées sur des données factuelles.
- **Rapidité** – Réduire les délais dans la prestation et l'obtention des soins.
- **Efficiace** – Assurer les soins de façon à utiliser les ressources le plus efficacement possible et éviter le gaspillage.
- **Équité** – Assurer des soins de qualité égale quelles que soient les caractéristiques personnelles : genre, race, origine ethnique, origine géographique ou statut socioéconomique.
- **Priorité à la personne** – Assurer des soins qui tiennent compte des préférences et des aspirations de chaque usager des services et de la culture de sa communauté.

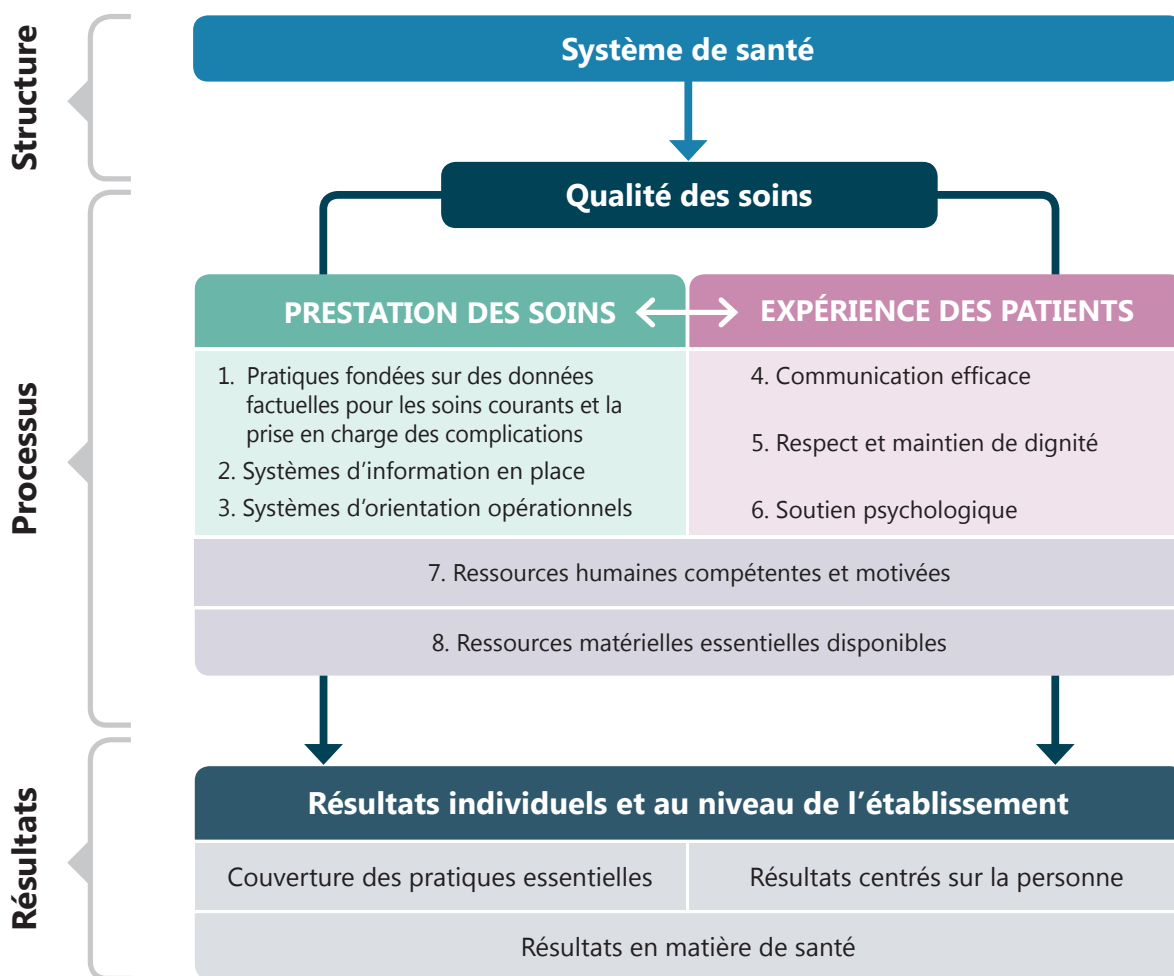
La qualité des soins pour les femmes et les nouveau-nés est par conséquent la capacité des services de santé maternels et néonataux (fournis aux individus et aux populations) d'augmenter la probabilité d'obtenir des soins rapides et appropriés afin d'atteindre les résultats de santé souhaités, qui sont à la fois en conformité avec les connaissances professionnelles du moment et avec les préférences et les aspirations des femmes et de leurs familles. Cette définition tient compte des critères de la qualité des soins et de deux éléments importants : la qualité de la prestation des soins et la qualité des soins selon l'expérience des femmes, des nouveau-nés et de leurs familles.

3.3 Cadre de référence pour la qualité des soins

Comme la qualité des soins est multidimensionnelle, divers modèles ont été utilisés pour établir un cadre de référence conceptuel pour guider les prestataires de soins, les gestionnaires et les responsables politiques dans l'amélioration de la qualité des services de santé pour les mères et les nouveau-nés. En se fondant sur ces modèles ainsi que sur l'approche des systèmes de santé de l'OMS, un cadre de référence pour la qualité des soins (Fig. 1) a été conçu, identifiant les domaines qui doivent être ciblés pour évaluer et améliorer les soins et en assurer le suivi dans les établissements de santé, dans le contexte du système de santé (2).

Le cadre de référence distingue huit domaines de la qualité des soins au sein du système de santé dans son ensemble. Bien qu'il mette l'accent sur les soins prodigués dans les établissements, il tient également compte du rôle essentiel des communautés et des usagers des services pour identifier leurs besoins et préférences et prendre en charge leur propre santé. La perception qu'ont les femmes, leurs familles et leurs communautés de la qualité des services de maternité influence leur décision en matière de recherche de soins et sont des éléments essentiels pour créer une demande pour des services maternels et néonataux de grande qualité et permettre l'accès à ceux-ci (12). La participation des communautés est par conséquent un aspect important à prendre en compte, au-delà des établissements de santé, et il doit faire partie intégrante de l'amélioration de la qualité des soins aux femmes et aux nouveau-nés.

Fig. 1. Cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux



Le cadre de référence comprenant huit domaines de la qualité des soins pour les femmes enceintes et les nouveau-nés dans les établissements de santé permet d'améliorer la probabilité d'atteindre les objectifs souhaités au niveau individuel et de l'établissement de santé. L'approche du système de santé fournit la structure permettant d'améliorer la qualité en fonction des deux dimensions liées que sont la prestation des soins et l'expérience des patientes. La prestation de soins comprend l'utilisation de pratiques fondées sur des données factuelles pour les soins courants et les soins d'urgence ; des systèmes d'information au sein desquels l'enregistrement des données permet l'analyse et la vérification ; et des systèmes d'orientation fonctionnels entre les différents niveaux de soins. L'expérience des patientes (ou leur ressenti à l'égard des soins) porte sur une communication efficace avec les femmes et leur famille sur les soins fournis, leurs attentes et leurs droits ; des soins prodigués avec respect et le maintien de la dignité ; et l'accès au soutien social et psychologique de leur choix. Les domaines transversaux du cadre de référence incluent la disponibilité de ressources humaines compétentes et motivées, et de ressources matérielles qui sont les conditions préalables indispensables à la bonne qualité des soins dans les établissements de santé.

Ce cadre de référence peut être utilisé pour évaluer les caractéristiques ou dimensions de la qualité des soins dans divers secteurs du système de santé, du point de vue des usagers, des prestataires et des gestionnaires. Sur la base de ce cadre et conformément au mandat institutionnel, six domaines d'activité stratégiques ont été recensés pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux. Ces six domaines ont été utilisés comme fondement d'une approche systématique, reposant sur les

données factuelles, visant à élaborer des lignes directrices, des standards de soins et des indicateurs de qualité des soins, à concevoir des interventions efficaces, à mener des travaux de recherche et à renforcer les capacités pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux.

3.4 Domaines stratégiques d'activité

Les six domaines stratégiques pour améliorer la qualité des soins et mettre fin à la mortalité et la morbidité évitables parmi les femmes et les nouveau-nés sont (i) la recherche, (ii) les lignes directrices, (iii) les standards de soins, (iv) les stratégies d'intervention efficaces, (v) les indicateurs de suivi au niveau mondial, national et des établissements, et (vi) le renforcement des capacités pour l'amélioration de la qualité, l'évaluation et la programmation (2).

En s'appuyant sur le cadre de référence, les travaux dans ces domaines stratégiques contribueront à l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux, moyennant un renforcement ciblé des capacités nationales et un soutien technique. L'analyse a toutefois montré que, bien que des lignes directrices relatives aux pratiques cliniques fondées sur des données factuelles soient généralement disponibles, il n'existait pas de recommandations sur les standards de soins attendus ni sur les mesures de qualité appropriées. Par conséquent, les standards de soins et mesure de qualité ont été hiérarchisés au premier rang des produits normatifs.

4. Standards de soins

4.1 Données factuelles et résumé des constatations

La recherche de définitions, d'une taxinomie et d'une structure des standards de soins n'a pas abouti à une « définition » cohérente ni à une « structure » spécifique, normalisée. La majorité des sources recensées étaient issues de domaines sans rapport avec la santé qui définissaient un standard comme l'énoncé de prescriptions visant à assurer la cohérence des processus et des produits. Les standards relatifs à la santé étaient essentiellement issus d'environnements à revenu élevé (23,24). Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) propose des exemples de standards relatifs à la mère et au nouveau-né, notamment des standards concernant les antibiotiques contre les infections du nouveau-né, l'hypertension gravidique, le déclenchement du travail, la césarienne, les soins postnatals et les soins prénatals (25). La PharmAccess Foundation aux Pays-Bas (26), la Joint Commission International aux États-Unis d'Amérique (23) et le Council for Health Service Accreditation d'Afrique du Sud (24) ont publié des standards pour les pays à revenu faible ou intermédiaire. En 2007, l'OMS a publié un nombre limité de standards pour les soins maternels et néonataux (27), aucune ne portant spécifiquement sur la période qui entoure l'accouchement.

Ces sources du domaine de la santé ont défini des standards essentiellement pour « accréditation » bien qu'un petit nombre d'entre elles aient eu pour objectif « l'amélioration de la qualité », en fournissant des « critères » pour satisfaire aux standards dans les « domaines prioritaires », les lacunes dans la qualité et la sécurité étant reconnues. Bien que la plupart d'entre elles recommandaient des « critères de mesure », seul un petit nombre d'entre elles les fournissaient.

4.2 Définition et structure des standards

Sur la base de ces conclusions, pour les soins maternels et néonataux, un « standard » est défini comme « une description de ce que l'on attend, en termes de fournitures de soins, pour parvenir à des soins de grande qualité dans la période qui entoure l'accouchement ». Le standard de soins a deux composantes principales : la charte de qualité et la mesure de qualité (Fig 2). La charte de qualité expose ce qui est requis pour se conformer aux standards et les mesures de qualité fournissent des données factuelles objectives permettant de déterminer si l'exigence a été satisfaite.

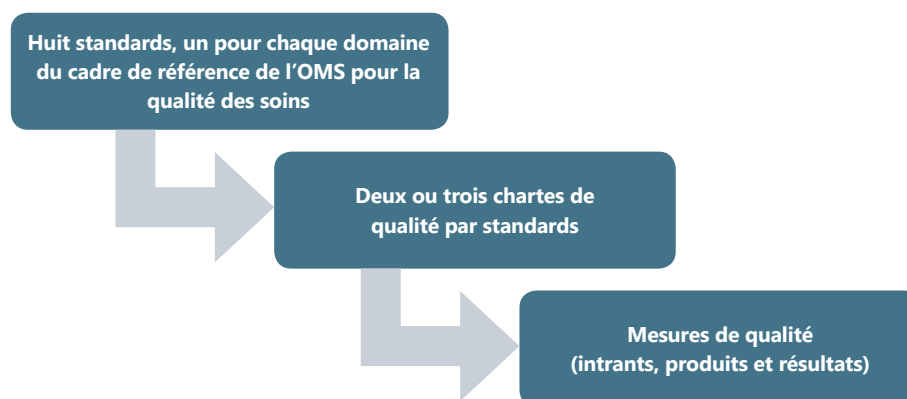
Les chartes de qualité sont des déclarations concises des priorités pour améliorer de façon mesurable la qualité des soins (adaptées des standards de qualité du National Institute for Health and Care Excellence – NICE). Elles définissent les marqueurs de qualité fondées sur les preuves sur les domaines thématiques et les ressources nécessaires.

Les mesures de qualité sont des critères pour évaluer, mesurer et monitorer la qualité des soins telle qu'elle est spécifiée dans la charte de qualité. Il y en a trois types :

- Intrants : ce qui est nécessaire pour fournir les soins en question (par exemple ressources matérielles, ressources humaines, politiques, lignes directrices)

- Produit : le process souhaité a été mis en œuvre et convenablement exécuté.
- Résultat : l'effet de la prestation et de l'expérience des soins sur la santé et sur l'individu.

Figure 2. Structure des standards



Huit standards ont été formulés pour définir les priorités pour l'amélioration de la qualité : elles correspondent aux huit domaines du cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins.

1. Pratiques fondées sur des données factuelles pour les soins courants et la prise en charge des complications ;
2. Systèmes d'information opérationnels ;
3. Systèmes de référence fonctionnels ;
4. Communication efficace ;
5. Respect et maintien de la dignité
6. Soutien psychologique
7. Personnel compétent et motivé ; et
8. Disponibilité des ressources matérielles essentielles.

Les standards sont accompagnées de deux ou trois chartes de qualité, à l'exception du standard 1 sur les pratiques fondées sur des données factuelles pour les soins courants et la prise en charge des complications, pour lequel les chartes de qualité sont au nombre de 13 pour refléter des priorités spécifiques en matière d'interventions. Au total, les chartes de qualité sont au nombre de 31. Pour le standard 1, un « a » ajouté à certaines chartes indique qu'elles ne concernent que la femme, un « b » qu'elles ne concernent que le nourrisson et un « c » qu'elles concernent à la fois la mère et le nourrisson. Pour chacun des 31 chartes de qualité, 6 à 18 mesures relatives aux intrants, aux produits et aux résultats ont été définies.

4.3 Portée et utilisation des standards et des chartes de qualité

Les standards de soins portent sur les soins courants et la prise en charge des complications chez les femmes et leurs nourrissons au cours du travail, de l'accouchement et de la période postnatale précoce, y compris les soins aux bébés de faible poids au cours de la première semaine de vie. Elles sont centrées sur la femme, le nouveau-né et la famille et sont applicables à tous les établissements de santé qui offrent des services de maternité. Elles sont conformes aux lignes directrices de l'OMS et conçues pour répondre aux priorités spécifiques recensées dans la section 1.2.

Les standards de soins fournissent une base pour ce qui est attendu et requis, ils permettent le suivi et l'évaluation des résultats par rapport aux meilleures pratiques afin d'identifier les priorités dans la perspective d'une amélioration ; ils permettent de fournir des informations sur les moyens d'utiliser les meilleures pratiques pour des soins ou des prestations de service de grande qualité. Ils définissent des priorités pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux, et sont appelées à être utilisés

par les responsables de la planification, les gestionnaires et les prestataires de soins pour les fonctions suivantes.

- Établir des standards de soins fondés sur des données factuelles aux niveaux national et local pour assurer des services de santé maternels et néonataux efficaces, de grande qualité pendant la période qui entoure l'accouchement.
- Introduire les standards attendus en matière de soins et de prestation afin d'identifier les composantes des soins qui nécessitent une amélioration pour assurer des services de grande qualité.
- Utiliser les ressources disponibles pour obtenir des résultats optimaux en matière de soins et améliorer l'utilisation des services de santé maternels et néonataux par les individus, les familles et les communautés, et leur satisfaction à l'égard de ceux-ci.
- Assurer le suivi de l'amélioration des services, montrer que des soins ou services maternels et néonataux de grande qualité sont fournis et mettre en lumière les domaines à améliorer.
- Fournir une base de référence pour les contrôles, l'accréditation des établissements de santé nationaux, et la reconnaissance des performances des prestataires.

Les standards devraient être adoptés et intégrés aux stratégies et cadres nationaux relatifs à la qualité des soins pour la prestation des services de santé maternels et néonataux afin de garantir une grande qualité des services fournis.

4.4 Liste des standards et des chartes de qualité

Pratiques fondées sur des données factuelles pour les soins courants et la prise en charge des complications

Standard 1 : Chaque femme et chaque nouveau-né bénéficient, sur la base de données factuelles, de soins courants et d'une prise en charge des complications au cours du travail, de l'accouchement et de la période postnatale immédiate, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Objectif : L'objectif de ce standard est d'assurer la prise en charge fondée sur les données factuelles du travail, de l'accouchement et de la période postnatale immédiate, pour les mères et les nouveau-nés au cours des premiers jours de vie. Sont compris les soins courants, le diagnostic précoce des complications et leur prise en charge appropriée. De nombreuses pathologies requièrent une attention particulière pendant cette période ; le standard a par conséquent été limité à celles associées à une morbidité et mortalité élevées. Prendre en charge ces pathologies de manière appropriée permettra de réduire considérablement le nombre de décès et de favoriser les issues positives chez les femmes et les nouveau-nés au cours de cette période.

Chartes de qualité

Charte de qualité 1.1a : Les femmes sont examinées de façon systématique au moment de leur admission dans l'établissement de santé, pendant le travail et l'accouchement, et elles bénéficient rapidement de soins appropriés.

Charte de qualité 1.1b : Les nouveau-nés bénéficient de soins courants immédiatement après la naissance.

Charte de qualité 1.1c : Les mères et les nouveau-nés bénéficient de soins postnatals courants.

Charte de qualité 1.2 : Les femmes présentant une pré éclampsie ou une éclampsie bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.3 : Les femmes présentant une hémorragie post-partum bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.4 : Les femmes dont le travail est prolongé ou difficile bénéficient des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.5 : Les nouveau-nés qui ne respirent pas spontanément sont stimulés et réanimés au moyen d'une ventilation par ballon et masque, dans un délai d'une minute après la naissance, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.6a : En cas de travail prématuré, les femmes bénéficient des interventions appropriées à la fois pour elles-mêmes et pour leurs nourrissons, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.6b : Les nouveau-nés prématurés et de petite taille bénéficient des soins appropriés, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.7a : Les femmes atteintes d'une infection ou exposées au risque d'infection pendant le travail, l'accouchement ou la période postnatale immédiate bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.7b : Les nouveau-nés présentant une suspicion d'infection ou pour lesquels il existe des facteurs de risque d'infection bénéficient rapidement d'un traitement antibiotique, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.8 : Toutes les femmes et tous les nouveau-nés bénéficient de soins conformes aux précautions standards pour prévenir les infections nosocomiales.

Charte de qualité 1.9 : Aucune femme ni aucun nouveau-né n'est soumis à des pratiques inutiles ou dommageables au cours du travail, de l'accouchement ou dans la période qui suit immédiatement la naissance.

Systèmes d'information opérationnels

Standard 2 : Le système d'information sanitaire permet l'utilisation de données afin de pouvoir prendre précocement des mesures appropriées pour améliorer la prise en charge de chaque femme et de chaque nouveau-né.

Objectif : Ce standard a pour objectif d'enregistrer avec exactitude toutes les informations dans l'établissement de santé et de les utiliser correctement pour améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés. Pour cela, il faudra disposer de formulaires standards pour collecter des informations sur tous les patients pendant leur séjour dans l'établissement ainsi que du personnel formé et qualifié pour collecter et analyser les données, et faire remonter ces informations pour contrôler et améliorer la performance à tous les niveaux du système de soins, y compris la performance des soignants.

Chartes de qualité

Charte de qualité 2.1 : Chaque femme et chaque nouveau-né disposent d'un dossier médical complet, précis et standardisé pendant la phase de travail, l'accouchement et le début de la période postnatale.

Charte de qualité 2.2 : Chaque établissement de santé dispose d'un mécanisme de collecte, d'analyse et de remontée des données dans le cadre de ses activités de suivi et d'amélioration de la performance pendant la période périnatale.

Systèmes de référence opérationnels

Standard 3 : Chaque femme et chaque nouveau-né présentant une ou plusieurs pathologies ne pouvant pas être prises en charge efficacement avec les ressources disponibles sont correctement réorientés.

Objectif : Ce standard a pour objectif de garantir la référence correcte en temps voulu de tous les patients qui ont besoin de soins qui ne peuvent pas être prodigués dans l'établissement de santé. La décision de réorienter un patient doit être prise dès qu'une maladie qui ne peut pas être traitée dans l'établissement de santé a été diagnostiquée, et après l'administration du traitement nécessaire avant la référence. Le centre vers lequel le patient est référé doit être préalablement contacté afin que les dispositions nécessaires soient prises pour recevoir le patient. Un rapport complet doit être remis à l'établissement de santé qui reçoit le patient, et l'établissement qui l'a adressé doit s'enquérir périodiquement de l'état de ce patient afin d'améliorer les soins dans les deux établissements.

Chartes de qualité

Charte de qualité 3.1 : Chaque femme et chaque nouveau-né sont correctement examinés au moment de leur admission, pendant la phase de travail et au début de la période postnatale pour déterminer s'ils doivent être réorientés, et une décision est prise sans délai.

Charte de qualité 3.2 : Pour chaque femme et chaque nouveau-né devant être réorientés, la référence suit un plan préétabli qu'il est possible d'adopter à tout moment, sans délai.

Charte de qualité 3.3 : Pour chaque femme et chaque nouveau-né réorientés au sein d'un établissement de santé ou référé dans un autre établissement de santé, les soignants échangent des informations pertinentes.

Communication efficace

Standard 4 : La communication avec les femmes et leur famille est efficace et répond aux besoins et aux préférences des intéressés.

Objectif : Ce standard a pour objectif d'établir une communication efficace, aspect essentiel de l'expérience des patientes et de leur famille. Les patientes doivent recevoir toutes les informations concernant leurs soins et se sentir impliquées dans toutes les décisions prises concernant leur traitement. Une communication efficace entre les soignants et les patientes permet d'éviter l'anxiété et de faire de l'accouchement une expérience positive pour les mères.

Chartes de qualité

Charte de qualité 4.1 : Toutes les femmes et leur famille reçoivent des informations sur les soins et ont de véritables rapports avec le personnel.

Charte de qualité 4.2 : Toutes les femmes et leur famille bénéficient de soins coordonnés et d'un échange d'informations clair et précis entre les professionnels de la santé et ceux chargés de la prise en charge sociale.

Respect et maintien de la dignité

Standard 5 : Les femmes et les nouveau-nés bénéficient de soins dans le respect et le maintien de leur dignité.

Objectif : Ce standard a pour objectif d'assurer un respect total et de maintenir la dignité de toutes les femmes pendant leur séjour dans l'établissement de santé. L'intimité et la confidentialité doivent être constamment respectées et la maltraitance (violence physique, sexuelle ou verbale, par exemple), la discrimination, la privation de soins, la détention, l'extorsion ou le refus de prestation de services doivent être évités.

Chartes de qualité

Charte de qualité 5.1 : L'intimité de toutes les femmes et de tous les nouveau-nés pendant la période périnatale est respectée, et la confidentialité est assurée.

Charte de qualité 5.2 : Aucune femme ni aucun nouveau-né n'est victime de maltraitance telle que violence physique, sexuelle ou verbale, de discrimination, de privation de soins, de détention, d'extorsion ou de refus de prestation de services.

Charte de qualité 5.3 : Toutes les femmes peuvent faire des choix éclairés concernant les services dont elles bénéficient, et les motifs ou les résultats des interventions sont clairement expliqués.

Soutien psychologique

Standard 6 : Chaque femme et sa famille, bénéficient d'un soutien psychologique qui correspond à leurs besoins et qui renforce les capacités de la femme.

Objectif : Le soutien psychologique est un aspect essentiel de l'expérience des soins. Les femmes accouchent plus en confiance si elles sont accompagnées de la personne de leur choix. Chaque femme bénéficie d'un soutien pour renforcer ses capacités pendant l'accouchement.

Chartes de qualité

Charte de qualité 6.1 : Chaque femme a la possibilité d'être accompagnée par la personne de son choix pendant la phase de travail et l'accouchement.

Charte de qualité 6.2 : Chaque femme bénéficie d'un soutien pour renforcer ses capacités pendant l'accouchement.

Ressources humaines compétentes et motivées

Standard 7 : Pour chaque femme et chaque nouveau-né, du personnel compétent et motivé est toujours disponible pour prodiguer les soins courants et prendre en charge les complications.

Objectif : Du personnel compétent et bien formé ainsi que des accoucheurs qualifiés doivent être présents 24 heures sur 24 dans toutes les salles d'accouchement de l'établissement de santé en nombre suffisant par rapport à la charge de travail attendue. Une direction et une gestion efficace de l'établissement sont indispensables pour assurer une amélioration continue de la qualité.

Chartes de qualité

Charte de qualité 7.1 : Chaque femme a accès en permanence à au moins un accoucheur qualifié et à du personnel de soutien pour les soins courants et la prise en charge des complications.

Charte de qualité 7.2 : Les accoucheurs qualifiés et le personnel de soutien ont les compétences requises pour répondre aux besoins pendant la phase de travail, l'accouchement et le début de la période postnatale.

Charte de qualité 7.3 : La direction administrative et clinique de chaque établissement de santé est collectivement responsable de la mise au point et de l'application des politiques appropriées et crée des conditions propices à l'amélioration continue de la qualité par le personnel de l'établissement.

Disponibilité des ressources matérielles essentielles

Standard 8 : L'établissement de santé dispose d'un environnement matériel adéquat. L'approvisionnement en eau et en énergie, les moyens d'assainissement ainsi que les médicaments, les fournitures et le matériel sont suffisants pour les soins courants dispensés aux mères et aux nouveau-nés et pour la prise en charge des complications.

Objectif : Chaque établissement de santé doit disposer d'une infrastructure et de commodités de base (eau, moyens d'assainissement, sanitaires, électricité, système d'élimination des déchets, un stock de médicaments, de fournitures et de matériel essentiels) pour prodiguer aux femmes et aux nouveau-nés les soins dont ils ont besoin. Les salles d'accouchement et celles réservées aux soins postnatals doivent être propres, confortables et conçues et organisées logiquement afin d'assurer la continuité des soins.

Chartes de qualité

Charte de qualité 8.1 : L'approvisionnement en eau et en énergie, les moyens d'assainissement et les installations pour l'hygiène des mains et l'élimination des déchets fonctionnent, sont fiables et sûrs et suffisent pour répondre aux besoins du personnel, des patientes et des familles.

Charte de qualité 8.2 : Les salles d'accouchement et celles réservées aux soins postnatals sont signalées, organisées et entretenues afin que chaque femme et chaque nouveau-né puissent être pris en charge selon leurs besoins dans le respect de leur intimité, pour faciliter la continuité des soins.

Charte de qualité 8.3 : Des stocks suffisants de médicaments, de fournitures et de matériel sont disponibles pour assurer les soins courants et la prise en charge des complications.

5. Chartes et mesures de qualité

5.1 Résultat du processus utilisant la méthode Delphi

La plupart des 318 mesures préparées pour la consultation en ligne selon la méthode Delphi étaient des mesures relatives aux intrants et aux processus, les mesures relatives aux résultats n'étant pas nécessairement couvertes par une seule charte de qualité. Les mesures relatives aux résultats sont essentiellement celles qui peuvent être utilisées au niveau local pour évaluer de manière fiable la qualité des soins et permettre des comparaisons entre établissements ou une évolution au cours du temps.

Lors de la première phase, 116 des 130 participants enregistrés pour l'enquête (89 %) y ont répondu. En général, ils ont convenu que les mesures relatives à la qualité envisagées portaient bien sur les intrants, le processus et les résultats de la qualité des soins dont bénéficient les femmes et les enfants durant la période autour de la naissance. Dans certaines des observations formulées, il est indiqué que d'importants domaines n'ont pas été pris en compte, et il est proposé de reformuler certaines mesures ou d'élargir la réflexion au-delà des chartes de qualité. Certaines observations ne portaient pas directement sur les chartes de qualité, mais reflétaient l'avis général des participants sur la qualité des soins. Les observations formulées ont permis de préciser un certain nombre de chartes de qualité, 10 ont été supprimées, et 41 nouvelles mesures ont été ajoutées, pour aboutir à un total de 350 mesures de qualité à examiner au cours de la deuxième phase.

Au cours de la deuxième phase, 81 participants au total dans 46 pays à revenu élevé, intermédiaire ou faible ont complété l'une des trois enquêtes, pour un taux de réponse de 70 % (81/116); 61/83 personnes répondant à l'enquête ont formulé des observations sur la prestation des soins et 48 sur 74 sur l'expérience des patientes à l'égard des soins.

La plupart des mesures de qualité ont reçu une note élevée : la note maximum étant 94,8 et la note minimum 64,3 ; seules trois mesures ont été notées en dessous de 70. Pour la prestation des soins, la note moyenne était > 90 pour 35 mesures, 80 – 90 pour 116 mesures et était < 80 pour 45 mesures. En ce qui concerne l'expérience des patientes, la note moyenne était > 90 pour 9 mesures, entre 80 et 90 pour 47 mesures et < 80 pour 16 mesures. Pour les mesures transversales, la note moyenne était ≥ 90 pour 12 mesures, 80 – 90 pour 50 mesures et ≤ 80 pour 16 mesures. Ainsi, 56 mesures de la qualité ont reçu une note > 90. Les chartes de qualité les mieux notées ont trait aux intrants.

5.2 Utilisation des mesures de qualité

Les équipes des établissements de santé peuvent utiliser les mesures de qualité pour identifier les lacunes dans la qualité des soins et pour améliorer la prestation des soins et l'expérience des patientes (leur perception des soins) en fonction du standard et de la charte de qualité appropriée. Les responsables des établissements de santé, les planificateurs, les gestionnaires et prestataires peuvent les utiliser pour évaluer et assurer le suivi de la disponibilité des ressources, l'efficacité des processus,

les domaines où des améliorations sont nécessaires et l'impact des interventions, et ainsi guider l'amélioration de la qualité. Les mesures doivent être adaptées à chaque contexte, mais les standards doivent être appliqués de manière cohérente pour garantir l'amélioration de la qualité.

Les mesures de qualité incluent les intrants, les produits ainsi que les résultats. Les mesures relatives aux intrants incluent les ressources matérielles, humaines, les politiques, les protocoles et les lignes directrices. Les mesures relatives aux processus portent sur la couverture des pratiques essentielles et sont pour la plupart exprimées sous forme de proportions, telles que « *parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles pour lesquelles les résultats des tests urinaires ont été convenablement enregistrés au cours du travail, de l'accouchement et de la période post-partum immédiate.* » Les mesures relatives aux résultats ont trait aux résultats centrés sur la personne et ceux en rapport avec la santé.

La plupart des chartes de qualité sont suivies par des mesures très spécifiques; toutefois, certaines mesures peuvent être pertinentes pour plusieurs chartes, en particulier en ce qui concerne les ressources matérielles (standard 8). La numérotation des mesures de qualité reflète l'ordre dans lequel elles ont été énumérées au cours de l'enquête. La note attribuée à chaque mesure est indiquée entre crochets, et les trois mesures de qualité les mieux notées pour chaque charte sont marquées d'un astérisque.

5.3 Mesures pour chartes de qualité

Standard 1 : Chaque femme et nouveau-né bénéficient, sur la base de données factuelles, de soins courants et d'une prise en charge des complications au cours du travail, de l'accouchement et de la période postnatale immédiate, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Charte de qualité 1.1a : L'état de santé des femmes fait l'objet d'une évaluation systématique au moment de leur admission dans l'établissement de santé, pendant le travail et l'accouchement, et elles bénéficient de soins appropriés au moment opportun.

Justification : L'évaluation de l'état de santé des femmes au moment de leur admission et leur suivi régulier pendant le travail et l'accouchement sont indispensables pour garantir des soins essentiels qui soient adaptés à l'état de santé de la femme ; pour prévenir la survenue des complications ; et identifier les risques ou les complications qui requièrent une intervention urgente ou un transfert de la mère vers des services spécialisés pour assurer de meilleurs résultats du travail d'accouchement, et une issue plus favorable de la grossesse pour la mère et le nouveau-né.

Au moment de leur admission, un examen complet du dossier prénatal de la mère, des antécédents de grossesse et de travail, un examen vaginal et la confirmation du travail sont effectués. Le rythme cardiaque du fœtus, sa position et sa présentation, la tension artérielle, le pouls et la température de la femme sont mesurés et enregistrés. Les tests relatifs au groupe sanguin et facteur Rhésus, les tests d'hémoglobine, de protéinurie et de glycosurie, et du VIH, le cas échéant, sont réalisés et enregistrés.

L'évolution du travail est suivie au moyen d'un partographe ; la tension artérielle, le pouls, la température et le rythme cardiaque du fœtus sont régulièrement contrôlés, la ligne d'action étant de 4 heures. Le traitement de la douleur est proposé et le choix de la mère est respecté. L'accouchement spontané vaginal se fait avec le soutien continu du personnel et est guidé par le besoin impérieux de la mère de pousser. La troisième phase du travail est activement prise en charge, de l'ocytocine étant donnée par voie intraveineuse ou intramusculaire immédiatement après la naissance.

Les complications éventuelles lors de l'admission et au cours du travail et de l'accouchement sont rapidement identifiées et prises en charge de manière appropriée (voir les chartes de qualité 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6a et b, 1.7a et b).

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose du matériel et des fournitures de base essentiels pour les soins courants et la détection des complications (thermomètres, sphygmanomètres, stéthoscopes fœtaux, bandelettes pour tests urinaires) en quantité suffisante à tout moment dans les unités de la maternité réservées au travail et à l'accouchement.* (93,38)
2. L'établissement de santé dispose de protocoles cliniques écrits et mis à jour pour évaluer les soins intrapartum et les pratiques dans les unités réservées au travail et à l'accouchement de la maternité, qui sont conformes aux lignes directrices de l'OMS.* (89,37)
3. Le personnel de santé des unités de la maternité réservées au travail et à l'accouchement bénéficie, au moins une fois tous les 12 mois, d'une formation continue et de séances de remise à niveau pour l'identification et la prise en charge des urgences obstétricales au cours du travail et de l'accouchement. (83,42).
4. Le personnel de santé des unités de la maternité réservées au travail et à l'accouchement bénéficie au moins une fois par mois d'exercices pratiques ou de simulation et d'une supervision formative en rapport avec les soins courants et pour la détection des complications obstétricales au cours du travail et de l'accouchement. (78,65)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles dont la tension artérielle, le pouls et la température ont été enregistrés convenablement au cours du travail, de l'accouchement et de la période post-partum immédiate (et ont donné lieu à une intervention le cas échéant). (87,25)
2. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles ayant reçu de l'ocytocine dans la minute qui a suivi la naissance de leur enfant. (86,18)
3. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles dont l'évolution du travail a été correctement suivie et enregistrée au moyen d'un partogramme et moyennant une ligne d'action de 4 heures. (84,56)
4. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles pour lesquelles les résultats des tests urinaires ont été convenablement enregistrés au cours du travail, de l'accouchement et de la période post-partum immédiate (et ont donné lieu à une intervention le cas échéant). (78,45)
5. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles ayant bénéficié d'un traitement de la douleur au cours du travail et de l'accouchement. (73,04)

Mesures relatives aux résultats

1. Le taux de mortalité périnatale dans l'établissement de santé [nombre de morts fœtales (mortinaissances) ou décès néonataux précoces/le nombre total de naissances de nouveau-nés pesant au moins 1000 g ou ayant 28 semaines d'âge gestationnel (mortinaissances + naissances vivantes) x 1000].* (91,39)
2. Le taux de mortinaissances intrapartum (nombre de mortinaissances se produisant pendant la période intrapartum pour 1000 naissances). (88,42)
3. Parmi toutes les femmes admises dans l'établissement de santé en phase de travail actif, la proportion de celles ayant accouché dans les 12 heures. (72,83)

Charte de qualité 1.1b : Les nouveau-nés bénéficient de soins courants immédiatement après la naissance.

Justification : Les soins courants aux nouveau-nés immédiatement après la naissance permettent de faciliter l'adaptation du nouveau-né à son nouvel environnement, de satisfaire ses besoins immédiats de la meilleure manière possible et d'éviter les complications évitables.

Immédiatement après la naissance, les nouveau-nés sont soigneusement séchés et placés pour un contact peau à peau sur leur mère pendant au moins une heure. Le clampage du cordon ombilical est reporté entre 1 à 3 minutes après la naissance, et la mise au sein du nourrisson est encouragée au cours de l'heure qui suit la naissance. Les éventuelles complications sont identifiées et prises en charge de façon appropriée.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose de protocoles cliniques écrits et actualisés pour les soins essentiels aux nouveau-nés qui sont conformes aux lignes directrices de l'OMS et sont disponibles dans les unités de travail et d'accouchement de la maternité.* (91,09)
2. L'établissement de santé dispose de pinces stériles (ou clamps) et de ciseaux (ou lames), disponibles en quantité suffisante à tout moment pour le nombre de naissances escompté.* (89,86)
3. L'établissement de santé dispose de linges propres dans les unités de travail et d'accouchement pour le séchage immédiat des nouveau-nés, disponibles en quantité suffisante à tout moment pour le nombre de naissances escompté. (84,83)
4. Le personnel de santé de la maternité bénéficie d'une formation continue et régulièrement, au moins une fois par an, de séances de remise à niveau des connaissances concernant les soins essentiels aux nouveau-nés et le soutien à l'allaitement. (83,94)
5. Dans l'établissement de santé, il existe des dispositions et un mécanisme pour contrôler la température des unités réservées au travail et à l'accouchement et les maintenir à 25 °C au moins et à l'abri des courants d'air. (77,9)
6. Le personnel de santé de la maternité bénéficie au moins une fois par mois d'exercices pratiques ou de simulation et d'un encadrement positif dans le domaine des soins essentiels aux nouveau-nés et du soutien à l'allaitement. (77,82)

Mesures relatives aux produit / processus

1. Parmi tous les nouveau-nés, la proportion de ceux qui ont été allaités dans l'heure qui a suivi la naissance. (86,42)
2. Parmi tous les nouveau-nés, la proportion de ceux qui ont été placés en contact peau à peau (le corps et la tête couverts) avec leur mère pendant au moins 1 heure après la naissance. (83,34)
3. Parmi tous les nouveau-nés, la proportion de ceux qui ont bénéficié des quatre éléments des soins essentiels aux nouveau-nés : séchage immédiat et soigné, contact peau à peau immédiat, clampage retardé du cordon et démarrage de l'allaitement au cours de la première heure. (78,93)
4. Parmi tous les nouveau-nés, la proportion de ceux dont le cordon ombilical a été clampé entre 1 et 3 minutes après la naissance. (76,56)
5. Parmi tous les nouveau-nés, la proportion de ceux qui ont été séchés immédiatement et soigneusement au moment de la naissance. (76,53)

Mesures relatives au résultat

1. Parmi tous les nouveau-nés, la proportion de ceux qui avaient une température corporelle normale (36,5–37,5 °C) lors du premier examen complet (60–120 min. après la naissance). (85,37)

Charte de qualité 1.1c : Les mères et les nouveau-nés bénéficient de soins postnatals courants.

Justification : Les soins postnatals courants correspondent à l'utilisation de bonnes pratiques pour la prévention, la détection précoce et le traitement des complications chez la mère et l'enfant et à conseiller les mères sur la meilleure façon de prendre soin d'elles-mêmes et de leurs nouveau-nés.

Les soins postnatals sont les soins individualisés dispensés à une mère et son enfant après l'accouchement. Ils doivent prendre en charge tout ce qui ne correspond pas à récupération normale après la naissance. La tension artérielle, la température, les pertes de sang et le bon fonctionnement de la vessie sont contrôlés fréquemment, au cours des premières 48 heures qui suivent l'accouchement. Les complications sont identifiées et prises en charge, et l'allaitement exclusif est encouragé. Les mères sont averties des signes de danger chez elles et leurs nourrissons et reçoivent des conseils sur l'espacement des naissances et les méthodes de planification familiale.

Les nouveau-nés bénéficient d'un examen physique complet, sont mis en contact peau à peau avec leur mère et reçoivent des soins oculaires et des soins du cordon ombilical. Le premier bain est retardé de 24 heures, de la vitamine K est donnée et les vaccins administrés conformément aux lignes directrices nationales, la température est contrôlée, et les complications sont identifiées et prises en charge. Les nourrissons de faible poids à la naissance et de petite taille reçoivent des soins supplémentaires selon les besoins (voir charte de qualité 1.6b).

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose de protocoles cliniques écrits et actualisés pour les soins postnatals dans la maternité et/ou les unités de soins postnatals de la maternité qui sont conformes aux lignes directrices de l'OMS.* (90,10)
2. Dans l'établissement de santé, la mère et l'enfant restent ou peuvent rester ensemble 24 heures sur 24*. (86,57)
3. L'établissement de santé dispose d'une politique en matière d'allaitement qui est communiquée systématiquement à tout le personnel de santé et le personnel auxiliaire. (83,18)
4. Le personnel de santé de la maternité bénéficie d'une formation continue et régulièrement, au moins une fois par an, de séances de remise à niveau des connaissances sur les soins postnatals et l'allaitement. (83,04)
5. Dans l'établissement de santé, il existe des dispositions pour s'assurer que chaque mère sache quand et où elle et son nouveau-né peuvent bénéficier de soins postnatals après leur sortie de l'établissement. (79,98)
6. Dans l'établissement de santé, il existe des dispositions pour d'autres méthodes d'alimentation, y compris au moyen d'une tasse ou d'une cuillère, et l'établissement évite l'alimentation au biberon. (78,97)
7. Dans l'établissement de santé, des dispositions sont en place pour donner aux femmes enceintes et à leurs familles des informations sur les bienfaits de l'allaitement et sa pratique. (74,49)
8. L'établissement de santé veille à ce que l'alimentation au moyen de préparations pour nourrissons ne fasse l'objet d'une démonstration aux mères et aux membres de la famille des nouveau-nés que lorsque cela est nécessaire, une explication complète des dangers d'un usage inapproprié étant donnée. (71,85)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Parmi tous les nouveau-nés des unités de soins postnatals de l'établissement de santé, la proportion de ceux qui ont reçu de la vitamine K et toutes les vaccinations prévues par les lignes directrices nationales.* (91,23)
2. Parmi tous les nouveau-nés de l'établissement de santé dont l'état est stable, la proportion de ceux qui sont nourris exclusivement au lait maternel de la naissance à leur sortie de la maternité. (84,37)
3. Parmi toutes les femmes dans les unités de soins postnatals de l'établissement de santé, la proportion de celles dont les problèmes de tension artérielle, rythme cardiaque, saignements vaginaux, lochies ou liés à l'allaitement ont été enregistrés et suivis. (84,02)
4. Parmi tous les nouveau-nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui ont bénéficié d'un examen clinique complet avant leur sortie de la maternité. (83,13)
5. Parmi toutes les femmes et les nouveau-nés en bonne santé, la proportion de ceux qui ont bénéficié de soins pendant au moins 24 heures après une naissance par voie basse sans complications dans un établissement de santé. (82,50)
6. Parmi tous les nouveau-nés dans les unités de soins postnatals de l'établissement de santé, la proportion de ceux pour lesquels des informations relatives à la température corporelle, le rythme respiratoire, le comportement alimentaire et l'absence ou la présence de signes de danger, sont disponibles. (82,41)
7. Parmi toutes les femmes en bonne santé dans les unités de soins postnatals de l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont bénéficié de conseils et du soutien d'un agent de santé qualifié pour l'allaitement. (82,14)
8. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont été autorisées à garder leur nourrisson auprès d'elle 24 heures sur 24. (78,90)
9. Parmi toutes les femmes en soins post-partum dans l'établissement de santé, la proportion de celles à qui des conseils sur l'espacement des naissances et les méthodes de planification familiale ont été proposés avant leur sortie de la maternité. (77,84)

Mesures relatives aux résultats

1. Parmi tous les nouveau-nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui ont été nourris exclusivement au lait maternel au moment de leur sortie de la maternité. (85,55)
2. Parmi toutes les femmes en soins post-partum dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont bénéficié de conseils sur l'espacement des naissances et les méthodes de planification familiale avant leur sortie de la maternité. (84,03)

Charte de qualité 1.2 : Les femmes présentant une pré éclampsie ou une éclampsie bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Justification : L'hypertension gravidique, la pré éclampsie et l'éclampsie sont des causes majeures de mortalité maternelle, de mortinaissances et de mortalité néonatale. La prévention, le diagnostic précoce et rapide, et un traitement approprié peuvent réduire considérablement la mortalité et la morbidité associées à ces affections.

Les femmes présentant une pré éclampsie sévère reçoivent immédiatement et de manière adaptée du sulfate de magnésium par voie intraveineuse ou intramusculaire et un antihypertenseur. Si la femme doit être transférée dans un établissement de soins de niveau supérieur, une dose d'attaque de sulfate de magnésium lui est administrée avant son transfert. Les signes de dysfonctionnement organique et autres signes de danger (tension artérielle, rythme respiratoire, bilan hydrique, diurèse, réflexes tendineux et rythme cardiaque du fœtus) sont contrôlés. Un dosage de l'urée et un bilan électrolytique permettent de déterminer l'avancée de l'affection. Si la femme est au terme de sa grossesse ou si le fœtus n'est pas viable, le travail est induit avec extraction instrumentale ou césarienne, comme il convient. Pour les grossesses qui ne sont pas à terme, une prise en charge active au moyen de corticostéroïdes est entreprise si l'état de la femme est stable.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. *L'établissement de santé dispose d'un approvisionnement en agents antihypertenseurs et sulfate de magnésium (à administrer par voie orale ou intraveineuse), en quantité suffisante à tout moment dans les unités réservées aux soins prénatals et à l'accouchement de la maternité.* (91,8)*
2. *L'établissement de santé dispose de protocoles cliniques écrits et actualisés pour la prise en charge de la pré éclampsie qui sont disponibles dans les unités réservées au travail et à l'accouchement et aux soins postnatals de la maternité, et sont conformes aux lignes directrices de l'OMS. (90,59)*
3. *Le personnel de santé de la maternité bénéficie d'une formation continue et régulièrement, au moins une fois par an, de séances de mise à jour des connaissances sur l'utilisation des agents antihypertenseurs, les perfusions et le sulfate de magnésium pour traiter la pré éclampsie et l'éclampsie. (84,54)*

Mesures relatives aux produits/processus

1. *Parmi toutes les femmes dans l'établissement de santé présentant une pré éclampsie ou une éclampsie sévère, la proportion de celles qui ont reçu la dose complète de sulfate de magnésium.* (91,37)*
2. *Parmi toutes les femmes dans l'établissement de santé présentant une hypertension gravidique sévère, la proportion de celles qui ont reçu les antihypertenseurs recommandés. (88,02)*
3. *Parmi toutes les femmes dans l'établissement de santé présentant une pré éclampsie, la proportion de celles dont l'état a évolué vers l'éclampsie. (81,9)*

Mesures relatives aux résultats

1. *Parmi toutes les femmes présentant une pré éclampsie ou une éclampsie dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui sont décédées du fait de la pré éclampsie ou de l'éclampsie.* (91,22)*
2. *Parmi toutes les femmes présentant une pré éclampsie ou une éclampsie dont le fœtus était vivant à leur arrivée dans l'établissement de santé, la proportion de celles dont le fœtus ou nouveau-né est décédé au cours de la période périnatale (mortinaissances ou décès néonataux précoces). (86,55)*
3. *Parmi toutes les femmes présentant une pré éclampsie ou une éclampsie dans l'établissement de santé, la proportion de celles ayant évité la mort de justesse du fait de la pré éclampsie ou de l'éclampsie. (76,88)*

Charte de qualité 1.3 : Les femmes présentant une hémorragie du post-partum bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Justification : L'hémorragie post-partum est la principale cause de mortalité maternelle évitable, la plupart des décès se produisant au cours des premières 24–48 heures qui suivent l'accouchement. Un diagnostic précoce et rapide, et une prise en charge appropriée sont à la base d'une réduction efficace de la mortalité.

Les saignements post-partum sont régulièrement contrôlés. Si une hémorragie se produit, elle doit être rapidement prise en charge au moyen d'ocytocine par voie intraveineuse, massage utérin, délivrance artificielle, mesures de temporisation ou intervention chirurgicale le cas échéant. Les pertes continues de sang, le pouls et la pression sanguine sont étroitement contrôlés, et l'état de choc est pris en charge par une réanimation immédiate par perfusion et transfusion sanguine, si nécessaire.

Mesures de qualité
Intrants
4. <i>L'établissement de santé dispose de protocoles cliniques écrits et actualisés pour la prise en charge de l'hémorragie post-partum qui sont disponibles dans les unités réservées à l'accouchement et aux soins postnatals de la maternité, et sont conformes aux lignes directrices de l'OMS. * (90,76)</i>
5. <i>L'établissement de santé dispose d'utérotoniques et des fournitures nécessaires aux perfusions et transfusions sanguines (seringues, aiguilles, canules intraveineuses, solutions pour perfusions, sang) en quantité suffisante à tout moment dans les unités réservées à l'accouchement et aux soins postnatals de la maternité. (89,55)</i>
6. <i>Un service de transfusion sanguine opérationnel est disponible dans l'établissement de santé à tout moment. (86,82)</i>
7. <i>Le personnel de santé de la maternité bénéficie d'une formation continue et régulièrement, au moins une fois par an, de séances de mise à jour des connaissances sur la prise en charge de l'hémorragie du post-partum. (84,25)</i>
Mesures relatives aux produits / processus
1. <i>Parmi toutes les femmes dans l'établissement de santé présentant une hémorragie post-partum, la proportion de celles qui ont reçu des utérotoniques.* (89,75)</i>
2. <i>Parmi toutes les femmes dans l'établissement de santé présentant une hémorragie post-partum du fait d'une rétention placentaire, la proportion de celles pour lesquelles la délivrance artificielle a été effectuée par un personnel qualifié. (80,48)</i>
Mesures relatives aux résultats
1. <i>Parmi toutes les femmes présentant dans l'établissement de santé une hémorragie post-partum, la proportion de celles qui sont décédées à cause de celle-ci.* (92,98)</i>
2. <i>Parmi toutes les femmes ayant accouché par césarienne dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont bénéficié d'une transfusion sanguine. (85,80)</i>
3. <i>Parmi toutes les femmes ayant accouché par voie basse dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont bénéficié d'une transfusion sanguine. (85,58)</i>
4. <i>Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont présenté une hémorragie du post-partum sévère (saignements anormaux > 1000 ml ou tout saignement avec hypotension ou nécessitant une transfusion sanguine). (83,69)</i>
5. <i>Parmi toutes les femmes présentant une hémorragie post-partum dans l'établissement de santé, la proportion de celles ayant évité la mort de justesse du fait de l'hémorragie post-partum. (77,97)</i>

Charte de qualité 1.4 : Les femmes dont le travail est prolongé ou difficile bénéficient des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Justification : La dystocie mécanique est l'une des principales causes à la fois de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale. Une dystocie mécanique non diagnostiquée peut conduire à une rupture utérine, une fistule vésico-vaginale ou une fistule recto-vaginale chez la mère et entraîne des risques plus élevés de mortinaissances, d'asphyxie néonatale, de syndrome d'aspiration méconiale, entre autres. Un suivi adapté du travail pour éviter sa prolongation et ses complications et la détection précoce et la prise en charge rapide de la dystocie mécanique peuvent permettre de réduire l'incidence de ces complications.

Les interventions pour un travail qui se prolonge sont notamment le toucher vaginal toutes les 4 heures et la confirmation rapide du ralentissement du travail au moyen d'un partographe avec une ligne d'action de 4 heures, la recherche d'une disproportion céphalo-pelvienne, et l'évaluation et la prise en charge de l'état d'hydratation de la mère. On a recours à l'accélération du travail par l'administration d'ocytocine par voie intraveineuse (et l'amniotomie si les membranes ne sont pas rompues) s'il y a du retard dans la première phase du travail (sans disproportion céphalo-pelvienne). Le retard au cours de la deuxième phase du travail impose le recours à l'extraction instrumentale (ventouse obstétricale ou forceps) ou à la césarienne en cas de signes de mise en danger du fœtus ou de dystocie mécanique.

Note : le travail doit être accéléré uniquement lorsque le retard est confirmé, après avoir exclu la disproportion céphalo-pelvienne, et dans les établissements en mesure d'assurer un suivi étroit, régulier du rythme cardiaque du fœtus et des contractions utérines, et capables de prendre en charge les éventuels effets indésirables.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose de protocoles cliniques écrits et actualisés pour la prévention et la prise en charge du travail prolongé, qui sont disponibles dans les unités réservées au travail et à l'accouchement de la maternité, et sont conformes aux lignes directrices de l'OMS. * (90,88)
2. L'établissement de santé dispose des fournitures et du matériel essentiels pour l'accouchement assisté (par ventouse ou forceps), y compris le matériel de réanimation du nouveau-né, en quantité suffisante à tout moment dans l'unité réservée à l'accouchement de la maternité.* (90,33)
3. L'établissement de santé dispose d'une salle d'opération convenablement équipée à proximité de l'unité de la maternité réservée à l'accouchement.* (90,13)
4. L'établissement de santé dispose 24 heures sur 24 de personnel qualifié, en nombre suffisant, pour pratiquer une césarienne. (87,93)
5. Le personnel de santé des unités réservées au travail et à l'accouchement de la maternité bénéficie d'une formation continue et, régulièrement (tous les six mois), de séances de mise à jour des connaissances sur la prise en charge du travail prolongé et de la dystocie. (82,19)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Parmi toutes les femmes primipares dans l'établissement dont le fœtus unique se présentait en position céphalique à ≥ 37 semaines de gestation, la proportion de celles pour lesquelles une césarienne a été pratiquée au cours du travail spontané (groupe 1 de Robson). (87,27)
2. Parmi toutes les femmes dans l'établissement de santé pour lesquelles le travail a été long et/ou difficile, la proportion de celles qui ont accouché par césarienne. (86,03)
3. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles pour lesquelles l'accouchement a eu lieu par voie basse avec assistance instrumentale du fait d'une deuxième phase de travail prolongée. (83,21)
4. Parmi toutes les femmes dans l'établissement de santé pour lesquelles le travail a été long et/ou difficile, la proportion de celles ayant subi une césarienne en urgence dans les 30 minutes qui ont suivi la décision de la pratiquer. (79,9)
5. Parmi toutes les femmes dans l'établissement de santé pour lesquelles le retard dans la progression du travail au cours de la première phase a été confirmé, la proportion de celles qui ont reçu de l'ocytocine pour accélérer le travail. (79,06)

-
6. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles pour lesquelles la phase active de la première phase du travail a été supérieure à 12 heures. (76,79)
 7. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles pour lesquelles la deuxième phase du travail s'est prolongée. (74,82)
-

Mesures relatives aux résultats

1. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont présenté une rupture utérine au cours du travail. (89,35)
 2. Parmi tous les décès survenus au cours de la période périnatale dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui sont dus à un travail prolongé ou difficile (dystocie). (85,23)
 3. Parmi tous les nouveau-nés nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui présentaient des traumatismes à la naissance (paralysie du plexus brachial, fractures, céphalématome). (83,75)
 4. Parmi toutes les femmes dans l'établissement de santé pour lesquelles le travail a été prolongé et/ou difficile, la proportion de celles qui évité la mort de justesse du fait de ce travail prolongé et/ou difficile. (78,0)
-

Charte de qualité 1.5 : Les nouveau-nés qui ne respirent pas spontanément sont stimulés et réanimés au moyen d'une ventilation par ballon et masque, dans un délai d'une minute après la naissance, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Justification : L'asphyxie néonatale est l'une des causes majeures de décès au cours de la première semaine de vie et est aussi responsable de troubles neurologiques et de handicap à long terme. Il est possible de la prévenir moyennant une réanimation appropriée et efficace des nouveau-nés qui ne respirent pas à la naissance.

Les nouveau-nés qui ne respirent pas spontanément après avoir été soigneusement séchés sont frictionnés deux à trois fois sur le dos pour les stimuler davantage. L'aspiration est utilisée uniquement en présence de liquide amniotique teinté de méconium ou si des sécrétions sont présentes dans la bouche ou dans le nez du nouveau-né. La ventilation en pression positive est réalisée avec masque et ballon autoremplisseur dans la minute qui suit la naissance, avec de l'air pour les nouveau-nés pour lesquels la gestation a été > 32 semaines et avec 30 % d'oxygène pour les nouveau-nés prématurés de < 32 semaines de gestation. L'adéquation de la ventilation est contrôlée en mesurant le rythme cardiaque, le mouvement de la poitrine et l'oxymétrie de pouls (si disponible). Une concentration plus élevée en oxygène est indiquée uniquement si le rythme cardiaque est < 60/min après 60 secondes de réanimation.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose d'un appareil d'aspiration, d'au moins deux tailles de masque néonatal et d'un ballon autoremplisseur dans les unités réservées à l'accouchement et aux soins néonataux de la maternité.* (93,83)
 2. L'établissement de santé dispose, dans les unités réservées à l'accouchement de la maternité, de protocoles cliniques écrits et actualisés pour la prise en charge des nouveau-nés qui ne respirent pas spontanément, conformes aux lignes directrices de l'OMS.* (91,86)
 3. Tous les agents de santé fournissant des soins aux femmes enceintes, aux femmes en post-partum et aux nouveau-nés dans l'établissement de santé, sont qualifiés pour pratiquer les gestes essentiels de réanimation du nouveau-né, et ont participé à une démonstration par simulation de la ventilation sous pression positive avec ballon et masque sur un mannequin. (89,64)
 4. Le personnel de santé des unités réservées à l'accouchement et aux soins néonataux de la maternité bénéficie d'une formation continue et, régulièrement, au moins une fois par an, de séances de mise à jour des connaissances sur les gestes essentiels de la réanimation du nouveau-né. (87,06)
 5. Le personnel de santé des unités réservées à l'accouchement et aux soins néonataux de la maternité bénéficie une fois par mois d'exercices pratiques ou de simulation et d'un encadrement positif sur les gestes essentiels de la réanimation du nouveau-né. (83,91)
-

Mesures relatives aux produits / processus

1. Parmi tous les nouveau-nés qui ne respiraient pas spontanément après une stimulation supplémentaire dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui ont été réanimés par ballon et masque. (81,10)
2. Parmi tous les nouveau-nés qui ne respiraient pas spontanément après une stimulation supplémentaire dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui ont été réanimés par ballon et masque dans la minute qui a suivi la naissance. (75,56)

Mesures relatives aux résultats

1. Parmi tous les nouveau-nés nés vivants à terme (≥ 37 semaines) dans l'établissement de santé sans malformations congénitales majeures, la proportion de ceux qui sont décédés dans les sept jours qui ont suivi la naissance (mortalité néonatale précoce).* (91,14)
2. Parmi tous les nouveau-nés nés vivants à terme (≥ 37 semaines) dans l'établissement de santé qui ne respiraient pas spontanément, la proportion de ceux qui ont respiré cinq minutes après avoir été réanimés. (77,92)

Charte de qualité 1.6a : En cas de travail prématuré, les femmes bénéficient des interventions appropriées à la fois pour elles-mêmes et pour leurs bébés, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Justification : Le travail avant terme (avant 37 semaines complètes de grossesse) peut entraîner de nombreux risques pour la santé du nouveau-né, qui augmentent avec le degré de prématurité de l'accouchement. La prévention du travail avant terme et la prise en charge appropriée d'un travail prématuré imminent sont impératifs pour réduire les risques associés pour le nouveau-né, prévenir les complications évitables et améliorer l'issue du travail et la survie des nouveau-nés prématurés.

En cas de travail prématuré, les femmes sont admises dans un établissement de santé qui a la capacité de prendre en charge les nouveau-nés prématurés et leurs complications éventuelles, de mener un examen complet et approfondi pour confirmer l'âge gestationnel par échographie ou en fonction de la date des dernières règles, les examiner pour déceler les signes et symptômes d'infection et déterminer si la naissance est imminente ou peut être retardée.

Des corticostéroïdes prénatals sont administrés, après avoir écarté une chorioamniotite, en cas de risque de naissance prématurée à 24–34 semaines de gestation, avec des agents tocolytiques le cas échéant. Le sulfate de magnésium est donné en cas de travail prématuré à < 32 semaines de gestation pour protéger le fœtus contre les complications neurologiques. Les femmes pour lesquelles la rupture des membranes avant terme et avant le début du travail est confirmée reçoivent systématiquement des antibiotiques.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose de protocoles cliniques écrits et actualisés pour la prise en charge du travail avant terme dans les unités de la maternité réservées à l'accouchement, qui sont conformes aux lignes directrices de l'OMS.* (91,46)
2. L'établissement de santé dispose de corticostéroïdes prénatals (dexaméthasone ou bétaméthasone), d'antibiotiques et de sulfate de magnésium en quantité suffisante à tout moment pour prendre en charge la naissance avant terme, conformément aux lignes directrices de l'OMS.* (90,06)
3. Le personnel de santé de la maternité bénéficie d'une formation continue et régulièrement, au moins une fois par an, de séances de mise à jour des connaissances sur la prise en charge du travail prématuré. (85,52)
4. Le personnel de santé de la maternité bénéficie une fois par mois d'exercices pratiques ou de simulation et d'un encadrement de soutien pour la prise en charge du travail prématuré. (79,18)

Mesures relatives aux produits/processus

1. Parmi tous les nouveau-nés prématurés nés entre 24 et 34 semaines de gestation dans l'établissement de santé, la proportion de ceux dont les mères ont reçu au moins une dose de corticostéroïdes prénatals quand cela était indiqué. (86,11)
2. Parmi tous les nouveau-nés prématurés nés avant 32 semaines de gestation dans l'établissement de santé, la proportion de ceux dont les mères ont reçu du sulfate de magnésium pour protéger leur nouveau-né contre les complications neurologiques. (78,52)
3. Parmi toutes les femmes ayant présenté une rupture des membranes avant terme et avant le travail dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont reçu des antibiotiques à titre prophylactique. (87,60)

Mesures relatives aux résultats

1. Parmi toutes les femmes ayant présenté une rupture des membranes avant terme et avant le travail dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont reçu des antibiotiques à titre prophylactique.* (87,60)
2. Parmi tous les nouveau-nés de l'établissement de santé exposés au risque de naissance prématurée entre 24 et < 34 semaines de gestation, la proportion de ceux ayant été exposés à des corticostéroïdes prénatals. (73,61)
3. Parmi tous les nouveau-nés dans l'établissement de santé exposés au risque de naissance prématurée à ≥ 34 semaines de gestation, la proportion de ceux qui ont été exposés à des corticostéroïdes prénatals. (72,43)

Charte de qualité 1.6b : Les nouveau-nés prématurés et de petite taille bénéficient des soins appropriés, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Justification : Les nouveau-nés prématurés et de petite taille sont exposés à un risque beaucoup plus élevé de décès au cours de la période néonatale, de problèmes de santé à long terme et d'incapacités permanentes. Ils doivent bénéficier de soins dans des unités néonatales convenablement équipées où un personnel qualifié est présent 24 heures sur 24.

Les nouveau-nés prématurés et de faible poids à la naissance (< 2500 g) sont maintenus au chaud en permanence et étroitement surveillés pour détecter les éventuelles complications ; un soutien est apporté aux mères pour l'allaitement exclusif ou d'autres méthodes d'alimentation (lait maternel exprimé, lait de nourrice ou préparations pour nourrissons). Les nouveau-nés prématurés dont l'état clinique est stable pesant ≤ 2000 grammes bénéficient de la méthode de la « mère kangourou ». Ceux dont l'état est instable sont placés dans une couveuse propre ou sous une rampe chauffante, et leur température est étroitement surveillée. Les risques de complications les plus fréquents (hypothermie, problèmes d'alimentation, apnée, syndrome de détresse respiratoire et infections) sont évalués, contrôlés, reconnus rapidement et correctement pris en charge. L'administration d'antibiotiques, une oxygénothérapie sans risque, la ventilation en pression positive continue, et l'administration d'un surfactant médicamenteux sont mises en place selon les besoins.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose de protocoles cliniques écrits et actualisés pour les soins aux nouveau-nés de petite taille et prématurés dans les unités réservées à l'accouchement de la maternité, qui sont conformes aux lignes directrices de l'OMS. * (91,41)
2. L'établissement de santé dispose des fournitures et du matériel nécessaires pour fournir des soins optimaux pour contrôler la température des nouveau-nés prématurés dont l'état est stable ou instable, y compris la méthode de la « mère kangourou » (tissu ou poche pour maintenir l'enfant sur le ventre de sa mère, bonnets pour nourrissons, chaussettes), des couveuses propres et des rampes chauffantes. * (89,14)
3. L'établissement de santé dispose des fournitures et du matériel nécessaires pour nourrir de façon optimale les nourrissons prématurés et offre un soutien pour l'allaitement ou d'autres méthodes d'alimentation (tasses et cuillers, préparations pour nourrissons, tire-laits, installations pour stocker le lait, pasteurisateurs, banques de lait si possible, tubes nasogastriques, guides-seringues, liquides pour administration intraveineuse et tubulures). (86,56)
4. Le personnel de santé de l'établissement de santé qui soigne les femmes enceintes, les femmes en post-partum et les nouveau-nés, bénéficie d'une formation continue et régulièrement, une fois par an au moins, de séances de remise à niveau des connaissances sur les soins appropriés aux nouveau-nés prématurés et de faible poids à la naissance. (85,82)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Parmi tous les nouveau-nés de faible poids nés dans l'établissement de santé et dont le poids à la naissance est ≤ 2000 g, la proportion de ceux qui ont reçu des soins quasi continus selon la méthode mère kangourou au cours de la première semaine de vie. (83,35)
2. Parmi tous les nouveau-nés pesant ≤ 2000 g dont l'état de santé est instable et qui ne peuvent pas bénéficier des soins selon la méthode mère kangourou dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui ont été pris en charge dans un environnement thermique neutre, soit sous des rampes chauffantes ou dans des couveuses, selon les besoins. (79,29)
3. Parmi tous les nouveau-nés de faible poids à la naissance nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux dont les mères ont reçu un soutien supplémentaire pour mettre en place l'allaitement. (77,13)

Mesures relatives aux résultats

1. Parmi tous les nouveau-nés prématurés (< 28 semaines, 28–32 semaines et 32–37 semaines d'âge gestationnel) nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui sont décédés au cours de la première semaine de vie.* (90,15)
2. Parmi tous les nouveau-nés de faible poids à la naissance nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui ont été exclusivement nourris au lait maternel au cours de leur séjour dans l'établissement. (84,57)
3. Parmi tous les nouveau-nés prématurés nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui présentaient une morbidité néonatale grave (syndrome de détresse respiratoire, hémorragie intraventriculaire, entérocolite nécrosante). (81,20)
4. Parmi tous les nouveau-nés de faible poids à la naissance nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux dont le décès dans l'établissement est attribué à une possible infection bactérienne grave ou à une septicémie. (80,30)

Charte de qualité 1.7a : Les femmes atteintes d'une infection ou exposées au risque d'infection pendant le travail, l'accouchement ou la période postnatale immédiate bénéficient rapidement des interventions appropriées, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Justification : L'infection puerpérale est l'une des causes majeures de mortalité maternelle et peut aussi provoquer une infection précoce chez les nouveau-nés. La prévention des facteurs de prédisposition, les précautions requises en matière d'asepsie lors de toutes les interventions et procédures, un diagnostic précoce et exact, et l'utilisation d'antibiotiques appropriés pour le traitement de l'infection maternelle permettront de réduire la survenue d'infection à la fois chez la mère et le nouveau-né ainsi que la morbidité et la mortalité associées.

Les femmes présentant un risque d'infection reçoivent des antibiotiques à titre prophylactique si elles subissent une césarienne programmée ou en urgence, en cas de travail prolongé avec rupture des membranes avant le travail, en cas de rétention placentaire, avec déchirures périnéales de troisième ou quatrième degré ou avant la délivrance artificielle. Des échantillons sont prélevés pour mise en culture et antibiogramme avant de commencer le traitement antibiotique. Les femmes présentant des signes et des symptômes d'infection (fièvre > 38 °C avant la délivrance ou pendant le travail, rupture des membranes ≥ 18 heures avant la naissance, liquide amniotique nauséabond ou purulent et douleurs abdominales et/ou pertes vaginales abondantes pendant la période postnatale) reçoivent un traitement antibiotique et sont étroitement surveillées, et leur prise en charge est régulièrement réévaluée.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose d'antibiotiques de première et deuxième intention oraux ou injectables (ampicilline ou pénicilline et gentamicine, clindamycine, céphalosporine et métronidazole) en quantité suffisante à tout moment pour le nombre de cas attendus *. (92,15)
2. L'établissement de santé dispose de protocoles cliniques écrits et actualisés pour le traitement des femmes présentant ou exposées au risque d'infection pendant le travail, l'accouchement et la période postnatale immédiate dans les unités réservées à l'accouchement et aux soins postnatals de la maternité, qui sont conformes aux lignes directrices de l'OMS.* (91,75)
3. Le personnel de santé de la maternité en charge des femmes enceintes et en post-partum bénéficie d'une formation continue et, régulièrement, une fois par an au moins, de séances de mise à jour de leurs connaissances sur la prise en charge des infections maternelles en péripartum et leur détection. (85,20)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Parmi toutes les femmes ayant subi une césarienne dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont reçu des antibiotiques à titre prophylactique avant la césarienne * (90,37)
2. Parmi toutes les femmes ayant présenté lors de l'accouchement dans l'établissement de santé une rupture des membranes avant terme et avant le travail, la proportion de celles qui ont reçu des antibiotiques. (87,44)
3. Parmi toutes les femmes de l'établissement de santé ayant présenté des déchirures périnéales du troisième et quatrième degré, la proportion de celles qui ont reçu des antibiotiques. (83,45)
4. Parmi toutes les femmes ayant accouché ou en soins post-partum dans l'établissement de santé qui présentaient des signes d'infection, la proportion de celles qui ont reçu des antibiotiques. (83,39)
5. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles dont la température était > 38 °C ou qui présentaient d'autres signes d'infection (lochies nauséabondes ou purulentes). (82,87)

Mesures relatives aux résultats

1. Parmi toutes les femmes ayant subi une césarienne dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont une infection systémique sévère ou une septicémie après la césarienne. (86,56)
2. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont présenté une infection systémique sévère ou une septicémie dans la période du post-partum. (86,15)

Charte de qualité 1.7b : Les nouveau-nés présentant une suspicion d'infection ou pour lesquels il existe des facteurs de risque d'infection bénéficient rapidement d'un traitement antibiotique, conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Justification : Les nouveau-nés sont exposés à un risque élevé d'infection du fait de l'immaturation de leur système immunitaire. Les infections chez les nouveau-nés peuvent être mortelles ou entraîner des incapacités à long terme chez ceux qui survivent. Une bonne hygiène des mains, les soins du cordon ainsi que les autres précautions appropriées pour garantir l'asepsie, le dépistage du sepsis l'infection néonatale en fonction de la présence d'un ou plusieurs facteurs de risque, le dépistage précoce des signes et symptômes du sepsis néonatal et un traitement approprié par antibiotiques sont essentiels pour prévenir le sepsis l'infection ainsi que la morbidité et la mortalité qui lui sont associées.

Les nouveau-nés présentant des facteurs de risque d'infection ou des signes d'infection reçoivent un traitement antibiotique conformément aux lignes directrices de l'OMS. Les facteurs de risque d'infection sont la fièvre maternelle (> 38 °C) avant la délivrance ou pendant le travail, une rupture des membranes ≥ 18 h avant la naissance et un liquide amniotique nauséabond ou purulent. Les nouveau-nés présentant des signes d'infection bactérienne grave sont incapables de se nourrir (ou ont cessé de se nourrir correctement), présentent des convulsions, un rythme respiratoire accéléré (> 60 cycles/min), un tirage sous-costal sévère, de la fièvre (≥ 38 °C) ou une température corporelle basse (< 35 °C), un état de léthargie, et ils ne bougent que lorsqu'ils sont stimulés, voire pas du tout. Une hémoculture est effectuée avant de commencer l'antibiothérapie chez les nouveau-nés présentant un risque ou des signes d'infection. Ils reçoivent une antibiothérapie empirique par injection contre la septicémie ou la septicémie présumée et sont étroitement suivis pour adapter la prise en charge. Les résultats de l'hémoculture permettent de décider s'il y a lieu de modifier le traitement antibiotique et sa durée.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose d'antibiotiques injectables (de première et deuxième intention contre la septicémie néonatale et la méningite au moins) en quantité suffisante à tout moment pour le nombre de cas attendus. * (92,14)
2. L'établissement de santé dispose de protocoles cliniques écrits et actualisés pour le diagnostic précoce et la prise en charge de l'infection néonatale dans les unités de la maternité réservées à l'accouchement, qui sont conformes aux lignes directrices de l'OMS.* (90,47)

3. Le personnel de santé de l'établissement qui soigne les femmes enceintes, les femmes en post-partum et les nouveau-nés bénéficie d'une formation continue et régulièrement, une fois par an au moins, de séances de remise à niveau des connaissances sur la reconnaissance et la prise en charge des infections présumées du nouveau-né. (85,95)
4. Le personnel de santé de l'établissement sait reconnaître les signes de septicémie du nouveau-né et comment les traiter, conformément aux lignes directrices de l'OMS. (84,29)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Parmi tous les nouveau-nés de l'établissement de santé qui présentent des signes d'infection, la proportion de ceux qui ont reçu des antibiotiques injectables. (86,94)
2. Parmi tous les nouveau-nés de l'établissement de santé dont les mères présentent des signes d'infection, la proportion de ceux qui ont reçu des antibiotiques injectables. (77,53)

Mesures relatives aux résultats

1. Parmi tous les nouveau-nés traités pour une septicémie dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui sont décédés (taux de mortalité). * (89,32)
2. Parmi tous les décès de nouveau-nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui sont dus à une septicémie. (86,96)
3. Parmi tous les cas de morbidité néonatale sévère dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui sont dus à une septicémie néonatale. (77,53)

Charte de qualité 1.8 : Toutes les femmes et tous les nouveau-nés bénéficient de soins conformes aux précautions standard pour prévenir les infections nosocomiales.

Justification : Les infections nosocomiales augmentent la morbidité et la mortalité, le coût des soins et la durée du séjour à l'hôpital. Les précautions standard sont essentielles pour prévenir les infections nosocomiales.

Les précautions standard sont respectées à tout moment, y compris l'hygiène des mains – lavage des mains avec de l'eau et du savon ou friction avec une solution hydroalcoolique – avant et après l'examen d'une femme ou d'un nouveau-né, et l'usage approprié des gants ; le stockage et l'élimination sans risque des objets pointus et tranchants et des déchets infectieux ; la manipulation sans risque du matériel pour les soins aux patients et des linges souillés, et la stérilisation et la désinfection des instruments et surfaces utilisées lors de l'accouchement.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose d'une source d'eau fiable sur place, de savon et de linges (de préférence jetables) ou d'une solution hydroalcoolique pour l'hygiène des mains.* (94,27)
2. L'établissement de santé veille à ce que les déchets infectieux soient manipulés, stockés et éliminés de façon définitive sans risque.* (94,08)
3. L'établissement de santé veille à ce que les déchets pointus et tranchants soient manipulés, stockés (conteneur spécifique) et éliminés de façon définitive sans risque.* (93,36)
4. L'établissement de santé dispose de matériel de stérilisation et de désinfectants pour les instruments. (92,99)
5. L'établissement de santé dispose d'un incinérateur en état de marche ou d'une autre méthode appropriée de traitement des déchets infectieux et des instruments usagés. (92,56)
6. L'établissement de santé dispose de lignes directrices écrites et actualisées sur les mesures standard de lutte contre les infections et les précautions pour prévenir la transmission. (92,35)
7. Le personnel de santé des unités réservées à l'accouchement et aux soins néonataux de la maternité, bénéficie d'une formation, au moins une fois par an, sur les mesures standard de lutte contre les infections et les précautions pour prévenir la transmission (87,27)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Le pourcentage des membres du personnel de santé de l'établissement qui lavent leurs mains correctement en respectant les « cinq moments clés de l'hygiène des mains » définis par l'OMS. (87,78)
2. La proportion de nouveau-nés présumés atteints d'une infection bactérienne sévère ayant reçu une antibiothérapie appropriée. (84,76)
3. Prise en charge sans risque des déchets de soins, depuis le point de production jusqu'au point d'élimination. (82,73)
4. Le pourcentage de membres du personnel de l'établissement de santé qui respectent les standards de biosécurité lors de l'administration de médicaments par voie parentérale. (81,85)

Mesures relatives aux résultats

1. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont présenté une infection systémique ou une septicémie sévère au cours de la période postnatale, y compris lors d'une réadmission dans l'établissement après l'accouchement. (81,41)
2. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont présenté une infection nosocomiale avérée. (78,43)
3. Parmi tous les nouveau-nés nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui ont présenté une infection nosocomiale. (78,00)

Charte de qualité 1.9 : Aucune femme ni aucun nouveau-né n'est soumis à des pratiques inutiles ou dommageables au cours du travail, de l'accouchement ou dans la période qui suit immédiatement la naissance.

Justification : Les pratiques inutiles ou dommageables peuvent entraîner des complications et nuire aux femmes et à leur nouveau-né. Elles doivent être évitées et remplacées par les pratiques de santé fondées sur des données factuelles.

Les pratiques inutiles ou dommageables ne sont ni utilisées ni pratiquées. Parmi ces pratiques figurent les lavements systématiques et le rasage du pubis ou du périnée avant l'accouchement par voie basse ; l'expression utérine pour faciliter la deuxième phase du travail ; l'accélération du travail au moyen de l'ocytocine avant la confirmation d'un travail prolongé ; l'épisiotomie (sauf si elle est indiquée) ; le tamponnement utérin pour lutter contre les saignements (sauf s'il est indiqué) ; l'accouchement avec assistance instrumentale (sauf si elle est indiquée) ; la césarienne (sauf si elle est indiquée) et l'aspiration des sécrétions du nouveau-né (sauf si elle est indiquée) ; le bain donné immédiatement après la naissance ; le maintien des nouveau-nés en bonne santé dans la nurserie, loin de leur mère ; la publicité et la promotion des substituts du lait maternel et de l'alimentation au biberon, et l'application de substances sur le cordon.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose de lignes directrices écrites et actualisées sur les pratiques préjudiciables et les interventions inutiles lors du travail, de l'accouchement et de la période postnatale immédiate. * (89,03)
2. L'établissement de santé n'expose dans ses locaux ni préparations alimentaires pour nourrissons, ni biberons ni tétines, y compris sur des affiches.* (88,98)
3. L'établissement de santé ne donne pas aux nouveau-nés d'aliments ou de boissons autres que le lait maternel, sauf indication médicale contraire, et ne donne pas de tétines (ou « sucettes ») aux nourrissons allaités. (85,13)
4. Le personnel de santé de l'établissement bénéficie d'une formation continue et régulièrement, une fois par an au moins, de séances de mise à jour des connaissances sur les pratiques nocives et les interventions inutiles. (83,00)
5. L'établissement de santé ne fait pas la promotion des préparations pour nourrissons dans ses locaux, et aucun échantillon n'est distribué aux mères ou au personnel. (82,93)
6. Le personnel de santé de l'établissement bénéficie chaque mois d'un encadrement et d'un accompagnement de soutien sur les pratiques nocives et les interventions inutiles. (75,38)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Parmi toutes les naissances par voie basse spontanées et sans complications dans l'établissement de santé, la proportion de celles pour lesquelles une épisiotomie a été pratiquée.* (86,01)
2. La proportion de femmes pour lesquelles une césarienne a été pratiquée dans l'établissement de santé selon la classification de Robson. (83,2)
3. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles pour lesquelles le travail a été accéléré sans indication de retard dans la progression du travail. (80,01)
4. Parmi tous les nouveau-nés nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux ayant été baignés tôt et dont le vernix a été éliminé dans les 6 heures suivant la naissance. (79,30)
5. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles dont le pubis ou le périnée a été rasé avant un accouchement par voie basse.. (77,59)
6. Parmi tous les nouveau-nés dans l'établissement de santé avec un liquide amniotique clair, la proportion de ceux pour lesquels une aspiration des sécrétions a été pratiquée. (77,35)
7. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles ayant subi un lavement systématique avant un accouchement par voie basse. (76,02)

Références utilisées pour définir le standard 1

- Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014; 384:347–370.
- Boulkedid R, Sibony O, Goffinet F, Fauconnier A, Branger B, Alberti C. Quality indicators for continuous monitoring to improve maternal and infant health in maternity departments: a modified Delphi survey of an international multidisciplinary panel. *PLoS One* 2013;8:e60663.
- Gülmezoglu MA, Lawrie TA. Impact of training on emergency resuscitation skills: impact on Millennium Development Goals (MDGs) 4 and 5. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015; doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.03.018.
- Hussein J, Mavalankar DV, Sharma S, D'Ambruso L. A review of health system infection control measures in developing countries: what can be learned to reduce maternal mortality. *Globalization Health* 2011;7:14.
- Khaskheli MN, Baloch S, Sheeba A. Risk factors and complications of puerperal sepsis at a tertiary healthcare centre. *Pak J Med Sci* 2013;29:972–976.
- National Institute for Health Care Excellence. NICE guidelines on routine intra-partum care (CG 190). London; 2014 (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/guidance-intra-partum-care-care-of-healthy-women-and-their-babies-during-childbirth-pdf>).
- Polin RA, Committee on Fetus and Newborn. Management of neonates with suspected or proven early-onset bacterial sepsis. *Paediatrics* 2012;129:1006 –1015.
- Raven J, Hofman J, Adegoke A, van den Broek N. Methodology and tools for quality improvement in maternal and newborn health care. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;114:4–9.
- Schuchat A, Zywicki SS, Dinsmoor MJ, Mercer B, Romaguera J, O'Sullivan MJ, et al. Risk factors and opportunities for prevention of early-onset neonatal sepsis: a multicentre case-control study. *Pediatrics*. 2000;105:21–26.
- Sibanda T, Fox R, Draycott TJ, Mahmood T, Richmond D, Simms RA. Intra-partum care quality indicators: a systematic approach for achieving consensus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;166:23–29.
- Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO safe childbirth checklist program. *PLoS One* 2012;7:e35151.
- Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh N. Infection prevention guidelines for healthcare facilities with limited resources. Baltimore, Maryland: JHPIEGO; 2003.
- Organisation mondiale de la Santé. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève , 1981 (<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/fr/>).
- World Health Organization. Standard precautions in health care: aide-memoire. Geneva; 2007 (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf).
- World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva; 2009 (http://www.who.int/gpsc/information_centre/hand-hygiene-2009/en/).

- World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502221_eng.pdf).
- Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la pré-éclampsie et de l'éclampsie. Genève, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138406/1/9789242548334_fre.pdf?ua=1&ua=1&ua=1).
- Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum. Genève, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141487/1/9789242548501_fre.pdf?ua=1).
- World Health Organization. Guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health, approved by the WHO Guidelines Review Committee. Recommendations on newborn health. Geneva; 2013 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-newborn-health.pdf).
- World Health Organization. Guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health, approved by the WHO Guidelines Review Committee. Recommendations on maternal and perinatal health. Geneva; 2013 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-maternal-health.pdf?ua=1).
- World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva, 2013 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/).
- World Health Organization. Safe management of wastes from health-care activities Geneva; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85349/1/9789241548564_eng.pdf?ua=1).
- World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva; 2014 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/augmentation-labour/en/).
- Organisation mondiale de la Santé. Le rôle de l'OMS dans la santé publique. Genève, 2015 (<http://www.who.int/about/role/fr/>).
- World Health Organization. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva; 2015 (http://who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/). (en français : Recommandations de l'OMS sur les interventions visant à améliorer l'issue des naissances prématurées : grandes lignes et messages clés des recommandations mondiales 2015 (http://who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/)).
- World Health Organization, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Consultation on improving measurement of the quality of maternal, newborn and child care in health facilities. Geneva; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128206/1/9789241507417_eng.pdf).
- World Health Organization, UNICEF. Baby-friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva; 2009 (http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/).
- World Health Organization, UNICEF. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. Geneva; 1993 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/62140>).
- World Health Organization Regional Office for Europe. Making pregnancy safer: assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies. Copenhagen; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98792/E93128.pdf).
- World Health Organization Regional Office for Europe. Hospital care for mothers and newborn babies: quality assessment and improvement tool. Copenhagen; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2014/hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies-quality-assessment-andimprovement-tool.pdf?ua=1>).

Standard 2 : Le système d'information sanitaire permet l'utilisation de données afin de pouvoir prendre précocement des mesures appropriées pour améliorer la prise en charge de chaque femme et de chaque nouveau-né.

Charte de qualité 2.1 : Chaque femme et chaque nouveau-né disposent d'un dossier médical complet, précis et standardisé pendant la phase de travail, l'accouchement et le début de la période postnatale.

Justification : Un dossier médical complet et précis est primordial pour la phase de travail afin d'y consigner les informations relatives aux soins, au suivi clinique, à la transmission entre intervenants, à la détection précoce des complications et à l'état de santé de la mère et du nouveau-né. Ainsi, ce dossier fournit des informations permettant de repérer les domaines où l'on peut apporter des améliorations.

Des registres de soins et des dossiers cliniques précis, complets et lisibles pour les mères et les nouveau-nés, où sont consignées des informations de l'admission à la sortie sont disponibles. Des documents permettant la continuité des soins (par exemple notes concernant la référence des patients, dossiers sur les soins prénatals et la prise en charge pendant l'accouchement) sont disponibles. Les données démographiques, l'heure de l'admission, de l'accouchement et de la sortie, la progression du travail, les mesures prises et l'issue de l'accouchement, y compris les mortinaissances, sont consignés. Les informations relatives aux nouveau-nés (identification, âge gestationnel, poids à la naissance et résultats des examens) sont enregistrées dans un système qui permet de relier les femmes à leurs enfants dans tous les dossiers. Les diagnostics sont codés suivant la Classification internationale des maladies (CIM).

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose en permanence de registres, de formulaires de collecte de données ainsi que de formulaires pour recueillir les informations cliniques et les observations pour contrôler et enregistrer systématiquement tous les soins prodigués aux femmes et aux nouveau-nés.* (90,34)
2. L'établissement de santé dispose d'un système d'enregistrement des naissances et des décès lié en permanence au système national d'enregistrement de l'état civil.* (89,44)
3. L'établissement de santé dispose d'un système conforme à la CIM pour classer les maladies et les issues des accouchements, y compris les décès. (86,33)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Proportion de nouveau-nés présents dans l'établissement de santé qui possèdent un identifiant et un dossier médical personnels.* (89,15)
2. Proportion de nouveau-nés sortis de l'établissement de santé au cours des 24 dernières heures qui possédaient un dossier précis et complet indiquant les soins prodigués, les traitements reçus, les résultats et les diagnostics (avec le code CIM). (83,28)
3. Proportion de femmes sorties après un accouchement au cours des 24 dernières heures qui possédaient un dossier précis et complet indiquant les soins prodigués, les traitements reçus, les résultats et les diagnostics (avec le code CIM). (82,88)

Charte de qualité 2.2 : Chaque établissement de santé dispose d'un mécanisme de collecte, d'analyse et de retour des données dans le cadre de ses activités de suivi et d'amélioration de la performance pendant la période périnatale.

Justification : Le but de la collecte de données est de fournir des informations susceptibles d'être analysées et utilisées pour fournir des retours afin d'améliorer les résultats sanitaires.

Les données sont collectées, vérifiées, analysées et utilisées systématiquement pour prendre des décisions cliniques et administratives en vue de planifier et d'améliorer les services cliniques. Le personnel de l'établissement y a accès et s'en sert pour améliorer en permanence la prise en charge tandis que les médecins, les sages-femmes, les infirmières et infirmiers et le personnel d'encadrement y ont accès et les utilisent pour planifier et améliorer les services cliniques. Des données précises et complètes sont présentées aux instances concernées en temps voulu et servent à examiner périodiquement la mortalité et la morbidité pour améliorer la qualité.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé a fait la revue des décès maternels et périnataux et des échappées belles au moins une fois par mois au cours des six derniers mois et il dispose d'un mécanisme pour appliquer les recommandations issues de ces revues.* (88,20)
2. L'établissement de santé dispose en permanence de modes opératoires standardisés et de protocoles pour vérifier, valider et rapporter les données. (86,35)
3. L'établissement de santé dispose d'un système pour collecter et analyser les indicateurs pertinents, et il est en mesure, à tout moment, d'établir des graphiques et des rapports imprimés ou sous forme numérique. (85,74)
4. La direction de l'établissement et les agents de santé se sont réunis au moins une fois par mois au cours des six derniers mois pour étudier les données relatives aux processus et aux résultats. (85,12)
5. Au cours des six derniers mois, la direction de l'établissement et les agents de santé ont appliqué les recommandations pour l'étude des données afin de prendre des décisions et de mesurer l'amélioration de la performance. (80,10)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Proportion des décès périnataux survenant dans l'établissement de santé ayant été étudiés à l'aide d'outils d'audit classiques.* (90,26)
2. Proportion des décès maternels et des échappées belles survenant dans l'établissement de santé ayant été étudiés à l'aide d'outils d'audit classiques.* (88,24)
3. Proportion des décès maternels et des échappées belles survenant dans l'établissement de santé ayant été notifiés. (86,84)

Mesures relatives aux résultats

1. Des données sont collectées systématiquement dans l'établissement de santé pendant la phase de travail, l'accouchement et la période postnatale, et elles sont utilisées régulièrement pour prendre des décisions concernant l'amélioration de la qualité. (83,08)
2. Proportion des recommandations issues des examens des décès périnataux dans l'établissement de santé ayant été totalement mises en œuvre. (81,51)
3. Proportion des recommandations issues des examens des décès maternels dans l'établissement de santé ayant été totalement mises en œuvre. (81,37)

Documents de référence utilisés pour établir le standards 2

- Brien ES, Lorenzetti LD, Lewis S, Kennedy J, Ghali AW. Overview of a formal scoping review on health system report cards. *Implementation Sci* 2010;5:2.
- Graham WJ, Campbell OM. Maternal health and the measurement trap. *Soc Sci Med* 1992;35:967-977.
- Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C. Design and implementation of health information systems. Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2000.
- Murray SF, Davies S, Phiri RK, Ahmed Y. Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referral systems. *Health Policy Plan* 2001;16:353-361.
- Organisation mondiale de la Santé. Service availability and readiness assessment (SARA). An annual monitoring system for service delivery. Reference manual, version 2.2. Genève, 2015 (http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_indicators_questionnaire/en/).
- Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, UNICEF, Banque mondiale. Pregnancy, childbirth, post-partum and newborn care: a guide for essential practice, 3rd edition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- UNICEF. La situation des enfants dans le monde, 2009. Genève (<http://www.unicef.org/french/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-FR.pdf>).

Standard 3 : Chaque femme et chaque nouveau-né atteints d'une ou plusieurs pathologies qui ne peuvent pas être prises en charge efficacement avec les ressources disponibles sont correctement réorientés.

Charte de qualité 3.1 : Chaque femme et chaque nouveau-né sont correctement examinés au moment de leur admission, pendant la phase de travail et au début de la période postnatale pour déterminer s'ils doivent être référés, et une décision est prise sans délai.

Justification : Il est indispensable de reconnaître les cas qui exigent d'être rapidement référés pour que chaque patient bénéficie en temps voulu de soins adaptés et pour éviter les complications.

Des protocoles et des lignes directrices actualisés sur l'orientation des patients sont disponibles et correspondent aux moyens et aux ressources de l'établissement. Il existe un système de triage à l'admission et, dans les services, un mécanisme permettant immédiatement de repérer, d'évaluer et de traiter les urgences. Il existe des installations pour stabiliser et traiter les patients avant qu'ils ne soient référés ailleurs.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose de protocoles et de lignes directrices cliniques écrits et à jour pour l'identification, la prise en charge (dont les soins avant référence) et référence des femmes présentant des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, ainsi que des nouveau-nés.* (89,94)
2. L'établissement de santé a un stock de médicaments et de fournitures médicales nécessaires pour stabiliser et traiter les femmes et les nouveau-nés avant qu'ils ne soient référés.* (89,20)
3. Le personnel de santé de la maternité bénéficie, au moins une fois tous les 12 mois, d'une formation continue et de séances de remise à niveau concernant les protocoles et les lignes directrices pour la référence des patients.* (85,33)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Proportion de femmes et de nouveau-nés reçus dans l'établissement de santé au cours des trois derniers mois qui répondent aux critères de l'établissement concernant la référence et qui ont été effectivement référés. (81,79)
2. Proportion de femmes enceintes ou venant d'accoucher qui n'ont pas pu être prises en charge dans l'établissement de santé et qui ont été transférées dans un établissement de plus haut niveau pour y accoucher ou y être prises en charge sans délai, accompagnées d'un professionnel de la santé, après rédaction d'une note expliquant les raisons du transfert. (81,47)
3. Proportion de nouveau-nés malades, prématurés ou de petite taille qui n'ont pas pu être pris en charge dans l'établissement de santé et qui ont été transférés dans une structure de soins de niveau adapté dans l'heure suivant la prise d'une décision, accompagnés d'un professionnel de la santé, après rédaction d'une note expliquant les raisons du transfert. (79,90)

Mesures relatives aux résultats

1. Proportion de femmes admises en salle d'accouchement ayant signalé avoir été prises en charge dès leur arrivée dans l'établissement de santé. (82,83)

Charte de qualité 3.2 : Pour chaque femme et chaque nouveau-né devant être référés, la référence suit un plan préétabli qu'il est possible de mettre en œuvre à tout moment, sans délai.

Justification : Un plan d'orientation préétabli accélère le processus, évite les retards et permet de prodiguer aux patients des soins de meilleure qualité en temps utile.

Des services de transport bien équipés sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour transférer les femmes et les nouveau-nés dans d'autres établissements, si nécessaire. Il existe une liste d'établissements connus, avec leurs numéros de téléphone. Le système de référence est supervisé et transparent, il s'accompagne d'une politique qui protège les femmes d'un obstacle financier à la référence et il existe une procédure pour contrôler et évaluer le dispositif.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé a facilement accès à une ambulance ou à un autre véhicule en état de marche pour transporter en urgence les femmes et les nouveau-nés vers d'autres établissements.* (90,35)
2. Il existe une liste actualisée des établissements qui, dans la même zone géographique, assurant des soins de référence pour les femmes et les enfants.* (89,20)
3. L'établissement de santé a pris des dispositions au niveau local pour que les femmes et les nouveau-nés ne pouvant pas être pris en charge soient transférés sans délai vers une structure assurant des soins de niveau adapté, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. (87,11)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Proportion de nouveau-nés décédés avant ou pendant leur transfert vers un établissement de niveau supérieur pour la poursuite de leur prise en charge.* (87,74)
2. Proportion de femmes enceintes ou venant d'accoucher décédées avant ou pendant leur transfert vers un établissement de niveau supérieur pour la poursuite de leur prise en charge. (87,04)
3. Proportion de femmes enceintes ou venant d'accoucher et de nouveau-nés ayant été référées sans transport d'urgence adapté. (75,62)
4. Proportion de femmes transférées de l'établissement de santé ayant contribué financièrement à la communication ou au transport. (68,93)

Mesures relatives aux résultats

1. Proportion de femmes effectivement transférées de l'établissement de santé. (80,97)
2. Proportion de nouveau-nés effectivement transférés de l'établissement de santé. (80,95)
3. Proportion de nouveau-nés transférés de l'établissement de santé arrivés à destination sans être en hypothermie. (76,34)

Charte de qualité 3.3 : Pour chaque femme et chaque nouveau-né orientés au sein d'un établissement de santé ou référés dans un autre établissement de santé, les soignants échangent des informations pertinentes.

Justification : L'échange d'informations pertinentes dans l'établissement de santé et entre établissements améliore la prise en charge des patients, favorise la motivation des agents de santé et permet de tirer des enseignements pour améliorer les soins.

Un système de communication (par exemple radio, téléphone) fonctionne en permanence dans le réseau d'orientation, et des accords et des dispositions officiels pour la communication et les consultations sont à disposition. Des protocoles d'échange d'informations concernant la référence des patients et des formulaires standardisés pour la référence et le retour des patients sont disponibles si nécessaire.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose d'un formulaire de référence standardisé pour recueillir les informations démographiques et cliniques pertinentes, notamment en ce qui concerne les constatations cliniques, le diagnostic, les interventions ou le traitement prodigué avant la référence et les raisons pour lesquelles le patient est référé.* (89,13)
2. L'établissement de santé dispose de moyens de communication, dont un téléphone portable, une ligne de téléphone fixe ou une radio, qui fonctionnent en permanence, pour référer les patients et effectuer des consultations sur des cas complexes.* (87,14)
3. Il existe des preuves que l'établissement de santé dispose d'accords officiels, a pris des dispositions pour la communication et est doté d'un système d'échange d'informations avec le(s) centre(s) de référence.* (85,55)

Mesures relatives aux produit / processus

1. Proportion de femmes envoyées à l'établissement de référence pour lesquelles des informations complètes ont été fournies à l'établissement qui les a adressées. (80,65)
2. Proportion de nouveau-nés envoyés à l'établissement de référence pour lesquels des informations complètes ont été fournies à l'établissement qui les a adressés. (80,12)
3. Proportion de femmes et de nouveau-nés envoyés à l'établissement de référence qui y ont reçu des soins en temps utile. (79,57)

Documents de référence utilisés pour établir le standard 3

Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour le Pacifique occidental. District health facilities: Guidelines for development and operations. Manille, 1998.

Lawn J, McCarthy BJ, Ross R. The healthy newborn: a reference manual for program managers. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control, CARE International; 2001.

Maine D, Ward V, Eitahir AH. Meeting the community halfway: programming guidelines for the reduction of maternal mortality. New York. New York, UNICEF, 1993.

Murray SF, Pearson S. Maternity referral systems in developing countries: current knowledge and future research needs. Soc Sci Med 2006;62:2205–2215.

Murray SF, Davies S, Phiri RK, Ahmed Y. Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referral systems. Health Policy Plan 2001;16:353–361.

Organisation mondiale de la Santé. Éléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours. Genève, 1992.

Organisation mondiale de la Santé. Service availability and readiness assessment (SARA). An annual monitoring system for service delivery. Reference manual, version 2.2. Genève, 2015 (http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_indicators_questionnaire/en/).

Standard 4 : La communication avec les femmes et leur famille est effective et répond aux besoins et aux préférences des intéressés.

Charte de qualité 4.1 : Toutes les femmes et leur famille reçoivent des informations sur les soins et ont de véritables rapports avec le personnel.

Justification : Une communication efficace avec les femmes et leur famille permet une plus grande implication dans les soins, atténue l'anxiété, évite les malentendus et les fausses attentes et permet aux patientes de contrôler la situation, ce qui contribue à une expérience positive.

Les soignants possèdent des compétences dans les domaines de la communication interpersonnelle et du conseil et sont d'un abord facile. Ils ont une attitude positive, ils utilisent un langage simple et clair que les femmes et leur famille peuvent comprendre, et ils tiennent compte en matière de communication des besoins et des préférences de toutes les femmes qu'ils prennent en charge.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. Des matériels d'éducation sanitaire facilement compris, présentés sous une forme écrite ou illustrée accessible, sont disponibles dans les langues des communautés qui fréquentent l'établissement de santé.* (91,01)
2. Les soignants de la maternité bénéficient d'une formation continue au moins une fois tous les 12 mois pour améliorer leurs compétences dans les domaines de la communication interpersonnelle et du conseil, et sur le plan culturel.* (85,74)

3. L'établissement de santé dispose d'une politique écrite et actualisée qui prévoit des objectifs clairs, des plans opérationnels et des mécanismes de contrôle pour renforcer les compétences des soignants en matière de communication interpersonnelle et de conseil. (84,69)

4. Les soignants de la maternité bénéficient tous les trois mois d'un encadrement dans les domaines de la communication interpersonnelle, du conseil et de la compétence culturelle. (80,12)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Proportion de femmes sorties du service d'accouchement ayant reçu, oralement et par écrit, des informations et des conseils sur les éléments suivants avant leur sortie : la nutrition et l'hygiène, l'espacement des naissances et la planification familiale, l'allaitement au sein exclusif et le maintien de l'allaitement maternel, l'importance de tenir l'enfant au chaud et de le laver, la communication et le jeu avec l'enfant, les signes de danger pour la mère et le nouveau-né et où se rendre en cas de complications.* (85,83)

2. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui ont signalé avoir eu l'occasion de parler de leurs préoccupations et de leurs préférences. (82,79)

3. Proportion de soignants de l'établissement ayant montré les aptitudes suivantes : écoute active, capacité à poser des questions et à répondre aux questions, vérification que les informations données aux femmes et leur famille ont été comprises et aptitude à aider les femmes à résoudre leurs problèmes. (76,67)

Mesures relatives aux résultats

1. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui ont estimé avoir été bien informées par le(s) soignant(s) à propos des examens effectués ainsi que des mesures et décisions appliquées dans le cadre de leur prise en charge. (83,58)

2. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui ont signalé que leurs besoins et leurs préférences avaient été pris en compte pendant la phase de travail, l'accouchement et les soins postnatals. (80,67)

3. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui ont dit être satisfaites des services de santé. (80,66)

4. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui ont signalé être satisfaites de l'éducation et des informations sanitaires qu'elles ont reçues de la part des soignants. (76,25)

Charte de qualité 4.2 : Toutes les femmes et leur famille bénéficient de soins coordonnés et d'un échange d'informations clair et précis entre les professionnels de la santé et ceux chargés de la prise en charge sociale.

Justification : La coordination des soins et la transmission d'informations précises entre soignants sont essentielles pour garantir la continuité des soins et éviter les retards dans les traitements.

Un format standard est utilisé pour l'échange d'informations entre soignants (par exemple au moment où les équipes se relaient et lors de la mutation des patients, dans les rapports avec les services sociaux, pour l'envoi des résultats de laboratoire), et les personnes qui s'occupent des patients communiquent en face-à-face ou par téléphone lorsqu'elles doivent se relayer. Les résultats des principaux tests de diagnostic sont communiqués rapidement.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose d'un formulaire standard où sont notés l'évolution clinique et les éléments de surveillance pendant la phase de travail (partographe), l'accouchement et la période postnatale pour faciliter la transmission d'informations écrites.* (91,75)

2. L'établissement de santé dispose de protocoles écrits et actualisés concernant la transmission orale et écrite d'informations sur les femmes et les nouveau-nés au moment où les équipes se relaient, pendant les transferts au sein de l'établissement, lors des transferts vers d'autres établissements et au moment de la sortie.* (89,14)

3. *Les soignants de la maternité sont orientés et bénéficient d'une formation continue et de séances de remise à niveau au moins une fois tous les 12 mois concernant la politique de passage de relai et la communication d'informations importantes sur le passage de relai, l'orientation ou la sortie des patients. (81,53)*

4. *L'établissement de santé dispose d'un système de communication fiable pour l'échange d'informations entre les prestataires de services concernés. (78,26)*

Mesures relatives aux produits / processus

1. *Proportion de femmes pour qui un partographe a été réalisé pendant la phase de travail et l'accouchement. (81,87)*

2. *Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui ont signalé que les soignants se sont présentés et ont montré qu'ils connaissaient bien les antécédents de la patiente et les soins prodigués jusqu'alors. (73,47)*

Mesures relatives aux résultats

1. *Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui ont exprimé leur satisfaction concernant les services de santé.* (83,53)*

2. *Proportion de soignants, par catégorie, et de professionnels de la prise en charge sociale satisfaits de la communication lors du passage de relai entre les membres de l'équipe soignante de l'établissement. (68,98)*

Documents de référence utilisés pour établir le standard 4

Anderson L, Scrimshaw S, Fullilove M, Fielding J, Normand H. Culturally competent healthcare systems: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003;24:68–79.

Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD003267.

Fealy G, Riordan F. Communication and clinical handover practices: a systematic review. Dublin: University College Dublin and Health Service Executive; 2014.

Iedema R, Manidis M. Patient–clinician communication: an overview of relevant research and policy literatures. In: Communication (clinical handover) in maternity services. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care and UTS Centre for Health Communication; 2014 (National clinical guideline No. 5) (<http://health.gov.au/wp-content/uploads/2015/01/National-Clinical-Guideline-No.-5-Clinical-Handover-Nov2014.pdf>).

Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;4:CD003716.

Kongnyu E, van den Broek N. Criteria for clinical audit of women friendly care and providers' perception in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008;8:28.

National Institute for Health Care Excellence. Patient experience in adult NHS services. Londres; 2012 (<https://www.nice.org.uk/guidance/qs15/chapter/quality-statement-2-demonstrated-competency-in-communication-skills#quality-statement-2>).

de Silva A. A framework for measuring responsiveness. Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2000 (<http://www.who.int/responsiveness/papers/paper32.pdf?ua=1>).

The Joint Commission. Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: a roadmap for hospitals. Oakbrook Terrace, Illinois; 2010 (<http://www.jointcommission.org>).

Standard 5 : Les femmes et les nouveau-nés bénéficient de soins dans le respect et le maintien de leur dignité.

Charte de qualité 5.1 : L'intimité de toutes les femmes et de tous les nouveau-nés pendant la période périnatale est respectée, et la confidentialité est assurée.

Justification : Le respect de l'intimité et de la confidentialité des informations est une marque de considération envers les femmes et les familles, qui sont ainsi protégées de toute stigmatisation liée à leurs problèmes et ont davantage confiance dans les prestataires de soins.

Les soignants respectent l'intimité des patients et la confidentialité des informations dans le cadre des soins. Des draps, des rideaux et des paravents sont disponibles pour garantir le respect de l'intimité et les informations données oralement ou mises par écrit concernant la santé des femmes et des nouveau-nés restent confidentielles.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'environnement matériel de l'établissement de santé permet de garantir l'intimité et de prodiguer des soins dans le respect et en toute confidentialité. En particulier, il y a des rideaux, des paravents et des cloisons et suffisamment de lits disponibles.* (94,80)
2. L'établissement de santé dispose de protocoles écrits et à jour pour garantir à toutes les femmes et à tous les nouveau-nés le respect de l'intimité et de la confidentialité, pour tous les aspects des soins.* (89,27)
3. L'établissement de santé dispose de mécanismes de redevabilité pour remédier aux cas de violation de l'intimité, de la confidentialité ou du consentement. (85,16)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Proportion de procédures, dans l'établissement de santé, qui exigent l'enregistrement du consentement écrit de la patiente.* (86,90)
2. Proportion de femmes ayant passé des examens ou bénéficié d'actes médicaux dans l'établissement de santé qui ont indiqué que leur autorisation avait été sollicitée avant les examens ou les actes en question. (84,41)

Mesures relatives aux résultats

1. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui ont été satisfaites du degré d'intimité pendant leur séjour en salle d'accouchement. (85,63)
2. Proportion de femmes examinées et traitées dans l'établissement de santé satisfaites du degré d'intimité pendant les examens et le traitement. (85,48)
3. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement et ayant exprimé leur satisfaction concernant les services de santé. (81,90)

Charte de qualité 5.2 : Aucune femme ni aucun nouveau-né n'est victime de maltraitance tel que violence physique, sexuelle ou verbale, de discrimination, de privation de soins, de détention, d'extorsion ou de refus de prestation de services.

Justification : Chaque femme a le droit fondamental de bénéficier de soins de santé du plus haut niveau possible, sans discrimination ni maltraitance.

Les soignants traitent toutes les femmes avec gentillesse, compassion, courtoisie, respect, compréhension et honnêteté, en veillant à préserver leur dignité. Les femmes peuvent se plaindre sans craindre des répercussions, et elles peuvent se déplacer librement dans l'établissement de santé ou en dehors.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose de politiques écrites et à jour afin que les discriminations et la maltraitance à l'égard des femmes et des nouveau-nés ne soient en aucun cas tolérées.* (91,19)
2. L'établissement de santé dispose d'un système tel que les mères de nouveau-nés de petite taille ou malades peuvent être proches de leur enfant et s'en occuper.* (89,59)
3. Les tarifs des soins dispensés à la maternité pour les mères et les nouveau-nés sont équitables, abordables et clairement affichés.* (89,07)
4. L'établissement dispose de mécanismes de responsabilité écrits pour remédier aux cas de maltraitance. (88,50)
5. L'établissement de santé dispose d'une politique et de protocoles écrits et à jour précisant que les femmes et les familles ont le droit de se plaindre au sujet des soins reçus, et un dispositif est facilement accessible (par exemple une boîte) pour recueillir les plaintes. (88,34)
6. Les soignants de la maternité bénéficient d'une formation continue et d'un encadrement concernant les droits des mères et des nouveau-nés, le respect dans le cadre des soins et les mécanismes de responsabilité. Les nouveaux membres du personnel bénéficient d'une initiation. (87,36)
7. La politique de l'établissement de santé en matière de paiement interdit clairement de priver une femme ou son enfant de sa liberté en cas de non-paiement. (86,00)
8. L'établissement de santé possède une boîte facilement accessible dans laquelle les femmes et leur famille peuvent déposer leurs plaintes. Cette boîte est périodiquement vidée, et les plaintes sont examinées. (77,22)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui ont signalé avoir été victimes, ou que leur nouveau-né a été victime, de violences physiques, verbales ou sexuelles pendant la phase de travail ou l'accouchement, ou après l'accouchement. (86,68)
2. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé dont les attentes religieuses et culturelles ont été satisfaites. (78,15)
3. Proportion de femmes qui se sont rendues dans l'établissement de santé et à qui les soins ont été refusés parce qu'elles n'étaient pas en mesure de payer. (76,97)
4. Proportion de plaintes reçues au sujet du respect et du maintien de la dignité des femmes et de leur famille. (74,37)
5. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui connaissaient l'existence d'une boîte à plaintes et qui connaissaient l'emplacement de celle-ci. (70,90)

Mesures relatives aux résultats

1. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui étaient satisfaites des services de santé. (85,93)
2. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui ont indiqué avoir été traitées avec respect et dont la dignité a été respectée. (84,13)
3. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui se sont plaintes et dont les plaintes ont été traitées sans qu'il y ait de conséquences. (72,82)

Charte de qualité 5.3 : Toutes les femmes peuvent faire des choix éclairés concernant les services dont elles bénéficient, et les motifs des interventions et leurs résultats sont clairement expliqués.

Justification : Il est essentiel que les femmes se sentent impliquées dans leur traitement et dans leurs soins et puissent faire des choix éclairés afin de mieux suivre le traitement et d'en être plus satisfaites.

Les femmes sont informées de leurs droits et des différentes options de soins, et elles sont encouragées à poser des questions. Elles sont soutenues dans leur prise de décisions sur tous les aspects des soins et du traitement ; leurs valeurs et leurs croyances personnelles sont respectées, et les actes sont effectués avec leur consentement.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. *L'établissement de santé dispose d'une politique écrite et à jour concernant l'obtention du consentement éclairé des femmes avant tout examen ou autre acte médical.* (90,98)*
2. *L'établissement de santé dispose d'un formulaire de consentement standardisé qui aide les soignants à fournir aux femmes des informations facilement compréhensibles afin d'obtenir leur consentement éclairé.* (90,39)*
3. *Les soignants de l'établissement de santé bénéficient d'une formation continue et d'un encadrement en ce qui concerne les procédures relatives au consentement éclairé effectif et le droit des femmes à choisir les soins au moment de l'accouchement. Les nouveaux membres du personnel bénéficient d'une initiation.* (87,51)*
4. *L'établissement de santé dispose de mécanismes de redevabilité écrits pour remédier aux cas où les femmes n'ont pas eu la possibilité de donner leur consentement éclairé, et ce mécanisme est connu publiquement. (81,41)*

Mesures relatives aux produits / processus

5. *Proportion d'actes pratiqués dans l'établissement de santé pour lesquels un consentement écrit et enregistré est requis, signé par la patiente ou un membre de sa famille. (8,32)*
6. *Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui ont estimé avoir été correctement informées par les soignants au sujet des décisions prises à propos des soins. (80,82)*
7. *Proportion de femmes ayant reçu des soins dans l'établissement de santé qui étaient conscientes d'avoir le droit d'accepter ou de refuser un traitement. (78,55)*

Mesures relatives aux résultats

1. *Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé par césarienne et qui savaient pourquoi la césarienne était préconisée. (87,13)*
2. *Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement qui ont exprimé leur satisfaction concernant les services de santé. (82,74)*
3. *Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement qui ont estimé avoir participé aux décisions concernant la phase de travail, l'accouchement et les soins postnatals. (75,86)*

Documents de référence utilisés pour établir le standard 5

- Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 2015;12:e1001847.
- Dwamena F1, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD003267.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. Mother–baby friendly birthing facilities. *Int J Gynaecol Obstet* 2015;128:95–99.
- Kongnyuy E, van den Broek N. Criteria for clinical audit of women friendly care and providers' perception in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008;8:28.
- Lothian JA. Do not disturb: the importance of privacy in labor, *J Perinat Educ* 2004;13:4–6.
- National Institute for Health and Care Excellence. Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. Londres; 2012 (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg138>).
- Organisation mondiale de la Santé. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins. Genève, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134589/1/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?ua=1).

Reader TW, Gillespie A. Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model. BMC Health Serv Res 2013;13:156.

de Silva A. A framework for measuring responsiveness. Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2000 (<http://www.who.int/responsiveness/papers/paper32.pdf?ua=1>).

Valentine NB, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB. Health system responsiveness: concepts, domains and measurement. In: Murray CJL, Evans DB, editors, Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Standard 6 : Chaque femme et sa famille, ou la personne de son choix qui l'accompagne, bénéficient d'un soutien psychologique qui répond à leurs besoins et qui renforce les capacités de la patiente.

Charte de qualité 6.1 : Chaque femme a la possibilité d'être accompagnée par la personne de son choix pendant la phase de travail et l'accouchement.

Justification : Les personnes qui accompagnent la femme pendant la phase de travail et l'accouchement apportent un soutien physique, psychologique et spirituel et ont donc un effet positif sur la femme et sur l'issue de l'accouchement.

Les femmes sont autorisées et encouragées à choisir une personne pour les accompagner pendant la phase de travail et l'accouchement. Celle-ci bénéficie de conseils pour soutenir la femme pendant la phase de travail et l'accouchement, et la femme et la personne qui l'accompagne sont encouragées à participer activement aux soins.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. Les salles d'accouchement sont organisées de façon à laisser un espace privé à la femme et à la personne qui l'accompagne au moment de l'accouchement.* (91,59)
2. L'établissement de santé dispose d'un protocole écrit et à jour, qui est expliqué aux femmes et à leur famille afin d'encourager toutes les femmes à être accompagnées pendant la phase de travail et l'accouchement et immédiatement après la naissance par une personne de leur choix au moins, suivant le contexte culturel.* (91,25)
3. Le personnel de l'établissement de santé bénéficie de séances de formation, au moins une fois tous les 12 mois, sur les données relatives à la présence d'un accompagnateur choisi et sur l'impact positif de cette présence pendant la phase de travail et l'accouchement. (84,63)
4. Des séances d'orientation et des informations (écrites ou sous forme d'image) sont disponibles pour orienter les accompagnateurs quant à leur rôle aux côtés de la femme pendant la phase de travail et l'accouchement. (83,40)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement qui ont été accompagnées par la personne de leur choix pendant la phase de travail et l'accouchement.* (91,76)
2. Proportion d'accompagnateurs ayant été satisfaits par les orientations données quant à leur rôle pendant la phase de travail et l'accouchement. (75,19)

Mesures relatives aux résultats

1. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement qui étaient satisfaites des services de santé. (84,84)

Charte de qualité 6.2 : Chaque femme bénéficie d'un soutien pour renforcer ses capacités requises au cours de l'accouchement.

Justification : Chaque femme doit bénéficier d'un soutien psychologique pour améliorer sa santé mentale, avoir des perspectives positives et garantir une meilleure santé à la mère et au nouveau-né.

La prise en charge dans l'établissement optimise le bien-être biologique, psychologique, social et culturel. Les femmes sont encouragées à se mettre dans la position de leur choix pendant la phase de travail, à se déplacer librement à pied peu après l'accouchement et à manger et à boire suffisamment pour assurer une nutrition et une hydratation adéquates. Les femmes dont les besoins psychologiques sont complexes (par exemple, antécédents de décès d'un nouveau-né, de violence ou de viol, problèmes de santé mentale) sont repérées et soutenues. Les familles bénéficient d'une aide au deuil en cas de décès de la mère ou du nouveau-né.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

Les soignants affectés aux salles d'accouchement de la maternité ont reçu des orientations concernant la prise en charge de la douleur par des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques et ont bénéficié d'une formation continue ou de séances d'information au moins une fois au cours des 12 mois écoulés. (87,07)*

L'établissement de santé dispose d'un protocole écrit et actualisé, qui est expliqué aux femmes et à leur famille afin d'éviter autant que possible les interventions inutiles, de faire en sorte que la phase de travail se déroule normalement et de renforcer les capacités des femmes afin qu'elles se sentent maîtres de leur accouchement. (83,21)

Les soignants affectés aux salles d'accouchement de la maternité ont été guidés et ont bénéficié d'une formation continue ou de séances d'information au moins une fois au cours des 12 mois écoulés pour renforcer leurs compétences interpersonnelles et culturelles concernant le soutien psychologique.. (82,34)

L'établissement de santé dispose d'un mécanisme de référence pour les femmes et les familles dont les besoins émotionnels sont complexes, et celles-ci sont réorientées pour bénéficier d'une prise en charge spécialisée. (79,71)

Mesures relatives aux produits / processus

Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé dans la position de leur choix. (8,02)

Proportion de femmes endeuillées ou autrement touchées par un problème grave ayant bénéficié d'un soutien psychologique supplémentaire de la part du personnel de l'établissement de santé. (80,64)

Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé ayant indiqué avoir eu suffisamment à boire et à manger pendant la phase de travail. (80,10)

Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui se déplaçaient à pied au premier stade de la phase de travail. (77,30)

Mesures relatives aux résultats

Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement qui étaient satisfaites des services de santé. (84,69)*

Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement qui recommanderaient à d'autres d'y accoucher. (84,46)*

Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement ayant dit avoir eu une expérience positive de l'accouchement. (83,23)

Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement satisfaites que leurs choix et leurs préférences aient été respectés. (82,36)

Documents de référence utilisés pour établir le standard 6

- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7: CD003766.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, Organisation. Mondiale de la Santé. Mother–baby friendly birthing facilities. *Int J Gynaecol Obstet* 2015;128:95–99.
- National Institute for Health Care Excellence. Using organisational change to enhance the experience of women giving birth by focusing on normalising births. Londres; 2013 (<https://www.nice.org.uk/sharedlearning/using-organisational-change-to-enhance-the-experience-of-women-giving-birth-by-focusing-on-normalising-births>).
- National Institute for Health Care Excellence. NICE guidelines on routine intra-partum care (CG 190). Londres, 2014 (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/guidance-intra-partum-care-care-of-healthy-women-and-their-babies-during-childbirth-pdf>).
- Organisation mondiale de la Santé. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Genève, 2013 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/).
- Organisation mondiale de la Santé. WHO recommendations for augmentation of labour. Genève, 2014 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/augmentation-labour/en/).
- Renfrew MJ. Optimising the contribution of midwifery to preventing stillbirths and improving the overall quality of care: co-ordinated global action needed. *Midwifery* 2016;36:99–101.
- Royal College of Midwives. Maternal emotional wellbeing and infant development, a good practice guide for midwives, Londres, 2012 (https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Emotional%20Wellbeing_Guide_WEB.pdf).
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan, A, Devane, D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;8: CD004667.

Standard 7 : Pour chaque femme et chaque nouveau-né, du personnel compétent et motivé est toujours disponible pour prodiguer les soins courants et prendre en charge les complications.

Charte de qualité 7.1 : Chaque femme a accès en permanence à au moins un accoucheur qualifié et à du personnel de soutien pour les soins courants et la prise en charge des complications.

Justification : Il est essentiel que le personnel soignant soit disponible 24 heures sur 24 afin que les soins courants et d'urgence soient optimaux et que les complications soient prises en charge en temps voulu.

Il existe une politique sur les dotations en personnel de l'établissement de santé, examinée régulièrement et actualisée si nécessaire, qui précise les effectifs, les différentes catégories de personnel et les compétences nécessaires par rapport au volume de travail, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les cliniciens et les autres membres du personnel reçoivent des consignes quant à leur rôle et à leurs responsabilités dans l'établissement ou dans l'unité où ils sont affectés. Une liste indiquant les tâches et les heures de présence de chaque membre du personnel est actualisée et affichée en permanence. Il existe des informations écrites sur les modalités d'accès aux services et des panneaux indiquent les principaux services (par exemple le service des urgences) et *ce qu'il faut faire* en cas d'urgence. Les femmes sont triées à leur arrivée afin que les urgences soient traitées en priorité.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. Des accoucheurs qualifiés sont constamment disponibles dans l'établissement de santé et sont suffisamment nombreux pour faire face à la charge de travail prévue.* (89,50)
2. Il existe une politique écrite et à jour sur les dotations en personnel de l'établissement de santé, revue régulièrement en fonction de la charge de travail, qui précise les effectifs, les différentes catégories de personnel et les compétences nécessaires.* (89,05)

3. Une liste indiquant le nom de chaque membre du personnel en poste et les heures de présence, ainsi que les tâches et les responsabilités de chacun est affichée dans les différentes zones de l'établissement de santé. (86,43)
4. L'établissement de santé dispose d'une politique écrite et à jour concernant le triage et les temps d'attente pour les consultations et les traitements urgents et non urgents. (86,32)
5. L'établissement de santé dispose en permanence de canaux de communication clairs pour contacter le personnel en poste. (82,87)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Proportion de postes disponibles dans l'établissement de santé occupés par du personnel dont les compétences correspondent à la description de poste, permettant à l'établissement d'assurer des services 24 heures sur 24. (80,72)
2. Proportion de membres du personnel ayant reçu des consignes quant à leurs fonctions, leur rôle et leurs responsabilités dans l'établissement ou dans l'unité où ils sont affectés. (78,79)
3. Proportion de femmes ayant fréquenté l'établissement de santé ayant indiqué avoir été reçues dans des délais corrects compte tenu de leur état, conformément à la politique de l'établissement concernant le triage et les temps d'attente. (73,08)

Mesures relatives aux résultats

1. Proportion de femmes et de nouveau-nés pris en charge par un accoucheur qualifié (répondant à la définition) dans l'établissement pendant et après l'accouchement.* (90,11)
2. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé ayant indiqué avoir été informées des signes de danger pour elles-mêmes et pour leur enfant, et préparées aux situations d'urgence. (84,27)
3. Proportion de femmes ayant fréquenté l'établissement de santé qui étaient satisfaites des soins reçus. (80,87)

Charte de qualité 7.2 : Les accoucheurs qualifiés et le personnel de soutien ont les compétences requises pour répondre aux besoins pendant la phase de travail, l'accouchement et le début de la période postnatale.

Justification : Un personnel qualifié, formé et orienté est mieux à même d'assumer son rôle et ses responsabilités.

Pour chaque membre du personnel, il existe une description de poste précisant les compétences nécessaires, le rôle à jouer et les responsabilités à assumer, ainsi que les qualifications souhaitées et les autres exigences à remplir. La formation, l'homologation ou l'enregistrement et d'autres accréditations exigées par la loi ou la réglementation sont vérifiés pour tous les soignants et tenus à jour. Il existe des programmes de recrutement, de fidélisation, de perfectionnement professionnel et de formation continue pour l'ensemble du personnel.

L'ensemble du personnel bénéficie en permanence d'orientations sur les protocoles et les responsabilités, l'encadrement et les activités de perfectionnement professionnel, ses services sont évalués chaque année, et les bons résultats sont reconnus. Des systèmes efficaces et efficaces de prise en charge des cas permettent aux patients de bénéficier de soins adéquats en temps voulu et les soignants ont les compétences voulues pour les soins courants et la prise en charge des complications chez les mères et les nouveau-nés.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

4. L'établissement de santé dispose d'un programme de perfectionnement professionnel et de développement des compétences en continu pour tous les accoucheurs qualifiés et le personnel de soutien, et il organise des formations régulièrement.* (86,62)
5. L'établissement de santé dispose de procédures et de plans standardisés pour le recrutement, le déploiement, la motivation (système de reconnaissance et de récompense) et la fidélisation de l'ensemble du personnel.* (84,21)

6. L'établissement de santé évalue périodiquement l'ensemble du personnel et dispose d'un mécanisme de reconnaissance des bons résultats. (82,76)
7. L'établissement de santé compte un nombre suffisant d'accoucheurs formés, accrédités et motivés, qui possèdent tout l'éventail des compétences nécessaires et qui travaillent au sein d'équipes pluridisciplinaires. (81,83)
8. L'établissement de santé offre un environnement propice au perfectionnement professionnel, et un encadrement et un tutorat réguliers sont assurés. (79,24)
9. L'établissement de santé facilite la collaboration entre professionnels, les rôles et responsabilités étant clairement définis selon le champ d'exercice de chacun et les soins à prodiguer pendant la phase de travail, l'accouchement et le début de la période postnatale. (75,82)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Proportion d'accoucheurs qualifiés ayant reçu une description écrite de poste à leur arrivée dans l'établissement.* (85,81)
2. Proportion d'accoucheurs qualifiés ayant bénéficié d'une formation continue, d'une séance de remise à niveau ou d'un tutorat dans l'établissement au cours des 12 derniers mois. (81,80)
3. Nombre de visites d'encadrement pour soutenir la compétence clinique et l'amélioration des performances (au cours des trois derniers mois). (80,85)
4. Proportion du personnel de l'établissement de santé ayant été évalué au moins une fois au cours des 12 mois écoulés. (77,54)
5. Nombre de réunions d'équipe organisées chaque mois pour étudier les activités relatives à l'amélioration des compétences et de la qualité. (76,33)
6. Nombre mensuel d'interactions avec des mentors professionnels pour garantir la compétence clinique et améliorer les performances. (75,17)
7. Proportion du personnel de l'établissement de santé ayant participé à au moins deux réunions d'équipe pour l'amélioration de la qualité, et ayant pris part à des activités d'amélioration de la qualité au cours des six mois écoulés. (74,70)

Mesures relatives aux résultats

1. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui étaient satisfaites des soins et du soutien assurés par le personnel. (82,51)
2. Proportion d'accoucheurs qualifiés et de membres du personnel de soutien de l'établissement dont la dernière évaluation de la performance était satisfaisante.
3. Proportion du personnel de l'établissement de santé ayant indiqué être « très satisfaits » de leur emploi. (76,35)
4. Proportion du personnel de l'établissement de santé qui pouvait indiquer au moins une activité d'amélioration clinique à laquelle il a personnellement participé au cours des six derniers mois, et faire un compte rendu sur cette activité. (75,97)
5. Proportion du personnel de l'établissement de santé envisageant sérieusement de chercher un nouvel emploi. (64,26)

Charte de qualité 7.3 : La direction administrative et clinique de chaque établissement de santé est collectivement responsable de la mise au point et de l'application des politiques appropriées et crée des conditions propices à l'amélioration continue de la qualité par le personnel de l'établissement.

Justification : Une bonne direction administrative et clinique améliore les performances en orientant et en étant source de motivation pour les employés et en créant des conditions propices à l'amélioration continue de la qualité par le personnel.

Il existe une direction administrative et clinique, une responsabilité collective, des politiques et des procédures de gouvernance appropriées et des conditions propices à l'amélioration continue de la qualité par le personnel. La structure hiérarchique est définie, il y a des mécanismes de *redevabilité* et il existe une équipe chargée d'améliorer la qualité dotée de ressources pour y parvenir. Le personnel

élabore et met en œuvre collectivement des programmes d'amélioration de la qualité et de sécurité des patients, et il bénéficie d'un soutien, d'un encadrement et d'un tutorat.

Il existe une politique et un plan pour gérer les risques financiers, et l'établissement effectue des audits régulièrement (décès maternels et périnataux et décès évités de justesse). Un système permet d'étudier régulièrement les données collectées et de signaler les problèmes relatifs à la gestion de la qualité pour orienter la prise de décisions et suivre les performances. Les soins prodigués et la satisfaction des patients sont régulièrement contrôlés, et la situation concernant l'amélioration de la qualité est rapportée dans des documents.

Mesures de qualité
Mesures relatives aux intrants
1. L'établissement de santé dispose d'un plan écrit et à jour pour améliorer la qualité des soins et d'un programme de sécurité des patients.* (88,08)
2. L'établissement de santé dispose d'une structure hiérarchique actualisée, exposée par écrit, où les rôles, les responsabilités et les mécanismes de responsabilités sont définis.* (87,19)
3. L'établissement de santé dispose d'une équipe chargée de l'amélioration de la qualité et de personnel responsable.* (85,38)
4. L'établissement de santé dispose d'un mécanisme pour collecter régulièrement des informations sur la satisfaction des patients et des prestataires. (84,98)
5. L'établissement organise au moins une réunion par mois pour examiner les données, contrôler l'amélioration de la qualité, formuler des recommandations pour s'attaquer à tout problème recensé, récompenser les membres du personnel qui ont fait du bon travail et encourager ceux qui s'efforcent de s'améliorer. (83,19)
6. Toutes les procédures standardisées de gouvernance (politiques et protocoles) sont en place, et l'ensemble du personnel concerné peut les consulter. (82,61)
7. Proportion de membres de la direction de l'établissement de santé ayant été formés à l'amélioration de la qualité et à la direction du changement (utilisation des informations, comportement propice, formation continue). (81,07)
8. L'établissement de santé organise au moins deux réunions par an avec les parties concernées (par exemple la communauté, les usagers des services, les partenaires) afin d'examiner son fonctionnement, de recenser les problèmes et de recommander des mesures conjointes en vue d'améliorer la qualité.
9. Proportion de membres de la direction de l'établissement de santé formés pour diriger et gérer. (80,89)
10. Il existe une politique permettant au personnel d'informer la direction de l'établissement sur l'amélioration de la qualité et sur ses performances. (80,82)
Mesures relatives aux produits / processus
1. La direction de l'établissement de santé a communiqué à l'ensemble du personnel concerné des informations sur les performances de l'établissement à l'aide de mécanismes de suivi établis (par exemple un tableau de bord donnant les principaux indicateurs). (79,75)
2. Proportion de réunions mensuelles sur la qualité des soins ayant été réellement organisées au cours des 12 mois écoulés. (78,69)
Mesures relatives aux résultats
1. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé satisfaites des soins et du soutien assurés par le personnel. (83,95)
2. Données factuelles prouvant que le système est plus performant (selon le tableau de bord de l'établissement). (82,50)

Documents de référence utilisés pour établir le standard 7

- Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe. Hospital care for mothers and newborn babies: quality assessment and improvement tool. Copenhague, 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2014/hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies-quality-assessment-andimprovement-tool.pdf?ua=1>).
- Fonds des Nations Unies pour la population. La pratique de sage-femme dans le monde en 2011 : naissances réussies, vies sauvées. New York, 2011.
- Gülmezoglu MA, Lawrie TA. Impact of training on emergency resuscitation skills: impact on Millennium Development Goals (MDGs) 4 and 5. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015; doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.03.018.
- ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet* 2014;384:1226–1235.
- International Confederation of Midwives. Essential competencies for basic midwifery practice. The Hague; 2011 (<http://www.internationalmidwives.org>).
- Organisation mondiale de la Santé. Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié – une déclaration conjointe OMS, ICM, FIGO. Genève, 2005 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43169/1/9242591696.pdf>).
- Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/fr/>).
- Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2006. Travailler ensemble pour la santé. Genève, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/fr/>).
- Organisation mondiale de la Santé. District planning tool for maternal and newborn health strategy implementation: a practical tool for strengthening health management system. Genève, 2011.
- Organisation mondiale de la Santé. Guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health, approved by the WHO Guidelines Review Committee. Recommendations on newborn health. Genève, 2013 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-newborn-health.pdf).
- Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014; 384:1129–1145.
- The Lancet. Midwifery. An executive summary for The Lancet's series. Londres, 2014 (http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery_exec_summ.pdf).
- Whittaker S, Shaw C, Spieker N, Linegar A. Quality standards for healthcare establishments in South Africa. In: Padarath A, English R, editors. *South African Health Review*. Pretoria: National Department of Health; 2011:59–68 (http://www.cohsasa.co.za/sites/cohsasa.co.za/files/publication_pdfs/chap_5_quality_standards_pgs_59-68_0.pdf).

Standard 8 : L'établissement de santé dispose d'un environnement matériel adéquat. L'approvisionnement en eau et en énergie, ainsi que les médicaments, les fournitures et le matériel sont suffisants pour les soins courants dispensés aux mères et aux nouveau-nés et pour la prise en charge des complications.

Charte de qualité 8.1 : L'approvisionnement en eau et en énergie, les moyens d'assainissement et les installations pour l'hygiène des mains et l'élimination des déchets fonctionnent, sont fiables et sûrs et suffisent pour répondre aux besoins du personnel, des patientes et des familles.

Justification : Pour une prise en charge correcte des patients, mener à bien tous les actes et toutes les interventions nécessaires et lutter contre les infections, il est fondamental de disposer d'un environnement sûr, propre et hygiénique, d'un approvisionnement ininterrompu en eau potable et en électricité, de bons moyens d'assainissement et d'un système permettant d'éliminer les déchets en toute sécurité.

Un approvisionnement ininterrompu en eau potable est constamment disponible sur place pour la boisson, le nettoyage et le lavage des mains, dans toutes les zones de soins, y compris les salles d'accouchement, les salles où se trouvent les nouveau-nés et les blocs opératoires. Les sanitaires sont disponibles, *ceux réservés aux hommes et ceux réservés aux femmes sont clairement séparés* et les femmes, leur famille et le personnel y ont accès. L'électricité est constamment disponible dans l'établissement de santé et ses annexes (par exemple les bâtiments réservés au personnel), grâce à des panneaux solaires, à un générateur ou à un raccordement au réseau électrique. Il existe un dispositif de tri, de collecte, de transport, de traitement et d'élimination *sûre* des déchets. L'établissement dispose d'un budget et d'un protocole pour assurer et maintenir l'approvisionnement en énergie, en eau potable et l'assainissement.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. *L'établissement de santé dispose d'une source d'eau potable dans ses locaux, suffisante pour répondre à tous les besoins (boisson, hygiène personnelle, actes médicaux, nettoyage, lessive et cuisine) du personnel, des femmes, des nouveau-nés et de leur famille.* (90,90)*
2. *L'établissement de santé dispose, partout où des soins sont dispensés, de poubelles étanches, couvertes et étiquetées et de boîtes imperméables pour les déchets perforants, afin de pouvoir trier les déchets suivant quatre catégories : déchets infectieux perforants, déchets infectieux non perforants, déchets ménagers non infectieux (par exemple nourriture, emballages) et déchets anatomiques (par exemple placentas).* (90,88)*
3. *L'établissement de santé dispose pour tous les services d'un point d'eau en état de marche pour 10 lits, avec du savon et des solutions hydro-alcooliques pour le lavage des mains.* (89,53)*
4. *L'établissement de santé dispose d'une infrastructure (par exemple panneau solaire, générateur, raccordement au réseau électrique) qui permet de répondre en permanence à la totalité de ses besoins en électricité et aux besoins des infrastructures associées, ainsi que d'une alimentation électrique de secours. (89,41)*
5. *L'établissement de santé dispose de protocoles écrits et à jour et de matériels de sensibilisation (affiches) sur le nettoyage et la désinfection, l'hygiène des mains, le fonctionnement et la maintenance des installations servant à l'approvisionnement en eau, à l'assainissement et à l'hygiène et sur la gestion des déchets en toute sécurité. Ces affiches se trouvent dans les endroits où les activités se déroulent. (88,05)*
6. *L'établissement de santé dispose, dans ses locaux, de sanitaires utilisables, bien éclairés la nuit et accessibles aux personnes à mobilité réduite. Ceux destinés aux hommes et ceux destinés aux femmes sont clairement séparés, pour le personnel et pour les patients. Il y a au moins un cabinet de toilettes qui permet aux femmes d'assurer leur hygiène pendant les règles, ainsi qu'un point d'eau et du savon pour se laver les mains (au moins 1 latrine pour 20 personnes dans les endroits où il y a des patients hospitalisés). (87,46)*

7. L'établissement de santé dispose de suffisamment de personnel formé et compétent sur place en fonction des besoins. Les responsabilités du personnel concernant le nettoyage, le fonctionnement et la maintenance des installations servant à l'approvisionnement en eau, à l'hygiène et à l'élimination des déchets de soins sont clairement définies. (86,44)
8. L'établissement de santé dispose de fonds suffisants pour réparer, améliorer et assurer le fonctionnement permanent et la maintenance des installations servant à l'approvisionnement en eau, à l'hygiène et à l'élimination des déchets de soins. (83,13)
9. L'établissement de santé dispose d'un plan de gestion du carburant et d'un stock tampon au niveau local, ainsi que d'un budget suffisant pour acheter, à tout moment, le carburant nécessaire aux véhicules, à la cuisine et au chauffage, en fonction des besoins. (83,02)
10. L'établissement de santé dispose d'un plan de prévention des risques en vue de gérer et d'améliorer l'approvisionnement en eau, les moyens d'assainissement et l'hygiène, notamment pour prévenir et combattre les infections. (81,34)
11. L'établissement de santé dispose d'un plan de gestion de l'énergie doté d'un budget suffisant, réglementé par une autorité compétente et dont s'occupe un personnel qualifié. (77,26)

Mesures relatives aux résultats

1. Proportion de femmes et de familles ayant fréquenté l'établissement de santé qui étaient satisfaites de l'approvisionnement en eau, des moyens d'assainissement et des sources d'énergie disponibles et qui recommanderaient l'établissement à leur entourage. (76,75)
2. Proportion de soignants de l'établissement de santé qui étaient satisfaits de l'approvisionnement en eau, des moyens d'assainissement et des sources d'énergie disponibles et qui considéraient que ces services contribuent à offrir des soins de qualité. (76,23)
3. Proportion de femmes et de familles ayant fréquenté l'établissement de santé qui étaient satisfaites de l'approvisionnement en électricité et de l'éclairage et qui recommanderaient l'établissement à leur entourage. (74,20)

Charte de qualité 8.2 : Les salles d'accouchement et celles réservées aux soins postnatals sont signalées, organisées et entretenues afin que chaque femme et chaque nouveau-né puissent être pris en charge selon leurs besoins dans le respect de leur intimité, pour faciliter la continuité des soins.

Justification : L'infrastructure de l'établissement de santé doit être adéquate et bien entretenue, avec des prestations de base, une bonne aération, une source d'énergie disponible et une bonne hygiène.

L'infrastructure générale est organisée en différentes zones de service situées près des salles d'accouchement (zone de réception, de triage et d'évaluation, zone réservée aux soins urgents prodigués immédiatement après la naissance, services ou chambres d'hospitalisation, espace pour les nouveau-nés, service pour les nouveau-nés malades, service de soins « mère kangourou », unité de soins intensifs néonataux, bloc opératoire pour les césariennes) et équipée pour prodiguer des soins optimaux de manière efficace et cohérente. Les zones de service sont propres, bien aérées et bien éclairées, notamment la nuit. L'intimité est assurée (grâce à des rideaux ou à des cloisons, par exemple). Les installations de base (lits, matelas, linge de lit, salles de bains et toilettes) sont en place.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose, dans les salles d'accouchement, d'un espace réservé à la réanimation des nouveau-nés équipé d'une table radiante de type Resuscitaire® ou d'une table de réanimation et d'un appareil de chauffage radiant, d'une source de lumière et de matériel et fournitures pour la réanimation.* (94,67)
2. L'établissement de santé dispose d'un service d'obstétrique et d'un nombre suffisant de salles d'accouchement pour le nombre estimé de naissances.* (90,12)
3. Les salles d'accouchement et de néonatalogie et leur environnement sont propres, bien éclairés et bien aérés, ils garantissent l'intimité, ils sont correctement équipés et régulièrement nettoyés et entretenus.* (89,52)

4. L'établissement de santé organise et autorise la cohabitation pour toutes les femmes afin que les mères puissent rester avec leur enfant 24 heures sur 24. (86,57)
5. L'établissement de santé dispose d'une salle d'accouchement équipée d'une salle de bains ou d'une salle de douche et de toilettes en état de marche, propres et accessibles, réservées aux femmes en train d'accoucher. (88,94)
6. Un établissement proposant des services de chirurgie dispose d'un bloc opératoire bien équipé situé près des salles d'accouchement et facilement accessible. (88,84)
7. L'établissement dispose d'une salle de réveil ou d'une salle pour la prise en charge des femmes qui présentent des complications. (86,54)
8. L'établissement de santé dispose d'un service où sont admis les nouveau-nés malades ou de petite taille. (86,37)

Mesures relatives aux produits / processus

1. Proportion de femmes enceintes ayant fréquenté l'établissement de santé qui ont indiqué que celui-ci était propre et adapté à l'accouchement. (82,65)

Mesures relatives aux résultats

1. Proportion de femmes enceintes ayant accouché dans l'établissement de santé qui ont exprimé leur satisfaction concernant la salle d'accouchement, notamment la propreté, la proximité des toilettes, l'éclairage, le nombre de personnes dans la salle et le degré d'intimité. (81,81)

Charte de qualité 8.3 : Des stocks suffisants de médicaments, de fournitures et de matériel sont disponibles pour assurer les soins courants et la prise en charge des complications.

Justification : La disponibilité de médicaments, de matériel et autres fournitures essentiels est primordiale pour assurer des soins de qualité optimale.

Il existe une liste de médicaments et de fournitures essentiels (par exemple réactifs de laboratoire) indiquant leurs modes d'utilisation et de stockage de façon ordonnée, propre et sûre, avec un système efficace permet d'éviter les ruptures de stock. Tous les médicaments nécessaires sont disponibles là où les patientes sont prises en charge (par exemple le sulfate de magnésium dans les salles d'accouchement). Le matériel essentiel est toujours disponible au bon endroit et il existe un système pour l'entretenir régulièrement et des lignes directrices pour l'utiliser correctement. Il est possible de réaliser des examens de laboratoire (par exemple dosage de l'hémoglobine, détermination du groupe sanguin, recherche de protéines dans les urines) de façon systématique et dans le cadre de la prise en charge de complications. Du sang est disponible pour des transfusions et un approvisionnement ininterrompu en oxygène est disponible dans les salles d'accouchement et de soins néonataux.

Mesures de qualité

Mesures relatives aux intrants

1. L'établissement de santé dispose constamment de médicaments antihypertenseurs et de sulfate de magnésium en quantité suffisante dans les salles d'accouchement et de soins néonataux pour la prise en charge des cas de pré-éclampsie.* (92,81)
2. L'établissement de santé dispose constamment de médicaments utérotoniques et de fournitures pour la pose de perfusions (seringues, aiguilles, nécessaires à perfusion, sérum physiologique et sang) en quantité suffisante dans les salles d'accouchement et de soins postnatals pour la prise en charge des cas d'hémorragie du post-partum.* (92,31)
3. L'établissement de santé dispose constamment de corticostéroïdes à utiliser pendant la période prénatale (dexaméthasone ou bétaméthasone), d'antibiotiques et de sulfate de magnésium en quantité suffisante pour prendre en charge les naissances prématurées.* (92,15)
4. L'établissement de santé dispose constamment de matériel essentiel en état de marche et de fournitures essentielles pour détecter les complications (par exemple thermomètres, tensiomètres, stéthoscopes fœtaux, bandelettes urinaires, oxymètre de pouls) en quantité suffisante dans les salles d'accouchement de la maternité. (91,63)

-
5. *L'établissement de santé dispose constamment d'antibiotiques injectables de première et de deuxième intention et d'autres médicaments essentiels pour prendre en charge les femmes et les nouveau-nés qui présentent des infections, ou qui risquent d'en contracter, pendant la phase de travail, l'accouchement ou le début de la période postnatale. (91,48)*

 6. *L'établissement de santé dispose de fournitures de laboratoire essentielles, et il est en mesure de réaliser des examens de laboratoire fondamentaux (dosage de la glycémie, dosage de l'hémoglobine ou mesure de l'hématocrite, détermination du groupe sanguin et épreuve directe de compatibilité, dosage de la bilirubine, recherche de protéines dans l'urine, numération et formule sanguine, hémoculture, ionogramme sanguin, bilan rénal et bilan hépatique, dépistage de la syphilis, dépistage du VIH et test de diagnostic rapide du paludisme) pour faciliter la prise en charge des femmes et des nouveau-nés. (91,12)*

 7. *L'établissement de santé dispose de fournitures essentielles et de matériel en bon état de marche (lits d'accouchement, ventouses, forceps, couveuses, balance, gants stériles) en quantité suffisante dans les salles d'accouchement. (90,88)*

 8. *L'établissement de santé dispose constamment de fournitures et de matériel en état de marche pour les soins d'urgence et la réanimation des femmes (chariot de réanimation comportant le matériel et les fournitures nécessaires, système d'aspiration, oxymètre de pouls, dispositif de dégagement des voies respiratoires, laryngoscope, sonde d'intubation endotrachéale, ballons autoremplisseurs à valve unidirectionnelle pour adultes, nécessaires à perfusion, sérum physiologique) en quantité suffisante dans les salles d'accouchement et de soins postnatals. (89,70)*

 9. *L'établissement de santé dispose constamment d'une source d'oxygène sûre sans interruption et de fournitures pour administrer l'oxygène (canules à oxygène, cathéters et masques), y compris d'un système de ventilation en pression positive continue, dans les salles d'accouchement et de soins néonataux et au bloc opératoire (le cas échéant). (89,37)*

 10. *L'établissement de santé dispose constamment de fournitures et de matériel en état de marche pour les soins d'urgence et la réanimation des nouveau-nés (table de réanimation, chariot de réanimation pour nouveau-nés comportant le matériel et les fournitures nécessaires, appareil de chauffage, système d'aspiration, oxymètre de pouls, laryngoscope) en quantité suffisante dans les salles d'accouchement et de soins néonataux. (89,02)*

 11. *L'établissement de santé dispose, sur place, d'une pharmacie et d'un système de gestion des stocks de médicaments et de fournitures, placés sous la responsabilité d'un pharmacien ou d'un dispensateur de médicaments qualifié. (88,44)*

 12. *L'établissement de santé dispose d'un budget réservé aux médicaments, au matériel (et à sa maintenance) et aux fournitures médicales essentiels pour la prise en charge des mères et des nouveau-nés. (84,94)*

 13. *L'établissement de santé dispose d'un échographe en état de marche et de personnels capables de procéder à un examen échographique de base afin de déterminer le nombre de fœtus présents et l'âge gestationnel, de diagnostiquer des anomalies fœtales et de diagnostiquer précocement une insuffisance placentaire. (84,83)*

Mesures relatives aux produits / processus

1. *Disponibilité de médicaments essentiels vitaux (ocytocine, sulfate de magnésium, dexaméthasone, vitamine K, amoxicilline injectable et per os, benzylpénicilline, gentamicine, céftriaxone, métronidazole, médicaments antipaludiques, médicaments antirétroviraux et vaccins contre la tuberculose, l'hépatite B et la poliomyélite) au cours des trois derniers mois. (88,84)*

2. *Proportion de femmes ayant eu une pré éclampsie sévère ou une éclampsie dans l'établissement de santé et qui n'ont pas reçu une dose complète de sulfate de magnésium à cause d'une rupture de stock. (79,38)*

3. *Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé qui ont acheté des gants ou d'autres articles nécessaires. (70,62)*

Mesures relatives aux résultats

1. *Dans l'établissement de santé, proportion de femmes nullipares donnant naissance par césarienne, à ≥ 37 semaines de grossesse, à un fœtus unique se présentant par le sommet, après des contractions spontanées (classification de Robson, groupe 1). (82,54)*

2. *Proportion de césariennes nécessaires non pratiquées faute de fournitures ou de personnel qualifié. (74,81)*

Documents de référence utilisés pour établir le standard 8

Chartier Y, Emmanuel J, Pieper U, Prüss A, Rushbrook P, Stringer R, et al. Safe management of wastes from health-care activities. Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wastemanag/en/).

Organisation mondiale de la Santé. Éléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours. Genève, 1992 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37977/1/9242544248.pdf>).

- Organisation mondiale de la Santé. Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins. Genève, 2010 (http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/settings/ehs_health_care.pdf.pdf).
- Organisation mondiale de la Santé. Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé. Genève, 2009 (http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_systemsthinking_french.pdf).
- Organisation mondiale de la Santé. Évaluation des options de traitement domestique de l'eau : objectifs sanitaires et spécifications portant sur les performances microbiologiques. Genève, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77928/1/9789242548228_fre.pdf?ua=1).
- Organisation mondiale de la Santé. Service availability and readiness assessment. Genève, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149025/1/WHO_HIS_HSI_2014.5_eng.pdf).
- Organisation mondiale de la Santé, UNICEF. Progress on drinking-water and sanitation: Joint Monitoring Programme update 2014. Genève, 2014 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/jmp-report-2014/en/).
- Organisation mondiale de la Santé, UNICEF. L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Genève, 2015 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/washinhealthcare-facilities-fr.pdf?ua=1).
- Water Supply and Sanitation Collaborative Council. WASH targets and indicators post-2015: recommendations from international consultations. Genève, 2014 (http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/post-2015-WASH-targets-factsheet-12pp.pdf).

6. Opérationnalisation

Les soins de qualité, respectueux, efficaces et reposant sur des bases factuelles, et les éléments des systèmes de santé qui favorisent une prise en charge optimale des femmes et des nouveau-nés, tels que décrits dans le cadre de l’OMS pour la qualité des soins, doivent être mis en œuvre en suivant les standards et les chartes de qualité. Les standards doivent être adaptés au contexte de chaque pays afin de couvrir les processus détaillés pour les soins cliniques reposant sur des bases factuelles (standard 1), les systèmes d’information (2), les systèmes d’orientation des patients (3), l’expérience des patients (4–6), la compétence et la motivation des personnels (7) et la question des ressources (8). Les standards sont accompagnés de chartes de qualité, qui reposent sur des bases factuelles, suivies de mesures relatives aux intrants, aux produits et aux résultats. Ces standards permettent aux mères et aux nouveau-nés de bénéficier de soins de qualité. Les modalités de mise en œuvre des standards dépendent de l’expérience de chaque pays et d’un processus d’adaptation et d’apprentissage au niveau des pays et entre les pays.

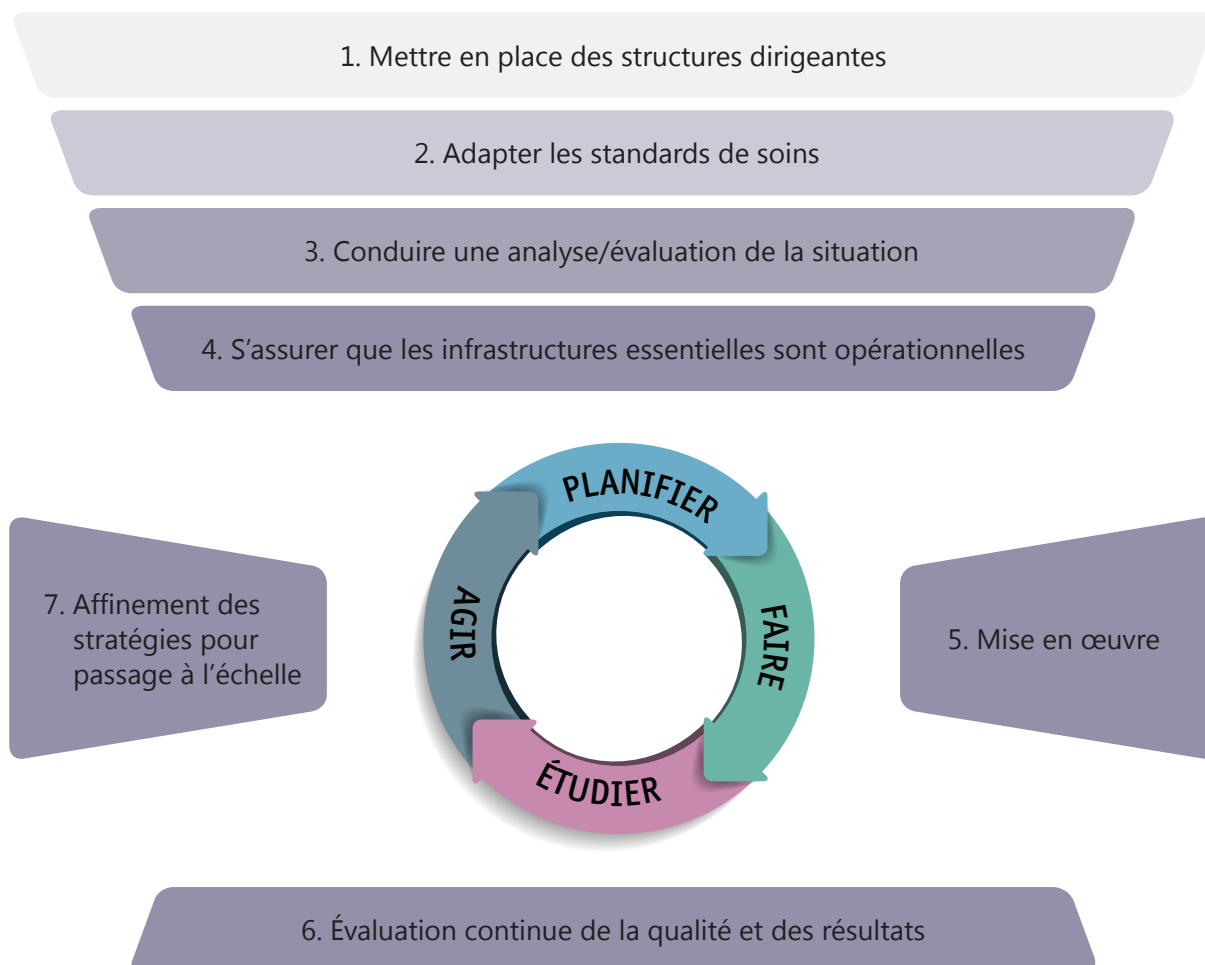
6.1 Diffusion

Le cadre, les standards et les mesures de qualité sont publiés dans un document technique de référence qui peut être intégré dans des documents stratégiques au niveau national. Ils font partie d’un ensemble d’outils normatifs destinés à favoriser l’amélioration de la qualité des soins dispensés aux mères et aux nouveau-nés. Rédigés initialement en anglais et traduits en français, ils seront traduits en arabe, en espagnol et en russe en collaboration avec les bureaux régionaux de l’OMS, afin d’être diffusés plus largement. La publication pourra être téléchargée sur les sites Web du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays de l’OMS, des centres collaborateurs de l’OMS et des institutions partenaires concernées par la qualité des soins dispensés aux mères et aux nouveau-nés. La version papier de la publication sera envoyée à tous les bureaux nationaux de l’OMS et les bibliothèques médicales ; les particuliers pourront se la procurer auprès de la librairie de l’OMS et de son réseau de distribution.

6.2 Approche pour la mise en œuvre

Afin d’améliorer l’accès aux standards et aux mesures de qualité et d’en accroître l’utilisation, des ateliers d’orientation et de renforcement des capacités se dérouleront dans toutes les régions de l’OMS, en collaboration avec les bureaux régionaux. Un soutien ciblé sera offert aux pays, et une plateforme d’apprentissage sera créée pour échanger les meilleures pratiques au sein des pays et entre les pays, suivant une approche novatrice (Fig. 3), qui est une adaptation du modèle « Plan Do Study Act » (22) basée sur une synthèse des données, des meilleures pratiques et de l’expérience. Cette approche offre un plan d’amélioration continue de la qualité qui permet de fixer des objectifs et de constituer des équipes afin d’obtenir les résultats escomptés moyennant le recours à des initiatives en faveur du changement (interventions individuelles, à plusieurs facettes ou complexes, selon le contexte ou les besoins), le renforcement des capacités et d’autres stratégies afin d’avoir toutes les chances de pérenniser la mise en œuvre.

Fig. 3. Approche pour la mise en œuvre



En outre des orientations étape par étape sur la mise en place d'un système pour améliorer la qualité des soins de la mère et du nouveau-né seront fournies dans le cadre de la stratégie et du plan opérationnel nationaux sur la qualité des soins. Ces orientations s'accompagneront des outils nécessaires et d'un renforcement ciblé des capacités pour un leadership fort par les pays.

7. Suivi et évaluation

La mise en œuvre de ces standards s'accompagnera d'un plan de suivi et d'évaluation internes et externes. Le suivi et l'évaluation internes seront intégrés dans les orientations et liés aux produits de la plateforme d'apprentissage. Le suivi et l'évaluation externes serviront à évaluer de façon rigoureuse la mise en œuvre suivant diverses méthodes, à partir de différentes sources et selon diverses structures d'étude afin de garantir l'efficacité (structures pragmatique et quasi expérimentale), le processus (structures quantitative et qualitative) et l'efficacité économique. Les résultats du suivi et des évaluations internes et externes serviront à améliorer les orientations sur la mise en œuvre et la plateforme d'apprentissage.

8. Mise à jour des standards

Les meilleures pratiques rapportées sur la plateforme d'apprentissage et les évaluations de la mise en œuvre seront rassemblées et utilisées pour revoir et actualiser les standards et les mesures de qualité, le cas échéant.

Références

1. Raven JH, Tolhurst RJ, Tang S, van den Broek N. What is quality in maternal and neonatal health care? *Midwifery* 2012;28:e676–e683.
2. Tuncalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gulmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. *Br J Obstet Gynaecol* 2015;122:1045–1049.
3. Organisation mondiale de la Santé. Strategies toward ending preventable maternal mortality. Genève, 2015 (http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/, consulté le 22 mars 2015).
4. Organisation mondiale de la Santé. Chaque nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables. Genève, 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/fr/, consulté le 19 janvier 2015).
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tuncalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health* 2014;2: e323–e333.
6. Observatoire mondial de la santé de l'OMS, 2014 (<http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>, consulté le 12 janvier 2015).
7. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014; 384:347–370.
8. Organisation des Nations Unies. Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. New York, 2010.
9. Campbell OM, Graham WJ. Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006;368:1284–1299.
10. Global Health Group. Where women go to deliver: overview of the project and review of preliminary findings. San Francisco, California: University of California at San Francisco, Global Health Sciences; 2014.
11. Organisation mondiale de la Santé. WHO multicountry survey on maternal and newborn health 2010–2012. Genève, 2011 (http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/nearmiss/en).
12. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* 2014;11:71.
13. Organisation mondiale de la Santé. The second report of the independent expert review group (iERG) in information and accountability for women's and children's health. Genève, 2013.

14. Wilson L, Goldsmith P. Quality and its measurements. In: Wilson L, Goldsmith P, Editors. Quality management in health care. Sydney: McGraw-Hill; 1995;229–258.
15. Roemer MI, Montoya-Aguilar C. L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé primaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1989.
16. Institute of Medicine. A strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
17. Organisation mondiale de la Santé. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Genève, 2006.
18. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260:1743–1748.
19. Maxwell RJ. Dimensions of quality revisited: from thought to action. Qual Health Care 1992; 1:171–177.
20. Ovretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K, et al. Health service quality. An introduction to quality methods for health services. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1992.
21. Hulton L, Matthews Z, Stones RW. A framework for the evaluation of quality of care in maternity services. Southampton: University of Southampton; 2000.
22. Organisation internationale de normalisation. Genève (<http://www.iso.org/iso/home/standards.htm>, consulté le 24 juin 2016)
23. The Joint Commission. Oakbrook Terrace, Illinois http://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaq.aspx, consulté le 24 juin 2016.
24. The Council for Health Service Accreditation of Southern Africa (COHSASA) accreditation standards. Pretoria (<http://www.cohsasa.co.za/>, consulté le 24 juin 2016).
25. National Institute for Health and Care Excellence. Londres (<https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators>, consulté le 24 juin 2016).
26. Pharmaccess group. Safe care basic healthcare standards. La Haye (<http://www.safe-care.org/index.php?page=safecare-standards>, consulté le 24 juin 2016).
27. Organisation mondiale de la Santé. Standards for maternal and neonatal care. Group 1: General standards of care for healthy pregnancy and childbirth. Genève, 2007 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/a91272/en/)

Annexe 1.

Participants à la réunion du groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices, Genève, 3–4 juin 2015

Dr Pierre Barker, Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, Massachusetts, États-Unis d'Amérique

Mme Sheena Currie, Maternal and Child Health Integrated Program, United States Agency for International Development, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Dr Kim Dickson, UNICEF, New York City (NY), États-Unis d'Amérique

Mme Claudia Hanson, Karolinska Institute, Stockholm, Suède

Dr Kathleen Hill, JHPIEGO, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Dr Asia Kassim Hussein, UNICEF, Dar-es-Salaam, République-Unie de Tanzanie

Dr Theopista John, Bureau de pays de l'OMS, Dar-es-Salaam, République-Unie de Tanzanie

Dr Lily Kak, Global Partnerships and Newborn Health, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Dr Senait Kebede, Emory University, Atlanta, Géorgie, États-Unis d'Amérique

Professeur Joy Lawn, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni

Dr Tess Lawrie, Evidence-based Medicine Consultancy Ltd, Bath, Royaume-Uni

M. Norman Lufesi, Ministère de la santé, Lilongwe, Malawi

Dr Carolyn Maclennan, Alice Springs Hospital, Alice Springs, NT, Australie

Dr Silke Mader, European Foundation for the Care of Newborn Infants, Munich, Allemagne

Dr Md. Ziaul Matin, UNICEF, Dacca, Bangladesh

Dr Goldy Mazia, Maternal and Child Survival Program, PATH, Seattle, Washington, États-Unis d'Amérique

Dr Georgina Msemu, Ministère de la santé et des affaires sociales, Dar-es-Salaam, République-Unie de Tanzanie

Dr Jim Neilson, Professeur de gynécologie-obstétrique, University of Liverpool, Royaume-Uni

M. Lee Pyne-Mercier, Fondation Bill & Melinda Gates, Seattle, Washington, États-Unis d'Amérique

Dr Isabella Sagoe-Moses, Ministère de la santé, Accra, Ghana

Dr Memuna Tanko, Directeur par intérim, Assurance de la qualité, Autorité nationale de l'assurance-maladie, Accra, Ghana

Professeur Nynke van den Broek, Centre for Maternal and Newborn Health, Liverpool School of Tropical Medicine, Royaume-Uni

Mme Donna Vivio, Senior Newborn Health Advisor, United States Agency for International Development, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Dr Nabila Zaka, Conseiller principal en santé, UNICEF, Genève, Suisse

Annexe 2.

Liste des participants à l'étude Delphi

Joel Adze, Kaduna State University, Kaduna, Nigéria

Anna Afugglas, Fonds des Nations Unies pour la population, Phnom Penh, Cambodge

Dr Elnahas Amir, Centre médical et de recherche Sidra, Doha, Qatar

Professeur Surasak Angsuwathana, Faculté de médecine, Université Mahidol, Bangkok, Thaïlande

Sir Sabaratnam Arulkumaran, FIGO, Londres, Royaume-Uni

Dr Deorari Ashok, All-India Institute of Medical Sciences, New Delhi, Inde

Mme Joanne Ashton, Joint Commission International, Oakbrook Terrace, Illinois, États-Unis d'Amérique

Professeur Nabhan Ashraf, Université d'Ain Shams, Le Caire, Égypte

Dr Alberta Bacci, consultant indépendant, Lisbonne, Portugal

Dr Solange Balaga, consultant indépendant, Kinshasa, République démocratique du Congo

Dr Cyprien Baribwira, Maryland Global Initiative Corporation (MGIC), Kigali, Rwanda

Dr Suppawat Boonkasidecha, Institut national de santé de l'enfant Reine Sirikit, Bangkok, Thaïlande

Dr Betzabe Butron, Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Dr Romano Byaruhanga, Kampala Medical Chambers Hospital, Kampala, Ouganda

Mme Anna Coates, Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Dr Jeanine Umutesi Condo, Université du Rwanda, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Kigali, Rwanda

Dr Dilberth Cordero, Bureau de pays de l'OMS, Tegucigalpa, Honduras

Mme Sheena Currie, JHIEGO and Maternal and Child Health Integrated Program, United States Agency for International Development, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Dr Louise Day, LAMB Integrated Rural Health and Development, Dacca, Bangladesh

Professeur Soo Downe, Research in Childbirth and Health Group, Londres, Royaume-Uni

Atf Gherissi, Université de Tunis El Manar, Tunis, Tunisie

Professeur Michael English, KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, Nairobi, Kenya

Professeur Jan Jaap Erwich, Université de Groningue, Groningue, Pays-Bas

Professeur Vicki Flenady, University of Queensland, Herston, Australie

M. Fabrice Fotso, UNICEF, Bureau régional pour l'Afrique de l'ouest et du centre, Dakar, Sénégal

Dr Sabine Gabrysch, Université d'Heidelberg, Heidelberg, Allemagne

Dr Karima Gholzbouri, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Le Caire, Égypte

Dr Gathari Gichuhi, Ministère de la santé, Nairobi, Kenya

Dr Aparajita Gogoi, Whiteribbon Alliance, New Delhi, Inde

Dr Rogelio González, Centre de diagnostic périnatal, Université catholique du Chili, Santiago, Chili

Professeur Malik Goone wardene, Faculté de médecine, Université de Ruhuna, Sri Lanka

Mme Ana Guerreiro, consultant indépendant, Lisbonne, Portugal

Privat Guie, Polyclinique internationale Sainte-Anne-Marie, Abidjan, Côte d'Ivoire

Mme Gill Gyte, University of Liverpool, Liverpool Women's NHS Foundation Trust, Liverpool, Royaume-Uni

Mme Fransisca Handy, Apotek Puri Satu Kembangan, Jakarta, Indonésie

Mme Claudia Hanson, Karolinska Institute, Stockholm, Suède

Dr Jim Heiby, United States Agency for International Development, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Dr Jorge Hermida, Assist/University Research Co., Quito, Équateur

Dr Kathleen Hill, United States Agency for International Development, ASSIST Project, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Dr Stephen Hodgins, Save the Children, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Dr Caroline Homer, University of Technology, Sydney, Australie

Mme Petra Hoop-Bender, Instituto de Cooperación Social – Integrare, Barcelone, Espagne

Dr Grace Irimu, Kenyatta University, Nairobi, Kenya

Mme Rima Jolivet, White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Dr Theopista Kabuteni-John, Bureau de pays de l'OMS, Dar-es-Salaam, République-Unie de Tanzanie

Dr Lily Kak, United States Agency for International Development, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Dr Ariel Karolinski, Bureau de pays de l'OMS, Buenos Aires, Argentine

Professeur Holly Kennedy, Yale University, Boston (MA), États-Unis d'Amérique

Dr Neena Khadka, Maternal and Child Survival Program, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Professeur Zulfiya Khodjaeva, Centre fédéral de recherche en gynécologie-obstétrique et en périnatologie, Moscou, Fédération de Russie

Dr Tamar Khomasuridze, Fonds des Nations Unies pour la population, Bureau régional de l'Europe, Ankara, Turquie

Dr André Lalonde, La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), Ottawa, Canada

Dr Marzia Lazzerin, Institut de santé de la mère et de l'enfant, IRCCS, Burlo Garofolo, Italie

Dr Li Wenying, Hôpital général de l'aviation civile, Faculté de médecine, Beijing, Chine

Dr Jerker Liljestrand, Fondation Bill & Melinda Gates, Seattle, États-Unis d'Amérique

Dr Liu Cheng, Hôpital des forces de police armées, Beijing, Chine

Dr Nigel Livesley, University Research Co., Bethesda, États-Unis d'Amérique

M. Norman Lufesi, ARI/Community Health Service, Ministère de la santé, Lilongwe, Malawi

Mme Silke Mader, European Foundation for the Care of Newborn Infants, Munich, Allemagne

Dr Kuhu Maitra, Abt Associates, Cambridge (MA), États-Unis d'Amérique

Professeur Zoe Matthews, University of Southampton, Southampton, Royaume-Uni

Dr Goldy Mazia, PATH, Seattle (WA), États-Unis d'Amérique

Dr Alison McFadden, University of Liverpool, Liverpool, Royaume-Uni

Mme Alison McIntyre, WaterAid, East Melbourne, Australie

Professeur Tarek Meguid, Hôpital Mnazi Mmoja, Zanzibar, République-Unie de Tanzanie

Dr Tanko Memuna, Autorité nationale de l'assurance-maladie, Accra, Ghana

Dr Abraham Mengistu, Ministère de la santé, Addis-Abeba, Éthiopie

Dr Raúl Mercer, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentine

Dr Allisyn Moran, United States Agency for International Development, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Dr Rintaro Mori, Centre national pour la santé et le développement de l'enfant, Tokyo, Japon

Dr Georgina Msemo, Ministère de la santé, Dar-es-Salaam, République-Unie de Tanzanie

Dr Bremen de Mucio, Bureau de pays de l'OMS, Montevideo, Uruguay

Dr Christine Muzel, Philips Healthcare, Amsterdam, Pays-Bas

Dr Victoria Nakibuka, Hôpital Nsambya, Kampala, Ouganda

Dr James Neilson, University of Liverpool, Liverpool, Royaume-Uni

Dr Hiromi Obara, Bureau de coopération médicale internationale, Tokyo, Japon

Dr Dwiana Ocviyanti, Faculté de médecine, Université d'Indonésie, Jakarta, Indonésie

Dr Jeanne Odette, Université du Burundi, Bujumbura, Burundi

Professeur Pius Okong, Health Service Commission, Kampala, Uganda

Dr Eduardo Ortiz-Panozo, Centro de Investigaciones Regionales, Mérida, Mexique

Professeur Ouadraogo Charlemagne, Centre hospitalier universitaire Yalgado, Ouagadougou, Burkina Faso

Dr Durán Pablo, Bureau de pays de l'OMS, Montevideo, Uruguay

Dr Imran Pambudi, Ministère de la santé de l'Indonésie, Jakarta, Indonésie

Dr Robert Pattinson, Maternal and Infant Health Care, South Africa Medical Research Council, Kalafong Hospital, Pretoria, Afrique du Sud

Dr Loveday Penn-Kekana, University of the Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud

Dr Emily Peterson, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (GA), États-Unis d'Amérique

Dr Cynthia Pileggi, Faculté de médecine Ribeiro Preto, Université de Sao Paulo, Sao Paulo, Brésil

Dr Neil Prose, Duke University, Durham (NC), États-Unis d'Amérique

Mme Pamela Putney, Options Consultancy Services Limited, Londres, Royaume-Uni

Dr Neena Raina, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, New Delhi, Inde

Professeur Kathryn Ramsey, Columbia University Medical Center, New York, États-Unis d'Amérique

Professeur Mary Renfrew, Scottish Improvement Science Collaborating Centre, Dundee, Royaume-Uni

Dr Alexander Rowe, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (GA), États-Unis d'Amérique

Professeur Irina Ryumina, Centre de recherche en gynécologie-obstétrique et périnatalogie, Moscou, Fédération de Russie

Dr Harshad Sanghvi, JHPIEGO, Baltimore, MD, États-Unis d'Amérique

Professeur Ola Saugstad, Université d'Oslo, Oslo, Norvège

Dr Kerri Schuiling, International Confederation of Midwives, Rochester (MI), États-Unis d'Amérique

Mme Gloria Seguranyes, Université de Barcelone, Barcelone, Espagne

Mme Priti Dave Sen, Children's Investment Foundation, Londres, Royaume-Uni

Dr Hemantha Senanayake, Faculté de médecine, Université de Colombo, Colombo, Sri Lanka

Professeur Shi Qi, Faculté de médecine du Sichuan du nord, gynécologie-obstétrique, Nanchong, Chine

Dr Miannes Silvestre, Faculté de médecine de l'Université des Philippines, Manille, Philippines

Dr Jeffrey Smith, JHPIEGO, Baltimore, MD, États-Unis d'Amérique

Dr Howard Sobel, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, Manille, Philippines

Professeur Williams Stones, FIGO, Londres, Royaume-Uni

Dr Tang Zengjun, Hôpital du peuple de la Province du Hebei, Shijiazhuang, Chine

Mme Nicole Thiele, European Foundation for the Care of Newborn Infants, Munich, Allemagne

Dr Paul Vinod, All-India Institute for Medical Sciences, New Delhi, Inde

Mme Donna Vivio, United States Agency for International Development, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

Dr Gijis Walraven, Aga Khan Development Network, Paris, France

Dr Wang Yeping, Hôpital du peuple de la ville de Wenzhou, Wenzhou, Chine

Dr Martin Weber, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark

Professeur Zhang Hongyu, Hainan Medical, Haikou, Chine

Dr Zhang Jim, Faculté de médecine de l'Université de Shanghai Jiao Tong, Shanghai, Chine

Dr Zhou Wei, Faculté de médecine de Chongqing, Chongqing, Chine

Dr Nabila Zaka, Siège de l'UNICEF, New York, États-Unis d'Amérique

Professeur Zhang Huixin, quatrième hôpital de la Faculté de médecine du Hebei, Shijiazhuang, Chine



For more information, please contact:

**Department of Maternal, Newborn,
Child and Adolescent Health**

World Health Organization
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27,
Switzerland

Fax: +41 22 791 4853
E-mail: mach@who.int
www.who.int

**Department of Reproductive Health
and Research**

World Health Organization
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27,
Switzerland

Fax: +41 22 791 4171
E-mail: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 251121 5

