



Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement Guide de mise en œuvre

*Améliorer la qualité de l'accouchement en établissement
de soins pour les mères et les nouveau-nés*



Organisation
mondiale de la Santé


ARIADNE LABS

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement, guide de mise en œuvre : améliorer la qualité de l'accouchement en établissement de soins pour les mères et les nouveau-nés.

1.Parturition. 2.Centres de naissance. 3.Soins périnataux. 4.Services de santé maternelle. 5.Nouveau-né. 6.Qualité des soins de santé. 7.Liste de contrôle. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 254945 4 (Classification NLM : WQ 300)

© Organisation mondiale de la Santé 2016

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int. Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé 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'Organisation mondiale de la Santé, 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'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Maquette et mise en page réalisées par Complex Stories, Boston (États-Unis d'Amérique)



Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement Guide de mise en œuvre

*Améliorer la qualité de l'accouchement en établissement
de soins pour les mères et les nouveau-nés*

SOMMAIRE

Introduction au Guide de mise en œuvre	6
Contexte et présentation de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement	8
<i>Établissement de la liste de contrôle</i>	8
<i>Données issues de l'expérimentation</i>	8
<i>Présentation de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement</i>	10
<i>Conseils pour l'utilisation de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement</i>	11
La liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement	14
Mettre en œuvre la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement	20
<i>Mobilisation</i>	21
<i>Lancement</i>	24
<i>Soutien</i>	25
Annexes	32
<i>Matériels et fournitures pour assurer la sécurité de l'accouchement</i>	32
<i>Guide pour l'organisation d'une manifestation de lancement</i>	34
<i>Illustration des étapes de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement</i>	36
<i>Principes du coaching efficace</i>	38
<i>Outil d'observation</i>	41
<i>Outil de coaching</i>	45
Glossaire	48
<i>Description des éléments de la liste de contrôle</i>	48
Références	62
Remerciements	63

INTRODUCTION



En 2013, 289 000 femmes sont décédées pendant ou après une grossesse ou un accouchement, et 2,8 millions de nouveau-nés sont morts avant l'âge de 28 jours. La majorité de ces décès ont eu lieu dans des environnements limités en ressources et la plupart auraient pu être évités.¹

L'accouchement est un processus complexe et il est essentiel de penser à fournir tout ce qui est nécessaire pour garantir que la mère et le nouveau-né reçoivent les soins les plus sûrs possible. Les listes de contrôle sont des outils utiles pour organiser des processus aussi complexes et importants ; on les utilise depuis longtemps pour inciter les utilisateurs à se rappeler les tâches essentielles pour dispenser des soins plus sûrs et de meilleure qualité dans divers contextes.^{1,2}

La liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement a été élaborée comme un outil visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux femmes qui mettent un enfant au monde.

La liste de contrôle est une liste organisée des pratiques essentielles en matière d'accouchement fondées sur des données scientifiques ; elle cible les principales causes des décès maternels, des mortinaissances per-partum et des décès néonataux qui surviennent dans les établissements de santé dans le monde. Chaque élément de la liste de contrôle correspond à une action cruciale dont l'omission peut entraîner de graves dommages pour la mère et/ou le nouveau-né.

L'expérience avec d'autres outils pour la sécurité du patient, y compris la liste OMS de contrôle de la sécurité chirurgicale, montre que le seul fait de proposer une liste de contrôle à un agent de santé ou de demander qu'un établissement ou un système utilise un outil pour la sécurité du patient n'entraîne pas l'utilisation élargie, systématique, de la liste ou de l'outil. De telles stratégies n'aboutissent pas non plus à des soins de meilleure qualité pour les patients.² Par conséquent, le présent guide a été établi pour aider les accoucheurs et les responsables des soins de santé à utiliser avec succès la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement. Il repose sur les enseignements tirés par de nombreux professionnels de santé qui ont expérimenté, utilisé et prôné la liste à travers le monde.

Le présent guide comprend des informations sur l'établissement, l'utilisation et la mise en œuvre de la liste de contrôle pour la sécurité de l'accouchement. Il y est expliqué comment introduire la liste de contrôle et en assurer l'utilisation continue en mobilisant les partenaires concernés, comment lancer officiellement son utilisation et comment fournir un appui par le coaching et l'échange de données. Il figure en annexe une description plus détaillée des éléments de la liste de contrôle, ainsi que des ressources utiles pour compléter l'approche exposée en matière de mise en œuvre.



LE PRÉSENT GUIDE DE MISE EN ŒUVRE ET LA LISTE OMS DE CONTRÔLE POUR LA SÉCURITÉ DE L'ACCOUCHEMENT SONT ÉGALEMENT DISPONIBLES EN LIGNE À L'ADRESSE : www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth/fr

CONTEXTE ET PRÉSENTATION



L'accouchement est un processus complexe nécessitant de nombreuses actions, parfois difficiles, parfois compliquées, qui garantissent que la mère et son enfant nouveau-né reçoivent les soins les plus sûrs possible. La plupart des personnes éprouvent des difficultés rien qu'à se rappeler toutes les informations pertinentes ; dans la pratique, il est plus difficile encore de réaliser toutes les actions correctement et dans le bon ordre. Or, dans des lieux tels que les restaurants, les sites de construction, les avions ou les hôpitaux, les professionnels utilisent avec succès des listes de contrôle afin d'organiser et d'ordonner d'importants volumes d'informations complexes, de penser à accomplir des tâches cruciales et, en définitive, d'effectuer leur travail avec une efficacité, une efficience et une sécurité accrues.³

Établissement de la liste de contrôle

Compte tenu de ces éléments de fait, l'Organisation mondiale de la Santé — avec la contribution d'infirmières, de sages-femmes, d'obstétriciens, de pédiatres, de médecins généralistes, d'experts de la sécurité du patient et de patients du monde entier — a établi la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement (la liste de contrôle) pour aider les agents de santé à dispenser des soins de grande qualité lors des accouchements en établissement de santé, depuis le moment où la mère arrive dans l'établissement jusqu'à celui où elle le quitte avec son nouveau-né.^{3,4}

La liste de contrôle est une liste de pratiques scientifiquement fondées, organisées en quatre étapes. Reposant sur les lignes directrices de l'OMS, les éléments de la liste aident à prévenir les principales causes de décès maternels, de mortinaissances per-partum et de décès néonataux dans le monde (ces causes comprennent entre autres l'hémorragie, l'infection, la dystocie, l'hypertension et les complications de la prématurité). Chaque tâche figurant dans la liste de contrôle est une action cruciale dont l'omission peut entraîner de graves dommages pour la mère et/ou le nouveau-né.



IMPORTANCE DE LA LISTE DE CONTRÔLE : il est avéré que les pratiques pour la sécurité de l'accouchement limitent les dommages pour la mère et le nouveau-né.

Données issues de l'expérimentation

L'Organisation mondiale de la Santé a expérimenté la liste de contrôle sur une grande échelle. L'édition pilote de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement a fait l'objet d'évaluations sur le terrain dans neuf pays, lesquels ont fourni des informations détaillées en retour. L'OMS a utilisé ces informations pour réviser la liste de contrôle, qui a ensuite été expérimentée sur le terrain dans l'État du Karnataka (Inde). Il est apparu que le recours systématique aux pratiques essentielles en matière d'accouchement fondées sur des données scientifiques est passé d'une moyenne de 10 pratiques sur 29 avant l'introduction de la liste de contrôle à une moyenne de 25 sur 29 après son introduction.²

À la suite de cette étude pilote au Karnataka, un vaste essai de contrôle aléatoire a été mis au point pour suivre 116 000 naissances dans l'Uttar Pradesh, État indien le plus peuplé. Cet essai — le programme BetterBirth — se poursuit et déterminera l'effet de l'introduction réussie de la liste de contrôle sur les résultats sanitaires pour les mères et les nouveau-nés. Les résultats préliminaires issus des cinq premiers établissements participant au programme BetterBirth sont prometteurs. Avant l'introduction de la liste, ces établissements ne mettaient en œuvre que cinq des 17 pratiques en matière d'accouchement évaluées dans l'essai. Or, après que BetterBirth a introduit la liste de contrôle en utilisant les nombreux outils et stratégies présentés ici, les accoucheurs de ces établissements ont systématiquement mis en œuvre 16 des

pratiques recommandées en matière d'accouchement. Au Rajasthan (Inde), Jhpiego, avec l'appui de la Children's Investment Fund Foundation (CIFF) et en partenariat avec le Gouvernement du Rajasthan, a employé la liste de contrôle dans 101 établissements publics.

Les premiers résultats du programme de Jhpiego ont mis en évidence une amélioration de la qualité des soins dans les établissements du secteur public et les États de l'Andhra Pradesh et du Gujarat ont déjà introduit la liste de contrôle dans plusieurs établissements de santé publique.

Parallèlement aux efforts engagés pour expérimenter la liste de contrôle, l'OMS, en partenariat avec Ariadne Labs, a créé la Collaboration pour l'utilisation de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement (la Collaboration) afin d'étudier les circonstances influant sur l'utilisation de la liste de contrôle dans le monde. De novembre 2012 à mars 2015, trente-quatre groupes ont inscrit des projets avec la Collaboration, couvrant 29 pays et 234 sites. Ces groupes se sont penchés sur de nombreuses questions pour déterminer pourquoi et comment certains établissements ont utilisé la liste de contrôle sans difficulté, avec succès et de manière systématique, alors que cela n'a pas été le cas pour d'autres.



De novembre 2012 à mars 2015, **34** GROUPES
 au total ont inscrit des projets avec la Collaboration,
 représentant **29** PAYS et **234** SITES.

LES BONS MOMENTS POUR S'ARRÊTER ET PROCÉDER À UN EXAMEN

La liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement est prévue pour une utilisation en quatre étapes lors des accouchements en établissement de santé:



ÉTAPE 1 : À L'ADMISSION

Il est important d'examiner la mère au moment de l'admission afin de déceler et de traiter les complications qu'elle pourrait déjà avoir, de confirmer si elle a besoin d'être transférée vers un autre établissement, de la préparer (ainsi que son accompagnant) pour le travail et l'accouchement, et de l'informer (ainsi que son accompagnant) des signes de danger en présence desquels elle devrait appeler à l'aide.



ÉTAPE 2 : JUSTE AVANT LA PHASE D'EXPULSION (ou avant la césarienne)

Il est important d'examiner la mère juste avant la phase d'expulsion (ou avant la césarienne) afin de déceler et de traiter les complications pouvant survenir pendant le travail et de se préparer aux événements habituels et aux situations de crise qui peuvent se produire après la naissance.

1

2

PROCESSUS DE L'ACCOUCHEMENT



ADMISSION

ACCOUCHEMENT



Afin de rassembler et de noter les enseignements tirés par ces 34 groupes, il a été mené une enquête exhaustive sur l'introduction et l'utilisation de la liste de contrôle.

Les résultats de cette enquête ont permis de comprendre bien mieux comment rendre la liste de contrôle plus efficace en améliorant les soins pour les mères et les nouveau-nés dans divers environnements à travers le monde. Beaucoup d'enseignements et d'expériences issus de l'enquête sont communiqués dans le présent guide.

Présentation de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement

La liste OMS pour la sécurité de l'accouchement aide les agents de santé à garantir que les pratiques essentielles en matière d'accouchement sont mises en œuvre aux moments critiques de chaque accouchement. L'accouchement est caractérisé à la fois par des événements habituels et par des événements inattendus, des complications pour la mère et/ou le nouveau-né pouvant survenir de façon imprévisible. Certes, il n'est pas possible d'énumérer dans une seule liste toutes les pratiques requises à chaque naissance, mais la liste de contrôle comprend néanmoins un ensemble de pratiques de base dont il est prouvé qu'elles limitent les dommages pour la mère et le nouveau-né.

Chaque élément de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement est décrit plus en détail dans le **GLOSSAIRE**.



ÉTAPE 3 : PEU DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE (dans l'heure qui suit)

Il est important d'examiner la mère et le nouveau-né peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) afin de déceler et de traiter les complications pouvant survenir après l'accouchement, d'informer la mère (ainsi que son accompagnant) des signes de danger en présence desquels elle devrait appeler à l'aide.

3



ÉTAPE 4 : AVANT LA SORTIE

Il est important d'examiner la mère et le nouveau-né avant la sortie pour s'assurer qu'ils sont en bonne santé, qu'un suivi a été mis en place, que les options en matière de planification familiale ont été étudiées et proposées à la mère (et à son accompagnant) et qu'elle a été informée des signes de danger à surveiller, chez la mère et chez l'enfant, au cas où il faudrait des soins immédiats dispensés par du personnel qualifié.

4

SORTIE



SOINS CONTINUS

Lors de la conception de la liste de contrôle, le cours habituel des événements a été examiné et les pratiques essentielles en matière d'accouchement ont été organisées en quatre sections. Les quatre sections, ou étapes, sont des points précis dans le temps où les accoucheurs devraient vérifier qu'ils ont mis en œuvre les pratiques essentielles. Ces étapes permettent aux accoucheurs de procéder à des examens à des moments où ils peuvent protéger la mère et le nouveau-né contre des complications dangereuses, mais les accoucheurs prennent aussi le temps d'effectuer des examens quand il est commode pour eux de le faire.

Dans de nombreux établissements, les étapes ne se déroulent pas au même endroit. Par exemple, l'étape 1 peut avoir lieu au service d'admission, l'étape 2 en salle de travail, l'étape 3 en salle postpartum et l'étape 4 au service postpartum. Dans les établissements où il n'y a qu'une salle de travail, il est possible que toutes les étapes se déroulent dans cette salle. Chaque établissement, à partir des besoins et des pratiques qui lui sont propres, devrait déterminer où les accoucheurs procéderont à des examens à chacune des quatre étapes. Si ces dernières se déroulent dans des lieux différents, la liste de contrôle doit « suivre » la mère et le nouveau-né d'une salle à l'autre. Dans beaucoup de situations, conserver la liste de contrôle avec la fiche ou le dossier médical de la mère permettra à l'accoucheur de la trouver plus facilement quand elle sera nécessaire.

Conseils pour l'utilisation de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement

Les listes de contrôle peuvent généralement être utilisées de deux manières : en mode « lecture-exécution », on lit d'abord l'élément de la liste de contrôle puis on effectue la tâche correspondante. En mode « exécution-confirmer », on réalise la tâche puis on lit l'élément correspondant dans la liste de contrôle pour confirmer l'accomplissement de la tâche. Il est possible d'employer l'une ou l'autre méthode, mais beaucoup de gens trouvent la méthode « lecture-exécution » plus facile à appliquer, en particulier les personnes qui utilisent la liste de contrôle pour la première fois.

Pour aider plus encore les accoucheurs, la liste de contrôle comprend des informations complémentaires à droite de chaque élément. Par exemple, pour l'élément concernant le partogramme, il est décrit dans la liste de contrôle comment utiliser un partogramme. Les accoucheurs devraient se reporter à ces informations supplémentaires s'ils en ont besoin. Il se peut qu'après avoir utilisé la liste de contrôle à maintes reprises, les accoucheurs aient ces informations en mémoire ; toutefois, ils devraient continuer d'avoir recours à la liste de contrôle à chaque étape lors de chaque accouchement, afin de garantir qu'ils mettent toujours en œuvre toutes les pratiques essentielles en matière d'accouchement.

CONSEILS POUR L'UTILISATION DE LA LISTE OMS DE CONTRÔLE POUR LA SÉCURITÉ DE L'ACCOUCHEMENT

- ☑ Chaque élément de liste de contrôle est important pour chaque mère et pour chaque accouchement – les accoucheurs doivent toujours se reporter à la liste de contrôle à chaque étape, même s'ils ont confiance dans leur connaissance des pratiques en matière d'accouchement.
- ☑ Les accoucheurs devraient utiliser une liste de contrôle pour chaque mère, et cette liste devrait suivre la mère et l'enfant d'un lieu à l'autre et d'un accoucheur à l'autre.
- ☑ Bien qu'au départ la liste de contrôle puisse sembler compliquée et chronophage, elle permettra vite aux accoucheurs de mettre en œuvre les pratiques essentielles en matière d'accouchement plus facilement, plus rapidement et dans de meilleures conditions de sécurité.

Plusieurs éléments de la liste de contrôle requièrent l'administration de médicaments, tels que des antibiotiques, du sulfate de magnésium, des antihypertenseurs et de l'ocytocine. La liste de contrôle ne comprend pas d'antibiotiques ni d'antihypertenseurs spécifiques parce que les lignes directrices utilisées à travers le monde peuvent prescrire des produits pharmaceutiques différents dans des lieux différents. En adaptant la liste de contrôle à votre établissement, sélectionnez les antibiotiques en fonction des lignes directrices de l'OMS ou de votre pays. De même, prévoyez les dosages et les traitements pour tous les médicaments en fonction de ces lignes directrices.

LA LISTE OMS DE CONTRÔLE POUR LA SÉCURITÉ DE L'ACCOUCHEMENT



1

À l'admission

La mère a-t-elle besoin d'être transférée ?

- Non
 Oui, transfert organisé

Vérifier les critères de votre établissement

A-t-on commencé le partogramme ?

- Non, commencer quand le col sera ≥ 4 cm
 Oui

Commencer à noter quand le col est ≥ 4 cm, puis le col devrait se dilater de ≥ 1 cm/h

- Toutes les 30 min : noter le rythme cardiaque, les contractions, le rythme cardiaque du fœtus
- Toutes les 2 h : noter la température
- Toutes les 4 h : noter la tension artérielle

La mère doit-elle commencer à prendre :*des antibiotiques ?*

- Non
 Oui, déjà administrés

Demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments

Donner des antibiotiques à la mère si :

- sa température est $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- elle a eu des pertes vaginales malodorantes
- rupture des membranes > 18 heures

du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs ?

- Non
 Oui, déjà administré (sulfate de magnésium)
 Oui, déjà administrés (médicaments antihypertenseurs)

Donner du sulfate de magnésium à la mère si :

- tension artérielle diastolique ≥ 110 mm Hg et protéinurie de 3+ ou
- tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg, protéinurie de 2+, et accompagnées de : céphalées sévères ou troubles visuels ou douleur épigastrique

Donner des antihypertenseurs à la mère si sa tension artérielle systolique est > 160 mm Hg

- Objectif : conserver une tension artérielle $< 150/100$ mm Hg

- Confirmer la présence de fournitures pour l'hygiène des mains et porter des gants à chaque examen vaginal.**

- Encourager l'accompagnant à être présent à la naissance.**

- Confirmer que la mère ou l'accompagnant appellera à l'aide pendant le travail en cas de besoin.**

Appeler à l'aide si un des signes ou symptômes suivants :

- saignement
- douleurs abdominales sévères
- céphalées sévères ou troubles visuels
- incapacité d'uriner
- forte envie de pousser

La présente liste de contrôle n'est pas censée être exhaustive et ne devrait pas remplacer les notes du dossier médical ni le partogramme. Les ajouts et les modifications pour suivre la pratique locale sont encouragés. Pour plus d'informations sur l'utilisation recommandée de la liste, veuillez consulter le Guide de mise en œuvre de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement, à l'adresse : www.who.int/patientsafety.

2

Juste avant la phase d'expulsion (ou avant la césarienne)

La mère doit-elle commencer à prendre :*des antibiotiques ?*

- Non
 Oui, déjà administrés

du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs ?

- Non
 Oui, déjà administré (sulfate de magnésium)
 Oui, déjà administrés (médicaments antihypertenseurs)

Demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments

Donner des antibiotiques à la mère si :

- sa température est $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- elle a eu des pertes vaginales malodorantes
- rupture des membranes > 18 heures
- elle accouche par césarienne

Donner du sulfate de magnésium à la mère si :

- tension artérielle diastolique ≥ 110 mm Hg et protéinurie de 3+ ou
- tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg, protéinurie de 2+, et accompagnées de : céphalées sévères ou troubles visuels ou douleur épigastrique

Donner des antihypertenseurs à la mère si sa tension artérielle systolique est > 160 mm Hg

- Objectif : conserver une tension artérielle $< 150/100$ mm Hg

Confirmer la présence de matériels et fournitures essentiels au chevet et préparer pour l'accouchement :*Pour la mère*

- gants
 solution hydro-alcoolique pour les mains ou savon et eau propre
 10 unités d'ocytocine dans une seringue

Préparer pour s'occuper de la mère immédiatement après la naissance :

Confirmer qu'il n'y a qu'un enfant (pas une grossesse multiple)

1. Donner de l'ocytocine dans la minute qui suit la naissance
2. Expulser le placenta 1 à 3 minutes après la naissance
3. Masser l'utérus après l'expulsion du placenta
4. Confirmer que l'utérus est contracté

Pour l'enfant

- serviette propre
 fil ou pince pour cordon ombilical
 lame stérile pour couper le cordon
 dispositif d'aspiration
 ballon-masque

Préparer pour s'occuper de l'enfant immédiatement après la naissance :

1. Le sécher, le garder au chaud
2. S'il ne respire pas, stimuler et dégager les voies respiratoires
3. S'il ne respire toujours pas :
 - clamber et couper le cordon
 - nettoyer les voies respiratoires si nécessaire
 - l'oxygéner avec un ballon-masque
 - appeler à l'aide

- Assistant désigné et prêt à aider à la naissance en cas de besoin**

La présente liste de contrôle n'est pas censée être exhaustive et ne devrait pas remplacer les notes du dossier médical ni le partogramme. Les ajouts et les modifications pour suivre la pratique locale sont encouragés. Pour plus d'informations sur l'utilisation recommandée de la liste, veuillez consulter le Guide de mise en œuvre de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement, à l'adresse : www.who.int/patientsafety.

3

Peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit)

La mère saigne-t-elle anormalement ?

- Non
 Oui, appeler à l'aide

En cas de saignement anormal :

- masser l'utérus
- envisager d'administrer plus d'utérotonique
- commencer une perfusion IV et garder la mère au chaud
- traiter la cause : atonie utérine, rétention du placenta/de fragments placentaires, déchirure vaginale, rupture utérine

La mère doit-elle commencer à prendre :

des antibiotiques ?

- Non
 Oui, déjà administrés

Demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments
 Donner des antibiotiques à la mère si le placenta a été retiré manuellement ou si sa température est ≥ 38 °C et en cas de :

- frissons
- pertes vaginales malodorantes

Si la mère a une déchirure périnéale de troisième ou quatrième degré, donner des antibiotiques pour prévenir l'infection

du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs ?

- Non
 Oui, déjà administré (sulfate de magnésium)
 Oui, déjà administrés (médicaments antihypertenseurs)

Donner du sulfate de magnésium à la mère si :

- tension artérielle diastolique ≥ 110 mm Hg et protéinurie de 3+ ou
- tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg, protéinurie de 2+, et accompagnées de : céphalées sévères ou troubles visuels ou douleur épigastrique

Donner des antihypertenseurs à la mère si sa tension artérielle systolique est > 160 mm Hg

- Objectif : conserver une tension artérielle $< 150/100$ mm Hg

L'enfant a-t-il besoin :

d'un transfert ?

- Non
 Oui, organisé

Vérifier les critères de votre établissement

des antibiotiques ?

- Non
 Oui, déjà administrés

Donner des antibiotiques à l'enfant si la mère en a reçu pour le traitement d'une infection pendant l'accouchement ou si l'enfant présente l'un des signes ou symptômes suivants :

- fréquence respiratoire > 60 /min ou < 30 /min
- tirage, geignement expiratoire ou convulsions
- mouvements limités en réponse à une stimulation
- température < 35 °C (et n'augmentant pas après que l'enfant a été réchauffé) ou température ≥ 38 °C

de soins particuliers et d'un suivi ?

- Non
 Oui, déjà organisés

Organiser des soins particuliers/un suivi pour l'enfant si ce dernier :

- est né plus d'un mois d'avance
- pèse à la naissance $< 2,5$ kg
- a besoin d'antibiotiques
- a dû être réanimé

Commencer l'allaitement maternel et le contact peau à peau (si la mère et l'enfant se portent bien).

Confirmer que la mère/l'accompagnant appellera à l'aide en cas de signes de danger.

4

Avant la sortie

 Confirmer le séjour dans l'établissement pendant 24 heures après l'accouchement.
La mère doit-elle commencer à prendre des antibiotiques ?

- Non
 Oui, déjà administrés et reporter la sortie

Demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments
 Donner des antibiotiques à la mère si :

- sa température est $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- elle a des pertes vaginales malodorantes

La tension artérielle de la mère est-elle normale ?

- Non, traiter et reporter la sortie
 Oui

Donner du sulfate de magnésium à la mère si :

- tension artérielle diastolique ≥ 110 mm Hg et protéinurie de 3+, ou
- tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg, protéinurie de 2+, et accompagnées de : céphalées sévères ou troubles visuels ou douleur épigastrique

Donner des antihypertenseurs à la mère si sa tension artérielle systolique est > 160 mm Hg.

- Objectif : conserver une tension artérielle $< 150/100$ mm Hg

La mère saigne-t-elle anormalement ?

- Non
 Oui, traiter et reporter la sortie.

Si le pouls est > 110 btts/min et la tension artérielle < 90 mm Hg

- poser une perfusion intraveineuse et garder la mère au chaud
- traiter la cause (choc hypovolémique)

L'enfant doit-il commencer à prendre des antibiotiques ?

- Non
 Oui, administrer des antibiotiques, reporter la sortie, prodiguer des soins particuliers

Donner des antibiotiques à l'enfant s'il présente l'un des signes ou symptômes suivants :

- fréquence respiratoire $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$
- tirage, geignement expiratoire ou convulsions
- mouvements limités en réponse à une stimulation
- température $< 35^{\circ}\text{C}$ (et n'augmentant pas après que l'enfant a été réchauffé) ou température $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- il ne s'alimente plus bien
- rougeur de l'ombilic s'étendant à la peau ou écoulement de pus

L'enfant s'alimente-t-il bien ?

- Non, mettre en place les bonnes pratiques d'allaitement maternel et reporter la sortie
 Oui

 Étudier les options en matière de planification familiale et les proposer à la mère.
 Organiser un suivi et confirmer que la mère / l'accompagnant demandera de l'aide en cas de signes de danger après la sortie.
Signes de danger
Chez la mère :

- Saignements ;
- Douleurs abdominales sévères
- Céphalées sévères ou troubles visuels
- Difficultés à respirer
- Fièvre ou frissons
- Difficultés à vider la vessie
- Douleur épigastrique

Chez l'enfant :

- Respiration rapide/difficile
- Fièvre
- Peau anormalement froide
- Il cesse de bien s'alimenter
- Activité réduite
- Corps devenant entièrement jaune

Il est possible de télécharger une copie de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement en tant que document distinct, à partir des sites web de l'OMS et d'Ariadne Labs.

La liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement a été établie conformément aux lignes directrices de l'OMS et aux normes internationales en matière de soins. Toutefois, il peut être nécessaire de la modifier pour tenir compte de facteurs contextuels ou de recommandations et de protocoles nationaux. Si des modifications sont nécessaires, veuillez examiner les principes directeurs à la page 23 et quelques adaptations courantes en fonction du contexte à la page 60.

METTRE EN
ŒUVRE LA
LISTE OMS DE
CONTRÔLE POUR
LA SÉCURITÉ DE
L'ACCOUCHEMENT



La façon dont la liste de contrôle pour la sécurité de l'accouchement (la liste de contrôle) est présentée aux agents de santé revêt de l'importance. L'expérience avec la liste OMS de contrôle de la sécurité chirurgicale et d'autres initiatives visant à améliorer la sécurité et la qualité au profit des patients dans le monde a montré que le seul fait de présenter une liste de contrôle dans un établissement n'entraînait pas d'amélioration durable des pratiques essentielles en matière de soins de santé.⁵⁻⁷ Fondées sur des modèles bien décrits de changement de comportement⁵⁻⁷ dans les établissements de soins et sur les enseignements tirés des expériences de divers partenaires, les trois mesures clés suivantes peuvent aider chaque établissement ou système à parvenir aux meilleurs résultats :



MOBILISATION : obtenir l'adhésion et constituer une équipe pour appuyer la mise en œuvre

- Faire en sorte que les partenaires donnent leur adhésion et comprennent la liste de contrôle ;
- Constituer une équipe qui s'approprie la liste de contrôle ;
- Étudier les ressources disponibles et les pratiques en usage pour déterminer ce qui est nécessaire au succès de la liste de contrôle ;
- Adapter la liste de contrôle aux lignes directrices et aux protocoles locaux.



LANCEMENT : organiser une manifestation de présentation de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement

- Lancer l'utilisation de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement par le biais d'une formation ou d'une manifestation officielle ;
- Inclure de la formation technique pour remédier aux lacunes dans la pratique.



SOUTIEN : encourager l'utilisation par le coaching, le suivi et l'évaluation

- Examiner l'utilisation de la liste de contrôle et mettre en avant les personnes qui l'utilisent dans l'établissement ;
- Observer l'utilisation de la liste de contrôle et s'appuyer sur des compétences de coaching pour donner un retour d'information respectueux et constructif afin d'encourager le changement et l'adhésion ;
- Noter les succès et les difficultés en rassemblant des informations sur l'utilisation de la liste de contrôle, les comportements concernant les pratiques essentielles en matière d'accouchement et la disponibilité des matériels et fournitures ;
- Communiquer des informations régulièrement pour favoriser les progrès.

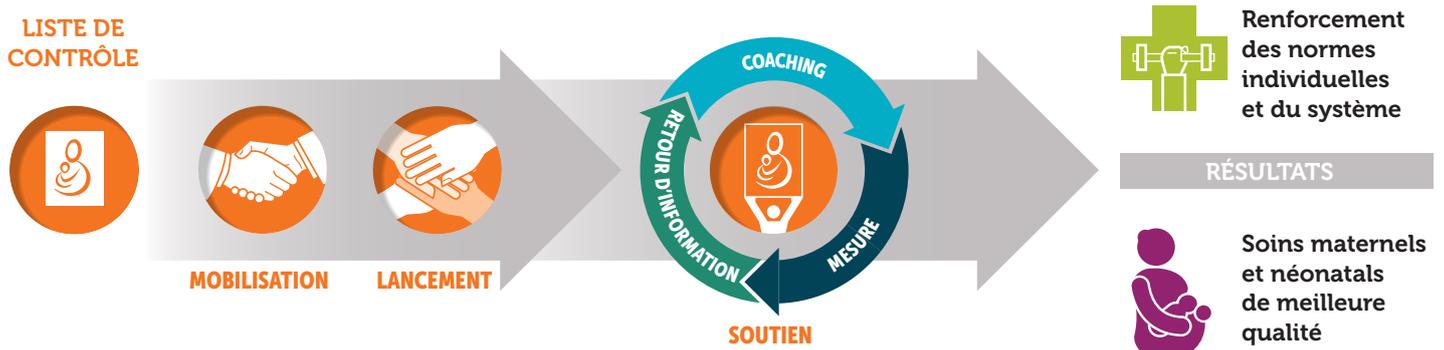
EXPERIENCES DU TERRAIN

La liste de contrôle seule ne suffit pas

La mobilisation de la direction, l'organisation d'une manifestation de lancement et la fourniture d'un soutien continu peuvent aider à atteindre de bons résultats.

METTRE EN ŒUVRE LA LISTE OMS DE CONTRÔLE POUR LA SÉCURITÉ DE L'ACCOUCHEMENT

Après le lancement de la liste de contrôle, un cycle continu de coaching, de mesure de la performance, et de retour d'information aide à renforcer les normes et à améliorer la qualité des soins.



Avec une mobilisation convenable, une manifestation de lancement et un soutien continu, la liste de contrôle peut améliorer les pratiques des individus et des établissements, et générer également des améliorations à l'échelle du système et une prise de conscience de la sécurité du patient. Ces changements peuvent, à leur tour, déboucher sur des soins de meilleure qualité pour les mères et les nouveau-nés.



Mobilisation

Une utilisation effective de la liste OMS de contrôle à chaque accouchement améliore la sécurité et la qualité des soins dispensés aux mères et aux nouveau-nés. Toutefois, il n'est possible de parvenir à cette utilisation systématique de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement que si les accoucheurs et les responsables des soins de santé croient en la mise en œuvre de la liste de contrôle et la soutiennent activement.

Afin d'obtenir cette adhésion et ce soutien, les personnes, les institutions et les organisations influentes devraient conjuguer leurs efforts rapidement pour commencer à utiliser la liste de contrôle. Parmi les autres partenaires importants, il peut y avoir les fonctionnaires, le personnel administratif local et national, et même les patients. Convaincre ces partenaires que la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement peut améliorer la qualité des soins de santé et la sécurité des mères et des nouveau-nés améliorera les chances d'introduire la liste de contrôle avec succès dans un établissement ou un système de santé.⁷

EXPERIENCES DU TERRAIN

L'expérience de la Collaboration indique que la mobilisation de la direction a été essentielle pour que le personnel commence à utiliser la liste de contrôle.

LE PROCESSUS DE MOBILISATION COMPREND LES CINQ ÉTAPES SUIVANTES⁸

1. Identifier les personnes, les institutions ou les organisations qui doivent donner leur approbation ou leur soutien pour l'utilisation de la liste de contrôle.
2. Organiser une réunion pour décrire et expliquer la liste de contrôle.
3. Constituer une équipe de responsables des soins de santé et d'accoucheurs compétents pour guider la mise en œuvre de la liste de contrôle.
4. Étudier les ressources disponibles et les pratiques en usage pour déterminer comment la liste de contrôle peut être utilisée au mieux et quels sont les besoins à satisfaire pour garantir le succès.
5. Adapter la liste de contrôle comme il convient pour qu'elle corresponde mieux à votre établissement local et à votre système de santé.

1 IDENTIFIER LES PERSONNES, LES INSTITUTIONS OU LES ORGANISATIONS QUI DOIVENT DONNER LEUR APPROBATION OU LEUR SOUTIEN POUR L'UTILISATION DE LA LISTE OMS DE CONTRÔLE POUR LA SÉCURITÉ DE L'ACCOUCHEMENT

Il est important d'obtenir l'adhésion publique de personnes, d'institutions et d'organisations de premier plan pour garantir la mise en œuvre effective de la liste de contrôle. Il est particulièrement crucial de nouer le dialogue avec les différents niveaux de l'administration sanitaire pour faire en sorte qu'ils soient informés du processus de mise en œuvre de la liste de contrôle. En se ralliant officiellement au processus et en

fournissant les ressources nécessaires, ces responsables envoient un message fort en faveur de l'adoption de la liste de contrôle, qui encouragera le personnel de santé à utiliser celle-ci. Comprendre qui mobiliser est la première étape de la mise en œuvre réussie de la liste de contrôle. Dans de nombreux établissements, les médecins ne sont pas des employés, mais des prestataires privés qui travaillent dans l'établissement. Il est essentiel d'obtenir leur adhésion rapidement, car ne se contenter que de les envoyer l'instruction d'utiliser la liste de contrôle a peu de chances d'être efficace.

2 ORGANISER UNE RÉUNION POUR DÉCRIRE ET EXPLIQUER LA LISTE DE CONTRÔLE

Pour obtenir l'appui des responsables des soins de santé, des accoucheurs et des autres participants, vous devez d'abord expliquer ce qu'est la liste de contrôle, comment elle fonctionne et pourquoi chaque élément de la liste est si important.

3 CONSTITUER UNE ÉQUIPE DE RESPONSABLES DES SOINS DE SANTÉ ET D'ACCOUCHEURS COMPÉTENTS POUR GUIDER LA MISE EN ŒUVRE DE LA LISTE DE CONTRÔLE

Le soutien général en faveur de l'utilisation de la liste de contrôle n'est pas suffisant. Vous devez ensuite décider qui sera directement chargé de guider le processus de mise en œuvre vers le succès. Au niveau national ou étatique, un groupe de travail, une institution ou une organisation responsable, ou une équipe peut diriger la mise en œuvre de la liste de contrôle pour la sécurité de l'accouchement. Au niveau de l'établissement, sélectionnez un ou plusieurs accoucheurs pour être des guides ou des défenseurs du processus. Ces derniers peuvent être issus de diverses professions de santé. Ils devraient jouer un rôle actif dans la gestion de chaque étape du processus de mise en œuvre. Votre équipe peut avoir intérêt à inviter parmi ses membres une personne issue du niveau immédiatement supérieur de l'administration sanitaire, par exemple le bureau sanitaire régional ou de district. Cela peut être utile en particulier au début du processus de mise en œuvre et peut inciter d'autres établissements à mettre en œuvre la liste de contrôle.

4 ÉTUDIER LES RESSOURCES DISPONIBLES ET LES PRATIQUES EN USAGE POUR DÉTERMINER COMMENT LA LISTE DE CONTRÔLE PEUT ÊTRE UTILISÉE AU MIEUX ET QUELS SONT LES BESOINS À SATISFAIRE POUR GARANTIR LE SUCCÈS

Au début du processus de mise en œuvre, les responsables devraient rassembler des données pour déterminer quelles sont, dans l'établissement, les matériels et fournitures, les lignes directrices/politiques, les infrastructures (par exemple les points d'eau pour le lavage des mains) et les pratiques mises en place. Ces données sont exploitables de nombreuses manières : elles indiquent comment l'établissement peut améliorer ses soins et aident à mesurer les progrès une fois le processus de mise en œuvre commencé. Elles peuvent aussi inciter le personnel à modifier ses pratiques à mesure que le processus se déroule. Les responsables devraient donc faire extrêmement attention de recueillir ces données en témoignant de la sympathie au personnel et sans adopter une attitude menaçante. Le personnel devrait savoir que l'objectif est d'améliorer la qualité des soins dispensés aux mères et aux nouveau-nés.

Sans matériels et fournitures essentiels, il n'est pas possible d'introduire avec succès la liste de contrôle dans un établissement ou un système de santé. Il figure en annexe une liste des matériels et fournitures requises pour une utilisation réussie de la liste de contrôle. Cette liste peut être utilisée pour effectuer une évaluation initiale des

ressources, ainsi que pour un suivi régulier, pour veiller à ce que les matériels et fournitures nécessaires soient toujours disponibles. Connaître les éléments mis en œuvre dans les établissements et ceux qui ne le sont pas avant l'introduction de la liste de contrôle permet aux responsables de fournir un appui supplémentaire pour les éléments qui le nécessitent. Une évaluation initiale bien documentée peut servir à plaider pour une meilleure gestion de la chaîne d'approvisionnement au niveau national.

5 ADAPTER LA LISTE DE CONTRÔLE COMME IL CONVIENT POUR QU'ELLE CORRESPONDE MIEUX À VOTRE ÉTABLISSEMENT LOCAL ET À VOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Établie conformément aux lignes directrices de l'OMS et aux normes internationales en matière de soins, la liste de contrôle peut perdre de son efficacité si elle est trop modifiée. Toutefois, il se peut que vous ayez besoin d'y apporter des changements pour prendre en compte des facteurs contextuels comme la prévalence du VIH ou le risque de paludisme, par exemple. Dans ce cas, il est important que l'équipe chargée de la mise en œuvre communique avec le niveau national et prône une révision de la liste de contrôle dans l'ensemble du pays. Des experts réunis à l'échelle nationale pourraient examiner la liste de contrôle pour garantir sa conformité avec les normes, les lignes directrices et la culture du pays, et la modifier en conséquence.

La liste de contrôle devrait être traduite en langue locale pour faciliter son utilisation. Comme pour les modifications, il est important de coordonner les traductions de la liste de contrôle au niveau national. Cela évite la répétition des travaux si d'autres établissements de la région ou du pays mettent aussi en œuvre la liste.

S'il est nécessaire de modifier davantage la liste de contrôle pour l'adapter au contexte local, une collaboration avec les responsables des soins de santé, les accoucheurs et les autres participants locaux permet à tout le monde de prendre part à la réussite. Savoir que leur établissement ou leurs collègues ont participé au processus de modification de la liste de contrôle peut encourager les personnes à utiliser la liste.

Vous devriez garder à l'esprit que les listes de contrôle sont très pratiques quand elles sont faciles à utiliser.

Si vous devez modifier la liste de contrôle, par exemple, y ajouter des éléments relatifs au VIH ou au paludisme pour l'adapter davantage à votre contexte, considérez les principes directeurs ci-après :

Utilisez moins d'éléments. De nombreux établissements luttent contre la tentation d'inclure trop d'éléments dans leur liste de contrôle, mais rappelez-vous que chaque nouvel élément rend la liste plus difficile à utiliser. Chaque élément de la liste de contrôle devrait correspondre à au moins l'un des énoncés suivants :⁸

- Les conséquences peuvent être graves en cas d'oubli.
- Il doit être réalisé mais est fréquemment oublié.
- Il améliore la communication entre les membres de l'équipe.

Employez un langage simple et connu. Employez un langage clair, direct, qui passe bien à l'oral. Quand les éléments sont rédigés dans un langage compliqué et non maîtrisé, les gens sont moins susceptibles d'utiliser la liste de contrôle.

Utilisez une présentation simple et lisible. Utilisez un modèle de présentation cohérent et aéré. Bannissez les caractères trop petits. Si la liste de contrôle n'est pas claire et donc difficile à lire, les personnes sont peu susceptibles de l'utiliser.

EXPERIENCES DU TERRAIN

Modifier la liste de contrôle

Chaque membre de la Collaboration ayant participé à l'évaluation et signalé une utilisation suivie de la liste de contrôle, a aussi indiqué que des modifications ont été apportées à celle-ci.

Quelques établissements ont aussi indiqué avoir demandé à des experts obstétriciens/gynécologues dans leurs pays respectifs d'aider à adapter la liste de contrôle.

Parmi les exemples de modifications apportées à la liste de contrôle, on peut citer l'insertion d'un espace pour inscrire le nom de la mère, sa tension artérielle et sa température ; l'ajout des critères de l'établissement pour le transfert de la mère ou du nouveau-né vers un établissement de niveau supérieur ; l'ajout d'un contrôle des allergies ; et l'ajout d'activités en rapport avec la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, comme le dépistage du VIH et l'administration d'antirétroviraux.



Lancement

Le lancement de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement par le biais d'une formation ou d'une manifestation officielle est crucial pour bien faire ressortir l'importance de l'utilisation de la liste. Les partenaires essentiels au niveau local peuvent former d'autres personnes dans leur établissement après avoir bénéficié d'une formation de formateurs à un niveau supérieur de l'administration sanitaire.

Quel que soit le type de manifestation que vous choisissez pour le niveau local, elle peut être supervisée par l'équipe de gestion ou de mise en œuvre constituée à la phase de mobilisation. Toutefois, une participation active du personnel de différentes disciplines, y compris les médecins, est encouragée. Une telle manifestation peut mobiliser davantage le personnel soignant et les administrateurs, offrir l'occasion d'une formation technique supplémentaire sur les pratiques concernant l'accouchement et constituer un forum pour l'examen des obstacles et des aides. Vous devriez informer de cette manifestation le niveau immédiatement supérieur de l'administration sanitaire et inviter ses représentants à renforcer le caractère officiel du lancement.

La manifestation devrait créer une atmosphère d'enthousiasme chez les accoucheurs et les autres membres du personnel. Vous pouvez décider d'inclure des matériaux tels que des documents à distribuer et des exposés, ou créer une vidéo comportant des instructions ou suscitant la motivation. La simulation pratique avec recours à des accessoires ou à l'intervention des participants comme patients factices est une composante essentielle de la formation et de l'apprentissage chez l'adulte.

Il figure en annexe un guide pour l'organisation d'une manifestation de lancement. On trouvera également en annexe un ensemble d'images pour la description de chacune des étapes de la liste de contrôle : il peut être utile de les afficher pour s'y reporter pendant une formation de lancement. Dans les jours qui suivent la manifestation de lancement, les personnes chargées de la mise en œuvre et/ou certains membres du personnel de l'établissement sont encouragés à se tenir prêts à répondre à des questions.

LE LANCEMENT DEVRAIT COMPRENDRE LES ÉTAPES SUIVANTES⁸

1. Se présenter et présenter l'équipe dirigeant la mise en œuvre de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement.
2. Présenter les avantages de l'utilisation d'une liste de contrôle.
3. Expliquer les quatre étapes de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement.
4. Montrer et expliquer l'utilisation correcte de la liste de contrôle avec des jeux de rôle, des vidéos et d'autres matériaux.
5. Donner aux participants la possibilité de pratiquer l'utilisation de la liste de contrôle.
6. Encourager les participants à examiner les difficultés potentielles liées à l'utilisation de la liste de contrôle.
7. Inviter les participants à faire part de leurs pensées et de leurs sentiments à propos de la liste de contrôle et répondre à toute question soulevée.
8. Faire savoir aux participants qu'ils bénéficient de l'appui et du soutien continu de l'équipe tout au long de la mise en œuvre de la liste de contrôle.

EXPERIENCES DU TERRAIN

Inclure des séances de formation technique

La plupart des membres de la Collaboration ont inclus une formation technique sur des sujets tels que l'hygiène des mains et l'utilisation du partogramme. Leurs équipes ont étudié les ressources disponibles et les pratiques en usage dans leur établissement (comme il est expliqué dans la partie Mobilisation) pour décider quelle formation inclure dans leur manifestation de lancement.

Beaucoup de sites de la Collaboration ont indiqué utiliser la simulation et dispenser une formation initiale aux obstétriciens et aux infirmières en chef ou aux sages-femmes pour obtenir leur adhésion et les rendre capables de former d'autres personnes. Le programme BetterBirth a utilisé des vidéos comportant des instructions et suscitant la motivation pour indiquer au personnel des établissements comment utiliser la liste de contrôle et pour souligner l'importance de celle-ci.



Soutien

Les personnes chargées de la mise en œuvre et les responsables d'établissement sont encouragés à fournir un appui en promouvant en permanence la liste de contrôle pour susciter une prise de conscience et un enthousiasme au sujet de son utilisation. Par exemple, il est utile de profiter de réunions qui se tiennent régulièrement pour souligner l'importance de l'utilisation de la liste de contrôle et pour examiner les progrès accomplis. Outre cela, le recours à des photos, à des vidéos et des babillards électroniques pour mettre en avant des utilisateurs de la liste de contrôle aide à donner plus de sens à la mise en œuvre et renforce l'idée qu'elle est conduite localement et adaptée au contexte local.

Deux composantes essentielles du soutien consistent à coacher les autres pour encourager le changement et à s'appuyer sur le suivi et sur l'évaluation pour examiner les progrès.

COACHER LES AUTRES POUR ENCOURAGER LE CHANGEMENT⁸

Le coaching est une composante importante de la mise en œuvre réussie de la liste de contrôle. Grâce à lui, les individus et les équipes sont amenés à réaliser une meilleure performance et l'utilisation efficace de la liste de contrôle est maintenue au fil du temps. Coacher les collègues et le personnel en ce qui concerne l'utilisation de la liste de contrôle revient à les observer, à les encourager et à leur communiquer des informations en retour de façon respectueuse et constructive pour façonner un nouveau comportement et améliorer leur performance. Le coaching implique de rencontrer les personnes là où elles en sont de leur pratique et de les aider à s'améliorer. Un coach peut être n'importe quelle personne ou un groupe de personnes ; les coaches peuvent avoir reçu des formations cliniques et/ou administratives diverses, être issus de n'importe quel rang de l'établissement ou venir de l'extérieur. Un coach peut coacher les autres à plein temps ou à temps partiel, en plus de ses autres responsabilités. Il peut être, mais pas obligatoirement, un supérieur de l'établissement. Les coaches peuvent aussi relever d'un niveau supérieur de l'administration sanitaire et être chargés d'accompagner plusieurs établissements ou districts dans la mise en œuvre de la liste de contrôle.

Le coaching consiste à observer les autres professionnels pendant un accouchement pour évaluer s'ils suivent la liste de contrôle. Il peut également s'agir d'examiner des listes de contrôle complétées pour s'assurer qu'elles ont été renseignées de façon exhaustive et correcte. Transmettre des informations en retour de façon respectueuse et constructive sur ce qui a été observé pendant les accouchements et sur la façon dont la liste de contrôle a été remplie est un aspect important du coaching. Il est essentiel de bien communiquer pour motiver les autres et leur donner des retours appropriés. Les bons coach savent comment et quand écouter, parler aux autres avec respect et bienveillance, et communiquer des idées clairement et simplement. Voir les Principes du coaching efficace en annexe pour en apprendre davantage sur les qualités et compétences d'un coach efficace et sur les techniques de communication utiles pour transmettre des informations en retour de façon constructive.

Tout en contribuant à l'établissement et au maintien de la bonne utilisation de la liste de contrôle dans l'établissement, le coaching peut favoriser plusieurs améliorations :

- **SOINS AU PATIENT COORDONNÉS, DE MEILLEURE QUALITÉ.** Les équipes qui fonctionnent bien soignent mieux les patients.
- **MEILLEUR CLIMAT.** Le coaching de l'utilisation de la liste de contrôle aide à renforcer les meilleures pratiques qui maintiennent la communication et le travail d'équipe à un haut niveau.
- **DÉCOUVERTE D'AUTRES POSSIBILITÉS.** Le coaching peut aider à repérer de nouvelles possibilités d'amélioration.
- **SUCCÈS À LONG TERME.** Le coaching peut montrer que ce que font les gens a de l'importance et qu'il y a un intérêt à investir dans leur succès continu.

Pour faciliter le changement, un coach doit comprendre ce qui retient les autres d'améliorer leurs pratiques. Il est susceptible de noter trois facteurs⁹ qui rendent difficile la mise en œuvre des éléments de liste de contrôle :

UN BON COACH EST QUELQU'UN QUI EST :

- Capable d'être coaché
- Respecté
- Humble
- Patient

- **POSSIBILITÉ**

Facteurs environnementaux ou contextuels hors du contrôle de l'individu (par exemple, manque d'appui de la direction, contraintes en matière de ressources humaines ou de matériels et fournitures) ;

- **MOTIVATION**

Intérêt ou conviction ;

- **CAPACITÉ**

Compétence, connaissance ou aptitude technique.

EXPERIENCES DU TERRAIN

Difficultés à utiliser la liste de contrôle

L'évaluation de la Collaboration pour l'utilisation de la liste OMS de contrôle de la sécurité de l'accouchement a révélé plusieurs difficultés concernant la motivation à utiliser la liste de contrôle, par exemple la croyance que la liste de contrôle était trop complexe et prenait trop de temps. Les coachs ont pu résoudre ces difficultés par la supervision et la formation continues, et en renforçant l'importance de la liste de contrôle par une action de sensibilisation et des réunions avec l'ensemble du personnel.

Beaucoup de sites de la Collaboration ont aussi rencontré des difficultés en termes de compétences, pour utiliser la liste de contrôle et mettre en œuvre certaines pratiques en matière d'accouchement qui y sont préconisées. Les sites qui ont obtenu de bons résultats ont organisé des manifestations de lancement supplémentaires et des formations techniques pour renforcer les compétences.

Parmi les sites de la Collaboration, l'un des problèmes courants concernant les possibilités était le manque de matériels et fournitures essentiels. Dans ce cas, de nombreux coachs et accoucheurs ont collaboré avec des responsables d'établissement et même avec des administrateurs de la santé à un niveau supérieur pour renforcer la chaîne d'approvisionnement. Dans les établissements où les accoucheurs n'avaient pas facilement accès à des exemplaires de la liste de contrôle, parce que ces établissements ne possédaient pas d'imprimante, les sites ont envisagé de fabriquer des affiches. Chaque affiche représentant une étape de la liste de contrôle a été placée dans la salle où les soins étaient prodigués pour cette étape. Certains établissements ont créé quelques exemplaires plastifiés de la liste de contrôle pouvant être nettoyés et réutilisés à chaque accouchement. Face à la pénurie de personnel et au manque d'assiduité, beaucoup de sites se sont axés sur les politiques en matière d'assiduité et ont encouragé les agents de santé à demander l'assistance des accompagnants à la naissance, si nécessaire.

SUIVI ET ÉVALUATION DES PROGRÈS

Pour fournir aux accoucheurs un encouragement et un appui continus dans l'utilisation de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement, vous devez d'abord savoir quand, comment, et pourquoi les accoucheurs utilisent (ou non) la liste de contrôle dans leur travail. Mesurer à quelle fréquence et comment en termes de qualité les accoucheurs utilisent la liste de contrôle et mettent en œuvre les pratiques essentielles en matière d'accouchement qui y sont préconisées, peut vous indiquer ce qu'ils trouvent difficile dans l'utilisation de la liste de contrôle, vous permettre de demander de l'aide pour résoudre ces difficultés, et mettre en évidence les progrès des personnes et de l'établissement à saluer avec l'équipe et plus largement. Rappelez-vous que la liste de contrôle peut être intégrée aux procédures sanitaires de l'établissement et à ses efforts d'amélioration de la qualité, et qu'elle n'a pas à constituer une tâche supplémentaire. Il est important d'évaluer comment la liste de contrôle peut compléter ou améliorer le système en place.

Suivi du processus de mise en œuvre

Les coaches, les superviseurs et les accoucheurs peuvent rassembler des informations sur l'utilisation de la liste de contrôle et sur la qualité des soins dispensés en observant directement les autres mettre en œuvre les pratiques en matière d'accouchement. Vous trouverez en annexe un Outil d'observation qui peut permettre de :

- Noter quelles sont les pratiques mises en œuvre par les accoucheurs à chaque période d'observation;
- Décider quelles sont les pratiques qu'il est le plus important d'améliorer pour votre établissement ou votre système de santé;
- S'assurer que tous les observateurs observent et notent les mêmes types de pratiques et de comportements;
- Déterminer et noter les principales raisons pour un accoucheur de ne pas mettre en œuvre un élément de la liste de contrôle (manque de possibilité, de capacité ou de motivation).

L'objectif de l'Outil d'observation n'est pas de juger les performances des accoucheurs; vous devez donc faire en sorte qu'ils sachent que les observations servent uniquement à la collecte de données pour le coaching et l'amélioration de la qualité. Par ailleurs, il est bon d'éviter d'utiliser les noms ou d'autres informations permettant de repérer les accoucheurs ou les patients sur les outils d'observation pour renforcer l'adhésion des prestataires au processus. Vous voulez peut-être faire participer au processus des superviseurs du niveau de l'administration sanitaire supérieur : ils peuvent observer les pratiques de façon plus objective et formuler des commentaires utiles en remarquant ce que le personnel toujours présent dans l'établissement ne verrait peut-être pas. Peu importe l'outil d'observation que vous utilisez, tous les observateurs doivent s'entendre sur la définition des éléments précis de la liste de contrôle, par exemple déterminer quand un « saignement chez la mère est maîtrisé ».

En plus de l'Outil d'observation, la liste de contrôle elle-même peut aussi être utilisée pour suivre et noter le type de soins prodigués par les accoucheurs. En examinant des listes de contrôle complétées, vous pouvez voir si et comment la qualité des soins dans votre établissement ou votre système de soins évolue. En étudiant les résultats avec les accoucheurs et la direction, vous devriez vous appuyer sur les Principes du coaching efficace, en annexe, pour que les accoucheurs sentent que vous les soutenez dans l'amélioration de leurs pratiques plutôt que de leur mettre une pression pour « cochez la case ».

Parce que des matériels, fournitures et équipements spécifiques sont nécessaires pour mettre en œuvre les pratiques essentielles en matière d'accouchement préconisées dans la liste de contrôle, il est important de contrôler régulièrement leur disponibilité dans votre établissement. Vous trouverez en annexe un exemplaire de l'outil Matériels et fournitures pour assurer la sécurité de l'accouchement, qui peut être utilisé pour aider les établissements à suivre leur stock de matériels et fournitures, à repérer les besoins et à remarquer les domaines à améliorer.

Évaluation et retour d'information concernant les progrès

Après avoir rassemblé des données sur l'utilisation de la liste de contrôle et la qualité des soins dans votre établissement, il est important de prendre des mesures pour exploiter les enseignements issus des données, puis de partager ces enseignements avec les accoucheurs et les autres personnes qui utilisent la liste de contrôle dans leur travail. Au niveau du système de santé, les données peuvent être recueillies dans de nombreux établissements et agrégées pour analyser les tendances régionales ou nationales en santé maternelle et néonatale.

Enregistrer les données dans une feuille de calcul sur papier ou sur ordinateur vous permet de les organiser et de dégager des tendances. Vous pouvez également poser certaines ou l'ensemble des questions suivantes :

- Comment l'utilisation de la liste de contrôle évolue-t-elle au fil du temps?
- Quels éléments spécifiques de la liste de contrôle sont plus susceptibles, ou moins susceptibles, d'être mis en œuvre?
- Quels matériels, fournitures et équipements manquent habituellement? Pourquoi? Comment disposer de matériels et fournitures plus régulièrement?
- Pourquoi les accoucheurs omettent-ils fréquemment certains éléments de la liste de contrôle? Comment surmonter ces difficultés?

Quels que soient les détails, par exemple le type de document utilisé ou le type de feuille de calcul créée, vous constaterez que la notification de données et la communication de réactions sont cruciales pour la réussite. Toutes les personnes intervenant dans l'utilisation de la liste de contrôle – accoucheurs, directeurs d'établissement, responsables de soins de santé, coachs – doivent comprendre quand et comment apporter des changements pour résoudre les problèmes existants. Cela implique de poser des questions aux accoucheurs et aux responsables d'établissement pour comprendre pourquoi il y a des difficultés et comment elles se présentent, et de les associer pour qu'ils aident à résoudre les problèmes au niveau du système et se motivent mutuellement.

En outre, les réussites devraient être régulièrement partagées avec tous les acteurs pour encourager ceux-ci à continuer les pratiques qui fonctionnent bien. Vous trouverez en annexe un outil de coaching qui peut être utile pour noter les réussites et les difficultés, ainsi que pour préparer des conversations avec les accoucheurs ou d'autres personnes dans le but de leur communiquer des informations. Vous pouvez aussi trouver cet outil pratique pour reconnaître les personnes ayant contribué au succès, ou pour créer un plan visant à résoudre des problèmes spécifiques. Beaucoup de programmes d'amélioration de la qualité performants accordent une reconnaissance sociale aux personnes qui jouent un rôle positif dans la conduite du processus de mise en œuvre.

EXPERIENCES DU TERRAIN

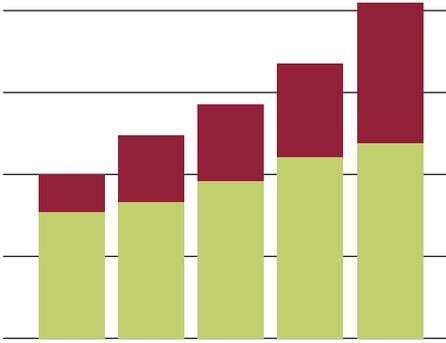
Comment utiliser les représentations de données

D'après l'expérience de l'essai BetterBirth et de la Collaboration, la représentation graphique des données dans un établissement peut responsabiliser le personnel en mettant en évidence les domaines où il reste des difficultés concernant l'utilisation de la liste et ceux où l'établissement fait des progrès.

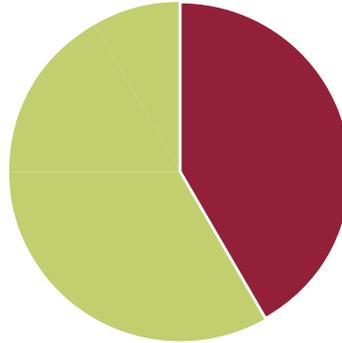
REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DES DONNÉES

Les représentations de données sont souvent des tableaux, des graphiques et des diagrammes générés par ordinateur, mais vous pouvez aussi les réaliser à la main. Les couleurs sont un moyen simple de montrer les progrès (rouge pour indiquer «non» ou une tendance négative, vert pour indiquer «oui» ou une tendance positive). Il figure ci-dessous des exemples de représentations de données qui aident à mettre en évidence les progrès et à raconter le processus de mise en œuvre:

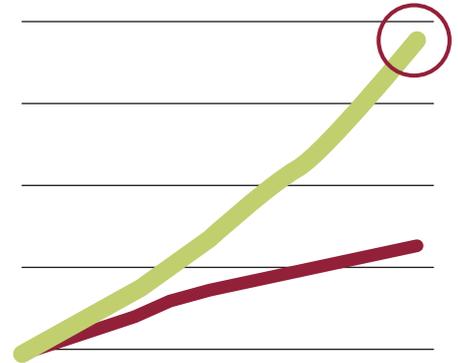
GRAPHIQUE EN BARRES



GRAPHIQUE CIRCULAIRE



GRAPHIQUE LINÉAIRE



REGISTRE DES COMPORTEMENTS

COMPORTEMENTS TYPE

	OBSERVATIONS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mesure de la tension artérielle de la mère	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Administration d'ocytocine dans la minute qui suit la naissance	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Contact peau à peau	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓
Explication des signes de danger	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓

OU

COMPORTEMENTS TYPE

	OBSERVATIONS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mesure de la tension artérielle de la mère	Green	Red	Green							
Administration d'ocytocine dans la minute qui suit la naissance	Green	Green	Red	Green						
Contact peau à peau	Red	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Green	Green
Explication des signes de danger	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Green	Green	Green

ANNEXES



Matériels et fournitures pour assurer la sécurité de l'accouchement

QUELS SONT LES MATÉRIELS ET FOURNITURES POUR ASSURER LA SÉCURITÉ DE L'ACCOUCHEMENT ?

Matériels et fournitures requises pour prendre en charge dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité le processus du travail et de l'accouchement conformément aux pratiques et aux éléments décrits dans la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement.

COMMENT COMPLÉTER LE FORMULAIRE :

- Commencer par la première colonne. Inscrire la date du jour en haut de la colonne.
- Considérer chaque élément de la liste.
 - Remplir le cercle «O» si la fourniture, l'équipement ou le médicament est efficace, non périmé et rapidement disponible pour les accoucheurs.
 - Remplir le cercle «N» si la fourniture, l'équipement ou le médicament est cassé, périmé ou non disponible pour les accoucheurs.

	Date	Date	Date	Date	Date
--	------	------	------	------	------

FOURNITURES ET ÉQUIPEMENTS GÉNÉRAUX

Alimentation électrique	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Eau propre	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Savon ou solution hydro-alcoolique pour les mains	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Désinfectant	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Autoclave	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Gants propres	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Stéthoscope	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Thermomètre	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Tensiomètre	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Partogramme	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Fœtoscope/doppler	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				

MATÉRIELS ET FOURNITURES EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

Unité d'aspiration	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Extracteur de mucus	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Ballon-masque néonatal	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Bouteille/concentrateur d'oxygène	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Pèse-bébé	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Aiguille/seringue	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Bandelettes urinaires	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Lame/ciseaux stérilisés	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Fil/pince pour cordon ombilical	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Serviettes hygiéniques propres pour la mère	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Serviette propre	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				

MÉDICAMENTS/INJECTIONS/PERFUSIONS

Sachet de solution intraveineuse	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Ocytocine injectable	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Sulfate de magnésium injectable	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Antibiotiques pour la mère	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Antibiotiques pour l'enfant	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Antihypertenseurs	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				

Matériels et fournitures pour assurer la sécurité de l'accouchement – exemple

QUELS SONT LES MATÉRIELS ET FOURNITURES POUR ASSURER LA SÉCURITÉ DE L'ACCOUCHEMENT ?

Matériels et fournitures requises pour prendre en charge dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité le processus du travail et de l'accouchement conformément aux pratiques et aux éléments décrits dans la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement.

COMMENT COMPLÉTER LE FORMULAIRE :

- Commencer par la première colonne. Inscrire la date du jour en haut de la colonne.
- Considérer chaque élément de la liste.
 - Remplir le cercle «O» si la fourniture, l'équipement ou le médicament est efficace, non périmé et rapidement disponible pour les accoucheurs.
 - Remplir le cercle «N» si la fourniture, l'équipement ou le médicament est cassé, périmé ou non disponible pour les accoucheurs.

	Date 1 ^{er} janvier	Date 8 ^{er} janvier	Date	Date	Date
--	---------------------------------	---------------------------------	------	------	------

FOURNITURES ET ÉQUIPEMENTS GÉNÉRAUX

Alimentation électrique	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Eau propre	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Savon ou solution hydro-alcoolique pour les mains	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Désinfectant	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Autoclave	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Gants propres	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Stéthoscope	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Thermomètre	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Tensiomètre	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Partogramme	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Fœtoscope/doppler	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				

MATÉRIELS ET FOURNITURES EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

Unité d'aspiration	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Extracteur de mucus	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Ballon-masque néonatal	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Bouteille/concentrateur d'oxygène	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Pèse-bébé	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Aiguille/seringue	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Bandelettes urinaires	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Lame/ciseaux stérilisés	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Fil/pince pour cordon ombilical	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Serviettes hygiéniques propres pour la mère	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Serviette propre	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				

MÉDICAMENTS/INJECTIONS/PERFUSIONS

Sachet de solution intraveineuse	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Ocytocine injectable	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Sulfate de magnésium injectable	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Antibiotiques pour la mère	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Antibiotiques pour l'enfant	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				
Antihypertenseurs	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N				

Guide pour l'organisation d'une manifestation de lancement

INSTRUCTIONS

Utilisez les activités et les points de discussion suivants lors d'une manifestation de lancement visant à introduire la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement.

1. PRÉSENTEZ-VOUS ET PRÉSENTEZ L'ÉQUIPE DIRIGEANT LA MISE EN ŒUVRE DE LA LISTE OMS DE CONTRÔLE POUR LA SÉCURITÉ DE L'ACCOUCHEMENT.

Favorisez un environnement accueillant, ouvert, dans lequel tous les participants se sentent à l'aise pour poser des questions et faire des suggestions, en vous présentant et en présentant l'équipe, et en facilitant les présentations entre toutes les personnes présentes à la manifestation.

2. PRÉSENTEZ LES AVANTAGES DE L'UTILISATION D'UNE LISTE DE CONTRÔLE.

Expliquez les avantages de l'utilisation d'une liste de contrôle pour aider les accoucheurs pendant l'accouchement. Donnez les éléments essentiels de la liste de contrôle.

POURQUOI UTILISER UNE LISTE DE CONTRÔLE ?

- C'est le premier jour après l'accouchement que le risque de décéder pour les mères est le plus grand.
- C'est le premier jour, en général juste après la naissance, que le risque de décéder pour les nourrissons est le plus grand.
- L'accouchement est un processus complexe ayant trop souvent des conséquences graves.
- Dans d'autres processus complexes susceptibles d'avoir des conséquences graves (par exemple, piloter un avion ou effectuer une opération chirurgicale), les études ont montré que les listes de contrôle peuvent sauver des vies et prévenir les dommages graves.
- Comme un pilote dans un avion ou un chirurgien en salle d'opération, un accoucheur peut agir considérablement sur le niveau de sécurité d'une mère et de son enfant pendant l'accouchement.

COMMENT LES LISTES DE CONTRÔLE FONCTIONNENT-ELLES ?

- Les listes de contrôle ne comportent pas d'activités nouvelles : leurs éléments constitutifs sont créés à partir de la formation, des lignes directrices et des pratiques existantes.
- Les éléments d'une liste de contrôle aident à se rappeler de nombreuses pratiques qui devraient être mises en œuvre dans une situation complexe.
- Nous pouvons être négligents.
- Il arrive que l'on soit distrait par des urgences ou par d'autres tâches.
- Il est possible que l'on oublie de communiquer des informations importantes aux autres.

EXEMPLE : Quand vous allez au marché, vous vous aidez d'une liste pour penser à acheter les bons produits, dans le bon ordre, au bon moment.

INVITATION AU DÉBAT: Quelles sont les causes possibles des complications liées à l'accouchement ?

Une liste de contrôle visant à aider la mémoire des accoucheurs augmentera le nombre de pratiques essentielles mises en œuvre lors des accouchements, ce qui améliorera la santé des mères et des nouveau-nés.

3. EXPLIQUEZ LES QUATRE ÉTAPES DE LA LISTE OMS DE CONTRÔLE POUR LA SÉCURITÉ DE L'ACCOUCHEMENT

Mentionnez chaque étape (utilisez les images associées pour conduire le débat). Encouragez les participants à identifier les objectifs des soins et les pratiques clés qu'ils devraient mettre en œuvre à chaque étape, puis passez en revue à haute voix les éléments de la liste et décrivez-les en détail, en expliquant pourquoi il s'agit de pratiques essentielles en matière d'accouchement.

Utilisez pour chaque étape **les invitations au débat suivantes** pour guider la discussion avec les participants.



ÉTAPE 1: À L'ADMISSION

- Comment évalue-t-on les risques pour la mère ?
- Pour quelles raisons les mères doivent-elles être transférées avant l'accouchement ?



ÉTAPE 2: JUSTE AVANT LA PHASE D'EXPULSION (OU AVANT LA CÉSARIENNE)

- Quelles fournitures et quels équipements prépare-t-on pour la mère et pour l'enfant avant l'accouchement ?
- Quelles fournitures sont rapidement disponibles pour chaque mère et pour chaque enfant ? Quelles fournitures font souvent (toujours ou parfois) défaut ?



ÉTAPE 3: PEU DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE (DANS L'HEURE QUI SUIV)

- Comment encourage-t-on l'allaitement maternel et le contact peau à peau ?
- Quelles pratiques peut-on améliorer à cette étape ?
- Quels signes de danger doit-on surveiller chez la mère ? Chez l'enfant ?



ÉTAPE 4: AVANT LA SORTIE

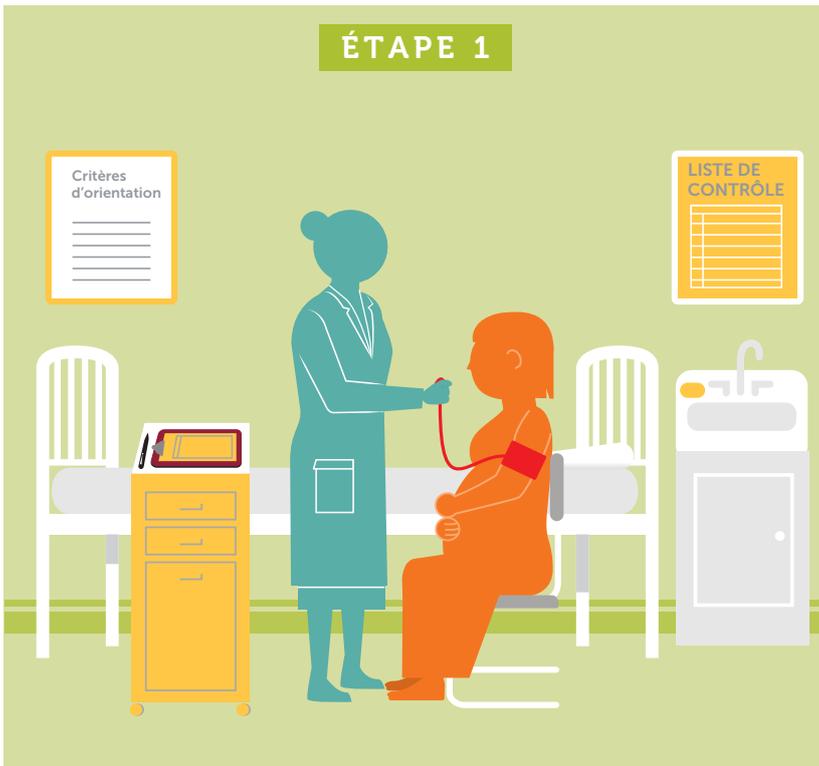
- Quelles pratiques doit-on mettre en œuvre avant que la mère et l'enfant ne rentrent à la maison ?
- Comment s'assure-t-on que la mère reçoit des informations sur la planification familiale ?

Rappelez aux participants les points suivants :

- *Chaque élément de la liste de contrôle est important pour chaque mère et pour chaque accouchement— les accoucheurs doivent toujours se reporter à la liste de contrôle à chaque étape, même s'ils ont confiance dans leur connaissance des pratiques en matière d'accouchement.*
- *Les accoucheurs devraient utiliser une liste de contrôle pour chaque mère, et cette liste devrait suivre la mère et l'enfant d'un lieu à l'autre et d'un accoucheur à l'autre.*
- *Bien qu'au départ la liste de contrôle puisse sembler compliquée et chronophage, elle permettra vite aux accoucheurs de mettre en œuvre les pratiques essentielles en matière d'accouchement plus facilement, plus rapidement et dans de meilleures conditions de sécurité.*

Illustration des étapes

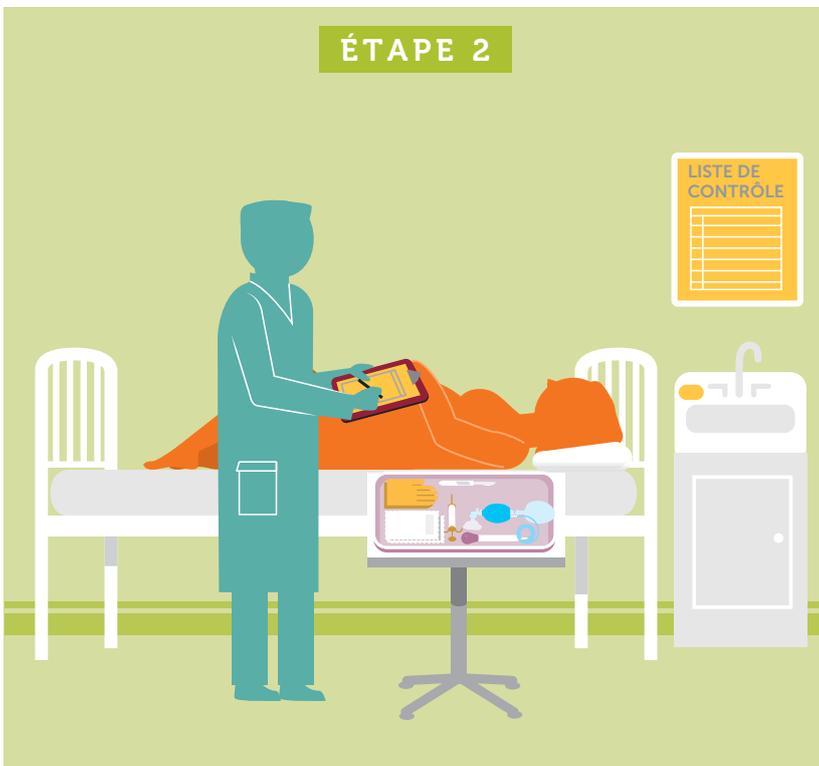
ÉTAPE 1



ÉTAPE 1 À L'ADMISSION

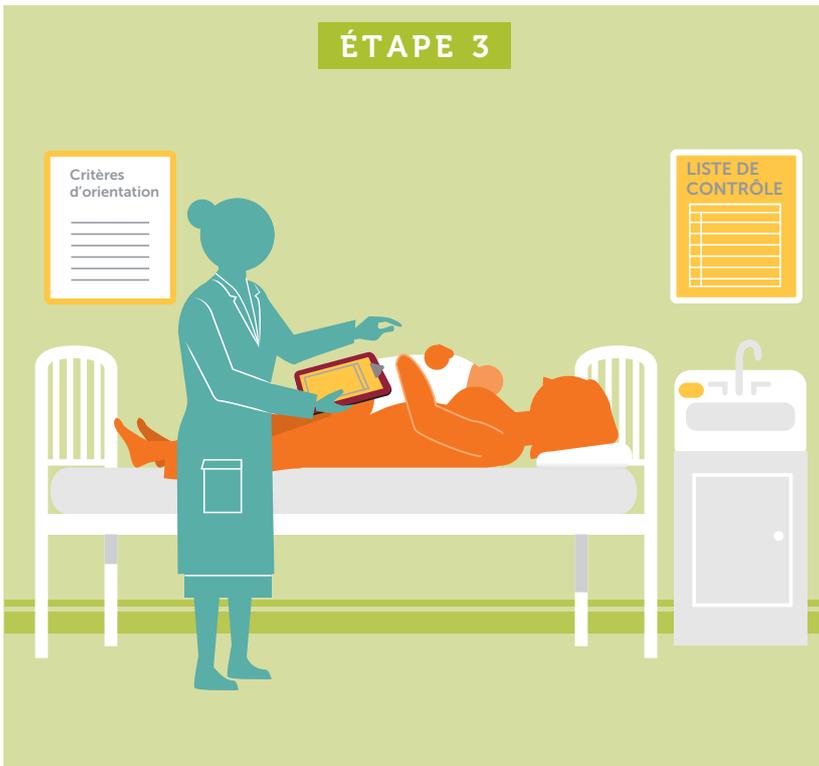
Il est important d'examiner la mère au moment de l'admission afin de déceler et de traiter les complications qu'elle pourrait déjà avoir, de confirmer si elle a besoin d'être transférée vers un autre établissement, de la préparer (ainsi que son accompagnant) pour le travail et l'accouchement, et de l'informer (ainsi que son accompagnant) des signes de danger en présence desquels elle devrait appeler à l'aide.

ÉTAPE 2



ÉTAPE 2 JUSTE AVANT LA PHASE D'EXPULSION (OU AVANT LA CÉSARIENNE)

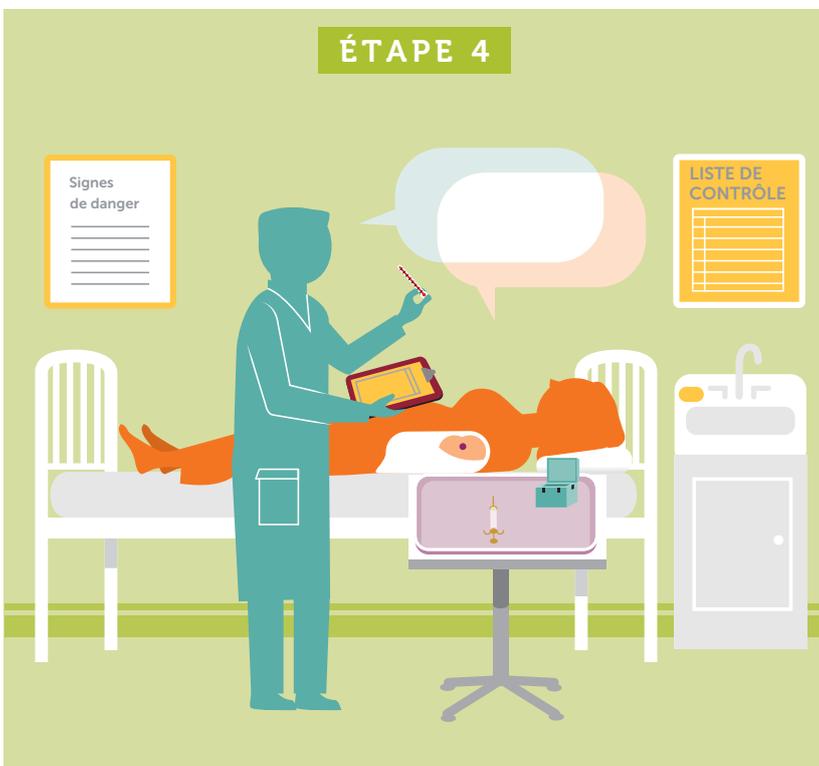
Il est important d'examiner la mère juste avant la phase d'expulsion (ou avant la césarienne) afin de déceler et de traiter les complications pouvant survenir pendant le travail et de se préparer aux événements habituels et aux situations de crise qui peuvent se produire après la naissance.



ÉTAPE 3

PEU DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE (DANS L'HEURE QUI SUIV)

Il est important d'examiner la mère et le nouveau-né peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) afin de déceler et de traiter les complications pouvant survenir après l'accouchement, d'informer la mère (ainsi que son accompagnant) des signes de danger en présence desquels elle devrait appeler à l'aide.



ÉTAPE 4

AVANT LA SORTIE

Il est important d'examiner la mère et le nouveau-né avant la sortie pour s'assurer qu'ils sont en bonne santé, qu'un suivi a été mis en place, que les options en matière de planification familiale ont été étudiées et proposées à la mère (et à son accompagnant) et qu'elle a été informée des signes de danger à surveiller, chez la mère et chez l'enfant, au cas où il faudrait des soins immédiats dispensés par du personnel qualifié.

Principes du coaching efficace

QUI PEUT COACHER ?

N'importe qui peut coacher, que l'on ait une formation clinique ou administrative, que l'on soit issu de n'importe quel rang de l'établissement ou que l'on vienne de l'extérieur. L'expérience de l'essai BetterBirth et de la Collaboration a montré que le modèle pair à pair fonctionne le mieux – en d'autres termes, des infirmières coachant des infirmières et des médecins coachant des médecins. Une personne qui coach l'utilisation de la liste de contrôle peut le faire à plein temps ou à temps partiel, en plus de ses autres responsabilités. Un coach peut être, mais pas obligatoirement, un supérieur de l'établissement. Peu importe quel est son parcours pourvu qu'il ait les caractéristiques d'un bon coach.

QUALITÉS D'UN BON COACH

Un bon coach est quelqu'un qui est :

- Capable d'être coaché ;
- Respecté ;
- Humble ;
- Patient.

Les coachs efficaces sont ceux qui sont **capables d'être eux-mêmes coaché** – ils sont motivés par l'objectif d'améliorer leurs pratiques, ils souhaitent être observés pendant qu'ils travaillent et répondront ouvertement à des questions sur leurs performances. Les personnes qui réagissent bien au fait d'être encadrées ont généralement la perspicacité, la sensibilité et la compréhension nécessaires pour coacher elles-mêmes des gens.

Un bon coach ne doit pas nécessairement occuper une position élevée dans l'établissement ou le système de soins de santé, mais il devrait avoir la confiance et le **respect** de ses pairs. De même, les coach n'ont pas besoin d'être cliniciens, mais ils sont mieux à même de gagner la confiance des accoucheurs s'ils comprennent l'environnement de l'accouchement, s'ils peuvent s'y rattacher ou s'ils y exercent des compétences techniques. Toutefois, prétendre avoir toutes les réponses peut détruire la confiance, qui est tellement cruciale pour une relation de coaching réussie. Un bon coach reconnaît bien ce qu'il ne sait pas toujours.

Les coachs **humbles** et honnêtes sont capables de construire des relations fructueuses avec leurs collègues. Les coachs efficaces traitent les autres comme si ces derniers faisaient de leur mieux pour aider les mères et les nouveau-nés et pour dispenser des soins en toute sécurité. En adoptant cette attitude humble, ils ont beaucoup plus de chances d'obtenir des accoucheurs qu'ils écoutent et tiennent compte de leurs réactions. Les bons coach reconnaissent les mesures positives que prennent les accoucheurs et le fait que ceux-ci essaient d'apprendre et font de leur mieux. Ils soumettent aux personnes des observations sur leurs pratiques sans juger ce qui a été effectué ni comment cela l'a été.

Les coachs ont aussi la **patience** et la souplesse nécessaires pour permettre aux autres d'apprendre en parvenant à leurs propres conclusions. Les coachs efficaces amènent les accoucheurs à réfléchir à ce qui s'est passé et les guident pour qu'ils repèrent pour eux-mêmes les difficultés et les solutions potentielles pour améliorer leurs performances. Ce faisant, plutôt que de présenter des solutions toutes faites à des problèmes génériques, les coachs créent les possibilités permettant aux personnes de résoudre par elles-mêmes les difficultés uniques les concernant. Non seulement ils répondent mieux aux préoccupations des accoucheurs, mais ces derniers sont également plus susceptibles de recourir aux solutions qu'ils ont eux-mêmes élaborées.

Les coachs doivent faire preuve de souplesse en utilisant des approches multiples pour satisfaire les besoins des autres. Par exemple, ils peuvent rencontrer les accoucheurs un par un ou en petits groupes. De même, ils peuvent coacher les accoucheurs en personne ou à distance (par téléphone ou par internet). Ils devraient décider comment coacher en choisissant ce qui sera le plus efficace pour les accoucheurs qu'ils coachent, ou pour l'établissement ou le système de santé dans son ensemble, et ce qui fonctionnera avec les ressources disponibles.

Principes du coaching efficace

COMPÉTENCES DE COACHING NÉCESSAIRES

Pour aider les accoucheurs à améliorer leurs compétences, les coachs devraient :

- **Bâtir des relations fondées sur la confiance ;**
- **Faire preuve d'une véritable curiosité ;**
- **S'appuyer sur de réelles compétences d'observation et de communication.**

Afin d'aider les autres à améliorer leurs pratiques, les coachs doivent les convaincre que leurs pratiques peuvent être changées en mieux. Les accoucheurs ne prennent l'engagement d'améliorer leurs pratiques qu'envers les coachs qui ont gagné leur confiance. Un coach efficace prendra le temps de construire une relation avec les autres et de comprendre leur point de vue, de façon à gagner leur confiance et à obtenir qu'ils s'engagent à s'améliorer. Il est important d'exprimer de l'empathie quand il convient ; cela pose les bases d'une relation de coaching forte. Montrer une véritable curiosité ou un intérêt sincère tout en observant et en posant des questions permet d'augmenter la confiance et le succès. Les coachs peuvent adopter cette attitude en prenant un ton qui ne soit pas critique et en posant des questions qui invitent à la conversation et à la réflexion. Certaines personnes encadrées préféreront s'adresser au coach et chercheront à obtenir son appui.

En outre, les coachs qui observent attentivement et posent les bonnes questions peuvent diagnostiquer précisément les causes profondes des problèmes. Tout en ayant la meilleure opinion des personnes et des équipes, les coachs qui comprennent les causes profondes sont davantage à même de favoriser des solutions accessibles et appropriées. Par exemple, un accoucheur peut omettre de mesurer la température non parce qu'il ne sait pas le faire, mais parce qu'il n'y a pas de thermomètre qui fonctionne dans l'établissement. Quand les coachs peuvent aider les autres à repérer les obstacles à l'amélioration, l'incitation au changement est beaucoup plus forte.

Pour faciliter le changement, un coach doit comprendre ce qui retient les autres d'améliorer leurs pratiques. Il est susceptible de noter trois facteurs qui rendent difficile la mise en œuvre des éléments de la liste de contrôle :

- **POSSIBILITÉ – Facteurs environnementaux ou contextuels hors du contrôle de l'individu (par exemple, manque d'appui de la direction, contraintes en matière de ressources humaines, de temps ou de matériels et fournitures) ;**
- **MOTIVATION – Intérêt ou conviction ;**
- **CAPACITÉ – Compétence, connaissance ou aptitude technique.**

COMPÉTENCES DE COMMUNICATION UTILES POUR ENCOURAGER LES PROGRÈS

Quand il aborde les pratiques, qu'il donne des informations en retour et qu'il aide les accoucheurs à identifier les problèmes et les solutions, le coach doit s'appuyer sur de solides compétences de communication. Un bon coach sait quand et comment écouter, comment parler aux autres avec respect et gentillesse, et comment communiquer des idées clairement et simplement.

Poser des questions ouvertes

Les questions ouvertes sont des questions auxquelles il n'est pas possible de répondre simplement par Oui, Non ou un autre mot isolé. Elles commencent typiquement par Pourquoi ou Comment. En posant des questions ouvertes, le coach donne la possibilité aux accoucheurs de discuter et de se pencher sur leurs pratiques plutôt que de partager simplement son avis (ou de ne pas être d'accord).

Rechercher l'engagement

En encourageant les accoucheurs à énoncer clairement des objectifs précis, concrets avec des délais définis, le coach les aide à s'engager à modifier leurs pratiques. Un coach ne devrait pas juger ni culpabiliser un accoucheur si un objectif n'est pas réalisé, mais il peut être utile en motivant l'accoucheur pour que celui-ci réalise ses propres objectifs et en étudiant les moyens par lesquels ils peuvent, ensemble, réaliser ces objectifs plus facilement.

Principes du coaching efficace

Écouter de façon active

L'écoute active nécessite que le coach participe à la conversation, même sans parler, en accordant beaucoup d'attention au locuteur et en confirmant ce qu'il entend. Un coach peut recourir à des signes verbaux et non verbaux pour montrer à l'auditeur son intérêt. Par exemple, il peut hocher la tête pour montrer qu'il est intéressé et qu'il est d'accord avec ce qu'a déclaré le locuteur, ou il peut utiliser des formules comme « Vous dites que . . . » pour être certain d'avoir reçu le bon message.

Donner un retour d'information respectueux et constructif

Le coach fait part de ses observations sur les pratiques d'un accoucheur pour aider celui-ci à comprendre pourquoi et comment modifier ses pratiques pour le mieux. Les informations communiquées en retour ne devraient pas décourager mais devraient plutôt renforcer la confiance et la motivation des accoucheurs pour qu'ils puissent s'améliorer. C'est pourquoi elles devraient être transmises de façon respectueuse et constructive :

- Le coach devrait fixer un moment et un lieu appropriés pour communiquer ses observations. S'il attend pour faire part de ses réactions face à une action ou à une situation passées, ses observations n'auront pas autant de poids, l'accoucheur ne se souvenant pas forcément bien de l'événement. En outre, le coach devrait être sûr que le moment et le lieu qu'il a choisis pour communiquer des informations en retour n'est pas dangereux ni embarrassant pour l'accoucheur.
- Le coach devrait décrire et étudier les faits et ses observations plutôt que faire des généralisations. Il devrait être aussi précis que possible et ne pas exprimer de stéréotypes ni de jugements fondés sur des suppositions.

Le questionnement en trois parties permet au coach de communiquer des informations en retour de façon sûre et productive en organisant ses réactions et la conversation qui en découle d'une manière respectueuse. Le schéma ci-dessous fournit une explication et des exemples de questionnement en trois parties.

La mise en œuvre de ces compétences de communication importantes nécessite toujours d'employer un ton calme, poli, intéressé pour éviter d'offenser ou d'irriter le locuteur

FORMULER LE QUESTIONNEMENT EN TROIS PARTIES

Le questionnement en trois parties repose sur une formule simple :

1 VOS OBSERVATIONS + 2 VOS PENSÉES + 3 VOTRE QUESTION

OBJECTIFS

- Expliquez ce que vous avez observé.
- Soyez clair et précis.
- Restez aussi objectif que possible.

EXEMPLES

« J'ai vu... »
« J'ai observé... »
« J'ai regardé... »
« L'équipe a... »
« L'équipe n'a pas... »
« J'ai remarqué... »

OBJECTIFS

Faites savoir pourquoi vous vous centrez sur un comportement ou une action spécifique et expliquez-en l'importance.

EXEMPLES

« Je pense... »
« Je crois... »
« Il est vraiment important de... »
« Je suis satisfait que... »
« Je suis préoccupé par le fait que... »

OBJECTIFS

- Permettez à l'équipe de réfléchir.
- Montrez un réel intérêt pour ce qui s'est passé.

EXEMPLES

« Pouvez-vous m'aider à comprendre ? »
« Je suis curieux de savoir, que s'est-il passé d'après vous ? »
« Quel est votre point de vue ? »
« Comment avez-vous vécu cela ? »
« Je me demande ce qui s'est passé d'après vous ? »

Outil d'observation

INSTRUCTIONS

L'outil d'observation est employé pour contrôler le respect des pratiques essentielles pendant l'accouchement. Étudiez chaque question et chaque sous-question et notez si la pratique a été mise en œuvre (O pour Oui) ou non (N pour Non).

Utilisez les catégories suivantes pour trouver la raison pour laquelle une pratique n'a pas été mise en œuvre :

- **Possibilité** – facteurs environnementaux ou contextuels hors du contrôle de l'individu. Par exemple, manque d'appui de la direction, contraintes en matière de ressources humaines, de temps ou de matériels et fournitures
- **Capacité** – compétence ou connaissance, expérience ou aptitude technique ;
- **Motivation** – intérêt limité ou manque de conviction empêchant l'adoption.

1 À L'ADMISSION		
	Réponse	Obstacle <i>possibilité, capacité, motivation</i>
1. La mère a-t-elle besoin d'être transférée ?	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	
2. A-t-on commencé le partogramme ? A-t-on mesuré le rythme cardiaque du fœtus ?	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	
3. La mère doit-elle commencer à prendre des antibiotiques ? A-t-on pris la température ?	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	
4. La mère doit-elle commencer à prendre du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs ? A-t-on mesuré la tension artérielle ?	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	
5. Des fournitures sont-elles disponibles pour l'hygiène des mains et le port de gants à chaque examen vaginal ? a. S'est-on nettoyé les mains avec la solution hydro-alcoolique ou avec du savon et de l'eau ? b. A-t-on porté des gants pendant l'examen vaginal ?	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	
6. A-t-on encouragé la présence d'un accompagnant à la naissance ?	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	
7. A-t-on dit à la mère ou à l'accompagnant d'appeler à l'aide pendant le travail en cas de besoin ? Les signes de danger ont-ils été expliqués à la mère/l'accompagnant ?	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	

Outil d'observation

2

JUSTE AVANT LA PHASE D'EXPULSION (OU AVANT LA CÉSARIENNE)

	Réponse	Obstacle <i>possibilité, capacité, motivation</i>
<p>1. La mère doit-elle commencer à prendre des antibiotiques ? A-t-on pris la température ?</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p>	
<p>2. La mère doit-elle commencer à prendre du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs ? A-t-on mesuré la tension artérielle ?</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p>	
<p>3. Y a-t-il des matériels et fournitures essentiels au chevet ?</p> <p><i>Pour la mère</i></p> <p>a. Gants</p> <p>b. Solution hydro-alcoolique pour les mains ou savon et eau propre</p> <p>c. 10 unités d'ocytocine dans une seringue</p> <p><i>Pour l'enfant</i></p> <p>a. Serviette propre</p> <p>b. Fil ou pince pour cordon ombilical</p> <p>c. Lame stérile pour couper le cordon</p> <p>d. Dispositif d'aspiration</p> <p>e. Ballon-masque</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p>	
<p>4. Utilisation correcte des matériels et fournitures essentiels :</p> <p>a. S'est-on nettoyé les mains juste avant l'accouchement ?</p> <p>b. A-t-on porté des gants pendant l'accouchement ?</p> <p>c. A-t-on administré à la mère 10 unités d'ocytocine dans la minute qui a suivi la naissance ?</p> <p>d. A-t-on évalué la respiration de l'enfant ?</p> <p>e. Si l'enfant ne respirait pas, a-t-on essayé de dégager les voies respiratoires ?</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p>	
<p>5. A-t-on désigné un assistant prêt à aider à la naissance en cas de besoin ?</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p>	

Outil d'observation

3

PEU DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE (DANS L'HEURE QUI SUIV)

	Réponse	Obstacle <i>possibilité, capacité, motivation</i>
<p>1. La mère saigne-t-elle anormalement ?</p> <p>a. A-t-on contrôlé si la mère saigne ?</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p>	
<p>2. La mère doit-elle commencer à prendre des antibiotiques ?</p> <p>A-t-on pris la température ?</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p>	
<p>3. La mère doit-elle commencer à prendre du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs ?</p> <p>A-t-on mesuré la tension artérielle ?</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p>	
<p>4. L'enfant a-t-il besoin d'un transfert ?</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p>	
<p>5. L'enfant a-t-il besoin d'antibiotiques ?</p> <p>b. A-t-on pris la température de l'enfant ?</p> <p>c. A-t-on mesuré la fréquence respiratoire de l'enfant ?</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p>	
<p>6. L'enfant a-t-il besoin de soins particuliers et d'un suivi ?</p> <p>a. A-t-on pesé l'enfant ?</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p>	
<p>7. A-t-on commencé l'allaitement maternel dans l'heure qui a suivi ?</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p>	
<p>8. A-t-on placé l'enfant peau à peau sur la poitrine ou l'abdomen de la mère ?</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p>	
<p>9. Les signes de danger ont-ils été expliqués à la mère/ l'accompagnant ?</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> N</p>	

Outil d'observation

4

AVANT LA SORTIE

	Réponse	Obstacle <i>possibilité, capacité, motivation</i>
<p>1. A-t-on confirmé le séjour pendant 24 heures après l'accouchement ?</p>	<p><input type="radio"/> O <input type="radio"/> N</p>	
<p>2. La tension artérielle de la mère est-elle normale ?</p>	<p><input type="radio"/> O <input type="radio"/> N</p>	
<p>3. La mère saigne-t-elle anormalement ? A-t-on contrôlé si la mère saigne ?</p>	<p><input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N</p>	
<p>4. La mère doit-elle commencer à prendre des antibiotiques ? A-t-on pris la température ?</p>	<p><input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N</p>	
<p>5. L'enfant doit-il commencer à prendre des antibiotiques ? a. A-t-on pris la température de l'enfant ? b. A-t-on mesuré la fréquence respiratoire de l'enfant ?</p>	<p><input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N</p>	
<p>6. L'enfant s'alimente-t-il bien ? A-t-on contrôlé l'alimentation de l'enfant ?</p>	<p><input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N</p>	
<p>7. Les options en matière de planification familiale ont-elles été étudiées et proposées à la mère ?</p>	<p><input type="radio"/> O <input type="radio"/> N</p>	
<p>8. A-t-on organisé un suivi et expliqué les signes de danger à la mère/l'accompagnant ?</p>	<p><input type="radio"/> O <input type="radio"/> N</p>	
<p>Observations générales: A-t-on transféré la mère ou l'enfant à un moment ou un autre pendant votre observation ? A-t-on réalisé une césarienne à un moment ou un autre pendant votre observation ? La mère est-elle décédée à un moment ou un autre pendant votre observation ? L'enfant est-il décédé à un moment ou un autre pendant votre observation ?</p>	<p><input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N</p>	
<p>Commentaires:</p>		

Outil de coaching

COMMENT UTILISER L'OUTIL DE COACHING

- Notifiez la mise en œuvre réussie des pratiques en matière d'accouchement ou la disponibilité et l'utilisation des matériels et fournitures, et reconnaissez les accoucheurs qui sont responsables.
- Identifiez les défis auxquelles sont confrontés les accoucheurs qui mettent en œuvre les éléments de la liste de contrôle.
- Notez les solutions et les engagements pris pour chaque domaine à améliorer.
- Notez les solutions choisies pour chaque problème et quel est le professionnel de santé chargé de les appliquer.

RÉUSSITES

LISTE DES ACCOMPLISSEMENTS CONCERNANT LES MATÉRIELS ET FOURNITURES ET LES PRATIQUES ESSENTIELLES EN MATIÈRE D'ACCOUCHEMENT

PERSONNE AYANT ŒUVRÉ POUR LA SÉCURITÉ DE L'ACCOUCHEMENT CE MOIS

DOMAINES À AMÉLIORER

PROBLÈME CONCERNANT LES MATÉRIELS ET FOURNITURES OU LES PRATIQUES ESSENTIELLES EN MATIÈRE D'ACCOUCHEMENT	SOLUTION PROPOSÉE

Outil de coaching — exemple

COMMENT UTILISER L'OUTIL DE COACHING

- Notifiez la mise en œuvre réussie des pratiques en matière d'accouchement ou la disponibilité et l'utilisation des matériels et fournitures, et reconnaissez les accoucheurs qui sont responsables.
- Identifiez les défis auxquelles sont confrontés les accoucheurs qui mettent en œuvre les éléments de la liste de contrôle.
- Notez les solutions et les engagements pris pour chaque domaine à améliorer.
- Notez les solutions choisies pour chaque problème et quel est le professionnel de santé chargé de les appliquer.

RÉUSSITES

LISTE DES ACCOMPLISSEMENTS CONCERNANT LES MATÉRIELS ET FOURNITURES ET LES PRATIQUES ESSENTIELLES EN MATIÈRE D'ACCOUCHEMENT

EXEMPLE 1. De l'ocytocine a été administrée correctement à toutes les femmes dans la minute qui a suivi la naissance pour tous les accouchements la semaine passée.

EXEMPLE 2. Les signes de danger ont été expliqués à toutes les femmes après l'accouchement et avant la sortie

PERSONNE AYANT ŒUVRÉ POUR LA SÉCURITÉ DE L'ACCOUCHEMENT CE MOIS

DOMAINES À AMÉLIORER

PROBLÈME CONCERNANT LES MATÉRIELS ET FOURNITURES OU LES PRATIQUES ESSENTIELLES EN MATIÈRE D'ACCOUCHEMENT

SOLUTION PROPOSÉE

EXEMPLE 1. Il n'y a pas toujours du savon.

Le pharmacien passera une commande de savon cette semaine. À l'avenir, il commandera du savon chaque mois pour faire en sorte qu'il y en ait suffisamment en réserve dans la salle d'accouchement.

Le matin, l'agent de santé préparera des plateaux à utiliser tout au long de la journée.

GLOSSAIRE



Description des éléments de la liste de contrôle

ABRÉVIATIONS

AMPR	acétate de médroxyprogestérone-retard
OMS	Organisation mondiale de la Santé
TAR	thérapie antirétrovirale
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

ÉTAPE 1 À L'ADMISSION

Il est important d'examiner la mère au moment de l'admission afin de déceler et de traiter les complications qu'elle pourrait déjà avoir, de confirmer si elle a besoin d'être transférée vers un autre établissement, de la préparer (ainsi que son accompagnant) pour le travail et l'accouchement, et de l'informer (ainsi que son accompagnant) des signes de danger en présence desquels elle devrait appeler à l'aide.

LA MÈRE A-T-ELLE BESOIN D'ÊTRE TRANSFÉRÉE ?

Les mères présentant des complications, ou celles chez qui le risque de complications est élevé, peuvent avoir besoin d'être transférées vers un autre établissement pour garantir qu'elles reçoivent des soins sûrs. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère doit être transférée vers un autre établissement en examinant les critères de transfert de l'établissement. S'il y a lieu, l'agent de santé doit prendre des mesures immédiates pour organiser le transfert en toute sécurité.

L'agent de santé devrait communiquer la raison du transfert à la mère (et à l'accompagnant), ainsi qu'aux agents de santé de l'établissement vers lequel elle est transférée. Il peut être utile d'afficher une liste des critères de transfert dans la zone d'admission; elle servira de référence pour les agents de santé et les aidera à repérer rapidement les mères qui devraient être transférées.

A-T-ON COMMENCÉ LE PARTOGRAMME ?

Le partogramme est un outil d'une page utilisé pour évaluer la progression du travail. Les lignes d'alerte et d'action du partogramme aident les agents de santé à reconnaître le travail prolongé et la dystocie, et à agir pour leur prise en charge. Les études ont montré que l'utilisation du partogramme peut contribuer à prévenir le travail prolongé, à limiter les interventions chirurgicales, et à améliorer les issues néonatales.¹⁰

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait commencer le partogramme quand le col de l'utérus est dilaté de quatre centimètres ou plus (c'est-à-dire, quand la mère est en travail actif).^{11,12} Puis le col devrait se dilater d'au moins un centimètre par heure. Toutes les 30 minutes, l'agent de santé devrait noter sur le partogramme le rythme cardiaque de la mère, la fréquence des contractions et le rythme cardiaque du fœtus. Toutes les deux heures, il importe de noter la température de la mère et toutes les quatre heures, sa tension artérielle. Si la mère n'est pas en travail actif au moment de l'admission, il faut joindre un partogramme à sa fiche ou à son dossier médical et le commencer quand la dilation du col atteint quatre centimètres.

DES INFORMATIONS
COMPLÉMENTAIRES
SUR LE PARTOGRAMME
SONT DISPONIBLES
À L'ADRESSE :
http://www.glowm.com/resources/glowm/videos/safermotherhood/Partograph%20E-tool/Partograph_WHO.swf

LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER À PRENDRE DES ANTIBIOTIQUES ?

Les antibiotiques préviennent et traitent les infections bactériennes. Si une femme enceinte a une infection, ou présente des facteurs de risque d'infection, un traitement antibiotique aidera à prévenir les complications liées à l'infection chez cette femme, chez le fœtus et chez le nouveau-né.¹³ Il est important de demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin d'antibiotiques au moment de l'admission et, le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement. Des antibiotiques devraient être donnés si la mère a une température de 38°C ou plus, en cas de pertes vaginales malodorantes, ou si la rupture des membranes est survenue il y a plus de 18 heures.^{11,12}

LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER DE PRENDRE DU SULFATE DE MAGNÉSIUM ET DES MÉDICAMENTS ANTIHYPERTENSEURS ?

La prééclampsie est une forme grave d'hypertension pendant la grossesse. Une tension artérielle très élevée ($\geq 160/110$ mm Hg) est associée à des complications, telles que l'éclampsie et l'accident vasculaire cérébral pour la mère, et le décès intra-utérin pour l'enfant. Le traitement prophylactique des mères souffrant de prééclampsie avec du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs aide à prévenir ces complications.

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin de sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs au moment de l'admission. Si c'est le cas, le sulfate de magnésium et l'agent antihypertenseur (selon les lignes directrices locales) devraient être administrés de toute urgence si la mère a une tension artérielle diastolique de 110 mm Hg ou plus, et une protéinurie de 3+, ou si sa tension artérielle diastolique est de 90 mm Hg ou plus, avec une protéinurie de 2+ et des signes de prééclampsie (céphalées sévères, troubles visuels ou douleur épigastrique).¹¹ Si la tension artérielle systolique est de 160 mm Hg ou plus, utilisez un traitement antihypertenseur (conformément au protocole local) pour abaisser et maintenir la tension artérielle juste en dessous de 150/100 mm Hg. Le traitement anticonvulsivant au sulfate de magnésium devrait se poursuivre pendant 24 heures après l'accouchement ou après la dernière convulsion, en fonction de ce qui s'est produit en dernier.^{11,14} La tension artérielle élevée devrait être confirmée par une seconde mesure au minimum.

CONFIRMER LA PRÉSENCE DE MATÉRIELS ET FOURNITURES POUR L'HYGIÈNE DES MAINS ET LE PORT DE GANTS À CHAQUE EXAMEN VAGINAL

Les agents de santé dont les mains ne sont pas propres peuvent transmettre des infections aux mères et aux nourrissons. Les bonnes pratiques en matière d'hygiène des mains aident à prévenir les infections évitables. Ainsi, les agents de santé devraient utiliser une solution hydro-alcoolique pour les mains ou se laver les mains soigneusement avec de l'eau propre et du savon chaque fois (avant et après) qu'ils sont en contact avec une mère ou un nouveau-né. Toutes les fois qu'un agent de santé est en contact avec les sécrétions d'une mère ou d'un nouveau-né (par exemple, pendant les examens vaginaux), il devrait se laver soigneusement les mains et porter des gants propres.^{11,12} Les agents de santé devraient également se nettoyer les mains avant toute procédure d'asepsie. Les fournitures d'hygiène (c'est-à-dire, savon et eau courante propre ou solution hydro-alcoolique pour les mains et gants propres) doivent être rapidement disponibles et accessibles à tout moment pour aider les agents de santé à se conformer aux bonnes pratiques en matière d'hygiène.



LES TECHNIQUES APPROPRIÉES POUR DÉSINFECTER LES MAINS AVEC UNE SOLUTION HYDRO-ALCOOLIQUE OU AVEC DE L'EAU PROPRE ET DU SAVON SONT INDICUÉES À L'ADRESSE :
http://www.who.int/gpsc/5may/tools/workplace_reminders/fr/

ENCOURAGER L'ACCOMPAGNANT À ÊTRE PRÉSENT À LA NAISSANCE

Les accompagnants à la naissance offrent un soutien à la mère pendant le travail, l'accouchement et le post-partum. Ils peuvent aussi aider à reconnaître les signes de danger, alerter l'agent de santé en cas d'urgence et soigner le nouveau-né. Comme exemples d'accompagnants possibles à la naissance, on peut citer les membres de la famille, l'époux, les amis, les agents de santé communautaires, les doulas ou les membres du personnel.

Il ressort des données disponibles que les accompagnants à la naissance peuvent contribuer à améliorer les résultats de santé. Leur présence augmente la probabilité que la mère ait un accouchement spontané par voie basse, plutôt qu'une césarienne ou un accouchement par ventouse ou par forceps.¹¹ En outre, il est apparu que les mères accompagnées avaient besoin de moins d'analgésiques, étaient davantage satisfaites de leur expérience de l'accouchement et avaient des phases de travail légèrement plus courtes. Les nourrissons peuvent aussi bénéficier de cet accompagnement. Les études ont montré que les nouveau-nés ont de meilleurs résultats au test d'Apgar cinq minutes après la naissance et que le lien postnatal avec la mère est plus fort quand des accompagnants sont présents à la naissance.^{11,12,15,16}

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait encourager la présence d'un accompagnant pendant le travail, la naissance et les périodes post-partum et postnatale. Si un accompagnant est présent au moment de l'admission, cette personne devrait être incitée à demeurer pendant tout le processus de l'accouchement. En l'absence d'accompagnant au moment de l'admission, il faudrait conseiller à la mère d'en désigner un.

CONFIRMER QUE LA MÈRE OU L'ACCOMPAGNANT APPELLERA A L'AIDE PENDANT LE TRAVAIL EN CAS DE BESOIN

Les complications sont imprévisibles et peuvent survenir à tout moment pendant l'accouchement. En général, plus tard les complications sont décelées et traitées, plus leur prise en charge est difficile. C'est pourquoi il est important pour les agents de santé de déceler et de traiter les complications dès que possible.

Les signes de danger sont des symptômes et des signes cliniques qui indiquent qu'une complication est peut-être en train d'apparaître ou qu'elle est déjà présente. Les agents de santé sont souvent en mesure de reconnaître les signes de danger directement. Mais parfois, ils s'occupent d'autres accouchements ou sont distraits pour une autre raison au moment de l'apparition d'un signe de danger chez une mère ou un nourrisson. Dans une telle situation, il est important que la mère (et l'accompagnant à la naissance) préviennent les agents de santé de la présence de signes de danger. Il faudrait par conséquent informer les mères (et les accompagnants) à reconnaître ces signes et à alerter un agent de santé immédiatement au cas où l'un d'eux apparaîtrait. Les agents de santé sont encouragés à communiquer leur nom à la mère et à l'accompagnant, car ces derniers se sentiront en général plus à l'aise pour leur demander de l'aide.

Au moment de l'admission, l'utilisateur de la liste de contrôle devrait dire à la mère (et à l'accompagnant à la naissance) d'alerter un agent de santé immédiatement s'il apparaît pendant le travail l'un des signes de danger suivants; saignements, douleurs abdominales sévères, céphalées sévères ou troubles visuels, ou incapacité d'uriner. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait également dire à la mère de prévenir un agent de santé quand elle sent commencer la phase d'expulsion puisque cela signifie que l'enfant va probablement naître bientôt.

ÉTAPE 2 JUSTE AVANT LA PHASE D'EXPULSION (OU AVANT LA CÉSARIENNE)

Il est important d'examiner la mère juste avant la phase d'expulsion (ou avant la césarienne) afin de déceler et de traiter les complications pouvant survenir pendant le travail et de se préparer aux événements habituels et aux situations de crise qui peuvent se produire après la naissance.

LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER À PRENDRE DES ANTIBIOTIQUES ?

Comme il est indiqué plus haut, les antibiotiques préviennent et traitent les infections bactériennes. Si une femme en phase de travail a une infection, ou présente des facteurs de risque d'infection, un traitement antibiotique aidera à prévenir les complications liées à l'infection chez cette femme, chez le fœtus et chez le nouveau-né.¹³ Il est important de demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin d'antibiotiques au début de la phase d'expulsion et, le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement. Des antibiotiques devraient être donnés si la mère a une température de 38°C ou plus, en cas de pertes vaginales malodores, ou si la rupture des membranes est survenue il y a plus de 18 heures.^{11,12} Il convient également d'administrer des antibiotiques si la mère va accoucher par césarienne.¹³

LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER À PRENDRE DU SULFATE DE MAGNÉSIMUM ET DES MÉDICAMENTS ANTIHYPERTENSEURS ?

Comme il est expliqué plus haut, la prééclampsie est une forme grave d'hypertension pendant la grossesse. Le traitement prophylactique des mères souffrant de prééclampsie avec du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs aide à prévenir les complications liées à l'hypertension pour la mère (en particulier, les crises ou convulsions éclamptiques et l'accident vasculaire cérébral) et pour l'enfant. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin de sulfate de magnésium et d'un traitement antihypertenseur au début de la phase d'expulsion et, le cas échéant, le sulfate de magnésium devrait être administré immédiatement et la tension artérielle abaissée avec des antihypertenseurs. Le sulfate de magnésium devrait être administré si la mère a une tension artérielle diastolique de 110 mm Hg ou plus, et une protéinurie de 3+, ou si sa tension artérielle diastolique est de 90 mm Hg ou plus, avec une protéinurie de 2+ et des signes de prééclampsie (céphalées sévères, troubles visuels ou douleur épigastrique).^{11,14} La tension artérielle élevée devrait être confirmée par une seconde mesure au minimum.

Si la tension artérielle systolique est de 160 mm Hg ou plus, utilisez des antihypertenseurs (conformément au protocole local) pour abaisser et maintenir la tension artérielle juste en dessous de 150/100 mm Hg. Le traitement anticonvulsivant au sulfate de magnésium devrait se poursuivre pendant 24 heures après l'accouchement ou après la dernière convulsion, en fonction de ce qui s'est produit en dernier.

CONFIRMER LA PRÉSENCE DE MATÉRIELS ET FOURNITURES ESSENTIELS AU CHEVET ET PRÉPARER POUR L'ACCOUCHEMENT

Le moment de la naissance et les premières minutes qui suivent la naissance sont les périodes où le risque de complications est le plus élevé pour la mère et pour le nouveau-né. Les situations de crise peuvent évoluer rapidement, la mère et l'enfant étant alors particulièrement susceptibles de connaître des complications et même de mourir. En général, les agents de santé n'ont pas assez de temps pour se préparer quand la situation de crise est là ; ils doivent donc se préparer en amont aux situations de crises potentielles et aux soins courants à chaque naissance, pour garantir la sécurité de la mère et de l'enfant.

Les agents de santé doivent être préparés de deux façons au moment de la naissance. Ils doivent notamment prévoir des matériels et fournitures essentiels et se préparer à prendre des mesures cruciales. Les matériels et fournitures essentiels doivent toujours être propres, opérationnelles et prêtes à être utilisées avant l'accouchement. Les mesures doivent être prises immédiatement, faute de quoi les complications peuvent se présenter rapidement. Les agents de santé doivent donc se rappeler les mesures essentielles avant la naissance, de façon à les mettre en œuvre rapidement au moment de la naissance et dans les premières minutes qui suivent la naissance.

Pour la mère : Au début de la phase d'expulsion (ou avant la césarienne), les agents de santé devraient confirmer que l'on trouvera au chevet, prêtes à être utilisées au moment de la naissance, les matériels et fournitures essentiels suivants pour la mère ; gants ; savon, eau propre et serviettes à usage unique, ou solution hydro-alcoolique pour les mains ; et ocytocine (10 unités internationales dans une seringue).

L'utilisation de gants, de savon et d'eau propre, de serviettes à usage unique et d'une solution hydro-alcoolique pour les mains vise à garantir de bonnes pratiques en matière d'hygiène des mains pendant l'accouchement pour prévenir l'infection chez la mère et chez le nouveau-né. L'ocytocine est utilisée pour favoriser la contraction de l'utérus afin de prévenir les saignements post-partum.

Au début de la phase d'expulsion, les agents de santé devraient aussi revoir les mesures concernant les soins à prodiguer à la mère immédiatement après la naissance. Ces mesures essentielles contribueront à garantir l'expulsion sans danger du placenta et à prévenir les saignements post-partum. Il est important de s'assurer qu'il n'y a plus d'autres enfants à naître avant de démarrer la première mesure qui est d'administrer à la mère 10 unités internationales d'ocytocine par voie intramusculaire, dans la minute qui suit l'accouchement.

La deuxième mesure est de clamber et de couper le cordon avant de veiller à l'expulsion complète du placenta. La troisième étape est de masser l'utérus immédiatement après l'expulsion du placenta.

Cette technique favorise la contraction de l'utérus et contribue à prévenir les saignements. Enfin, l'agent de santé devrait palper l'utérus pour s'assurer qu'il reste contracté.

Pour l'enfant : Au début de la phase d'expulsion (ou avant la césarienne), les agents de santé devraient confirmer que l'on trouvera au chevet, prêtes à être utilisées au moment de la naissance, les matériels et fournitures essentiels suivants pour l'enfant ; serviettes propres, fil ou pince pour cordon ombilical, lame stérile pour couper le cordon ombilical, dispositif d'aspiration et ballon-masque.

L'utilisation d'une serviette propre pour sécher le nouveau-né immédiatement après la naissance aide à conserver la chaleur de celui-ci ; en s'évaporant, le liquide amniotique et vaginal présent sur sa peau peut être à l'origine d'un refroidissement susceptible d'être dangereux.^{11,17} Sécher le nourrisson le stimule également et l'incite à crier ou à respirer.

L'utilisation d'une lame stérile pour couper le cordon contribue à prévenir l'infection chez le nouveau-né (les lames non stériles risquent de transmettre une infection au nouveau-né).^{11,17} Il convient de placer un lien ou une pince autour du cordon avant de le couper afin de prévenir les saignements.^{11,17} Selon les données disponibles, le meilleur moment pour clamber et couper le cordon se situe entre une et trois minutes après la naissance.¹⁸ Cette durée permet à la quantité adéquate de sang d'irriguer le système circulatoire du nouveau-né.



ON TROUVERA DES
INFORMATIONS COM-
PLÉMENTAIRES SUR
LES SOINS AU MOMENT
DE LA NAISSANCE
À L'ADRESSE ;
[http://www.who.int/
reproductivehealth/
publications/mater-
nal_perinatal_health/
pcpnc-guide/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/pcpnc-guide/en/)

L'utilisation d'un dispositif d'aspiration pour dégager les sécrétions de la bouche et du nez du nouveau-né sera importante en cas d'obstruction des voies respiratoires et si l'enfant ne crie pas ou ne respire pas immédiatement à la naissance. L'utilisation d'un ballon-masque sera importante si le nouveau-né a besoin d'être réanimé pour commencer à crier ou à respirer.¹⁸

Au début de la phase d'expulsion, les agents de santé devraient aussi revoir les mesures concernant les soins à prodiguer à l'enfant immédiatement après la naissance. Ces mesures essentielles contribueront à garantir une transition réussie vers la vie extra-utérine. Le laps de temps d'une minute après la naissance est appelé la « minute d'or » pour le nouveau-né, parce que celui-ci doit commencer à crier ou à respirer à l'âge d'une minute environ pour être hors de danger.¹⁸ Si le nouveau-né ne crie pas ou ne respire pas spontanément dans la minute qui suit la naissance, les agents de santé doivent fournir une assistance rapidement.

La première mesure à prendre immédiatement après la naissance est de sécher le nouveau-né et de le maintenir au chaud. Il est possible de garder l'enfant au chaud en le plaçant sur sa mère peau à peau ou en le couvrant avec un tissu chaud et sec. Si le nouveau-né crie et semble en bonne santé, les soins courants peuvent être dispensés. Si le nouveau-né ne crie pas ou ne respire pas, l'agent de santé devrait le stimuler en lui frottant le dos. Si le nouveau-né ne crie ou ne respire toujours pas, l'agent de santé devrait rapidement clamber et couper le cordon ombilical, nettoyer ou aspirer la bouche et le nez du nourrisson s'ils sont obstrués, oxygéner le nourrisson de toute urgence avec un ballon-masque et appeler à l'aide.

La plupart des nouveau-nés qui ne crient pas ou ne respirent pas à la naissance se mettent à le faire quand ils sont stimulés. Ceux qui ne réagissent pas à la stimulation commencent presque toujours à crier ou à respirer quand on les oxygène convenablement sous pression positive à l'aide d'un ballon-masque.^{11,17,18,19}

ASSISTANT DÉSIGNÉ ET PRÊT À AIDER À LA NAISSANCE EN CAS DE BESOIN

Comme il est expliqué plus haut, le moment de la naissance et les premières minutes qui suivent la naissance sont les périodes où le risque de complications est le plus élevé pour la mère et pour le nouveau-né, et la préparation est cruciale. Les agents de santé doivent se préparer en amont aux situations de crises possibles à la naissance pour garantir la sécurité de la mère et de l'enfant. Il est également important d'avoir un assistant disponible au cas où une situation de crise se présenterait. Les assistants peuvent jouer plusieurs rôles complémentaires, y compris évaluer l'état de la mère ou de l'enfant, poser des perfusions intraveineuses, administrer des médicaments, organiser des transferts et appeler des renforts.

Au début de la phase d'expulsion, les agents de santé devraient désigner un assistant qui est informé du fait que la naissance va bientôt avoir lieu, qui restera à proximité, et qui sera prêt à aider à la naissance si nécessaire. L'assistant peut être un autre agent de santé ou, dans les situations où l'on manque de personnel, l'accompagnant à la naissance ou un autre non-professionnel (dans ce cas, l'assistant ne sera pas censé réaliser des tâches médicales, telles que poser des perfusions intraveineuses ou administrer des médicaments, mais il peut aider à rassembler les matériels et fournitures, appeler des renforts et effectuer d'autres tâches simples mais importantes).^{11,14}

ÉTAPE 3 PEU DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE (DANS L'HEURE QUI SUIT)

Il est important d'examiner la mère et l'enfant peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) afin de déceler et de traiter les complications pouvant survenir après l'accouchement, d'informer la mère (ainsi que son accompagnant) des signes de danger en présence desquels elle devrait appeler à l'aide.

LA MÈRE SAIGNE-T-ELLE ANORMALEMENT ?

Les saignements anormaux post-partum sont une complication importante qui doit être décelée et traitée dès que possible. Les saignements post-partum peuvent être dus à plusieurs troubles, y compris une atonie utérine, une rétention du placenta ou de fragments placentaires, une déchirure vaginale ou une rupture utérine. Les saignements anormaux sont définis comme une perte de sang de 500 ml ou plus, ou comme toute perte de sang entraînant une détérioration de la santé de la mère, en particulier si celle-ci est anémique (si une mère souffre d'une anémie grave, le seuil pour la prise de mesures peut être bien inférieur à 500 ml).^{20,21}

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait évaluer si la mère a des saignements anormaux peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) et, le cas échéant, prendre les mesures suivantes : masser l'utérus, envisager d'augmenter la dose d'utérotonique — par exemple, l'ocytocine — administrée, poser une perfusion intraveineuse et administrer des solutions intraveineuses, garder la mère au chaud, et traiter la cause spécifique des saignements anormaux.^{14,16,18,20,22} Il est également important de mesurer le pouls de la mère ; un pouls plus rapide est un signe avant-coureur de choc hypovolémique, dans la mesure où la fréquence du pouls augmente avant que les autres signes de choc ne soient manifestes.¹¹

DES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'HÉMORRAGIE POST-PARTUM SONT DISPONIBLES À L'ADRESSE : http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/fr/

LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER À PRENDRE DES ANTIBIOTIQUES ?

Comme il est expliqué plus haut, les antibiotiques préviennent et traitent les infections bactériennes. Si une femme en période post-partum a une infection, ou présente des facteurs de risque d'infection, un traitement antibiotique aidera à prévenir les complications liées à l'infection.⁷ Il est important de demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin d'antibiotiques peu de temps après la naissance (dans un délai d'une heure) et, le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement. Des antibiotiques devraient être donnés si le placenta a été retiré manuellement, si la mère a souffert d'une déchirure périnéale de troisième ou de quatrième degré, ou si sa température est de 38°C ou plus et qu'elle a des frissons ou des pertes vaginales malodorantes.^{11,12,16,21,23}

LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER À PRENDRE DU SULFATE DE MAGNÉSIIUM ET DES MÉDICAMENTS ANTIHYPERTENSEURS ?

Comme il est expliqué plus haut, la prééclampsie est une forme grave d'hypertension pendant la grossesse. Le traitement prophylactique des mères souffrant de prééclampsie avec du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs aide à prévenir les complications liées à l'hypertension (en particulier, les crises ou convulsions éclamptiques). L'hypertension lors de la grossesse peut demeurer un problème après la naissance de l'enfant ; un tiers des crises éclamptiques se produisent après l'accouchement. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin de sulfate de magnésium et d'un traitement antihypertenseur peu de temps après la naissance (dans un délai d'une heure) et, le cas échéant, le sulfate de magnésium devrait être administré immédiatement.

Le sulfate de magnésium devrait être administré si la mère a une tension artérielle diastolique de 110 mm Hg ou plus, et une protéinurie de 3+, ou si sa tension artérielle diastolique est de 90 mm Hg ou plus, avec une protéinurie de 2+ et des signes de prééclampsie (céphalées sévères, troubles visuels ou douleur épigastrique).^{11,14} La tension artérielle élevée devrait être confirmée par une seconde mesure au minimum.

Si la tension artérielle systolique est supérieure à 160 mm Hg, administrez des médicaments antihypertenseurs pour abaisser et maintenir la tension artérielle diastolique juste en dessous de 150/100 mm Hg. Le traitement anticonvulsivant au sulfate de magnésium devrait se poursuivre pendant 24 heures après l'accouchement ou 24 heures après la dernière convulsion, en fonction de ce qui s'est produit en dernier.

L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'UN TRANSFERT ?

Les nouveau-nés présentant des complications peuvent avoir besoin d'être transférés vers un autre établissement pour garantir qu'ils reçoivent des soins sûrs.^{11,17,20,22} L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si l'enfant doit être transféré vers un autre établissement en examinant les critères de transfert de l'établissement. S'il y a lieu, l'agent de santé doit prendre des mesures immédiates pour organiser le transfert en toute sécurité. L'agent de santé devrait communiquer la raison de l'orientation à la mère et aux agents de santé de l'établissement vers lequel l'enfant est transféré. Il peut être utile d'afficher une liste des critères de transfert dans la zone postnatale ; elle servira de référence pour les agents de santé et les aidera à repérer rapidement les nouveau-nés qui devraient être transférés.

L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'ANTIBIOTIQUES ?

Comme il est expliqué plus haut, les antibiotiques préviennent et traitent les infections bactériennes. Si un nouveau-né a une infection, ou présente des facteurs de risque d'infection, un traitement antibiotique aidera à prévenir les complications liées à l'infection.¹³ Les nouveau-nés sont particulièrement sensibles aux infections parce que leur système immunitaire est relativement fragile. Il faut traiter de toute urgence les nouveau-nés ayant une infection ou des facteurs de risque d'infection. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si l'enfant a besoin d'antibiotiques peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) et, le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement. L'enfant aura besoin d'antibiotiques si des antibiotiques ont été administrés à la mère, ou s'il présente l'un des signes ou symptômes suivants : fréquence respiratoire >60 par minute ou <30 par minute ; tirage, geignement expiratoire ou convulsions ; mouvements limités en réponse à une stimulation ; ou température <35°C (et n'augmentant pas après que l'enfant a été réchauffé) ou température $\geq 38^\circ\text{C}$.^{11,16,24}

L'ENFANT A-T-IL BESOIN DE SOINS PARTICULIERS OU D'UN SUIVI ?

Certains nouveau-nés peuvent présenter des facteurs de risque qui ne satisfont pas aux critères d'orientation, mais qui requièrent néanmoins des soins particuliers ou un suivi pour garantir que l'enfant demeure hors de danger. Par exemple, les nouveau-nés petits ou prématurés peuvent sembler en bonne santé, mais ils sont en fait beaucoup plus susceptibles de complications dans les premières heures et dans les jours qui suivent la naissance. Les utilisateurs de la liste de contrôle devraient confirmer si l'enfant a besoin de soins particuliers ou d'un suivi peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) et, s'il y a lieu, organiser immédiatement ces soins ou ce suivi. Il convient de donner des soins particuliers ou un suivi si l'enfant est né plus d'un mois trop tôt, pèse à la naissance <2,5 kg, a besoin d'antibiotiques, ou a dû être réanimé pour crier ou respirer à la naissance.^{11,18,22,25,26}

COMMENCER L'ALLAITEMENT MATERNEL ET LE CONTACT PEAU À PEAU (SI LA MÈRE ET L'ENFANT SE PORTENT BIEN)

Comme il est expliqué plus haut, les complications sont imprévisibles et peuvent survenir à tout moment au cours du processus de l'accouchement. C'est vrai pour les mères comme pour les nouveau-nés. Il est possible de donner des informations aux mères et leurs accompagnants à la naissance pour qu'ils sachent reconnaître les signes de danger et puissent alerter un agent de santé immédiatement au cas où un signe de danger apparaîtrait.

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait dire à la mère (et à l'accompagnant) peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) d'alerter un agent de santé immédiatement si la mère présente pendant la période post-partum l'un des signes de danger suivants ; saignements, douleurs abdominales sévères, céphalées sévères ou troubles visuels, difficultés à respirer, fièvre ou frissons, ou difficultés à vider la vessie.^{11,17,18,22,24}

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait également dire à la mère (et à l'accompagnant) peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) de prévenir un agent de santé immédiatement s'il apparaît pendant la période postnatale l'un des signes de danger suivants concernant l'enfant ; le nouveau-né respire vite ou avec difficulté, il a de la fièvre, il a anormalement froid, il cesse de bien s'alimenter, il a une activité réduite, ou son corps devient entièrement jaune.^{11,17,18,24}

CONFIRMER QUE LA MÈRE/L'ACCOMPAGNANT APPELLERA À L'AIDE EN CAS DE SIGNES DE DANGER

Comme il est expliqué plus haut, les complications sont imprévisibles et peuvent survenir à tout moment au cours du processus de l'accouchement. C'est vrai pour les mères comme pour les nouveau-nés. Il est possible de donner des informations aux mères et leurs accompagnants à la naissance pour qu'ils sachent reconnaître les signes de danger et puissent alerter un agent de santé immédiatement au cas où un signe de danger apparaîtrait.

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait dire à la mère (et à l'accompagnant) peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) d'alerter un agent de santé immédiatement si la mère présente pendant la période post-partum l'un des signes de danger suivants ; saignements, douleurs abdominales sévères, céphalées sévères ou troubles visuels, difficultés à respirer, fièvre ou frissons, ou difficultés à vider la vessie.^{11,17,18,22,24}

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait également dire à la mère (et à l'accompagnant) peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) de prévenir un agent de santé immédiatement s'il apparaît pendant la période postnatale l'un des signes de danger suivants concernant l'enfant ; le nouveau-né respire vite ou avec difficulté, il a de la fièvre, il a anormalement froid, il cesse de bien s'alimenter, il a une activité réduite, ou son corps devient entièrement jaune.^{11,17,18,24}

ÉTAPE 4 AVANT LA SORTIE

Il est important d'examiner la mère et l'enfant avant la sortie pour s'assurer qu'ils sont en bonne santé, qu'un suivi a été mis en place, que les options en matière de planification familiale ont été étudiées et proposées et qu'il a été donné à la mère (et à son accompagnant) des informations sur les signes de danger après la sortie qui exigent des soins immédiats dispensés par du personnel qualifié.

CONFIRMER LE SÉJOUR DANS L'ÉTABLISSEMENT PENDANT 24 HEURES APRÈS L'ACCOUCHEMENT

La moitié des décès maternels et 40 % des décès néonataux surviennent dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Par conséquent, l'OMS recommande de garder la mère et son nouveau-né en observation dans l'établissement de santé pendant au moins 24 heures avant la sortie.^{29,30,31}

LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER À PRENDRE DES ANTIBIOTIQUES ?

Les antibiotiques sont nécessaires pour traiter les infections qui peuvent apparaître chez la mère pendant la période post-partum. La septicémie puerpérale est une cause majeure d'infection maternelle après l'accouchement. D'autres infections potentielles sont la mastite ou l'infection de la plaie après une césarienne ; ces troubles peuvent ne pas être présents au moment de la sortie, mais il devrait être demandé aux femmes de se présenter à l'établissement si ces problèmes surviennent après la sortie. Il est important de demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin d'antibiotiques avant la sortie et, le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement et reporter la sortie. Les antibiotiques devraient être administrés et la sortie reportée si la mère a une température de 38°C ou plus et des frissons ou des pertes vaginales malodorantes.^{11,12,16,21}

LA TENSION ARTÉRIELLE DE LA MÈRE EST-ELLE NORMALE ?

Avant la sortie de la mère, l'utilisateur de la liste de contrôle devrait contrôler la tension artérielle et le pouls pour s'assurer que la tension artérielle est normale, étant donné que la prééclampsie peut survenir après l'accouchement et qu'un tiers des convulsions éclamptiques apparaissent pendant la période post-partum. En outre, si la mère a eu une hémorragie post-partum, il est important de savoir que sa tension artérielle et son pouls sont normaux. Pour de plus amples informations, consultez les *Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum*.²⁰

LA MÈRE SAIGNE-T-ELLE ANORMALEMENT ?

Comme il est expliqué plus haut, les saignements anormaux post-partum sont une complication importante qui doit être décelée et traitée rapidement. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si les saignements de la mère sont maîtrisés avant la sortie et si le pouls est normal. Il est possible de le déterminer en examinant la mère et en l'interrogeant sur sa perte de sang. L'agent de santé devrait examiner l'abdomen de la mère pour être sûr que l'utérus est contracté et contrôler la perte de sang provenant du vagin.¹⁵ Il devrait également rechercher d'autres signes ou symptômes, tels que l'essoufflement, le sentiment de fatigue ou le fait d'être trop faible pour sortir du lit.¹¹ Si les saignements de la mère ne sont pas maîtrisés ou si son pouls est rapide, il convient de la traiter et de reporter sa sortie. On ne devrait en aucune circonstance laisser sortir une mère qui a des saignements non maîtrisés.

L'ENFANT DOIT-IL COMMENCER À PRENDRE DES ANTIBIOTIQUES ?

Les antibiotiques sont nécessaires pour traiter les infections qui apparaissent chez le nouveau-né pendant la période postnatale. La septicémie bactérienne est une cause majeure de décès chez les nouveau-nés.²⁸ L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si l'enfant a besoin d'antibiotiques avant la sortie et, le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement, reporter la sortie et dispenser des soins particuliers ou un suivi. L'enfant a besoin d'antibiotiques s'il présente l'un des symptômes suivants ; fréquence respiratoire >60 par minute ou <30 par minute ; tirage, geignement expiratoire ou convulsions ; mouvements limités en réponse à une stimulation ; ou température <35°C (et n'augmentant pas après que l'enfant a été réchauffé) ou température \geq 38°C ; il ne s'alimente plus bien ; ou rougeur de l'ombilic s'étendant à la peau ou écoulement de pus.^{11,17,24}

L'ENFANT S'ALIMENTE-T-IL BIEN ?

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer que l'allaitement maternel est convenablement mis en place avant que la mère et l'enfant quittent l'établissement où la naissance a eu lieu. Au cas où l'allaitement maternel ne serait pas possible, l'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer que l'enfant est bien nourri au biberon. On voit qu'un nouveau-né s'alimente bien s'il s'alimente de façon active toutes les 1 à 3 heures et qu'il urine ou va à la selle fréquemment.^{11,18,22,24} Si le nouveau-né ne s'alimente pas bien, il faut aider la mère et l'enfant à mettre en place une alimentation convenable et reporter la sortie.

ÉTUDIER LES OPTIONS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE ET LES PROPOSER À LA MÈRE

La planification familiale peut aider à prévenir les grossesses non désirées et contribuer à préserver la santé des mères à l'avenir. Les utilisateurs de la liste de contrôle devraient confirmer que les options en matière de planification familiale ont été étudiées et proposées à la mère avant la sortie. Dans l'idéal, il faudrait donner aux mères au moins deux options. Parmi les options en matière de planification familiale, on peut compter les préservatifs, les dispositifs intra-utérins, les implants, progestérone injectable à effet prolongé (AMPR), contraceptifs oraux et ligature des trompes.

Les dispositifs intra-utérins peuvent être insérés immédiatement après l'accouchement ou après six semaines post-partum. Il est préférable d'insérer un dispositif intra-utérin dans les dix minutes qui suivent l'expulsion du placenta, mais cela peut aussi être fait dans un délai de 48 heures post-partum avec de faibles niveaux d'expulsion.³² Les dispositifs implantables (Norplant, Implanon) peuvent être insérés immédiatement après l'accouchement ou après six semaines post-partum.

L'utilisation de méthodes ne contenant que de la progestérone, à l'exception du dispositif intra-utérin au lévonorgestrel, n'est généralement pas recommandée pour les mères qui sont à moins de six semaines post-partum et qui allaitent, sauf si d'autres méthodes plus appropriées ne sont pas disponibles ou acceptables. Au-delà de six semaines post-partum, il n'y a pas de restriction à l'utilisation de méthodes contraceptives ne contenant que de la progestérone pour les mères allaitantes. Le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel n'est en général pas recommandé pendant les quatre premières semaines post-partum, à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient pas disponibles ou acceptables. Au-delà de quatre semaines post-partum, il n'y a pas de restriction à son utilisation.³³

POUR DES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LES OPTIONS POSTPARTUM, CONSULTEZ LES CRITÈRES DE RECEVABILITÉ DE L'OMS À L'ADRESSE
http://www.who.int/reproductive-health/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/fr/

Les contraceptifs hormonaux combinés contenant de l'œstrogène devraient en général être évités pendant les 21 premiers jours post-partum. En outre, les mères qui allaitent ou qui ont d'autres facteurs de risque de thrombose veineuse ne devraient pas les utiliser pendant les 21 premiers jours post-partum.³⁴ Entre le 21e et le 42e jour post-partum, les contraceptifs hormonaux combinés peuvent généralement être utilisés, bien que pour certaines mères ayant d'autres facteurs de risque de thrombose, ces méthodes ne devraient pas être utilisées, sauf si d'autres méthodes plus appropriées ne sont pas disponibles. Les mères allaitantes ne devraient en général pas utiliser de contraceptifs hormonaux combinés à moins de six mois post-partum.³⁴

Si la mère souhaite une ligature des trompes, il peut être intéressant de prévoir cette procédure avant sa sortie.

Avant que la mère ne quitte l'établissement, les utilisateurs de la liste de contrôle devraient également saisir l'occasion d'aborder la question de l'espacement optimal des naissances. Après une naissance vivante, il est recommandé, avant de tenter une nouvelle grossesse, d'attendre au moins 24 mois afin de réduire le risque d'issues défavorables pendant la période périnatale, pour la mère et pour le nouveau-né.^{11,17,35}

ORGANISER UN SUIVI ET CONFIRMER QUE LA MÈRE/L'ACCOMPAGNANT DEMANDERAIT DE L'AIDE SI L'APPARAISSENT DE SIGNES DE DANGER APRÈS LA SORTIE

Même si la mère et l'enfant semblent en bonne santé au moment de la sortie, des complications peuvent se présenter après leur retour à la maison. Un suivi de routine est nécessaire pour la mère comme pour l'enfant afin que les agents de santé puissent déceler et traiter rapidement toute complication.

Il faudrait que les mères et les accompagnants à la naissance soient informés à reconnaître eux-mêmes les signes de danger pour lesquels des soins devraient être dispensés par du personnel qualifié après la sortie. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait dire à la mère (et à l'accompagnant) avant la sortie d'alerter un agent de santé immédiatement s'il apparaît chez la mère l'un des signes de danger suivants ; saignements, douleurs abdominales sévères, céphalées sévères ou troubles visuels, difficultés à respirer, fièvre ou frissons, difficultés à vider la vessie ou douleurs épigastrique.^{11,17,18,22,24}

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait dire à la mère (et à l'accompagnant) avant la sortie d'alerter un agent de santé immédiatement s'il apparaît l'un des signes de danger suivants concernant l'enfant ; le nouveau-né respire vite ou avec difficulté, il a de la fièvre, sa peau est anormalement froide, il cesse de bien s'alimenter, son activité est réduite, ou son corps devient entièrement jaune.^{17,18,22,24}

Adaptations optionnelles de la liste de contrôle, en fonction du contexte

Il existe différentes adaptations optionnelles de la liste de contrôle qui reposent sur des données factuelles et sont fonction du contexte. Certaines de ces adaptations prennent en compte les antirétroviraux pour les zones où la prévalence du VIH est élevée ; le dépistage du paludisme dans les zones à haut risque ; et la prise en charge des nouveau-nés prématurés dans les établissements ayant les ressources et les possibilités pour offrir les soins nécessaires.

VIH ET ANTIRÉTROVIRAUX

Étape 1 : *La mère doit-elle commencer à prendre des antirétroviraux ?*

Les mères qui ont eu un résultat positif au test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) peuvent tomber très malades, et le VIH peuvent être transmis des mères séropositives à leurs enfants. Si une femme enceinte est porteuse du VIH, un traitement antirétroviral (TAR) à vie aidera à prévenir les complications liées à l'infection pour elle, pour le fœtus et pour le nouveau-né. Il réduira aussi le risque de transmission à l'enfant. Donner des antirétroviraux à titre prophylactique aux mères pouvant bénéficier d'un TAR aide à prévenir la transmission du virus aux nouveau-nés. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin d'antirétroviraux (TAR ou prophylaxie) au moment de l'admission et, le cas échéant, administrer les antirétroviraux immédiatement.

Depuis 2013, l'OMS recommande l'option B et l'option B+ comme protocoles de traitement du VIH.³⁶ Chaque pays décide quel protocole adopter en fonction de sa situation en termes d'épidémie, de priorités et d'incidences sur les coûts. S'il apparaît qu'une femme enceinte est séropositive pour le VIH et peut bénéficier d'un TAR, les médicaments antirétroviraux devraient être donnés en fonction du protocole national.

D'après le protocole thérapeutique B, les mères séropositives pour le VIH devraient suivre une trithérapie antirétrovirale tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Le traitement n'est prolongé à vie que si la femme répond aux critères suivants ; nombre de cellules CD4 inférieur à 500 cellules/mm³ ou stade clinique 3 ou 4. Le protocole de traitement du VIH correspondant à l'option B+ implique une trithérapie antirétrovirale à vie pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement puis par la suite, indépendamment de la numération des CD4 ou du stade clinique.

S'il apparaît qu'une femme enceinte est séropositive pour le VIH et peut bénéficier d'un TAR, les médicaments antirétroviraux devraient être donnés en fonction du protocole national. Les mères séropositives pour le VIH qui ont besoin d'un TAR devraient poursuivre le traitement tout au long du travail, de l'accouchement et de l'allaitement puis par la suite. Il faudrait commencer le traitement dès que possible après confirmation du statut sérologique pour le VIH et fournir des conseils et des explications appropriés.

Si le statut de la mère par rapport au VIH n'est pas connu au moment de l'admission, un test de dépistage devrait être obtenu immédiatement si possible, conformément aux pratiques recommandées au niveau local. Le statut sérologique pour le VIH devrait être consigné dans le dossier médical de chaque mère. Il est important que d'autres agents de santé prodiguant des soins à la mère et à l'enfant soient informés du statut de la mère par rapport au VIH de façon à pouvoir garantir une prise en charge appropriée de la mère et de l'enfant après la naissance.

Étape 3: *L'enfant a-t-il besoin d'antirétroviraux ?*

Les mères séropositives pour le VIH sont susceptibles de transmettre à leurs enfants l'infection à VIH. Administrer une prophylaxie antirétrovirale aux nouveau-nés immédiatement après la naissance et tout au long de la période d'allaitement peut aider à diminuer le risque de transmission du VIH.^{37,38} Les utilisateurs de la liste de contrôle devraient confirmer avant la sortie si l'enfant a besoin d'une prophylaxie antirétrovirale et, le cas échéant, l'administrer dès que possible après la naissance (dans les 4 à 6 heures qui suivent). Par la suite, si la mère est séropositive pour le VIH, la prophylaxie antirétrovirale devrait être administrée conformément aux lignes directrices locales.

Étape 4: *Si la mère est séropositive pour le VIH, la mère et l'enfant bénéficient d'antirétroviraux pendant six semaines*

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait avoir confirmé à cette étape si la mère est séropositive pour le VIH et si un TAR ou une prophylaxie antirétrovirale sont indiqués d'après les lignes directrices locales. Si la mère est séropositive pour le VIH, il faudrait lui fournir, pour elle et son enfant, six semaines d'antirétroviraux et organiser un suivi pour une prise en charge continue de l'infection à VIH.^{36,37}

PALUDISME

Étapes 1, 2, 3 et 4; Les mères ayant de la fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) devraient être soumises à des tests de diagnostic rapide du paludisme et traitées en conséquence d'après les lignes directrices nationales existantes. Si le traitement est administré avant la naissance de l'enfant, il est important de rappeler que certains traitements peuvent avoir des conséquences pour le nouveau-né; par exemple, le traitement à la quinine peut causer de l'hypoglycémie.³⁹

PRISE EN CHARGE DES NAISSANCES PRÉMATURÉES

La prise en charge des naissances prématurées est une adaptation optionnelle de la liste de contrôle, pour les seuls établissements de santé ayant les ressources et les possibilités pour offrir les soins adéquats à la mère et à son nouveau-né.

La prise en charge des naissances prématurées par l'administration de corticostéroïdes pendant la période prénatale pour la maturation pulmonaire est recommandée pour l'âge gestationnel compris entre 24 et 34 semaines, pour les mères ayant une rupture prématurée des membranes en prétravail, pour les mères souffrant d'hypertension et de diabète, et pour les grossesses avec un retard de croissance foetale. Toutefois, avant que l'on décide de donner des corticostéroïdes pendant la période prénatale, certains critères devraient être remplis, par exemple, une évaluation précise de l'âge gestationnel, une naissance imminente, le fait qu'une infection maternelle a été exclue et que l'établissement de santé peut offrir à la mère et à son enfant un niveau convenable de soins de prise en charge de la prématurité.⁴⁰

Références

1. OMS. Centre des médias, Mortalité maternelle, Aide-mémoire N°348, 2014.
2. Spector J.M. 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(4) : e35151.
3. Gawande A. *The checklist manifesto: How to get things right*. New York, Metropolitan Books, 2010.
4. Pronovost P. et al. An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 2006, 355(26) : 2725–32.
5. Pronovost P.J. et al. Creating high reliability in health care organizations. *Health Services Research*, 2006, 41(4 Pt 2) : 1599–617.
6. King H.B. et al. TeamSTEPPSTM: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In: Henriksen K. et al (editors). *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol 3: Performance and Tools)*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
7. Pronovost P.J., Berenholtz S.M., Needham D.M. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. *Bmj*, 2008, 337 :a1714.
8. Safe Surgery Checklist Implementation Guide. Boston, MA: Ariadne Labs; 2015. Disponible à l'adresse : www.SafeSurgery2015.org.
9. Rothschild M. Carrots, sticks and promises: a conceptual framework for the management of public health and social issues behavior. *Journal of Marketing*, 1999, 63 (1), 24–37.
10. OMS. World Health Organization partograph in management of labour. *Lancet*, 1994, 343 : 1399–404.
11. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
12. *Managing prolonged and obstructed labour*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
13. *WHO Guidelines for Safe Surgery*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
14. *Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
15. Hodnett E.D. et al. *Continuous support for women during childbirth*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, (3) :CD003766.
16. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
17. OMS. *Soins hospitaliers pédiatriques: Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
18. OMS. *Guidelines on basic newborn resuscitation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.
19. Singhal N. et al. *Helping Babies Breathe: Global neonatal resuscitation program development and formative educational evaluation*. *Resuscitation*, 2011.
20. *Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.
21. *Education material for teachers of midwifery*. *Midwifery education modules – second edition. Managing postpartum haemorrhage*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
22. *Prise en charge des problèmes du nouveau-né: Manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
23. *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.
24. *Recommendations for management of common childhood conditions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.
25. OMS et UNICEF. *Integrated Management of Childhood Illness: Caring for Newborns and Children in the Community*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
26. *La protection thermique du nouveau-né: Guide pratique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997.
27. *Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
28. *Rapport sur la santé dans le monde, 2005: Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
29. *WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
30. *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn: Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines*. Geneva, World Health Organization, 2015.
31. *Recommendations on maternal and perinatal health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.
32. *Medical eligibility criteria for contraceptive use, 4th ed.: A WHO family planning cornerstone*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
33. Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP). *Progestogen-only contraceptive use during lactation and its effects on the neonate*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (déclaration).
34. *Combined hormonal contraceptive use during the postpartum period*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (déclaration).
35. *Le dossier mère-enfant: Guide pour une maternité sans risque*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996.
36. *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.
37. *Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant: Recommandations pour une approche de santé publique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
38. OMS,ONUSIDA, UNFPA et UNICEF. *Guidelines on HIV and infant feeding: principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
39. *Guidelines for the treatment of malaria*, Third edition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
40. *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.

Remerciements

L'établissement du Guide de mise en œuvre de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement a été possible grâce au généreux financement de la Fondation Bill & Melinda Gates et de la Fondation John D. and Catherine T. MacArthur. L'Organisation mondiale de la Santé et Ariadne Labs souhaitent également remercier tous ceux qui ont soutenu l'établissement et l'expérimentation de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement et qui ont apporté leur contribution au Guide de mise en œuvre ou l'ont révisé.

Groupe chargé de l'établissement du Guide de mise en œuvre de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement :

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ: Sepideh Bagheri Nejad, Gheorghe Banica, Neelam Dhingra-Kumar, Armored Duncan, Metin Gülmezoglu, Edward Kelley, Marie-Paule Kieny, Itziar Larizgoitia, Elisabeth Mason, Matthews Mathai, Irina Nozdrina, Olufemi Taiwa Oladapo, Laura Pearson, William Perry, Severin Ritter von Xylander, Nathalie Roos, Marleen Temmerman, Karolina Tuomisto et Regina Ungerer.

ARIADNE LABS: Chris Barnes, William Berry, Lizzie Edmonson, Atul Gawande, Lisa Hirschhorn, Amanda Jurczak, Nabihah Kara, Ami Karlage et Katherine Semrau.

WHO Safe Childbirth Checklist Development Group :

Rajiv Bahl, Gerald Dziekan, Atul Gawande, Itziar Larizgoitia, Angela Lashoher, Matthews Mathai, Mario Meriardi and Jonathan Spector.

Groupe chargé de la rédaction du manuel et de l'expérimentation de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement :

Priya Agrawal, Atte Aitkoski, Sabaratnam Arulkumaran, Mavis Asiedu-Asamoah, Angela Bader, Mohamed Bassiouny, B. Benachinamaradi, William Berry, Shereen Bhutta, Zulfiqar Bhutta, Ann Blanc, Dan Boorman, Waldemar Carlo, Susan Crowther, Gary Darmstadt, Louise Day, Mark Dybul, Lizzie Edmonson, Barbara Farlow, Zhao Gengli, Kathleen Hill, Elizabeth Hizza, Justus Hofmeyr, Narayan Honnungar, Julia Hussein, Atanu Kamar Jana, Cate Kamau, Khalid Khan, Grace Kodindo, Bhala Kodkany, Barbara Kwast, Tina Lavender, Claire Lemer, Bridget Lynch, Rashad Massoud, Jane Machira, Claudia Morrissey, Elizabeth Morse, Susan Niermeyer, Leonard Okoko, Vinod Paul, Parmanaban Packirisamy, Robert Pattinson, Amit Revankar, Craig Rubens, Zakari Saley, Harshad Sanghvi, Susan Sheridan, Youssef Tawfik, Phommady Vesaphong, Jean-José Wolomby-Molondo, Linda Wright, Blair Wylie, Juliana Yartey, Jing Yuan.

Collaboration pour l'utilisation de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement :

Malik Abdo, Mahi Al Tehewy, Sara Albolino, Ana Carolina Amaya Arias, Naheed Bano, Lopa Basu, Leticia Becker Vieira, Maina Boucar, Mahuina Campos, Joyce Chen, Astou Coly, Giulia Daghiana, Blami Dao, Rozita Davoodi, Houleyemata Diarra, Nora Espiritu, Maria Fernandez Elorriaga, Ciro Franco, Nihal Hanafi, Kathleen Hill, Evelyn Kamgang, Lana Keusch, Lalitha Krishnan, Jana Kuhnt, Somesh Kumar, Maria Cristina Medina Pflucker, Jose Mendez, Jolene Moore, Herfina Nababan, Sasyoud Obeid, Rosemary Ogu, Cecilia Pacchiotti, Malitha Patabendige, Antonio Paya, Diego Peláez Mejía, Lisa Pelcovist, John Pollock, Sabina Faiz Rashid, Regina Rigatto Witt, Rita Rodrigues, Javier Rodriguez-Suárez, Ariel Iván Ruiz Parra, Mónica Chirinos Muñoz, Veronica Sabio Paz, Sonia Sachs, Maurizio Salvatico, Joanne Grace Santos, Pedro Saturno, Hemantha Senanayake, Aminur Shaheen, Muhadili Shemsanga, Habibatou Diallo Sylla, Ayda Taha, Riccardo Tartaglia, Joycelyn Thomas, Bintou Traore, Maria Aparecida Traverzim, Jorge Valverde, Sebastian Vollmer, Mina Whyte, Xu-Chun Ye.

Ariadne Labs : Shehnaz Alidina, Emily Benotti, Jeff Durney, Grace Galvin, Jonathon Gass, Emily George, Caroline Grogan, Fran Hodgins, Luca Koritsanszky, Joshua Lakin, Anup Mankar, Megan Marx Delaney, Joanna Paladino, Natalie Panariello, Khaleel Seecharan, Robbie Singal, and Danielle Tuller. **Population Services International:** Rebecca Firestone, Sandhya Gupta, Tapan Kalita, Atul Kapoor, Pinki Maji, Pritpal Marjara, Joson Meloot, George Philip, Darpan Rana, Rajiv Saurastri, Narender Sharma, Vinay Singh and Manisha Tripathi.

Stagiaires et bénévoles de l'Organisation mondiale de la Santé : Natalia Abadia, Elisa Albuquerque, Marion Chapuis, Michelle Costello, Blanca Obón, Maria Mercedes Perez Gonzalez, Ignacio Rebollo, Sarah Rostom.

Réviseurs externes : Sara Albolino, Ana Carolina Amaya Arias, Giulia Daghiana, Clarissa Fabre, Leonard Kabongo, Shafika Nasser, Manasa Patna, Shelley Ross, Ayda Taha, Joycelyn Thomas, Andrea Reyes Gutiérrez, Claudia Rocío López Bolívar, and Rose Leonard Molina.

**Organisation mondiale
de la Santé**

20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Suisse

Consultez notre site à l'adresse :
www.who.int/patientsafety/

Ariadne Labs

401 Park Drive
Boston MA 02215
États-Unis d'Amérique

Consultez notre site à l'adresse :
www.ariadnelabs.org

